



Patiënteninformatie

# Microdecompressie voor lumbale stenose

# Inhoud

Praktische informatie .....	3
Inleiding.....	4
Informatie over het ziektebeeld.....	4
Definitie .....	4
Klachten, symptomen.....	5
Diagnose .....	5
Behandeling .....	5
Breng uw arts steeds voor de operatie op de hoogte van: .....	6
Vorbereiding op de ingreep.....	6
Hoe verloopt de ingreep?.....	7
Het verloop na de ingreep.....	7
Verwikkelingen.....	8
Ontslag uit het ziekenhuis.....	8
Wat mag u thuis doen en wat kan u verwachten? .....	9
Wanneer dient u contact op te nemen met uw behandelende arts?.....	10
Tot slot .....	10
Persoonlijke notities / vragen .....	11

**Meer info over de dienst neurochirurgie op de deelwebsite**  
**[www.azturnhout.be/neuro](http://www.azturnhout.be/neuro)**

## Praktische informatie

### Afspraak voor opname

Datum: ...../...../.....

Uur: .....

Campus : .....

### Aandachtspunten

- NUCHTER vanaf: .....
- Vooronderzoek door uw huisarts
- Raadpleging anesthesie
- Stoppen bloedverdunners: .....

## Inleiding

Deze brochure biedt u de nodige informatie over de heelkundige behandeling van een lumbale stenose via microdecompressie. U leest hierin meer over de ingreep zelf, de verzorging in het ziekenhuis, aandachtspunten en richtlijnen voor thuis.

Het is onmogelijk om in deze brochure alle details voor elke situatie te beschrijven. Aarzel daarom niet om zo nodig bijkomende vragen te stellen aan uw arts of verpleegkundige.

Algemene informatie over administratie, wat u moet meebrengen, uw verblijf in AZ Turnhout, ontslagprocedure, niet-medische begeleiding, accommodatie, enzovoort vindt u op onze website [www.azturnhout.be](http://www.azturnhout.be) of in de onthaalbrochure hospitalisatie of daghospitalisatie die u normaal gezien bij inschrijving of van de verpleging heeft ontvangen.

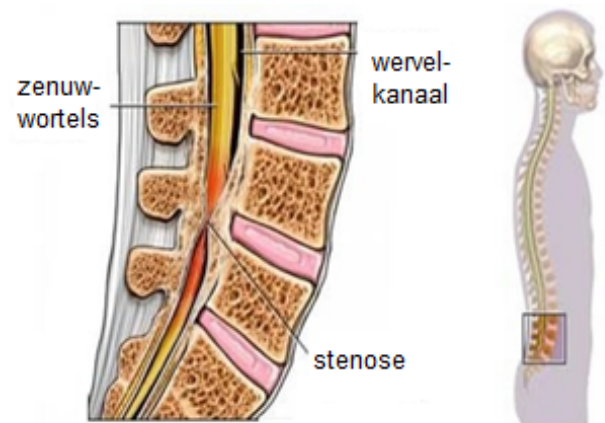
Gelieve deze brochure ook mee te brengen bij uw opname in het ziekenhuis.

## Informatie over het ziektebeeld

### Definitie

Lumbale spinaalkanaalstenose betekent letterlijk: vernauwing van het beenderige kanaal waardoor de lumbale zenuwen moeten passeren.

Een lumbale spinaalkanaalstenose ontstaat meestal door een combinatie van geleidelijke veranderingen (slijtage/artrose): gedeeltelijke uitpuiling van de tussenwervelschijf (met of zonder discushernia), verdikking van de facetgewrichten (gewrichten tussen twee wervels) en verdikking van bindweefsel banden tussen deze gewrichten (ligamenta flava).



## Klachten, symptomen

De typische combinatie van symptomen bij lumbale stenose wordt ook wel 'neurogene claudicatio intermittens' of 'syndroom van Verbiest' genoemd. Deze symptomen omvatten:

- Rugpijn die verbetert bij vooroverbuigen.
- Uitstralende pijn in de benen met typisch toenemende pijn bij wandelen.

Meestal moet de patiënt bij pijn, stoppen waarmee hij of zij bezig was, waarna de pijn meestal snel weer weggaat. Fietsen gaat klassiek wel zonder problemen. Op den duur kunnen gevoelsstoornissen en (beperkte) verlamningsverschijnselen in de benen optreden.

## Diagnose

Een CT scan toont meestal onvoldoende detailbeelden maar wordt in het beginstadium vaak als eerste onderzoek uitgevoerd. Een CT met contrastinspuiting (CT myelografie) kan ons met meer detail de doorstroming van het cerebrospinaal vocht doorheen het spinaalkanaal tonen. Op die manier zien we ook waar er vernauwingen aanwezig zijn.

Een MRI en MRI myelografie geeft de meest gedetailleerde beelden van zowel de oorzaak van de knelling (discusuitpuiling, ligament- of facetverdikking) als de cerebrospinaal vocht doorstroming.

