

PATIENTINFORMATION

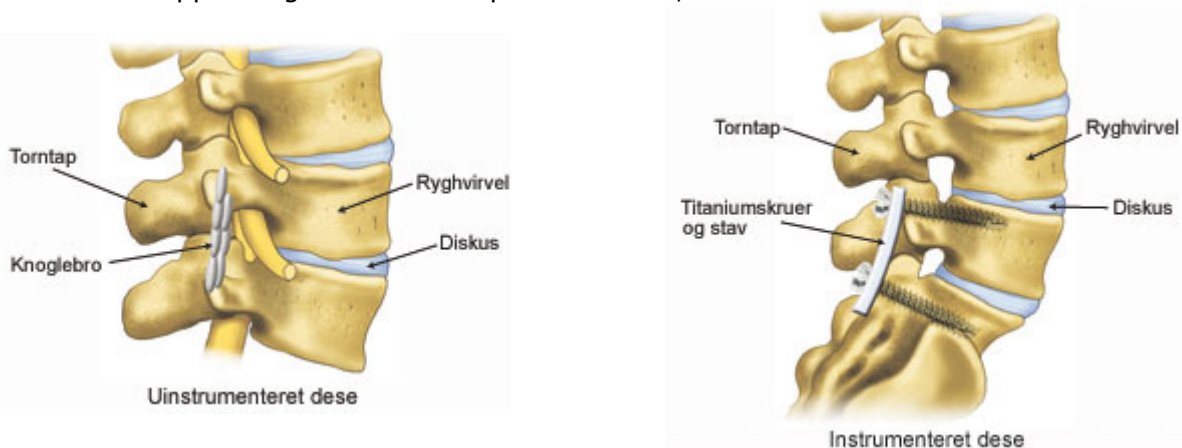
Stivgørende operation i lænd

Kroniske smerter i lænden, med eller uden udstråling til benene, kan være forårsaget af forskellige lidelser i lænderyggen.

Hyppigst drejer det sig om slidgigt (spondylose) lokaliseret til båndskiverne (discus) mellem hvirvellegemerne og de små led (facetled) bagtil i ryggen. Slidforandringerne kan give anledning til instabilitet mellem ryghvirvlerne og påvirkning af nerverødderne.

Ledskred (spondylolisthese) mellem to ryghvirvler på baggrund af defekt (arcolyse) bagtil i den ene hvirvel er en anden hyppig årsag til kroniske lænderygsmarter med eller uden udstråling til benene. Lidelsen forekommer hos ca. 5% af befolkningen.

Patienter med disse lidelser kan have gavn af en stivgørende operation (spondylodese), hvor man stabiliserer det eller de led i lænden, som er smertevoldende. Ved operationen vil man ofte indsætte skruer og metalstave (instrumenteret dese) i de pågældende hvirvler, men man kan også foretage en stivgørende operation uden indsættelse af skruer og metalstave (uinstrumenteret dese). Ved begge operationer bliver der ilagt knogletranplantat bagtil mellem tværtappene og facetleddene på de hvirvler, som skal stabiliseres



Hvorfor vælger man denne operation

For at vurdere om en patient er kandidat til en stivgørende operation skal der foretages en klinisk undersøgelse, hvor symptomer og eventuelle konkurrerende lidelser klarlægges. Der skal også laves en scanning (hyppigst en MR scanning), og i enkelte tilfælde er der også behov for en almindelig røntgen undersøgelse.

Patienter som tilbydes en stivgørende operation i lænden har:

- Haft rygsmerter i mere end et halvt år
- Manglende effekt af anden behandling (fysioterapi, kiropraktor, rygtræning) inklusiv smertebehandling
- Slidforandringer i lænden på 1 til 3 niveauer (eventuelt flere niveauer)
- Instabilitet eller ledskred i lænden
- Ofte Modic forandringer i hvirvellegemerne

Patienter med slidforandringer eller ledskred i lænderyggen har meget ofte belastningsrelaterede smerter i lænden – eventuelt med udstråling til benene. Disse smerter kan reduceres ved en stivgørende operation.



Discus degeneration med Modic forandringer.

Operationsprocedure

Operationen foregår i fuld bedøvelse og varer ca. 2 – 3 timer. Patienten lejres i bugleje, og indgrebet foretages gennem et lige snit over torntappene. Rygmuskulaturen løsnes fra torntappene og holdes til side. Ofte frilægges nerverne i ryggen. Den knogle, som fjernes i forbindelse med frilægningen af nerverne, anvendes senere som knogletransplantat, der lægges mellem tværtappene og facettleddene på de hvirvler, som skal vokse sammen. Der kan også tages knogle fra hoftebensskammen eller anvendes "kunstig" knogle (knoglesubstitut).

Stivgøringen suppleres oftest med skruer og stave mellem hvirvlerne for at sikre en god og solid indheling af knogletransplantatet. Skruer og stave er lavet af titanium.

