Kijkoperatie heupgewricht
artroscopie van de heup

azdelta
Uw ziekenhuis.

Inhoud

1. Wat is een kijkoperatie? 4
2. Waarom een kijkoperatie van de heup? 5
3. De opname 12
4. De operatie 14
5. Terug thuis 17
6. Complicaties 22
7. Enkele veel gestelde vragen 23
8. Revalidatie 26

© AZ Delta
Deze uitgave mag in zijn geheel noch gedeeltelijk worden gekopieerd, of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Beste patiënt

Door een letsel ter hoogte van uw heup wordt u binnenkort opgenomen voor een kijkoperatie op de afdeling orthopedie van AZ Delta. Wellicht roept dit bij u en uw familie een aantal vragen op. Deze brochure bevat algemene praktische informatie, informatie over de voorbereiding op de operatie, het verloop van de operatie, het verblijf in het ziekenhuis, de revalidatie en nuttige tips. Dit kan voor u een leidraad zijn voor een vlot herstel.

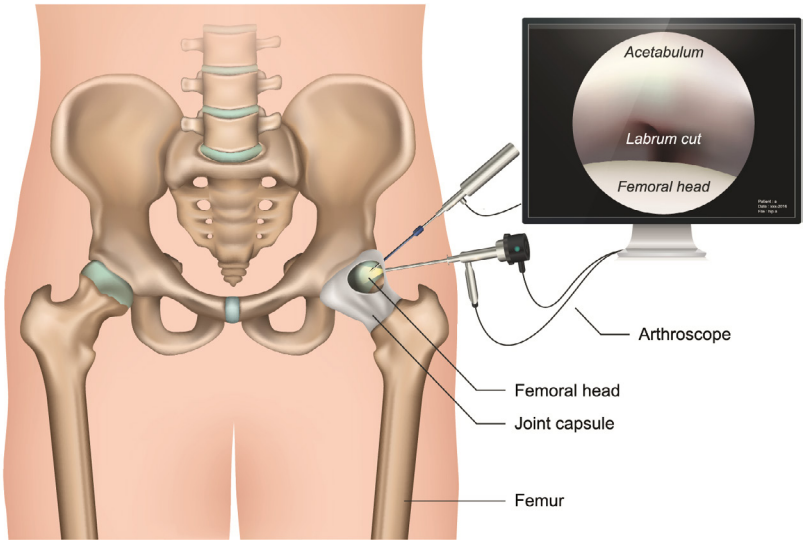
Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om uw arts te contacteren. Hij zal uw vragen graag beantwoorden.

Wij vinden het erg belangrijk dat u de beste resultaten behaalt en dat uw operatie een succes wordt. Wetenschappelijk onderzoek is belangrijk binnen de gezondheidszorg en AZ Delta. Er kan u tijdens uw behandeling gevraagd worden om hieraan deel te nemen. Op dat ogenblik krijgt u hiervoor de nodige informatie.

Wij wensen u alvast een vlot verloop en een spoedig herstel.

Het team van de dienst orthopedie en fysische geneeskunde van AZ Delta

1 Wat is een kijkoperatie?



Shutterstock

Een kijkoperatie van het heupgewricht of een heuparthroscopie is een operatie waarbij via chirurgische wondjes (incisies) in het bovenbeen een camera en instrumenten in het heupgewricht kunnen worden binnengebracht. Men spreekt ook van sleutelgatchirurgie. De beelden van de camera worden vergroot en doorgestuurd naar een beeldscherm. Op dat beeldscherm kan uw chirurg dan de structuren in de heup in detail bekijken om een diagnose te stellen en tegelijkertijd ook een behandeling in te stellen.

Hoewel deze procedure al meerdere jaren bestaat, is er sinds het jaar 2000 een toename van wetenschappelijk onderzoek naar de verschillende mogelijkheden van deze operatietechniek. Hierdoor kan deze gebruikt worden voor steeds meer indicaties.