Een EMG (elektromyografie) leert ons of de zenuwsignalen nog wel van voldoende kwaliteit en nog snel genoeg zijn. Afwijkingen bij dit onderzoek geeft aan dat de zenuwen onder te grote druk staan.

## Behandeling

### *Conservatief*

Gezien het feit dat het hier geleidelijke veranderingen betreft, zal een conservatieve (niet chirurgische) behandeling meestal slechts tijdelijk helpen. De behandeling bestaat uit kinesitherapie met of zonder pijnstillers, ontstekingsremmers en spierontspanners. Een iets meer invasieve behandeling (met iets meer impact op uw lichaam), met meestal wel een meer langdurig effect, zijn de epidurale infiltraties die worden geplaatst door de anesthesisten van de pijnkliniek.

Hierbij wordt een combinatie van corticosteroïden en pijnstillers rond de zenuwen ingespoten. Dit werkt weliswaar alleen als de vernauwing niet te ernstig is.

### *Operatief*

De chirurgische behandeling hangt af van de ernst van de vernauwing en van het aantal wervelniveaus dat is aangetast. Dit verschilt van patiënt tot patiënt. Indien er vooral aan de zijkanten van het spinale kanaal vernauwing is en dit op een beperkt aantal wervelniveaus, volstaat een microchirurgische ingreep waarbij links- en/of rechts via een kleine insnede voldoende ruimte kan worden gemaakt voor de zenuwen (Microchirurgische Interlaminare Decompressie of MILD ingreep).

## **Breng uw arts steeds voor de operatie op de hoogte van:**

- Indien u reeds problemen heeft gehad met bloedklonters.
- Eventuele recente gezondheidsproblemen.
- Indien u bloedverdunners neemt; bijvoorbeeld Asaflow, Aspirine,...
- Indien u medicatie gebruikt.
- Indien u allergieën heeft voor medicatie en dergelijke.

## **Vorbereiding op de ingreep**

Opnames gebeuren steeds de ochtend van de operatie zelf (of indien anders afgesproken met uw behandelend arts). U meldt zich aan bij de dienst inschrijvingen op het uur dat afgesproken werd bij het vastleggen van de operatie. Het is zeer belangrijk dat u nuchter blijft (niet eten of drinken) vanaf 00.00 u 's nachts.

Wanneer de voorbereiding op de ingreep begint, krijgt u nog de gelegenheid om naar het toilet te gaan. Juwelen, piercings, tandprothesen, bril, contactlenzen, nagellak en make-up dienen verwijderd te worden.

Hierna zal u een operatiehemd gegeven worden en wordt u opgehaald en per bed naar het operatiekwartier gebracht. Uw identiteit blijft verzekerd door een armbandje aan de rechterpols met naam en kamernummer.

## Hoe verloopt de ingreep?

Bij een microdecompressie wordt de vernauwing open gemaakt met behulp van een microscopische techniek. Bij deze ingreep worden de patiënten onder volledige verdoving gebracht. Nadien worden ze omgedraaid in een soort van knielhouding (ook Mekka-houding genoemd). Hierbij wordt veel aandacht gegeven aan het feit dat er nergens overmatige druk op een lichaamsdeel ontstaat.

Dan wordt met een scapie RX-toestel het niveau van de stenose met een stift op de huid aangeduid en wordt de patiënt steriel ontsmet en afgedekt. Met behulp van een microscoop en microscopische instrumenten, wordt een snede in de huid gemaakt van ongeveer 3-4cm, de spieren worden losgemaakt en een buisvormig instrument wordt ter plaatse gebracht. Hierlangs kan dan de zenuwwortel opgezocht worden en de artrose die de vernauwing veroorzaakt kan dan weggenomen worden.

Nadien wordt de wonde gespoeld en gesloten. De duur van de ingreep varieert tussen een half uur tot anderhalf uur. Tijdens deze ingreep wordt gebruik gemaakt van jood-houdende ontsmettingsstoffen en preventieve antibiotica. Indien u allergisch bent voor bepaalde stoffen, dient u dit met uw arts en anesthesist te bespreken, zodat de nodige maatregelen kunnen getroffen worden.

## Het verloop na de ingreep

Na de operatie wordt u wakker in de ontwaakruimte (verkoeverkamer) waar ook andere patiënten ontwaken na een operatie. U ligt dan op de rug en uw bloeddruk en hartslag worden regelmatig gecontroleerd. Eénmaal goed wakker wordt u terug naar de eigen afdeling gebracht.

De dag van de ingreep is een rustdag. Eten of drinken mag enkele uren na de ingreep in overleg met de anesthesist. Uit bed komen op de dag van de ingreep wordt best zoveel mogelijk vermeden, naar het toilet gaan vormt echter geen probleem. Belangrijk is dat u veel beweegt met de voeten en benen in bed.

