

Lumbale hernia nucleus pulposi (HNP)

Operatie bij een hernia in de onderrug

Neurochirurgie

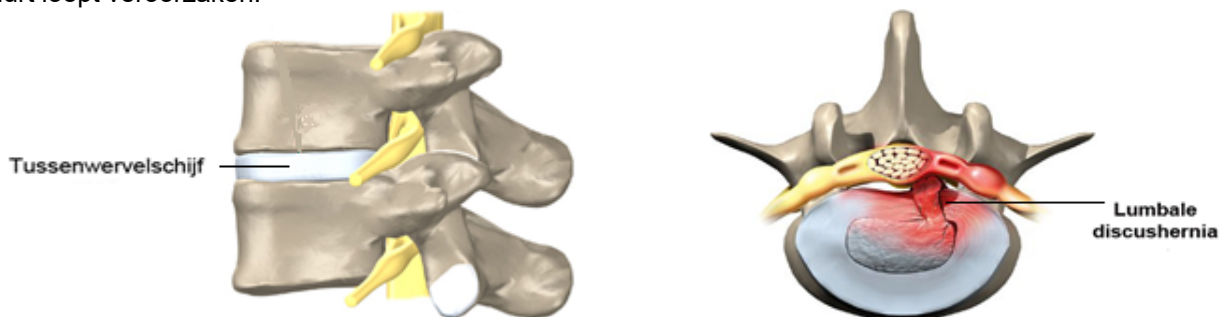
Inleiding

Bij u is een lumbale hernia nucleus pulposi vastgesteld, ook wel hernia in de onderrug genoemd. Deze folder geeft algemene informatie over de bijbehorende klachten, behandelmogelijkheden en zaken waar u rekening mee moet houden. De neurochirurg bespreekt met u waarom de ingreep nodig is en welke resultaten na de operatie te verwachten zijn. In de praktijk spelen allerlei factoren een rol, die samen bepalen wat de beste aanpak is bij de behandeling van de individuele patiënt.

Wat is een lumbale hernia?

De lendenwervelkolom bestaat uit vijf wervels. Tussen twee opvolgende wervels ligt telkens een tussenwervelschijf. De tussenwervelschijf bestaat uit een elastische kern (nucleus pulposi) die is omgeven door een vezelige ring. De schijf is elastisch en fungeert als een soort schokdemper. Bovendien zorgt de tussenwervelschijf ervoor dat de wervels enigszins ten opzichte van elkaar kunnen bewegen (zoals een kogellager doet). Binnen in het wervelkanaal loopt van boven naar beneden het ruggenmerg. Ter hoogte van de lendenwervelkolom is dit nog een bundel zenuwen (cauda). Het ruggenmerg en de cauda liggen binnen in een koker van hersenvliezen, de zogenaamde durale zak, waarin het in hersenvocht (liquor) schokvrij is opgehangen. Vanuit het ruggenmerg ontspringen op ieder niveau de zenuwwortels.

Een lumbale hernia nucleus pulposi (HNP, kortweg hernia) is een uitstulping van een tussenwervelschijf in de onderrug die een zenuw beknelt die naar het been loopt. Door een verticale houding ontstaat druk op de tussenwervelschijf. Door verslapping van de vezelige ring kan de zachte binnenkant gaan uitpuilen en afknelling van een zenuw die in de buurt loopt veroorzaken.



Klachten

De voornaamste klacht is lage rugpijn die uitstraalt naar één of beide benen. De uitstralende pijn in het been is erger dan de rugpijn. Vaak zijn er ook tintelingen of een doof gevoel in een deel van het been of in de voet. Ook kunnen er verlamingsverschijnselen van de beenspier ontstaan. De pijn neemt toe bij hoesten en persen. Meestal geeft liggen verlichting van de pijn. Door de voortdurende druk van de hernia op de zenuwwortels kunnen er blijvende beschadigingen ontstaan.

Behandeling

Er zijn twee opties voor de behandeling van een lumbale hernia, te weten conservatief (zonder operatie) en operatief. Conservatief: De pijn in het been wordt minder als de druk op de zenuw vermindert. De uitpuilende tussenwervelschijf zal moeten slinken, wat bijna altijd spontaan gebeurt. In de eerste weken moet de rug zo min mogelijk worden belast, maar bedrust is niet nodig. Pijnstillers helpen om deze periode te overbruggen. Fysiotherapie kan ondersteunend zijn, met name voor vermindering van de toegenomen spierspanning en versterking van het rugspierkorset. Ook kan een blokkade van de zenuwwortel bijdragen aan de behandeling van een hernia. Bij deze behandeling worden medicijnen doelgericht in de betreffende zenuwwortel of direct in het wervelkanaal ingespoten. Bij ongeveer 80% van de mensen treedt goed herstel op in een periode van twee tot drie maanden.