Ved operationens afslutning lægges et dræn, som leder blod og væske fra såret. Drænet fjernes dagen efter operationen.



Spondylodese med skruer og stave.

Ricisi

Enhver bedøvelse og operation indebærer en vis risiko:

Infektion i såret – ca. 0,5 %. Dette forebygges ved at give antibiotika under operationen.

Årebetændelse og blodprop i benet med risiko for blodprop i lungen, hvilket er meget sjældent. Dette forebygges ved at give blodfortyndende medicin og anvende støttestrømper.

Blodansamling i såret. Dette forebygges ved anlæggelse af et dræn.

Skade på nervestrukturer med føleforstyrrelser og/eller lammelse i benet (oftest dropfod) til følge. Dette sker hos under 1% af patienterne. I meget sjældne tilfælde kan en nerveskade også påvirke funktionen for blæretømning og afføring.

Manglende indheling af knogletransplantatet ses hos 5 – 10 % af patienterne. Dette kan medføre løshed af skruerne, som eventuelt må fjernes.

Efterforløb under indlæggelse

Efter operationen køres patienten tilbage til sin enestue. Her foregår opvågningen, hvor en sygeplejerske kontrollerer puls, blodtryk og vejrtrækning indtil patienten er vågen og velbefindende.

Det tilstræbes, at patienten kommer op at sidde på sengenkanten og går lidt rundt på stuen allerede på operationsdagen. De efterfølgende dage foregår mobiliseringen med hjælp af fysioterapeut, som også giver instruktion i øvelser, som kan laves derhjemme.

I reglen er patienten mobiliseret og klar til udskrivelse 4. dagen. Ved udskrivelsen medgives smertestillende medicin til de nærmeste dage. Såfremt der er behov for yderligere smertestillende medicin, må egen læge kontaktes.

Trådene i såret skal fjernes hos egen læge ca. 12 dage efter operationen.

Patienten skal selv arrangere hjemtransporten, som kan foregå siddende med Falck (kræver abonnement), Taxa eller i egen bil. Patienten må ikke selv køre i bil hjem.

Forløb efter udskrivelse

Efter hjemkomsten skal overbelastning af ryggen undgås. Der medgives et udførligt regime, som følges de første 10 – 12 uger. Det forventes, at patienten er sygemeldt i denne periode.

Herefter kommer patienten til en ambulant kontrol, hvor der også foretages røntgen undersøgelse af lænderyggen.

Efter den ambulante kontrol startes genoptræning hos fysioterapeut. Genoptræningen strækker sig over 4 - 8 uger.

I hele forløbet efter operationen kan patienten opleve kortvarige "tilbagefald", hvor der tilkommer forværring af ryg- og bensmerter. Dette skyldes ofte overbelastning af ryggen, og generne svinder i reglen efter aflastning og smertestillende medicin i nogle dage.

Resultater

Formålet med operationen er at reducere smerterne i lænden og benene ved stivgøre det segment i lænderyggen, hvorfra smerterne udløses. I bedste fald bliver patienten smertefri. 70 - 80 % af patienterne oplever betydelig smertelindring, bedret livskvalitet og øget aktivitetsniveau. Forløbet efter operationen er langvarigt, og det endelige resultat kan først vurderes efter ca. 1 år.

Litteratur

1. Carreon LY, Glassman SD, Howard J.
Fusion and nonsurgical treatment for symptomatic lumbar degenerative disease: a systematic review of Oswestry Disability Index and MOS Short Form-36 outcomes. Spine J. 2008 Sep-Oct;8(5):747-55. Epub 2007 Nov 26. Review.
PMID: 18037354 [PubMed - indexed for MEDLINE]
2. Andersen T, Videbaek TS, Hansen ES, Bünger C, Christensen FB.
The positive effect of posterolateral lumbar spinal fusion is preserved at long-term follow-up: a RCT with 11-13 year follow-up. Eur Spine J. 2008 Feb;17(2):272-80. Epub 2007 Sep 12.
PMID: 17851701 [PubMed - indexed for MEDLINE]
3. Mirza SK, Deyo RA.
Systematic review of randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative care for treatment of chronic back pain. Spine. 2007 Apr 1;32(7):816-23. Review.
PMID: 17414918 [PubMed - indexed for MEDLINE]
4. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Hanscom B, Tosteson AN, Blood EA, Birkmeyer NJ, Hilibrand AS, Herkowitz H, Cammisa FP, Albert TJ, Emery SE, Lenke LG, Abdu WA, Longley M, Errico TJ, Hu SS.
Surgical versus nonsurgical treatment for lumbar degenerative spondylolisthesis. N Engl J Med. 2007 May 31;356(22):2257-70.
PMID: 17538085 [PubMed - indexed for MEDLINE]