Patiënteninformatie

Posterieure lumbale fusie (TLIF/PLIF)

az turnhout

Inhoud

Inhoud 3
Praktische informatie 4
Inleiding 5
Informatie over het ziektebeeld 6
Breng uw arts steeds voor de operatie op de hoogte van: 9
Voorbereiding op de ingreep 9
Het verloop na de ingreep 10
Verwikkelingen 11
Ontslag uit het ziekenhuis 11
Wat mag u thuis doen en wat kan u verwachten? 12
Wanneer moet u contact opnemen met uw arts? 13
Tot slot 13
Persoonlijke notities / vragen 14

Meer info over de dienst neurochirurgie op de website
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 geeft u meer informatie over de heelkundige behandeling van een lumbale instabiliteit (met of zonder stenose) en/of een lumbale fractuur via lumbale fusie. U leest hierin meer over de ingreep zelf, de verzorging in het ziekenhuis, aandachtspunten en richtlijnen voor thuis.

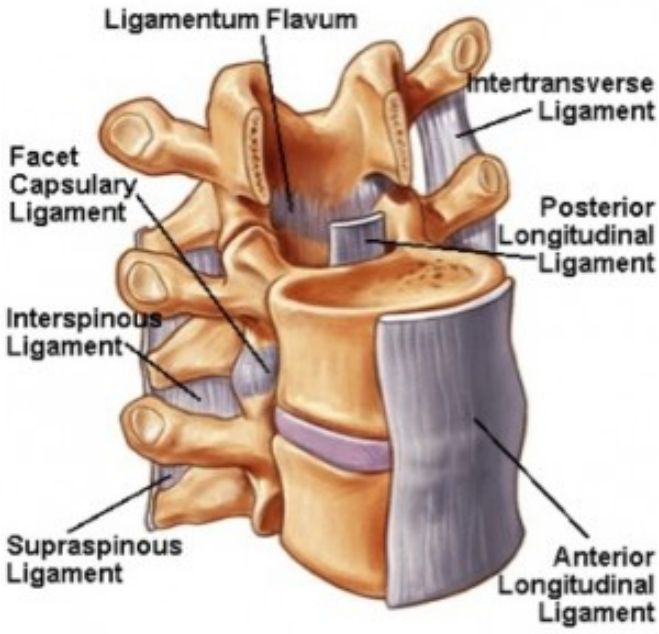
Het is onmogelijk om in deze brochure alle details voor elke situatie te beschrijven. Aarzel daarom niet om extra vragen te stellen aan uw arts of verpleegkundige.

Algemene informatie over administratie, wat u moet meebrengen, uw verblijf in AZ Turnhout, ontslagprocedure, enzovoort vindt u op onze website www.azturnhout.be of in de onthaalbrochure. Deze kreeg u normaal gezien bij inschrijving of van de verpleging.

Neem deze brochure mee tijdens uw opname in het ziekenhuis.

Informatie over het ziektebeeld

Inleiding en anatomie



Voor we meer uitleg geven over de ingreep, krijgt u eerst wat uitleg over de anatomie van de lumbale wervelkolom.

Er zijn in het totaal 5 lumbale wervels. Deze bestaan uit een blokvormig wervellichaam en telkens een wervelboog met uitsteeksels voor de aanhechting van de buik- en rugspieren.

De connectie tussen de wervels wordt gevormd door stevige ligamenten, een tussenwervelschijf en telkens 2 kleine scharnierende gewrichtjes links en rechts achteraan (de facetgewrichtjes). De tussenwervelschijf bestaat uit een stevige ring (annulus fibrosus) en een kern (nucleus pulposus).

Door slijtage van de kleine gewrichten in de rug of door een aangeboren of later ontstane breuk in een deel van een wervel (dit heet spondylolyse), kan een wervel gaan verschuiven ten opzichte van de wervel eronder. Dit noemen we een "wervelafglijding".

Als dat gebeurt, kan er minder ruimte ontstaan in het wervelkanaal of in de openingen waar de zenuwen uit de wervelkolom komen. Ook een ongeluk of val kan ervoor zorgen dat de banden en botten in de rug beschadigd raken, waardoor wervels gaan verschuiven.

