

HERSTEL VAN DE SAGITTALE BALANS VAN DE WERVELKOLOM

Versie 2024



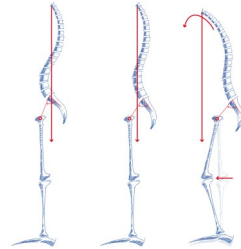
Prof. dr. E. Van de Kelft
Dr. D. Van der Planken
Dr. B. Schrooten
Dr. D. Thijs
Dr. G. Michielsen

Vitaz,
Campus: Moerlandstraat 1, 9100 Sint-Niklaas
Campus: Oude Zandstraat 99, 9120 Beveren
Campus: Lepelstraat 2, 9160 Lokeren
Tel 03760 21 72 • Fax 03760 20 55

Binnenkort wordt u opgenomen op de afdeling neurochirurgie van Vitaz. Via deze folder hopen wij u wegwijs te maken in het verloop van uw operatie en uw verblijf in het ziekenhuis.

WAT IS DE SAGITTALE BALANS VAN DE WERVELKOLOM?

De wervelkolom heeft 2 belangrijke krommingen, namelijk een lordose (onderste kromming) en een kyfose (bovenste kromming). Als we ouder worden, kan de onderste kromming verdwijnen, vooral door het verslijten van de tussenwervelschijven, maar soms ook door indeukingen van de wervels. Hierdoor beginnen we naar voor te hellen; de zwaartekrachtlijn (een loodlijn die vertrekt in onze 7^{de} halswervel) valt niet langer tussen onze voeten, maar ver ervoor. Wandelen lukt moeilijk, maar gemakkelijker met een rollator.



Als we ouder worden, verdwijnt de onderste kromming in de rug en hellen we naar voor. We plooiën onze knieën om nog recht te kunnen staan, maar lopen wordt moeilijk; onze wervelkolom is niet meer in balans.

Op dat ogenblik spreken we van een gestoorde sagittale balans van de wervelkolom. De twee belangrijkste symptomen zijn pijn, vanaf het moment dat je rechtstaat en tracht te stappen, maar ook, een beperkte wandelafstand. De behandeling kan bestaan uit pijnmedicatie, stappen met een rollator/rolmobiel en een rolstoel voor grotere afstanden. De chirurgische reconstructie van de wervelkolom, om zo goed mogelijk de sagittale balans te herstellen, is een mogelijkheid.

DE CHIRURGISCHE BEHANDELING

De chirurg zal aan de hand van een RX full spine berekenen welk type rug u heeft. Samen met u wordt de mogelijkheid om uw rug te herstellen besproken. U zal een moeilijke afweging moeten maken tussen de eventuele voordelen van deze ingreep enerzijds en het belangrijk operationeel risico anderzijds. Door middel van een incisie over heel de wervelkolom (van net onder de nek tot aan het zitvlak) kan de chirurg de wervelkolom vrijmaken. De rugspieren worden opzijgeschoven. In elke wervel worden twee schroeven geplaatst. Dit gebeurt middels radiografische controle. Soms wordt ook in de operatiezaal een CT-scan gemaakt om te kijken of de schroeven correct zijn geplaatst. Als alle schroeven correct zitten, wordt een wig gemaakt in een lendenwervel, waaruit dan een driehoek verdwijnt. Op deze manier wordt uw rug gebroken en kan de chirurg terug de juiste kromming van de wervelkolom herstellen. Daarna moet de wervelkolom gefixeerd worden; alle schroeven worden verbonden met twee stangen die op voorhand zijn geplooid volgens de voor uw rug ideale curve. Tijdens de ingreep wordt regelmatig de functie van het ruggenmerg getest (MEP).

De schroeven en staven zorgen voor een stevige onbeweeglijkheid van het segment, zodat dit kan vastgroeien. Dit duurt ongeveer drie tot zes maanden. Vooraleer de wonde gesloten wordt, brengt de chirurg nog twee drains in die het wondvocht tot 48 u na de operatie zullen opvangen.