Aangezien het heupgewricht diep in het lichaam ligt, vraagt deze operatie meer tijd en revalidatie dan een

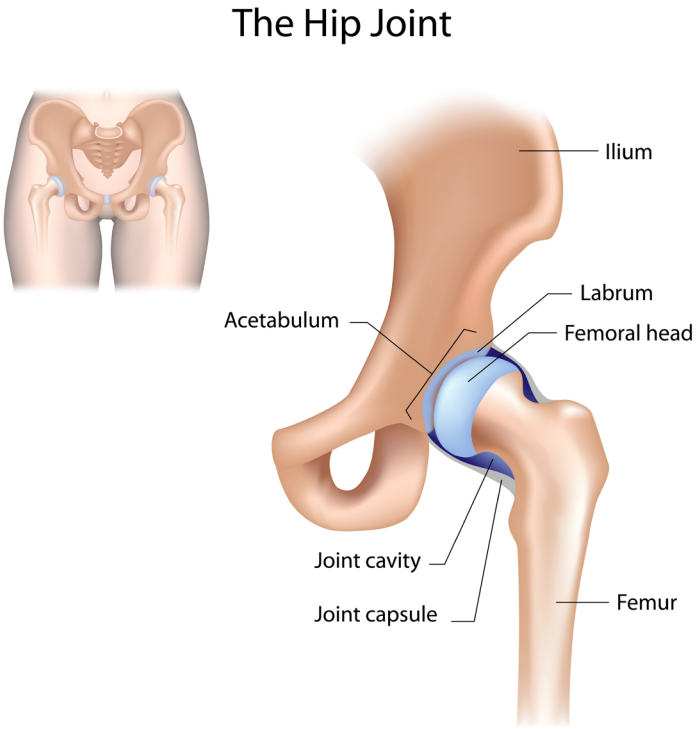
kijkoperatie van de knie of het schoudergewricht. De patiënt wordt geïnstalleerd op een tractietafel om ruimte te creëren in het heupgewricht zodat het kraakbeen niet beschadigd wordt door de instrumenten. Met röntgenstralen wordt een correcte positie van de instrumenten verzekerd.

2 Waarom een kijkoperatie van de heup?

Normaal heupgewricht
Om u uit te leggen waarom een kijkoperatie van de heup aangewezen is, moet u eerst weten hoe een normaal heupgewricht eruitziet.
Het heupgewricht is een kogelgewricht dat bestaat uit twee onderdelen:

- de ronde kop van het dijbeen (heupkop of caput femoris)
- de holle kom van de heup (heupkom of acetabulum)

De kop en kom zijn bekleed met kraakbeen waardoor ze soepel ten opzichte van elkaar kunnen bewegen en schokken opvangen. Rondom de kom zit het labrum. Deze structuur creëert een extra diepte van de heupkom. De typische 'bol en kom'-vorm van het heupgewricht geeft het been veel bewegingsmogelijkheden en tegelijkertijd ook een grote stabiliteit.



Shutterstock

Behalve de steun die de kop in de kom vindt, wordt het gewricht ook nog op zijn plaats gehouden door een kapsel en een mantel van dij- en heupspieren. Het heupgewricht is de verbinding tussen uw romp en uw benen. Het speelt een belangrijke rol bij tal van bewegingen zoals onder andere stappen, lopen, hurken, recht komen uit een stoel/bed. Het krijgt hierbij heel wat krachten te verduren. Het heupgewricht is daarom vatbaar voor letsels.

Meest voorkomende klachten

De meeste voorkomende klachten die vaak gerelateerd zijn aan een heupgewricht zijn:

- pijn in de lies bij sporters die veel korte bewegingen uitvoeren, bij een diepe buiging van de heup of bij het recht

komen uit een zittende positie
- pijn diep in de dij en/of aan de buitenzijde van het bovenbeen
- pijn aan de binnenzijde van het bovenbeen uitstralend naar het kniegewricht
- een klikkend gevoel of het idee dat de heup geblokkeerd staat.

Aan de hand van uw verhaal (= anamnese), het klinisch onderzoek en enkele aanvullende onderzoeken kan uw arts een diagnose stellen van het letsel ter hoogte van uw heupgewricht. Deze aanvullende onderzoeken kunnen röntgenopnames zijn of een MRI- of CT-scan.

Indien uw klachten blijven ondanks een niet-operatieve behandeling zal uw arts u een kijkoperatie van uw heup voorstellen. Er zijn verschillende diagnoses waarbij een kijkoperatie kan helpen om de klachten te verlichten.

