

Minder invasief en even effectief

PTED-herniaoperatie (weer) in het basispakket

Het Zorginstituut Nederland heeft geoordeeld dat bij een lumbale hernia de minimaal invasieve PTED-operatie ten minste even goed is als de klassieke open discectomie. Dit betekent dat patiënten een PTED-operatie voortaan vergoed krijgen via de basisverzekering. Arts-onderzoeker Pravesh Gadjradj geeft een toelichting op de PTED-techniek en op zijn promotieonderzoek, dat de basis vormde voor het oordeel van het Zorginstituut. Fysiotherapeut Stefan van Spengen vertelt over klinische revalidatie na PTED.

Tekst: Brenda van Dam | Beeld: Erasmus MC

PTED staat voor percutane transforaminale endoscopische discectomie en is een minimaal invasieve ingreep. De techniek is niet helemaal nieuw. Tussen 2009 en 2012 viel PTED al onder verzekerde zorg. Omdat er nog te weinig onderzoek was gedaan naar de effectiviteit van PTED, besloot het Zorginstituut PTED niet meer te vergoeden. De techniek werd op kleine schaal alleen nog uitgevoerd in enkele zelfstandige klinieken, zoals in het Park Medisch Centrum door neurochirurg dr. Harhangi. Arts-onderzoeker Pravesh Gadjradj heeft in het kader van zijn promotie een non-inferiority studie uitgevoerd onder leiding van prof. dr. Van Tulder (VUMC), prof. Peul (LUMC), dr. Rubinstein en dr. Harhangi (Park Medisch Centrum en Erasmus MC). Onderzocht werd of PTED even effectief is als de klassieke open microdiscectomie. De studie toonde aan dat dit inderdaad



het geval is. Voor het Zorginstituut was dit aanleiding om PTED weer in het basispakket op te nemen.

Operatietechnieken

Bij een open microdiscectomie gaat de patiënt onder volledige narcose en ligt hij plat op de buik. Midden in de lage rug, op de plek waar de hernia zit, wordt een huidsnee gemaakt van drie tot vijf centimeter. Om bij de hernia te komen, worden eerst de rugspieren losgemaakt en opzijgeschoven. Daarnaast wordt er wat bot weggehaald om een opening naar de tussenwervelschijf te maken. Via deze opening wordt de hernia (het uitpuilend weefsel) met een grijpertje langs de zenuwwortel weggehaald. Voor een patiënt is de endoscopische techniek aanzienlijk minder ingrijpend, vertelt Gadjradj. “De patiënt wordt lokaal verdoofd en is gewoon wakker en aanspreekbaar. De neurochirurg maakt een incisie van acht millimeter aan de zijkant van de rug en plaatst een kijkbuis met camera (endoscoop) in het neurofora-

men, de opening waar de zenuwwortel uitsteekt. Vanuit de buis kun je de hernia direct benaderen. De chirurg ziet op een beeldscherm waar de hernia zit. Door die buis kan hij instrumenten schuiven om de hernia te verwijderen. Hij boort de hernia een klein beetje los en kan deze er met een grijpertje uit halen. Zo heb je maar een kleine incisie van 8 millimeter. Spieren worden niet losgesneden, bot wordt nauwelijks weggehaald, dus je richt nauwelijks schade aan.” Uiteraard moet het gaatje waar de endoscoop doorheen gaat, gehecht worden. Gadjradj: “Bij PTED hecht je alleen de huid. Bij de klassieke operatie moet je spieren hechten, het bindweefsel onder de spieren, de onderhuid en dan weer de huid. Dat is veel ingrijpender.”

Klassiek versus PTED

Aan het onderzoek van Gadjradj deden 613 volwassen patiënten mee, afkomstig uit vier klinieken. Via computerloting werd bepaald welke ingreep een patiënt zou krijgen. Gadjradj: “Patiënten wilden

Pravesh Gadjradj: ‘Bij de klassieke operatie moet je spieren hechten, het bindweefsel onder de spieren, de onderhuid en dan weer de huid. Dat is veel ingrijpender. Bij PTED hecht je alleen de huid’



graag met de PTED-techniek geopereerd worden. We hebben de helft van hen dus moeten teleurstellen. We hebben de patiënten twee jaar gevolgd en op negen momenten metingen gedaan en vragenlijsten afgenomen. We hebben inderdaad aangetoond dat PTED niet slechter is dan de klassieke open microdissectomie. Patiënten scoorden zelfs iets beter qua beenpijn, rugpijn en functionele beperking.”

Het allergrootste voordeel is dat PTED veel minder invasief is. Gadjradij: “Patiënten gaan niet onder narcose, de rugspieren worden niet doorgesneden, het risico op complicaties lijkt lager en er is een kleiner litteken. Al enkele uren na de operatie kan de fysiotherapeut aan de slag met mobiliseren. De patiënt kan dezelfde dag nog naar huis en de herstelperiode is veel korter.”