Operatief: Indien de klachten niet spontaan verbeteren, kunt u naar de neurochirurg worden verwezen om de operatieve behandelingsmogelijkheden te bespreken. Een operatie is te overwegen bij blijvende pijnklachten in het been waarbij u niet meer goed kunt functioneren. Daarbij moet er op een MRI-scan een hernia zichtbaar zijn die past bij de pijnklachten. De neurochirurg informeert u over de voor- en nadelen van een operatie. In sommige specifieke situaties is een operatie in een eerdere fase of spoedoperatie noodzakelijk. Dit kan zijn bij ernstige of snel opgetreden uitvalsverschijnselen van de zenuw of groep zenuwen. Bijvoorbeeld bij ernstige verlamningsverschijnselen van spiergroepen van de benen (klapvoet), of bij verlies van controle over de urineblaas ten gevolge van beknelling van de cauda (caudasyndroom).

Operatie

De operatie vindt plaats onder volledige narcose (verdooving). Tijdens de ingreep ligt u in knie-elleboog houding (Salaam-houding). Met behulp van een kort röntgenonderzoek wordt de plaats van de uitstulpende tussenwervelschijf nauwkeurig vastgesteld, zodat de plek waar de huidsnede wordt gemaakt precies kan worden bepaald. Midden boven de wervelkolom wordt in de lengterichting een huidsnede van voldoende lengte gemaakt. Daaronder worden de spieren over korte afstand van de wervelbogen losgemaakt om het wervelkanaal tussen twee wervelbogen te kunnen openen. De neurochirurg zal vanaf nu gebruik maken van de microscoop om optimaal te kunnen zien. Soms zal ook wat bot van de wervelboog worden verwijderd, waarna er toegang is tot de inhoud van het wervelkanaal. Hier bevinden zich de zenuwwortels en ook de hernia. Vervolgens worden de hernia en de beknelde zenuwwortel opgezocht. Meestal bevindt de uitstulping zich onder de zenuwwortel, soms ligt er ook een afgebrokkeld stuk van de tussenwervelschijf los in het wervelkanaal. Via een opening die in de tussenwervelschijf wordt gemaakt, wordt het uitpuilende deel en een deel van de tussenwervelschijf dat daaronder ligt zo goed mogelijk verwijderd. Dit wordt gedaan om de kans op hernieuwde uitpuiling (een zogenaamd "recidief") van de tussenwervelschijf zo klein mogelijk te maken. Soms wordt extra ruimte gemaakt voor de zenuwwortel door het wervelkanaal of de wortelkanaaltjes wijder te maken. Bij een klein deel van de operaties wordt voordat de wond wordt gesloten een drain (dun slangetje) achtergelaten. Deze heeft als doel om na de operatie het wondvocht weg te laten lopen en wordt na één dag door de verpleegkundige verwijderd.

Mogelijke complicaties

Zoals bij iedere ingreep, kunnen ook tijdens en na de operatie van een lumbale hernia complicaties optreden.

Mogelijke complicaties zijn:

1. Vermindering van het bewegingsvermogen van de benen tot verlamningsverschijnselen en storingen in de functie van de blaas en de sluitspier (caudasyndroom), zoals bij een dwarslaesie.
2. Extreem zelden komen seksuele problemen voor zoals impotentie respectievelijk een verminderd gevoel in het genitale gebied (< 1%).
3. Af en toe komen beschadigingen aan het ruggenmergvlies voor, die kunnen leiden tot een open verbinding tussen het ruggenmergvocht en de huid (liquorfistel) met een her ingreep.
4. Oppervlakkige of diepliggende ontstekingen zijn met 3-4% niet echt zeldzaam. Ze kunnen meestal met antibiotica behandeld worden, heel zeldzaam moet een tweede ingreep volgen.
5. Op hetzelfde niveau kan weer een hernia optreden met 1-3% waarschijnlijkheid.
6. De klachten kunnen aanhouden (10-18%) of toenemen/veranderen (2%).
7. Door de houding op de ok tafel (bv knie-elleboog houding of buikligging) kunnen ondanks de zachte bekleding van de operatietafel door de druk beschadigingen van de huid ontstaan. Zenuwen van armen of benen kunnen eveneens beschadigd raken. Zeer sporadisch zijn deze beschadigingen blijvend van aard.
8. Er kunnen zich bloedstolsels vormen (trombose), die in de longen (longembolie) of, bij een defect in het boezemtussenschot van het hart, ook in de hersenen terecht kunnen komen, waardoor levensbedreigende ademnood en problemen met de bloedsomloop c.q. een hartinfarct kunnen worden veroorzaakt.

Bloed verdunnende medicatie

Indien u bloed verdunnende medicijnen gebruikt wordt tijdens de preoperatieve screening besproken wanneer u deze moet staken. Bij ontslag wordt met u besproken wanneer u hiermee weer mag starten.