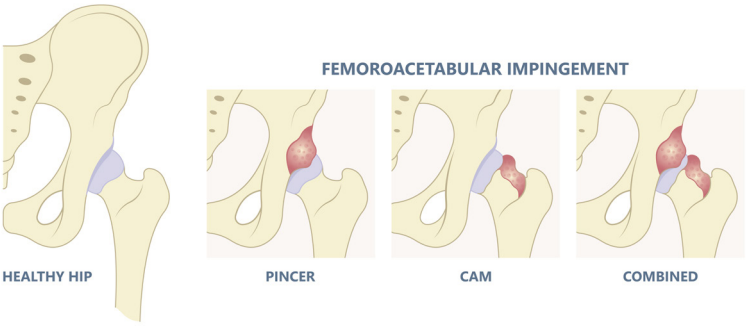
Deze operatie kan gebruikt worden om aandoeningen van het heupgewricht te behandelen waarbij nog geen of slechts in zeer geringe mate sprake is van artrose. De meest voorkomende indicaties zijn femoro-acetabulair impingement (FAI) syndroom, letsels van het labrum, loose bodies (dit wil zeggen losliggende stukjes kraakbeen in het gewricht), snapping hip en irritatie van de iliopsoaspees na een totale heupprothese.

2.1 Losse fragmenten kraakbeen of bot

Deze losse fragmenten kraakbeen of bot worden ook weleens gewrichtsmuizen genoemd. Ze kunnen plotse blokkades veroorzaken waardoor veel ontstekingsreactie en zwelling van de heup ontstaat. Deze fragmenten kunnen via een kijkoperatie worden verwijderd. Soms wordt het resterende kraakbeen in het gewricht ook wat bijgewerkt. Naar resultaat verwachten we dat het blokkade gevoel zal verbeteren, het effect naar pijn is moeilijker te voorspellen.

2.2 Inklemming weefsel rond heupgewricht FAI

Het inklemmen van weefsel rond het heupgewricht (impingement)is een aandoening die voornamelijk voorkomt bij jonge actieve personen. Deze aandoening wordt ook nog femoro-acetabulair impingement (FAI) syndroom genoemd. Het FAI-syndroom ontstaat bij sporten waarbij een diepe buiging van de heup nodig is, met andere woorden waarbij het bovenbeen hoog dient te worden opgeheven. Het kan ook voorkomen bij sporten waarbij er frequent korte draaibewegingen plaatsvinden. De meest courante sporten waarbij FAI optreedt zijn voetbal, volleybal, ballet, hockey, en gevechtssporten.



Shutterstock

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een afwijking ter hoogte van het bekken met te veel botoverhang ter hoogte van het bovenste deel van de holle kom van de heup. Dit is het **'pincer'** type.
Er kan zich ook extra bot gevormd hebben op het niveau van de heuphals, dit is het **'cam'** type.
Ten slotte kunnen beide ook gecombineerd voorkomen, het **'mixed'** type.
Door het conflict wordt het weefsel rondom het heupgewricht gekneld tussen de botstructuren. Dit kan aanleiding geven tot scheuren van het labrum en aantasting van het kraakbeen. Dit

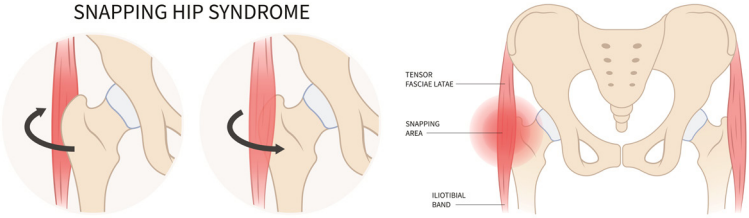
lokt dan weer een ontstekingsreactie uit met pijnprikkels en bewegingsbeperking.

Het eindresultaat van deze aandoening is artrose van het heupgewricht. De meest voorkomende klachten van deze aandoening zijn liespijn bij bruuske bewegingen of tijdens het sporten. Zelden is er een klik voelbaar in de lies. Er treedt tenslotte een verstijving van het gewricht op en bij pijnopstoten kan men beginnen manken. Uw arts zal u grondig onderzoeken. Vaak zijn röntgenopnames en een MR-onderzoek nodig om de diagnose te bevestigen.