BELANGRIJK VOOR DE OPNAME

Het is zeer belangrijk om bij uw bezoek aan de arts steeds te vermelden of u al dan niet behandeld wordt met bloedverdünnende medicijnen. Enkele voorbeelden hiervan zijn Asaflow[®], Plavix[®], Marcoumar[®] en Marevan[®]. Omdat deze producten de bloedstolling beïnvloeden, betekenen zij een groot bloedingsgevaar tijdens en na de operatie. De arts zal met u bespreken om de inname van deze producten op voorhand te stoppen. Medicatie voor diabetes (behalve insuline) dient 48 uur voor de ingreep gestopt te worden. Het is ook van belang mogelijke allergieën mee te delen zodat de nodige preventieve maatregelen genomen kunnen worden. Voorbeelden zijn: latexallergie, contrastallergie, allergie voor bepaalde medicijnen of producten,... U wordt steeds ambulantly gezien door de anesthesist om het operatief risico beter in te schatten.

DE OPNAME

U wordt opgenomen de dag vóór de operatie om 14u.

WAT BRENGT U MEE?

- Alle medische beeldvorming, ook als ze op CD-ROM staat of de evt. codes
- Resultaten bloedafname en electrocardiogram
- Identiteitskaart en bloedgroepkaart
- Anti-trombosekousen, als u die heeft
- Toiletgerief, handdoeken, washandjes, pyjama
- Thuismedicatie
- Eventuele attesten om te laten invullen
- Preoperatieve vragenlijst ingevuld
- Ingevulde en ondertekende informed consent (toestemming chirurgie) als onze dienst dit document aan u heeft gegeven met de vraag het te ondertekenen.

U begeeft zich naar de dienst opname en wordt zo begeleid naar de afdeling. De afdelingsverantwoordelijke voor de opname zal u een kamer toewijzen. Het toewijzen van een eenpersoonskamer verloopt naargelang de beschikbaarheid en wordt geregeld vanuit de opnamedienst. Als u nog geen pre-operatieve onderzoeken hebt laten uitvoeren, moet dit wel gebeuren als u ouder bent dan 65 jaar, of op voorschrift van de arts. Aan de hand van een vragenlijst wordt de anamnese afgenomen en u krijgt ook een vragenlijst die u moet invullen en tekenen voor de anesthesist (slaapdokter). Een verpleegkundige zal de operatiestreek scheren. Dit is om infectie te voorkomen. U krijgt een klein lavement. Verder zal men ook anti-trombosekousen aanmeten. Dit is om tijdens en na de operatie bloedstolsels in de aders te voorkomen. Mocht u al in het bezit zijn van zo'n kousen, breng ze dan zeker mee.

HET OPERATIEVERLOOP

VOOR DE OPERATIE

De dag van de operatie mag u vanaf middernacht niet meer eten. De afdeling wordt telefonisch verwittigd wanneer u in de operatiezaal verwacht wordt. Het tijdstip van uw operatie hangt volledig af van het programma in de operatiezaal. De verpleegkundige van de afdeling kan hier niets aan veranderen. De anesthesist bepaalt of u uw thuismedicatie preoperatief mag innemen. Vlak voor u naar de operatiezaal vertrekt, krijgt u nog een operatiehemd en anti-trombosekousen aan. Kunstgebit, contactlenzen, juwelen en piercings moeten worden verwijderd. Nagellak en gelnagels moet bij hand- en voetchirurgie verwijderd worden. Na de operatie gaat u naar intensieve voor één nacht.

OPERATIE

De ingreep gebeurt onder algemene narcose. De anesthesist zal in u arm een infuus prikken en u wordt in slaap gebracht. Als u slaapt, plaatst de anesthesist een slangetje in uw keel waarlangs de ademhaling tijdens de ingreep overgenomen wordt door een machine. U krijgt ook een blaassonde aangezien u de eerste dag na de ingreep niet uit bed kan. U bent ook heel de tijd in verbinding met een hartmonitor. Men zal u op de buik installeren op een speciale tafel zodat de neurochirurg de ingreep vlot kan uitvoeren. Tijdens de ingreep doen we beroep op een CT-scan, navigatietechnologie en neuro-monitoring om de kans op zenuw/ruggenmergbeschadiging tot het minimum te beperken. Meestal worden de schroeven ook geplaatst met behulp van onze spinale robot 'Mazor'. Als de ingreep voorbij is, wordt u terug in bed gelegd en naar de intensive care gebracht. Pas als u goed wakker bent en de pijn goed onder controle is, kunt u terug naar de kamer. De anesthesist en de neurochirurg beslissen hierover. Meestal is dat de dag na de ingreep.