Beloop na de operatie

Indien de operatie en het beloop erna zonder problemen verlopen, kunt u na één nacht in ons ziekenhuis, naar huis worden ontslagen. De meeste patiënten (80-90%) zijn tevreden met het resultaat na de operatie. Door de aandoening van de tussenwervelschijf en door de operatieve behandeling, is de belastbaarheid van de wervelkolom tijdelijk verminderd. De pijn in het been is meestal direct na de operatie verdwenen of reeds aanzienlijk afgenomen. Rond de

derde dag na de operatie is er vaak een kortstondige terugkeer van de uitstralingspijn. Dit is het gevolg van zwelling van het weefsel in het gebied waar de operatie heeft plaatsgevonden. Ook kan het komen doordat de ontstekingscellen in dit gebied weer opvlammen om de resten van de operatie op te ruimen. Deze napijn is na een paar dagen tot een week weer verdwenen. Het dove gevoel voelt men vaak sterker dan voor de operatie, omdat de pijn immers weg is. Het dove gevoel gaat vaak niet snel over na de operatie: het kan maanden duren voor het gevoel weer normaal is. Ook verlamingsverschijnselen verbeteren vaak na operatie, maar helaas niet altijd. Rugklachten kunnen eveneens verdwijnen, maar over het algemeen heeft de operatie daarop weinig tot geen invloed. Een hernia is immers een teken van slijtage van de onderrug, en die slijtage verdwijnt niet door de operatie. Rugpijn alleen (zonder verschijnselen van zenuwwortel prikkeling) is dan ook vrijwel nooit een indicatie om over te gaan tot operatie, ook al omdat daar andere oorzaken aan ten grondslag kunnen liggen. De herniaoperatie is in ongeveer 10% echter niet bevredigend. De oorzaak hiervan is onder andere ook dat de klachten niet alleen afkomstig zijn van de geopereerde hernia, maar ook zijn terug te voeren op eerdere beschadigingen van de wervelkolom of op aandoeningen die los staan van de tussenwervelschijven.

Wondverzorging

Tijdens de operatie is uw wond gehecht. Hierover worden hechtstrips geplakt en vervolgens afgedekt met een pleister. De pleister mag 48 uur na de operatie worden verwijderd. Als de wond droog is, hoeft deze niet opnieuw bedekt te worden met een pleister. Het bedekken van de wond vermindert het risico op een infectie niet. De hechtstrips verwijdert u na 10 dagen. De hechtingen zijn in de meeste gevallen oplosbaar. De wond geneest voor het grootste deel binnen twee weken. De volledige wondgenezing duurt echter zes weken.

Roken heeft een negatief effect op de wondgenezing, waardoor de kans op een complicatie zoals een infectie veel groter is. Ook het herstel na de operatie duurt langer als u rookt. Als u rookt, adviseren wij u om minimaal 8 weken te stoppen met roken: tenminste 4 weken vóór de operatie tot minstens 4 weken ná de operatie.

Wanneer contact opnemen?

Heeft u de eerste zes weken na ontslag uit het ziekenhuis één van onderstaande klachten, neem dan contact op met:

- het secretariaat van de polikliniek Neurocentrum, telefoon (053) 487 28 40 (tijdens kantooruren);
- verpleegunit Neurochirurgie (E5), route E51, telefoon (053) 487 28 70 (buiten kantooruren).

Mogelijke klachten zijn:

- koorts boven de 38,5°;
- een opengaande wond;
- een ontsteking; de wond wordt dan rood, hard, warm of gaat pijnlijk kloppen;
- een grote hoeveelheid vocht uit de wond;
- plotselinge benauwdheid;
- hevige pijn, die ondanks pijnstilling niet verbetert;
- verlamingsverschijnselen of gevoelsstoornissen in het zitvlak en/of gebied van de anus.

Neem contact op in alle gevallen waarin u zich niet goed voelt en het niet vertrouwt. U kunt ons beter een keer te veel dan te weinig bellen. Na deze zes weken kunt u contact op nemen met uw huisarts. De huisarts wordt geïnformeerd over uw verblijf in het ziekenhuis.

Controleafspraak

Zes weken na de operatie heeft u een controleafspraak met de neurochirurg.

Aanvullende informatie

Algemene informatie over de opname kunt u vinden op de website van ons ziekenhuis:

<https://www.mst.nl/p/documenten/uw-opname-in-mst-goed-voorbereid-naar-het-ziekenhuis/>

Meer informatie over een lumbale hernia en de operatie kunt u vinden op de website van Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN): nvvn.org/patienteninfo/wervelkolom-en-ruggenmerg/rughernia/

Belangrijke contactgegevens

- Polikliniek Neurocentrum, route C21, telefoon (053) 487 28 40.



Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de behandelend arts of verpleegkundige dan om nadere uitleg.