Het FAI-syndroom wordt in eerste instantie conservatief behandeld met ontstekingsremmers (NSAID) en kinesitherapie. Indien de klachten enkel worden uitgelokt bij heel specifieke bewegingen kan het voldoende zijn om deze te vermijden.
Bij twijfel zal een volgende stap bestaan uit een inspuiting in het heupgewricht, met een verdovend product. Bij gunstig resultaat is het aangetoond dat de klachten effectief worden veroorzaakt door een conflict in het heupgewricht.
Een (kijk)operatie van de heup is aangewezen als de klachten niet kunnen opgelost worden met een conservatieve behandeling. Bij deze operatie wordt het overtollige bot (het camletsel) weggenomen, het labrum hersteld of weggenomen indien het niet hersteld kan worden. Als uit de beeldvorming blijkt dat de kraakbeenbeschadiging te uitgesproken is, hebben bovenstaande operaties geen zin meer en dient men de artrosebehandeling te volgen.
Uit de literatuur weten we dat ongeveer 80 procent van de geopereerde patiënten aangeven dat ze beter zijn 1 jaar na hun ingreep. We weten ook dat 80 procent van de sporters opnieuw hetzelfde niveau bereikt. Boven de leeftijd van 40 jaar stijgt het risico op vroegtijdig plaatsen van een totale heupprothese tot 20 procent binnen de 2 jaar.

2.3 Snapping hip

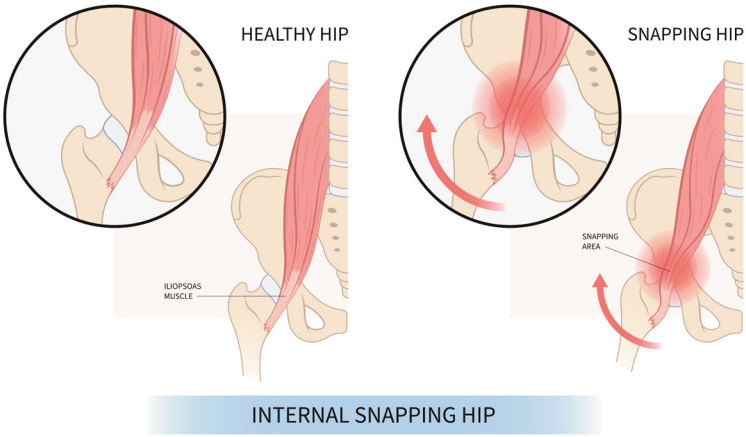
Coxa saltans of snapping hip of een klikkende heup is een aandoening waarbij rond het heupgewricht een zichtbare of hoorbare klik kan geproduceerd worden.
Er bestaan 2 soorten: een uitwendige klik en inwendige klik. Beide vormen kunnen met een pijnscheut gepaard gaan.



Shutterstock

Een **uitwendige klik** of external snapping hip wordt veroorzaakt door het verspringen van het peesblad van de tensor fascia lata over de grote trochanter. Deze klik is vooral zichtbaar aan de buitenzijde van het bovenbeen. Vaak wordt dit gevoel omschreven door patiënten alsof ze hun heup kunnen uit de kom halen hoewel deze aandoening volledig los staat van het heupgewricht.

Een inwendige klik of internal snapping (is vooral hoorbaar en wordt veroorzaakt door het verspringen van de iliopsoaspees over een botuitsteeksel van het bekken of van de femurkop. De last hierbij situeert zich in de lies.



Shutterstock

Een snapping hip of klikkende heup wordt in de eerste plaats behandeld met kinesitherapie, met vooral aandacht voor het stretchen van de oorzakelijke spier. Dit kan worden gecombineerd met een lokale infiltratie met een kleine hoeveelheid corticosteroid al dan niet onder echografie.
Als deze behandeling geen effect heeft, kan een (kijk)operatie soelaas brengen. Bij external snapping hip wordt het peesblad van de tensor fascia lata ruitvormig ingesneden om de druk weg te nemen. Bij internal snapping wordt de pees van de spier verlengd om de druk op te heffen. Door de pees langer te maken verwachten we dat het pijnlijke klikken opgelost zal zijn. Er kan nadien een pijnloze klik aanwezig blijven. Meestal is dit ten gevolge van littekenweefsel dat zich vormt na de operatie. Zeer zelden is deze ook pijnlijk.