NA DE OPERATIE

Na de operatie verblijft u de eerste nacht op intensieve zorgen. Als u ontwaakt, ligt u plat op de rug, na enkele uren zal een verpleegkundige u voor de eerste keer op de zij draaien. Tracht steeds "en bloc" te draaien met opgetrokken benen. Dit wil zeggen dat heup en schouder tegelijk moeten draaien zodat de wervelkolom één rechte lijn blijft. De verpleegkundige komt regelmatig langs om infuus, verband, drain, bloeddruk en pijn te controleren. Via het infuus krijgt u pijnstilling. Het is niet de bedoeling onnodig pijn te lijden. Meldt dit aan de verpleegkundige die u op advies van de artsen de nodige pijnstilling zal geven. Op het einde van de ingreep krijgt u al Morfine ingespoten rond het ruggenmerg om de ergste post-operatieve pijnen te vermijden. Na de operatie mag u eten en drinken, tenzij dit door de arts anders wordt voorgeschreven.

HERSTEL

De eerste dag na de operatie mag u 's morgens weer normaal eten. U krijgt een prikje in de buik om een trombose te voorkomen. Deze prik krijgt u verder dagelijks zolang u in het ziekenhuis verblijft. Een medicatieschema ter bevordering van

uw herstel wordt opgestart. Het omvat een spierontspannend middel en pijnstillers. Een verpleegkundige zal u de nodige hygiënische zorgen geven. U behoudt uw infuus tot de pijn onder controle is. Bedrust is voorzien tot de arts of de kinesiste is langs geweest. Deze bedrust is zo plat mogelijk en liggend op de zijde of op de rug. Uw arts bepaalt hoe lang u deze bedrust nodig heeft. Meestal worden pas de vierde dag de drain(s) verwijderd. Het verband wordt dagelijks vernieuwd, dit om wondcontrole te kunnen uitvoeren. De tweede dag komt de kinesiste terug. Deze zal u persoonlijk begeleiden bij het herstel en zal ook antwoorden op al uw vragen in verband met zitten, liggen en andere activiteiten. De ergotherapeute komt ook langs op de kamer om naast mobilisatie ook spierversterkende en houding corrigerende oefeningen te geven. De arts beslist wanneer u naar huis kan. Standaard is dit pas vanaf dag 10. Mocht u tegen dan onvoldoende zelfredzaam zijn, raden wij een korte revalidatie aan in ons revalidatie centrum Trev. in Beveren. Dit wordt door ons georganiseerd in samenspraak met onze revalidatie-arts.

ONTSLAG

Bij ontslag uit het ziekenhuis, kan ons secretariaat de nodige attesten invullen, medicatie voorschrijven en een brief aan de huisarts richten. U verlaat na ongeveer twee weken het ziekenhuis en indien nodig kan u gaan revalideren in een revalidatiecentrum; de sociaal verpleegkundige zal dit alles met u bespreken. Na 6 à 7 weken verwacht de dokter u terug op de consultatie. Voordat u het ziekenhuis verlaat, dient u bij de verpleging een formulier af te halen zodat u zich bij de opnamedienst kan laten uitschrijven. Mogelijks vraagt de opnamedienst dan ook een voorschot te betalen als u op een eenpersoonskamer ligt (de prijs kan u terugvinden op de website van het ziekenhuis). De dag van ontslag dient u de kamer te verlaten voor 11.00 u. U kunt evt. nog enkele uren verblijven in de lounge, maar niet meer op uw kamer.

THUIS OF IN HET REVALIDATIECENTRUM, WAT NU?