De dag na de ingreep komt de kinesist of fysiotherapeut in de ochtend langs om u uit te leggen hoe uit bed te komen, hoe te zitten en hoe te wandelen. Bedoeling is dat u vanaf nu regelmatig uit bed komt om een kleine wandeling te doen op de gang en dat u regelmatig afwisselt van houding: zitten, liggen, wandelen... Vandaag zal ook de wonddrain verwijderd worden die geplaatst werd tijdens de operatie om vocht op te vangen.

De tweede dag na de ingreep, de dag waarop de meeste patiënten naar huis gaan, is er een nieuwe sessie met de kinesist waarbij de trappen worden geoefend en er enkele oefeningen worden aangeleerd voor thuis.

## Verwikkelingen

Hoewel we alles in het werk stellen om de kans op medische verwikkelingen zo klein mogelijk te houden, kunnen bij elke ingreep toch onverwachts neveneffecten optreden en dit zowel tijdens de ingreep als in de herstelperiode. Meestal zijn ze echter zeldzaam en kunnen ze behandeld worden.

- Problemen door de anesthesie
- Tromboflebitis (bloedklonter)
- Infectie
- Schade aan de zenuwen
- Aanhoudende pijn
- Nabloeding
- Wondlekkage

## Ontslag uit het ziekenhuis

De hospitalisatieduur bedraagt normaal 1 à 2 dagen.

De hechtingen mogen rond de 10<sup>de</sup> dag na de operatie verwijderd worden door uw huisarts. Indien u na ontslag nog medicatie dient te nemen zal u hiervoor een voorschrift krijgen van uw arts. Hij zal u ook bijkomende informatie geven voor de eerste tijd thuis.



Na zes weken komt u terug naar het ziekenhuis voor controle bij uw behandelende geneesheer. Deze afspraak krijgt u bij uw ontslag mee naar huis.

## **Wat mag u thuis doen en wat kan u verwachten?**

Iedere patiënt is anders maar toch zijn er enkele algemene principes. Belangrijk is dat de u niet teveel rust, integendeel. Het is de bedoeling dat u regelmatig afwisselt van houding en probeert dagelijks enkele wandelingetjes te maken van wisselende lengte.

Heffen van voorwerpen is de eerste weken niet toegestaan.

Autorijden raden we de eerste weken af, als passagier meerijden mag wel indien de duur van de autorit beperkt is. Bij langere autoritten raden we aan om deze op te splitsen in stukken van ongeveer een half uur, waarbij u tussendoor eventjes gedurende enkele minuten de rug “los” wandelt en ontspant.

Fietsen wordt meestal toegestaan vanaf de vierde week, weliswaar niet op een mountainbike of koersfiets.

Bijkomende kinesitherapie wordt soms opgestart vanaf de vierde week na de ingreep. Vooral patiënten die al lange tijd last hadden voor de ingreep en die na de ingreep nog niet spontaan soepeler wandelen na enkele weken, raden we kinesitherapie aan. Dit kan dus vervroegd door uw huisarts worden opgestart na een viertal weken, ofwel na de controle bij uw neurochirurg na ongeveer zes weken. Patiënten die voor de operatie al motorische uitval hadden kunnen eveneens baat hebben bij het vroeger opstarten van kinesitherapie, om de verloren kracht zo snel mogelijk terug te krijgen. Indien dit in uw geval nodig is, krijgt u hiervoor een voorschrift mee bij uw ontslag.

Vaak voelen patiënten de eerste dagen na de ingreep een zeer goed effect op de klachten en krijgen ze toch na enkele weken opnieuw lichte last. Dit is normaal en heeft te maken met zenuwherstel en soms ook overbelasting.

## Wanneer dient u contact op te nemen met uw behandelende arts?

- Koorts
- Zwelling, roodheid van de wonde
- Abnormale hoofdpijn bij rechtstaan
- Lekkage wonde
- Aanhoudende of toenemende pijn

## Tot slot

Als u nog vragen heeft dan kan u steeds telefonisch contact opnemen met:

1. Het secretariaat van uw behandelende arts:  
014/40 61 84
2. Het ziekenhuis:
  - Afdeling neurochirurgie: 014/40 61 01 of 014/40 61 03
  - Spoedgevallen campus Sint-Elisabeth: 014/40 60 11

**Meer info: [www.azturnhout.be/neuro](http://www.azturnhout.be/neuro)**

Hopelijk draagt deze brochure bij tot een aangenaam verblijf in het AZ Turnhout. Wij wensen u een prettige thuiskomst en een voorspoedig herstel!



## AZ Turnhout vzw

[www.azturnhout.be](http://www.azturnhout.be)

[info@azturnhout.be](mailto:info@azturnhout.be)



Blijf op de hoogte via [www.facebook.com/azturnhout](http://www.facebook.com/azturnhout)



### **Campus Sint-Jozef**

Steenweg op Merksplas 44

2300 Turnhout

014 40 60 11



### **Campus Sint-Elisabeth**

Rubensstraat 166

2300 Turnhout

014 40 60 11