2.4 Irritatie psoaspees na totale heupprothese

In een aantal zeldzame gevallen wordt de voornaamste buiger van het heupgewricht geïrriteerd door het nieuw geplaatste kommetje na gewrichtsvervangende chirurgie van de heup. Hierdoor ontstaat pijn in de lies en gaat het heffen van het been zeer moeizaam. Dit uit zich in moeilijk kunnen rechtstaan uit een stoel of moeilijk een trap kunnen opgaan.

Uw arts zal eerst via een aantal onderzoeken (radiologie, bloedonderzoek, botscan) nagaan of er geen andere reden is voor de liespijn. Indien deze allen negatief zijn zal er een infiltratie van de pees plaatsvinden. Dit zou reeds een verlichting van de klachten moeten geven. Daarna zal er een oefentherapie onder begeleiding van een kinesist opgestart worden.

Wanneer deze behandeling faalt, kan een verlenging van de pees worden overwogen via een kijkoperatie. Hierbij zal ter hoogte van de cup van de prothese (= het nieuw geplaatste kommetje) het pezig gedeelte van de spier (+/- 40 procent van de dikte) worden door genomen. Het spiergedeelte (+/- 60 procent van de dikte) wordt intact gehouden. Er worden eveneens enkele diepe weefselstalen genomen. Na de ingreep duurt het zo'n 3 maanden vooraleer de kracht van de psoaspees zich volledig hersteld heeft. De pijn zou na enkele dagen moeten verminderen of wegblijven.

3 De opname

U wordt opgenomen op de afdeling kort verblijf van de dienst orthopedie voor **1 nacht.**

Enkele aandachtspunten

- Breng uw huisarts op de hoogte van de geplande ingreep.
- Neem de voorgeschreven medicatie verder in zoals afgesproken bij de raadpleging.
- Als u geneesmiddelen neemt die de bloedstolling regelen (bloedverdunners) of als u aspirine neemt, dient u dat minstens 10 dagen voor de ingreep aan uw chirurg mee te delen. Bepaalde bloedverdunners dienen immers tijdig te worden gestopt.
- Zorg ervoor dat u nuchter bent voor de ingreep. Dat wil zeggen dat u 6 uur voor de operatie niet meer mag eten of drinken (ook geen water).
- Neem de ochtend van de operatie thuis nog een bad

of douche, zodat de ingreep in de meest hygiënische omstandigheden kan plaatsvinden. Gebruik geen nagellak of oliehoudende huidcrèmes.
- Informatie over de kostprijs van de ingreep kan bekomen worden via: factuur@azdelta.be
- Meld u op het afgesproken uur in het ziekenhuis.

Thuiszorg
De huisarts zal voor de operatie een aantal onderzoeken uitvoeren of coördineren. Alle informatie wordt genoteerd in het patiëntenboekje.
U brengt best ook uw kinesitherapeut op de hoogte van de ingreep.
U kunt al een afspraak maken met de thuisverpleegkundige.
U zorgt dat u een paar krukken ter beschikking hebt om mee te nemen naar het ziekenhuis.

Wat brengt u mee?
Naast de gebruikelijke zaken als identiteitskaart, nachtgoed en toiletartikelen brengt u ook mee:
- de geneesmiddelen die u thuis gebruikt
- gemakkelijke kledij
- gemakkelijke schoenen met een antislipzool, eventueel ook een lange schoenlepel
- 1 paar krukken.
- telefoonnummers van contactpersonen
- uw medicatielijst
- mogelijke allergielijst
- Verzekeringspapieren of formulieren voor uw werkgever

Juwelen, nagellak en make-up worden verwijderd. Geld en juwelen brengt u het best niet mee naar het ziekenhuis.

Belangrijk

U mag normaal eten of uw dieet volgen tot de dag voor de ingreep. Wanneer de operatie 's morgens plaatsvindt, mag u vanaf middernacht niet meer eten en drinken. Als de operatie in de namiddag plaats vindt kan u tot 7 uur een licht ontbijt nuttigen.

Voor infectiepreventie is het van belang dat u zich grondig wast voor uw opname.

4 De operatie

U krijgt een operatiehemd aan en een verpleegkundige brengt u in uw bed van de afdeling naar de voorbereidingsruimte van het operatiekwartier.