- Tracht steeds zo ontspannen mogelijk te bewegen. Wissel ook steeds van houding. Wissel daarom rust af met wandelen, fietsen, zwemmen (na 14 dagen) en trappen lopen. Blijf nooit lang staan of zitten. Beperk uw nachtrust en haal uw slaap desnoods in de namiddag in. Luister naar uw lichaam!
- Meerijden met de wagen is geen probleem. Zelf rijden is niet aan te raden de eerste twee maanden.
- Werkhervatting wordt besproken wanneer u terug op consultatie komt ter controle.
- Thuis hoeft u geen fysiotherapie te volgen. De raadgevingen van de fysiotherapeut opvolgen volstaan.
- Seks is toegelaten, mits het op een rugvriendelijke manier gebeurt.
- Licht huishoudelijk werk kan wel, maar tot aan de pijngrens.
- Zwaar huishoudelijk werk is verboden tot uw arts u hiervoor toestemming geeft.
- Fietsen is aan te raden, liefst éérs op een 'home-trainer', dan buiten.
- Bij pijn mag u Paracetamol 1 g tot vier keer per dag nemen.

- Hechtingen worden verwijderd door ons, 10 dagen na de ingreep (u bent dan nog gehospitaliseerd. Wij zullen ook uw medicatie nakijken en indien nodig aanpassen.
- Na 6 à 7 weken wordt u op de consultatie verwacht. Als u van ons geen afspraak heeft meegekregen, maak ze dan zo snel mogelijk zelf (via het secretariaat: 03/760.21.72 optie 1 of www.mynexuzhealth.com).

MOGELIJKE PROBLEMEN

Bij elke ingreep bestaat een risico op mogelijke problemen. De arts heeft deze al met u besproken. De ingreep die u zal ondergaan is een belangrijke ingreep met de mogelijkheid op belangrijke complicaties. In de medische literatuur wordt voor deze ingreep een complicatie ratio van > 30% gemeld. Bij ons ligt dat gelukkig minder en, een kleine oppervlakkig wondprobleem wordt ook als complicatie meegerekend. Mocht u hierover nog vragen hebben kan u die steeds aan hem stellen.

DOOF GEVOEL, TINTELINGEN OF KRACHTSVERLIES

Reeds voor de operatie bestond er al druk op de zenuw. Maar ook tijdens de operatie wordt de zenuw geïrriteerd en daardoor raakt hij wat gezwollen. Daarom zullen deze klachten ook niet onmiddellijk na de operatie verholpen zijn. Dit kan verscheidene weken, soms zelfs langer, duren. De kans op blijvende zenuwbeschadiging, bestaat, maar is klein (< 3%).

DARMVERLAMMING

Door té veel pijnstilling kan een verlamming van de darmen optreden. Dit is steeds van tijdelijke aard maar kan het herstel in het begin danig hinderen.

NIERINSUFFICIËNTIE

Wanneer u tijdens de ingreep té veel bloed verliest en vocht, kunnen de nieren tijdelijk slechter functioneren, met zelfs tijdelijke nierdialyse als mogelijk gevolg.

WONDPROBLEMEN

Infectie van de wonde: dit is het geval wanneer het litteken niet goed geneest of wanneer er vocht uit de wonde komt. Contacteer dan steeds uw arts. Een infectie van het ingeplante materiaal kan ernstige, zelfs levensbedreigende gevolgen hebben.

Lekkage van hersenvocht: door de vernauwing is er gedurende een lange periode druk uitgeoefend op de zenuwen en op het vlies eromheen. Daardoor is de kans dat er tijdens de operatie een klein gaatje in het vlies ontstaat waardoor het hersenvocht gaat lekken. Meestal is het gaatje zo klein dat u er geen last van heeft, hoogstens wat hoofdpijn. Het is wel belangrijk om voldoende te drinken.

Mocht u na het lezen van onze folder nog vragen hebben, stel ze gerust aan de arts of aan de verpleging.

Meer informatie vindt u ook op www.neuro-chirurgie.org.

De dienst neurochirurgie Vitaz wenst u een spoedig herstel!