



Lage rug hernia

Poli Neurochirurgie

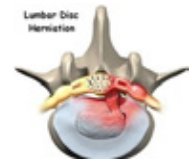
Locatie Purmerend/Volendam

De neurochirurg heeft bij u een hernia vastgesteld. In deze folder leest u meer over deze diagnose en over de mogelijke chirurgische behandeling.

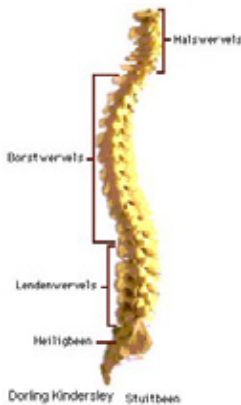
Wat is een lumbale hernia?

Een hernia in het lendengebied (het onderste gedeelte van de rug) wordt in medische terminologie een Hernia Nuclei Pulposi genoemd. Hernia betekent uitstulping.

De woorden nuclei pulposi geven aan dat het hier gaat om een uitstulping van de kern van de tussenwervelschijf. De uitstulping kan op een zenuwvortel drukken, waardoor pijn uitstraalt naar het been. Een hernia komt vaak voor.



Hoe is de wervelkolom opgebouwd?



De totale wervelkolom bestaat uit 7 nekwervels, 12 borstwervels, 5 lendenwervels en het heiligbeen. Met uitzondering van de eerste twee halswervels zit er tussen iedere twee wervels een tussenwervelschijf. Die wervels kunnen gemakkelijk ten opzichte van elkaar bewegen. Verder wordt de wervelkolom gevormd door de wervelbogen, die aan de achterkant uitlopen in een uitsteeksel dat midden op de rug kan worden gevoeld. In het wervelkanaal loopt het ruggenmerg, tot aan de 2e lendenwervel. Daaronder gaat het ruggenmerg over in een bundel van zenuwvortels, de cauda genoemd.

Zowel het ruggenmerg als de cauda worden beschermd door hersenvliezen waarbinnen vocht (liquor), de zogenaamde durale zak. De zenuwvortels komen, omhuld door een hersenvlies, één voor één telkens links en rechts tussen twee wervels uit het wervelkanaal. Als zich op die plek een uitstulping ontwikkelt, kan dat aanleiding geven tot beklemming van de zenuwvortel. Druk op de zenuw veroorzaakt meestal uitstralende pijn en in sommige gevallen zelfs verlamming van één of meerdere spiergroepen en/of tintelingen of een doof gevoel in delen van de huid. Omdat bij hoesten, niezen en persen de druk in het wervelkanaal wordt verhoogd, dus ook de druk op de zenuwvortel, kan hierbij de pijnuitstraling toenemen.

Plaats van de hernia

Uit de beschrijving van de pijnuitstraling en uit de bij neurologisch onderzoek vastgestelde uitval kan vaak al worden gezien om welke zenuw het gaat, en op welke plaats in de wervelkolom zich de hernia bevindt. Dit is ook de reden dat de arts u vraagt in welk gebied van het been de pijn uitstraalt.

Hoewel een hernia theoretisch op elke plaats in de wervelkolom kan voorkomen, zijn voor de praktijk voornamelijk de drie onderste tussenwervelschijven van belang. De meest voorkomende hernia's liggen tussen de 4e en 5e lendenwervel (L4-L5) en de 5e lendenwervel en de eerste wervel van het heiligbeen (L5-S1). Op deze niveaus treden 90% van alle hernia's op. Minder frequent is de nekhernia en nog zeldzamer de hernia van de borstwervelkolom.

Hoe ontstaat een hernia?

Een exacte verklaring hiervoor is niet bekend, maar zeer waarschijnlijk spelen houding (veel zitten) en gebrek aan gezonde lichaamsbeweging een zekere rol. Verder kunnen hernia's (en rugklachten in het algemeen) in bepaalde families vaker voorkomen. Het gaat dan om een verzwakte aanleg van de tussenwervelschijf. Een andere mogelijke oorzaak is slijtage van een tussenwervelschijf. Ook een ongeluk kan een hernia met zich meebrengen, maar vaker zien we dan een wervelfractuur.

Diagnose stellen

Voor het stellen van de diagnose zijn behalve lichamelijk onderzoek ook de ziektegeschiedenis en de anamnese belangrijk. De klachten moeten overeen komen met het gebied waarvoor de zenuw verantwoordelijk is qua gevoel, kracht en reflexen.

Vaak gaan rugklachten aan het optreden van een hernia vooraf.

Als uit de gegevens blijkt dat u een hernia heeft, volgt meestal een kuur met gedoseerde rust, pijnstillers en eventueel fysiotherapie. Alleen als de kuur niet helpt of wanneer u ernstige uitvalsverschijnselen heeft, wordt verder onderzoek gedaan. Röntgenfoto's kunnen eventuele slijtage, botafwijkingen, stand en abnormale beweeglijkheid laten zien. Een hernia is niet te zien op een normale röntgenfoto. Daarvoor is een MRI-scan nodig.