Anesthesie

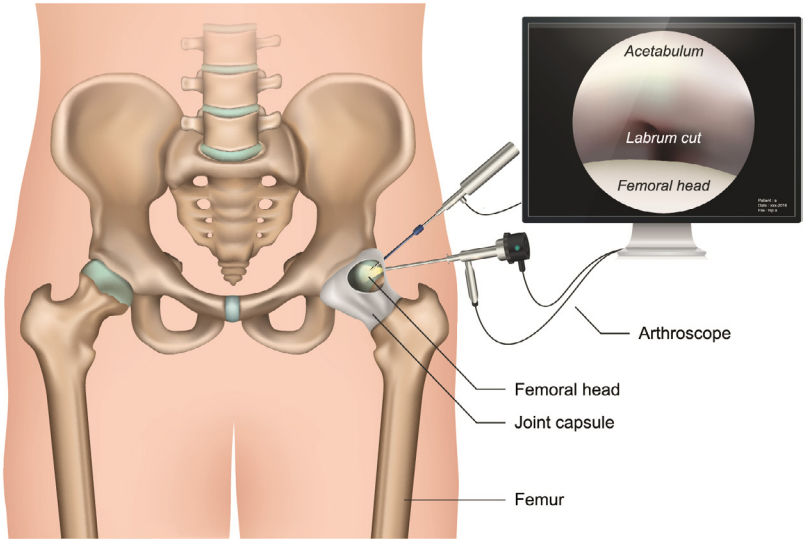
In de operatiekamer wordt een infuus ingebracht. Daarna zal de anesthesist met de verdoving starten.
De ingreep wordt meestal onder **volledige verdoving** uitgevoerd. Voor het positioneren van het been tijdens de operatie is het belangrijk dat de spieren volledig ontspannen zijn.
De pijnstilling, die u tijdens en na de operatie krijgt toegediend, gaat via een slangetje rechtstreeks in een ader waardoor de pijn sneller en gerichter wordt bestreden.

Om het risico op infectie zo klein mogelijk te houden, krijgt u tijdens de operatie antibiotica toegediend. Verder schrijft uw arts u bloedverdunnende medicatie voor om klontering van het bloed (trombose) te voorkomen. Dit dient u gedurende de eerste 10 dagen te gebruiken.

In de voorbereidingsruimte is het kouder dan op de afdeling. Als u het koud hebt, kunt u een extra deken vragen. Er zal u een aantal maal gevraagd worden aan welke zijde (links of rechts) er geopereerd zal worden. Er zal ook een pijl op het te opereren been worden geplaatst. Dit wordt gedaan om vergissingen te vermijden.

De operatie

Tijdens de operatie wordt u op een speciale operatietafel, een tractietafel, geplaatst. Zodra u slaapt wordt u voorzichtig met beide benen geïnstalleerd zodat de bol van het bovenbeen ongeveer 1 cm uit het kommetje kan worden getrokken. Zo wordt er voldoende ruimte gecreeërd om het gewricht op een veilige manier te kunnen bekijken.



Shutterstock

Instrumenten worden via 2 of 3 kleine insnedes ingebracht in het gewricht. In een eerste fase wordt het centrale deel van het gewricht bekeken. Het kraakbeen en het labrum worden zorgvuldig geïnspecteerd op letsels en desgewenst behandeld. Ter hoogte van een kraakbeen worden losse fragmenten en

flappen verwijderd en zo nodig wordt een microfractuur uitgevoerd.

Als er een onstabiele labrumscheur aanwezig is, wordt deze gehecht met 1 of meerdere ankers bij voldoende stevige weefselkwaliteit. Als het weefsel een hechting niet toelaat, wordt het beschadigd weefsel verwijderd (debridement van de scheur). Als de behandeling van het centrale deel van het gewricht klaar is, wordt de spanning van het been gehaald. Op deze manier komt de kop terug in de kom te liggen.

In een volgende fase wordt het been licht geplooid en zal de femurhals worden geïnspecteerd om de grote van het cam-letsel in te schatten. Het letsel wordt vervolgens weggenomen waarbij ook regelmatig een controle met behulp van röntgenstralen plaatsvindt. Op deze manier wordt het impingement (of 'knel') probleem opgelost.

Tijdens de ingreep wordt het gewricht gespoeld met fysiologisch steriel water. Een klein deel hiervan lekt tijdens de ingreep uit het gewricht en kan na de ingreep voor een gezwollen dij zorgen. Deze zwelling trekt de dagen na de ingreep weer langzaam weg.