Een derde veel gebruikte techniek is microtube dissectomie (MTD). Ook hier is er geen grote incisie, maar wordt er geopereerd via een kleine buis. “MTD lijkt toch meer op de klassieke ingreep”, aldus Gadjradij. “Patiënten gaan nog steeds onder narcose, spieren worden doorgesneden en gehecht. Deze ingreep is in 2007 onderzocht. MTD is even goed als de klassieke operatie, maar niet minder invasief.” Niet iedere hernia komt in aanmerking voor PTED. Gadjradij: “Als je last hebt van een zuivere hernia, dan is PTED vaak goed mogelijk. Heeft de patiënt ook nog last van een vernauwing in de rug en moet de chirurg bijvoorbeeld ook bot weghalen, dan is PTED minder geschikt. Dat lukt niet met een endoscoop. Daarentegen is bij bepaalde typen hernia’s in het neuroforamen opereren met de klassieke methode erg lastig en soms ook niet goed mogelijk, terwijl je met PTED precies in dat gebied komt.”

Geen gemakkelijke techniek

PTED is geen gemakkelijke techniek om uit te voeren. Het zit niet in de standaardopleiding van neurochirurgen. “Het moeilijkste is eigenlijk dat je met een endoscoop moet werken. Je moet 2D-röntgenbeelden 3D interpreteren”, legt Gadjradij uit. “Algemene chirurgen zijn al heel veel endoscopisch gaan opereren, het zit standaard in hun opleiding. Voor neurochirurgen is endoscopisch opereren in de rug vrij nieuw. Daarnaast is het neuroforamen als anatomische locatie ook complex, helemaal via een endoscoop.”

Fysiotherapie

Stefan van Spengen is fysiotherapeut bij SPOMED, een gespecialiseerde fysiotherapiepraktijk in Rotterdam en Capelle aan den IJssel. Een zevental fysiotherapeuten van SPOMED verzorgt de klinische nazorg van de herniaoperaties die in Park Medisch Centrum plaatsvinden. Van Spengen ziet de patiënten enkele uren na de ingreep. “Als patiënten na een PTED-operatie uit de verkoever komen, liggen zij eerst drie uur op de rug in bed. Dan zien wij ze. We leren ze hoe ze op dat moment voorzichtig en veilig uit bed kunnen komen, vertellen wat het beleid in de tijd voor hen is, wat ze wel en vooral niet moeten doen in de postoperatieve fase. Wij leren ze de transfers van rug naar zij, naar zit, naar stand en het lopen.” Functioneel netjes lopen is uiteindelijk het belangrijkste. Hoeveel tijd zit er tussen uit bed komen en daadwerkelijk lopen? Dat wisselt heel erg, merkt Van Spengen. “Er zijn patiënten, die springen nog net niet hun bed uit. De PTED-techniek is dusdanig dat patiënten gelijk dat nare beengevoel kwijt zijn. Of het nu tintelen, een stekende pijn of een andere

pijn is, ze zijn die vervelende sensatie kwijt. De ene patiënt is wat stoerder, de andere is wat voorzigtiger of ervaart nog meer pijn. Maar over het algemeen maak ik mee dat patiënten heel blij zijn dat de beenklachten weg zijn en dat ze kunnen bewegen zonder dat nare gevoel.” Daarin schuilt dan ook weer het gevaar, ziet hij. “Mensen kunnen ook overmoedig zijn. PTED is heel micro-invasief en daardoor leggen sommige patiënten de lat soms ook weer te hoog.”

Naar huis

Na het eerste bezoek schaaft Van Spengen in hoe een patiënt ervoor staat. “Als het mobiliseren goed gaat, zien we ze vrij snel een tweede keer op die dag. We geven een informatiefolder mee voor thuis. We oefenen het lopen en traplopen en dan kunnen ze vrij snel naar huis. De een is wat angstiger en voorzigtiger, dus dan laten we er wat meer tijd tussen. Het gebeurt eigenlijk nooit dat mensen niet dezelfde dag naar huis kunnen.”

Bij de klassieke ingreep en MTD gaan patiënten de volgende dag pas naar huis. Bij deze operaties is er na drie uur eerst een wondcontrole en liggen patiënten nog eens drie uur op de rug. Daarna pas begint de fysiotherapeutische nazorg. Die is in principe niet anders dan bij PTED. “De fysiotherapeutische doelen zijn dezelfde, maar we doen alles vertraagd, uitgesmeerd over anderhalve dag.” De gevoeligheid na een klassieke ingreep of MTD is groter, ziet Van Spengen. “Logisch, deze patiënten hebben een grotere wond. De impact is beduidend groter. Bij PTED maak ik zelden mee dat er een nabloeding of iets dergelijks optreedt. Bij de andere technieken ook niet vaak hoor, maar bij PTED echt nog minder.”