Klachten verminderen

Er zijn veel behandelingsmethoden voor mensen met herniaklachten. Voorop moet staan dat de klachten van de patiënt verklaard kunnen worden door de hernia.

Het 'plaatje' van ziektegeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek en de bevindingen op de MRI moet kloppen.

Niet iedere hernia hoeft geopereerd te worden, dat geldt maar voor één op de 7 patiënten. Vaak verdwijnen de klachten vanzelf, ondersteund met fysiotherapie, gedoseerde rust en pijnstillers. Een rustkuur (10 tot 14 dagen platte bedrust) levert geen bijdrage aan een eventueel herstel. Vanwege het gunstige natuurlijk verloop van een hernia moet men dus niet te snel besluiten tot operatie.

Een operatie, hoe weinig ingrijpend zelfs een microchirurgische behandeling ook kan zijn, beschadigt in zeker zin de rug. Dit moet niet nodeloos gebeuren, want ook de afwijking op de foto kan vanzelf verdwijnen. Het tijdstip van operatie hangt in grote mate af van de ernst van de pijn. In het algemeen houdt men aan niet eerder dan na 6 weken te opereren, tenzij er spoed vereist is.

Microchirurgische operatie

Bij de microchirurgische herniaoperatie wordt de druk op de zenuwwortel weggenomen door de uitstulping van de tussenwervelschijf te verwijderen.

Deze microchirurgische operatie is dus vooral bedoeld om de pijn en de uitvalsverschijnselen in uw been te behandelen.

Uw eventuele rugpijn wordt er niet altijd mee verholpen. Jarenlange rugklachten kunnen met deze operatie niet opgelost worden.

Er zijn twee operatie-indicaties:

1. Absolute operatie-indicatie:

Als er ernstige of snel opgetreden uitvalsverschijnselen zijn van de zenuw of een groep zenuwen. Bijvoorbeeld bij ernstige verlamningsverschijnselen van spiergroepen van de benen, of bij verlies van controle over de urineblaas.

2. Relatieve operatie-indicatie:

Als de patiënt zo veel last heeft van pijn, dat hij/zij hierdoor niet meer goed kan functioneren. Het (subjectieve) klachtenpatroon geeft dan de doorslag, omdat het de patiënt zelf aangeeft 'dat het zo niet verder kan'.

In de meerderheid van de gevallen dat wordt overgegaan tot operatie van een hernia gaat het om patiënten die kampen met aanhoudende en/of onverdraaglijke pijn in het been.

De herniaoperatie wordt meestal uitgevoerd onder volledige narcose, hoewel de ingreep ook wel onder plaatselijke verdoving (ruggenprik) plaatsvindt. De keuze hangt sterk af van de persoonlijke voorkeur van de wervelkolomchirurg die de operatie zal verrichten.

Nadat door middel van doorlichting het niveau vastgesteld is, maakt de chirurg in de lengterichting een snee in de huid. De operatie duurt gemiddeld 60 tot 90 minuten. Er zijn nog diverse andere operatietechnieken. De neurochirurg bespreekt met u welke techniek bij u zal worden gebruikt.

Wat zijn de risico's?

Zoals bij elke operatie zijn er ook bij de herniaoperatie zekere risico's. De kans dat die optreden is echter zeer gering. Een enkele keer ontsteekt de wond of tussenwervelruimte.

Soms kan er een nabloeding in het operatiegebied optreden, waarvoor u eventueel nogmaals wordt geopereerd. Een nabloeding kan gepaard gaan met neurologische uitval.

Verder kunnen de uitvalsverschijnselen (verlamming, gevoelsverlies) toenemen, dit wordt veroorzaakt door het manipuleren aan een zenuwwortel die lang in de knel heeft gezeten. Ook kan er een gaatje ontstaan in de durale zak, waardoor hersenvocht lekt. Hierdoor volgt platte bedrust gedurende 1 dag.

Wat gebeurt er na de operatie?

Na de operatie gaat u naar de uitslaapkamer om bij te komen uit de narcose. De eerste uren na de operatie moet u plat op uw rug blijven liggen. De volgende dag begint de behandeling door een fysiotherapeut.

De pijn in uw been is meestal direct na de operatie verminderd. Maar de eerste drie dagen is er wel pijn door zwelling van het weefsel in het operatiegebied. Na de derde dag wordt de zwelling en daardoor de pijn minder. Als de pijn weg is, kunt u de doofheid in uw been meer gaan voelen. Het is mogelijk dat u na de operatie enige klachten overhoudt. Over het algemeen wordt u een dag na de operatie

ontslagen. Belangrijk bij deze beslissing is dat u:

- zich weer voldoende kunt bewegen;
- koortsvrij bent;
- geen problemen heeft met het plassen;
- kunt traplopen;
- begrijpt hoe u uw activiteiten thuis moet opbouwen.