De operatie duurt ongeveer anderhalf tot 2 uur. De familie kan de verpleegkundige opbellen om na te gaan of de operatie is beëindigd.

Na de operatie

In de ontwaakzaal
Na de operatie blijft u nog enkele uren onder toezicht van de anesthesist en verpleegkundige in de ontwaakzaal. Uw bloeddruk, temperatuur, hartritme en pijn worden systematisch gevolgd. Tijdens de operatie werd gestart met pijnstillers. Als u goed wakker bent en de pijn voldoende onder controle blijft, mag u naar uw kamer. Daar komt uw chirurg nog bij u langs om u uitleg te geven over de ingreep.

Op uw kamer
De dag na de operatie worden alle katheters verwijderd. Nadien wordt u begeleid bij uw eerste stappen met krukken. De heup mag meestal onmiddellijk volledig worden belast, ondersteund door twee krukken. De kinesitherapeut zal u hierbij helpen. Hij of zij zal u ook aanleren om op een correcte manier een trap op te gaan of af te dalen.

Na de operatie zal u meestal pijn ervaren, maar de verpleegkundige komt regelmatig – zowel overdag als 's nachts – controleren of de pijn voldoende onder controle is. Dit wordt gemeten aan de hand van een meetlatje. De verpleegkundige helpt u bij het gebruik ervan. De chirurg en de anesthesist geven advies voor pijnbehandeling en de nodige instructies aan de verpleegkundige. De verpleegkundige controleert ook uw bloeddruk, hartritme en temperatuur en verband.

Bezoekuren
Probeer uw bezoek te beperken. U zult een rustpauze nog best kunnen gebruiken.

5 Terug thuis

Zodra uw medische behandeling is afgelopen, mag u terug naar huis. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis is 1 nacht, maar is uiteraard afhankelijk van uw algemeen herstel.

De **huisarts** houdt het gebruik van de bloedverdunnende middelen onder controle wanneer u terug thuis bent. Hij of zij zal ook uw pijnmedicatie voorschrijven.

De **thuisverpleegkundige** komt aan huis gedurende deze periode voor verdere opvolging van de wonde en het toedienen van de bloedverdunnende medicatie tot 10 dagen na uw vertrek uit het ziekenhuis. De wonde moet gedurende 14 dagen droog blijven en proper worden verzorgd.

Welke **documenten** krijgt u mee bij ontslag?

- Een ontslagbrief met richtlijnen voor uw huisarts die de coördinatie van uw thuiszorg regelt
- Inspuitingen ter preventie van diepe veneuze tromboses (tromboprofylaxis) voor een periode van 10 dagen
- Pijnstillers
- Instructies in verband met de wondzorg
- De contactgegevens van onze dienst
- Een afspraak voor de eerste raadpleging, ongeveer twee weken na de ingreep

Wandelen

We raden aan om uw krukken gedurende de eerste 2 weken te gebruiken en het gebruik van de krukken dan stelselmatig af te bouwen.

Pijn

De eerste 6 weken na uw ingreep kan uw heup gevoelig zijn. Na de ingreep worden onmiddellijk pijnstillers opgestart om de pijn onder controle te houden.
Indien u ontstekingsremmers mag innemen (geen maagbloedingen of maagontstekingen en geen problemen ter hoogte van nieren, hart of bloedvaten) raden we aan om deze gedurende 21 dagen in te nemen ter preventie van botvorming in spierweefsel.
Coldpacks of ijs ter hoogte van uw heup helpt eveneens om de pijn te verlichten. Dit mag herhaald worden tot 5 maal per dag. Dagelijks mag u ook de wonden masseren met een vettige crème zodra de hechtingen verwijderd zijn.

Belangrijk

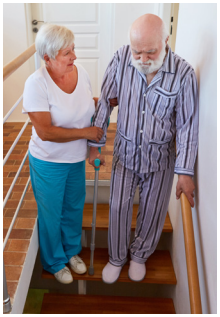
IJs mag niet rechtstreeks tegen de huid worden gehouden maar moet steeds in een handdoek worden gewikkeld alvorens op de huid te leggen om vrieswonden te voorkomen.

Trappen

Gebruik steeds een trapleuning waar aanwezig

Trappen op	Hou de leuning vast met de ene hand en uw kruk in de andere. Plaats uw niet geopereerde been op de trede en plaats vervolgens uw geopereerde been ernaast.
Trappen af	Hou de leuning vast, plaats eerst de kruk op de onderste trede, vervolgens uw geopereerd been en ten slotte uw niet geopereerd been.