»



Stefan van Spengen: ‘Er zijn patiënten, die springen nog net niet hun bed uit. De PTED-techniek is dusdanig dat patiënten gelijk dat nare beengevoel kwijt zijn’

» Gedoseerd opbouwen

De eerste zes weken staan in het teken van wondherstel en het vinden van de balans tussen het gedoseerd opbouwen van bewegen en rust. Van Spengen adviseert patiënten goed naar hun lichaam te luisteren en vooral af te wisselen in bewegen. Lopen is een goede oefening, zitten is meer belastend voor de rug. “Ik vertel patiënten altijd dat er verschillende houdingen zijn: lopen, zitten, staan. De één kan langer zitten, de ander kan langer lopen. De volgende kan prima staan en weer een ander zegt dat na drie maanden tien minuten zitten nog steeds het maximum is. Je moet echt luisteren naar je eigen lichaam en geleidelijk aan je eigen puzzel leggen. Met name qua duur. Je kunt beter vijf keer tien minuutjes wandelen dan één keer vijftig minuten, waarvan de helft niet lukt.” Van Spengen is dus voorzichtig in zijn adviezen. “Ik heb liever dat mensen een week te laat ergens mee beginnen dan te vroeg. Dat is ook wel een beetje het gevaar dat bij PTED op de loer ligt. Patiënten denken sneller dat ze weer iets kunnen doen. Ik had laatst een patiënt waarbij het herstel de eerste drie weken zo goed ging dat hij lekker was gaan fietsen. In de vierde week kreeg hij zo veel klachten dat ik gezegd heb dat hij moest stoppen met fietsen. Even een stapje

terug. Ik sprak hem een week later en toen ging het nog steeds niet helemaal goed. Het bleek dat hij in de opbouw moeite had met zitten, maar vervolgens wel een half uur was gaan fietsen!”

Fysio na klinische revalidatie?

Van Spengen ziet de patiënten na ontslag zelden terug. In Park Medisch Centrum hebben patiënten zes weken na de PTED-operatie een controleafspraak bij de chirurg. De patiënt bespreekt met de chirurg of verdere fysiotherapeutische begeleiding nodig is. “Als patiënten die wens hebben, kunnen ze worden doorverwezen naar de eerste lijn. Omdat de meeste patiënten van buiten Rotterdam komen, krijgen wij hier zelden iemand in de nabehandeling.”

De eerste twaalf weken is het belangrijk nog geen zwaar belastende activiteiten uit te voeren. “Na drie weken mag je weer voorzichtig bepaalde dingen doen, zoals lichte huishoudelijke activiteiten, werk dat matig inspannend is. Kijk hoe dat ervaren wordt. Probeer overmatig tillen, bukken of reiken te voorkomen. Na twaalf weken mag een start worden gemaakt met intensievere belasting op het gebied van werk en sport. Ook nu weer op geleide van pijn.” Van Spengen wijst nog op een laatste punt. “Bij de transfers leer-

den we patiënten de rug stijf te houden. Dat gold ook voor roteren van de rug. Dat deden we puur uit voorzichtigheid vanwege de wond die moet helen. Maar dat is niet het einddoel. Patiënten houden de rug vaak onnodig lang stijf. Als de wond genezen is en er is geen gevoeligheid meer, dan moet je ernaartoe om de rug weer gewoon te gaan gebruiken.”

Toename

Hernia's komen veel voor. Jaarlijks zijn er meer dan 250.000 nieuwe gevallen in Nederland. In 2017 werden 8.732 patiënten geopereerd. Nog maar een heel klein deel van deze patiënten ondergaat een PTED-operatie. Gadjradj verwacht dat dit aantal zeker zal toenemen. “Er is een wachtlijst voor endoscopische operaties en die wordt steeds groter. Nu wordt de ingreep nog slechts in vier ziekenhuizen uitgevoerd vanwege de ervaringseis die gesteld wordt. Momenteel zijn wij als onderzoeksgroep bezig om een waarborgdocument op te stellen, zodat we PTED in meer klinieken kunnen implementeren. Zo kan de techniek in meerdere centra worden uitgevoerd.”

De vier centra waar PTED momenteel wordt uitgevoerd en vergoed:

- Park Medisch Centrum te Rotterdam (dr. B.S. Harhangi)
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis te Tilburg (drs. P.R.A.M. Depauw)
- Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem (drs. A.W. Vreeling)
- Alrijne Ziekenhuis te Leiderdorp (drs. P.J. Schutte)

MEER INFORMATIE?

Download het Standpunt PTED bij lage rughernia en uitstralende beenpijn van het Zorginstituut:



Meer weten over SPOMED?
Ga naar de website: