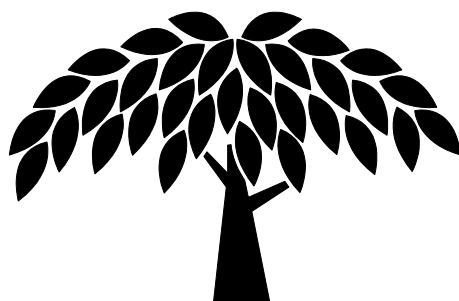


PATIENTINFORMATION

VID DISKBRÅCK

 Praktikertjänst



RYGGKIRURGI
STRÄNGNÄS

Din beskrivning av symtomen samt det som framkommit vid den kliniska undersökningen och röntgenundersökningar har visat att du har diskbråck och operation har föreslagits.

Före operationen träffar du din kirurg och tillsammans går ni igenom hur operationen genomförs, prognos, risker samt troligt efterförlopp. Du träffar också sjuksköterska från vårdavdelningen, narkosköterska, narkosläkare och sjukgymnast. Denna information ska hjälpa dig så att du är förberedd inför operationen.

VAD ÄR DISKBRÅCK?

Diskbråck är klart vanligast i ländryggen, betydligt mera ovanligt i halsryggen och en sällsynthet i bröstryggen. I ländryggen finns fem kotor som benämns L1 till L5 uppifrån och ned. Mellan kotorna finns en disk och baktill en led på varje sida, facettlederna. I och med dessa leder och att disken är ganska mjuk (som tjockt suddgummi) kan kotorna röra sig mot varandra. Bakom kotkroppen och diskarna ligger ryggmärgskanalen som omramas av kotbågarna (se figur). Normala diskar i ländryggen är 7-9 mm tjocka bindvävsstrukturer. De är uppbyggda av ett yttre mera trådrikt parti (anulus) och ett inre mera mjukt, hos unga personer geléartat parti (nukleus).

Då diskbråck uppstår sker endera en sprickbildning i det yttre området och det mjuka inre materialet pressas ut i sprickan (ungefär som tandkräm). Kommer den utpressade massan i kontakt med en nervrot (början till ischiasnerven) i ryggmärgskanalen skapar det smärta med utstrålning i nervens område. Beroende på smärtans utbredning i benet/foten kan man därför oftast avgöra vilken nervrot som är påverkad och i och med detta vilken disk som orsakar besvären. Ibland sker inte någon sprickbildning i disken så att det inre materialet kläms ut utan istället buktar hela disken kraftigt bakåt och påverkar en nervrot.

SYMPTOM

Initialt upplever de flesta diskbråckspatienter ren ryggsmärta vilken anses vara kopplad till att sprickan uppstår i disken. Då det inre materialet pressats ut minskar trycket i disken och ryggsmärtan avtar. Om det utpressade materialet kommer i kontakt med en nervrot i ryggkanalen uppstår då istället smärta ned i benet, ibland även domning, stickningar eller krypningar i samma område. Blir nervroten kraftigt klämd fungerar den inte till fullo och nervförsörjningen till vissa muskler drabbas och därvid uppstår svaghet i ben/fot, en viss förlamning. Skulle detta drabba nerverna som går till urinblåsan drabbas blåsfunktionen och då måste tillståndet handläggas akut.

På senare år har det ansetts att det inte bara är det mekaniska trycket mot nervroten som skapar smärta utan att det även skulle finnas ett inslag av inflammation. Vid operation ses dock inga inflammatoriska tecken.

BEHANDLING

Om inte allvarliga nervstörningar föreligger (t ex förlamning av urinblåsan eller kraftig förlamning av ben/fot) avvaktar man alltid möjligheten till spontan förbättring, givetvis med mediciner med smärtstillande medel. Det utklämda diskmaterialet kan skrupna och då minskar trycket mot nervroten och besvären avtar. Om däremot smärtan i benet kvarstår oförändrad och även objektiva tecken till nervrotstillklämning kan påvisas (nedsatt känsel, nedsatt kraft, nedsatta reflexer) kan operation behöva genomföras. Avgörande är då graden av smärta och tidsförloppet, att bättring inte sker.

OPERATION

Vid vår klinik används enbart mikrokirurgisk teknik. Det innebär att mikroskop används, operationsfältet förstoras så att alla strukturer blir tydligare vilket skapar ökad säkerhet. Blödningen är i regel minimal.

Snittet i huden blir cirka 4 cm, avlossningen av ryggmuskelfästen är obetydlig. Öppning in i ryggkanalen görs mellan två kotbågar som endast naggas 2-3 mm i kanterna. Väl inne i ryggkanalen kan den aktuella nervroten identifieras och i regel finner man framför nervroten det aktuella diskbråcket som tas bort. Operationen tar i regel en knapp timme. Huden sys med stygn inne i huden, stygn som försvinner spontant efter någon tid. Borttagande av yttre stygn blir alltså inte aktuellt.

KOMPLIKATIONER

Alla kirurgiska ingrepp innebär en potentiell risk för någon komplikation, narkosmässigt såväl som kirurgiskt. Det narkosmässiga bedöms av vår narkosläkare och innefattar mestadels eventuell förekomst av hjärtsjukdom eller lungsjukdom. Det rent kirurgiska innebär en viss risk för infektion men hos oss är förekomsten av djup infektion mindre än 1 %. Efterblödning i operationsområdet kan förekomma men den mikrokirurgiska tekniken gör att detta är mycket ovanligt. En allvarlig komplikation är t ex nervrotsskada vid operation men den mikrokirurgiska tekniken minimerar även denna risk.

EFTERFÖRLOPP/PROGNOS

I regel kan du som opereras för diskbräck stå upp och gå lite runt sängen redan efter några timmar. Vissa kan ha lite trögt att kissa i början, dels på grund av sårsmärtan, vilken dock brukar vara beskedlig, dels på grund av den ovana miljön och eventuellt kvardröjande narkoseffekt. Nästan alla åker hem dagen efter operationen. Man kan åka vanlig bil som passagerare, du ska inte köra själv. Sjukskrivningen är i regel 4-5 veckor men beror givetvis på typ av arbete. Gynnsamt resultat, det vill säga frihet från nervsmärta i benet nås hos cirka 90 % av våra patienter. Personer med mycket långvariga symtom och kraftig nervpåverkan har den sämre prognosen. Före utskrivning träffar du även någon av våra fysioterapeuter och får råd om lättare aktivitet under rehabiliteringen. Målet är att du ska bli helt frisk.