Klachten, symptomen

Wanneer een wervel verschuift ten opzichte van een andere wervel en er een overdreven beweeglijkheid bestaat, kan er een combinatie van volgende symptomen optreden:

- Ernstige rugpijn die niet verbetert met rust, medicatie of kinesitherapie
- Pijn die uitstraalt naar de benen door een vernauwing in het wervelkanaal
- Zenuwen die gekneld raken door instabiliteit in de rug, wat kan leiden tot tintelingen, krachtverlies of gevoelloosheid

Soms is deze pijn voortdurend aanwezig, soms merkt u dit enkel op als u wandelt.

Behandeling

De behandeling bestaat steeds uit een combinatie van:

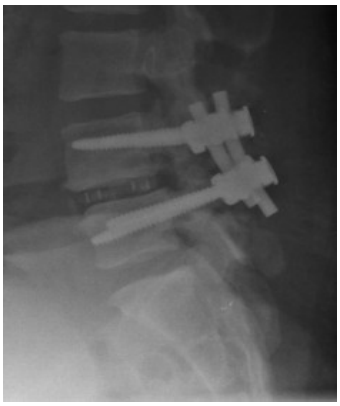
- het vrijmaken van de zenuwstructuren die bekneld zijn
- het terug stabiel maken van de wervelkolom door het vastzetten van de wervels aan elkaar

Dit kan op 2 manieren vanuit een benadering via de rug (posterieur).

1. (Minimaal invasieve) Posterolaterale interbody fusie ofwel (MIS-) PLIF

- Bij een klassieke PLIF maakt de chirurg één lange middellijn incisie.
- Vervolgens maken we de spieren van de rug los van de doornuitsteeksels en de dwarsuitsteeksel.
- Vaak wordt er ter decompressie een laminectomie verricht nadat er schroeven geplaatst werden in boven- en onderliggende wervellichamen. Een laminectomie creëert ruimte voor het ruggenmerg en de zenuwen die daardoor passeren.
- Tenslotte legt de chirurg de zenuwwortels en de durazak vrij, om daarna de tussenwervelschijf te verwijderen. Hier plaatst de chirurg aan beide zijden “kooien” om de 2 wervels met elkaar te verbinden en de zenuwstructuren vrij te maken.

Steeds kiezen we voor een minimaal invasieve PLIF (MIS-PLIF). Bij deze operatie wordt er minder spierweefsel losgemaakt, waardoor het herstel vlotter verloopt. De schroeven worden dan niet via de middellijnincisie geplaatst, maar wel via kleine incisies op ongeveer 5-7cm van de middellijn. De decompressie van de zenuwen en de plaatsing van de kooien wordt via een veel kleinere middellijnincisie uitgevoerd.



2. TLIF

Bij sommige mensen is het niet nodig om de lamina volledig weg te nemen en de durazak volledig vrij te maken (bijvoorbeeld bij een beknelling van de zenuwwortel aan één zijde).

Dan kunnen we kiezen om een transforaminale lumbale interbody fusie (TLIF) uit te voeren.

Hierbij plaatst de chirurg de pedikelschroeven op dezelfde manier als bij de MIS-PLIF. We maken maar een kleine toegang tot de tussenwervelschijf aan één zijde, langs waar we de schijf dan verwijderen en we één lang gerekte kooi plaatsen. Het voordeel van deze techniek is dat we nog minder spierweefsel moeten losmaken, wat uw herstel weer bevordert.

Welke techniek we kiezen is afhankelijk van patiënt tot patiënt. Uiteraard bespreken we de keuze samen met u.

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

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

Voorbereiding op de ingreep

Uw opname start op de ochtend van de operatie (tenzij uw arts dit anders met u afsprak). 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 al nuchter blijft vanaf 00.00 u 's nachts. Dat wil zeggen dat u vanaf dan niets meer mag eten of drinken.

Op uw kamer

U krijgt een operatiehemd en u kleedt zich om.

Dit is ook het moment om eens naar het toilet te gaan.

Volgende zaken moet u verwijderen voor u naar op het operatiekwartier gaat:

- juwelen, piercings
- tandprothesen
- bril, contactlenzen
- nagellak en make-up

Daarna brengt een medewerker u in uw bed naar het operatiekwartier. We weten steeds wie u bent door een armbandje aan uw rechterpols. Hierop staat uw naam en kamernummer.

Het verloop na de ingreep

Na de operatie wordt u wakker in de ontwaakruimte (verkoeverkamer) waar ook andere patiënten ontwaken na een operatie. Hier controleren recovery-verpleegkundigen uw bloeddruk en hartslag regelmatig. Als u goed wakker bent, brengen we u terug naar uw kamer op de verpleegafdeling.

De dag van de operatie is een rustdag.

- U mag enkele uren na de operatie eten of drinken (in overleg met de anesthesist).
- U blijft de rest van de dag het best in bed.
- U mag wel naar het toilet gaan.
- Belangrijk is dat u veel beweegt met de voeten en benen in bed.

De dag na de operatie 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 houdingen: zitten, liggen, wandelen…

De eerste of tweede dag na de operatie zal de verpleegkundige de wonddrain verwijderen. Deze werd geplaatst tijdens de operatie om wondvocht op te vangen.

Als u geopereerd werd voor de behandeling van een breuk moet u mogelijks een korset dragen. Dit is afhankelijk van de stabiliteit van de constructie en de breuk.

Tijdens uw verblijf in het ziekenhuis plannen we ook een controle onderzoek op de dienst medische beeldvorming. Zo kunnen we controleren of de ingebrachte schroeven nog goed op hun plaats zitten.

De kinesist komt nog een keer bij u langs om te oefenen op traplopen. We leren u ook enkele oefeningen voor thuis.

Verwikkelingen

We doen er alles aan om de kans op medische verwikkelingen zo klein mogelijk te houden. Toch kunnen bij elke ingreep onverwachts neveneffecten optreden, zowel tijdens de ingreep als in de herstelperiode. Meestal zijn ze echter zeldzaam en kunnen we ze behandelen.

Bij deze operatie zijn de mogelijke risico's:

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

Ontslag uit het ziekenhuis

U verblijft **3 tot 4 dagen in het ziekenhuis**.

De **hechtingen** mogen rond de 10de dag na de operatie verwijderd worden. Als u thuis nog **medicatie** moet nemen, krijgt u hiervoor een voorschrift mee van uw arts. De arts zal u ook informatie geven voor de eerste dagen thuis.

Na 6 weken komt u terug naar het ziekenhuis voor **controle** bij uw arts. We plannen dan ook opnieuw een onderzoek op de dienst medische beeldvorming. Deze afspraken 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 passief rust, maar probeert te **bewegen**. Het is de bedoeling dat u regelmatig afwisselt van houding en probeert dagelijks enkele wandelingetjes te maken van wisselende lengte. Vermijd langdurig liggen.

U mag de eerste weken thuis **geen voorwerpen heffen**.

Autorijden raden we af in de eerste weken na de operatie. Als passagier meerijden mag wel als 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 gedurende enkele minuten de rug “los” wandelt en ontspant.

Fietsen mag meestal weer vanaf de vierde week na de operatie, weliswaar niet op een mountainbike of koersfiets.

Bijkomende kinesitherapie wordt soms opgestart vanaf de controle raadpleging. Dit is vooral goed voor patiënten die al lange tijd last hadden voor de operatie en die na de operatie nog niet spontaan soepeler wandelen na enkele weken. Patiënten met voorafbestaande motorische uitval starten beter al vroeger met kinesitherapie, om de verloren kracht zo snel mogelijk terug te krijgen. Als dit in uw geval nodig is, krijgt u een voorschrift mee bij uw ontslag.

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

Wanneer moet u contact opnemen met uw 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 arts: 014 40 61 84

2. Verpleegafdeling neurochirurgie: 014 40 61 01 of 014 40 61 03

3. Spoedgevallen campus Sint-Elisabeth: 014 40 60 11

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!

Persoonlijke notities / vragen

Als u vragen of opmerkingen hebt, kunt u die hier noteren. Zo hebt u ze altijd bij tijdens een gesprek met de arts of verpleegkundige.

AZ Turnhout vzw
www.azturnhout.be
info@azturnhout.be
014 40 60 11

Campus Sint-Jozef
Steenweg op Merksplas 44
2300 Turnhout

Campus Sint-Elisabeth
Rubensstraat 166
2300 Turnhout

V.U. : Jo Leysen • gedelegeerd bestuurder AZ Turnhout vzw (vertegenwoordiger Eleyas bv)
Steenweg op Merksplas 44 • 2300 Turnhout