Enmaal thuis wordt de behandeling door een fysiotherapeut voortgezet. Zes tot acht weken na de operatie komt u voor controle naar de polikliniek. Daar kunt u ook eventuele vragen bespreken.

Opbouw van activiteiten in het ziekenhuis

In onderstaand schema staat wat u na de operatie in het ziekenhuis mag doen aan activiteiten. Daarmee bereidt u zich voor op uw ontslag uit het ziekenhuis. Afhankelijk van de ingreep mag u de dag van de operatie of de dag na de operatie voor het eerst uit bed. De fysiotherapeut begeleidt u hierbij en past het schema zonodig aan.

De dag van de operatie

Afhankelijk van de ingreep blijft u:

- na de operatie vier uur op de rug liggen om tegendruk te geven aan de wond. Dit is nodig om de zwelling van de wond te verminderen.
- twee uur op uw rug liggen. Dit geldt alleen als u op de dag van de operatie al uit bed mag.

Daarna mag u op uw zij gaan liggen zoals de fysiotherapeut met u heeft doorgenomen. Hierbij let u op dat u uw rug niet draait. Het is niet goed voor het herstel van de zenuw om het hoofdeinde van het bed omhoog te zetten.

Voor het eerst uit bed

- De fysiotherapeut bespreekt met u hoe het bewegen in bed na de operatie is gegaan. Eventueel wordt dit nogmaals met u doorgenomen.
- Vervolgens begeleidt de fysiotherapeut u met het gaan zitten op de rand van het bed.
- Gaat dit goed, dan mag u komen staan. Als u gaat staan of zitten, dan moet u één been naar voren zetten en één been naar achter. Het been waar u het minste last van heeft, zet u naar achter neer.
- Als het staan goed gaat, mag u in eerste instantie onder begeleiding van de fysiotherapeut lopen. Gaat dit goed, dan mag u zelfstandig elk uur maximaal 5 minuten lopen.
- Als u zelfstandig kunt lopen mag u ook naar het toilet. Het is verstandig om dat de eerste keer nog even onder begeleiding te doen, omdat u op het toilet nog wel eens onwel kan worden.

Uitbreiden van activiteiten

Als de fysiotherapeut denkt dat u er aan toe bent, worden de activiteiten als volgt uitgebreid:

- Zitten aan tafel: om te beginnen alleen tijdens het eten gedurende tien minuten. Krijgt u eerder toename van uw klachten, ga dan weer in bed liggen;
- Traplopen: de fysiotherapeut doet dit de eerste keer samen met u. Dit is voor de veiligheid en om eventuele tips met u door te nemen;
- Fietsen op de hometrainer: om te beginnen gedurende vijf minuten, dit gebeurt ook onder begeleiding van de fysiotherapeut. Gaat dit goed, dan mag u driemaal daags op de hometrainer. Het is voor uw herstel goed om ook thuis een hometrainer te hebben. De fysiotherapeut heeft informatie over het eventueel huren van een hometrainer.

Pijnbestrijding

Als u nog pijnklachten heeft, is paracetamol een goede pijnstiller. U mag 4 maal daags 2 tabletten van 500mg gebruiken. Daarna bouwt u dit langzaam weer af. Dit doet u als volgt:

1. De eerste twee dagen neemt u over de dag verdeeld 4 maal daags 2 tabletten paracetamol van 500mg.
2. De daarop volgende twee dagen neemt u over de dag verdeeld 2 maal daags 2 tabletten paracetamol van 500mg.
3. Daarna stopt u met de pijnbestrijding en gebruikt u indien nodig 2 tabletten paracetamol 500mg.

Als u hierna nog pijn heeft, neemt u dan contact op met de huisarts.

Kan een hernia terugkomen?

Uit veel onderzoek blijkt dat 80 tot 90% van de patiënten na een herniaoperatie tevreden is met het uiteindelijke resultaat. Terugkerende klachten kunnen berusten op het ontstaan van een nieuwe hernia ter plaatse van een hogere of lager gelegen tussenwervelschijf. Een echt recidief, het opnieuw optreden van een hernia op dezelfde plaats, treedt bij ongeveer 5% van de geopereerde patiënten op. Een recidief-hernia kan echter ook met goed resultaat worden geopereerd.

Meer informatie

U kunt meer lezen over de rughernia op de website van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen (NVDN): www.nvdn.org

Locatie Enkhuizen

Molenweg 9b
1601 SR Enkhuizen
T. 0228 312 345

Locatie Hoorn

Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn
T. 0229 257 257

Locatie Purmerend

Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T. 0299 457 457

Locatie Volendam

Heideweg 1b
1132 DA Volendam
T. 0229 257 500

Postbus 600, 1620 AR Hoorn

www.dijklander.nl
info@dijklander.nl



WLZ-18822-NL 10 december 2020