Stijfheid van uw heupgewricht

Ten gevolge van de ingreep vindt er een inflammatoire reactie plaats ter hoogte van uw gewricht. Dit wordt meestal ervaren als een gevoel van stijfheid en ongemak bij bewegen waardoor u zich geremd kunt voelen.
De oefeningen tijdens uw revalidatie zijn hierop voorzien en dienen om deze periode van inflammatie zo goed mogelijk op te vangen en deze zo kort mogelijk te houden. Het doel is om zo vlug mogelijk een volledige pijnvrije bewegingsvrijheid te herwinnen.
Het is dan ook van belang om de oefeningen die u worden aangeleerd tijdens uw verblijf dagelijks een drietal maal uit te voeren totdat de revalidatie bij uw kinesist start.

Maak een eerste afspraak bij uw kinesist na uw eerste controle bij uw arts na de operatie. Deze vindt een tweetal weken na de ingreep plaats. Het oefenprogramma zal dan geleidelijk aan worden uitgebreid.

Rust

Naast oefenen is rust even belangrijk in uw revalidatieproces. We raden aan om de eerste 4 dagen na de operatie voldoende te rusten. Na 4 dagen kunt u gradueel gaan opbouwen. Pijn en zwelling zijn goede parameters om als gids te dienen hoeveel rust uw gewricht nodig heeft. Hou er rekening mee dat de eerste 6 weken uw gewricht geïrriteerd kan zijn ten gevolge van de ingreep.

Voorzorgsmaatregelen bij revalidatieoefeningen

Vermijd gedurende de eerste 5 weken oefeningen waarbij het geopereerde been naar achteren (heupextensie) wordt gebracht en waarbij het been naar buiten (exorotatie) wordt gedraaid.
Vermijd oefeningen waarbij het bovenbeen meer dan 100° geplooid (heupflexie) of te ver naar buiten (abductie) wordt gebracht gedurende de eerste 5 weken.
Vermijd impactsporten (lopen, springen) of zware belasting van uw heupgewricht gedurende de eerste 10 weken na de operatie.

Elke oefening dient u te kunnen uitvoeren binnen uw comfortzone.

6 Complicaties

In de meeste gevallen verloopt een operatie zonder problemen. Toch is het van belang dat u weet welke complicaties kunnen voorkomen. Ondanks de uiterst zorgvuldige voorzorgsmaatregelen, blijft een klein risico op verwikkelingen mogelijk. Door u hierover in te lichten, kunt u deze zelf vroeg herkennen en signaleren om erger te vermijden.

Wat zijn de risico's?

Bij iedere operatie is er een risico op complicaties, zoals:
- diepe veneuze trombose
- problemen met de genezing van de wonde
- nabloeding
- hoofdpijn en/of misselijkheid ten gevolge van de verdoving.

Naast deze algemene risico's van een operatie, zijn er enkele risico's die specifiek zijn voor een kijkoperatie van de heup. Gelukkig komen deze specifieke complicaties uiterst zelden voor. Het gaat om:
- een infectie (ontsteking met bacteriën) van de heup
- beschadiging van het labrum of het kraakbeen tijdens de operatie
- gevoelsstoornissen in de heup, been of schaamstreek (met soms tijdelijke impotentie)
  Dit kan ontstaan als gevolg van het trekken aan het been tijdens de operatie, door de huidincisies die gemaakt zijn of door zwelling van het operatiegebied na de operatie. Deze letsels zijn zeldzaam en als ze voorkomen meestal kortdurend en van voorbijgaande aard.
- een beschadiging van de bloedvoorziening van de heupkop waardoor deze kan afsterven.
  een breuk van het bovenbeen.

7 Enkele veel gestelde vragen

Hoe wordt de operatiewonde verder verzorgd?

De eerste dagen na de ingreep kan de wonde wat 'nalekken'. Dit is perfect normaal en hoort beperkt te zijn in hoeveelheid. Indien er grote hoeveelheden wondlekkage plaatsvinden dient u contact op te nemen met een arts, hetzij uw huisarts hetzij onze dienst. De wonde dient droog en proper te worden verzorgd. Een bevuild verband moet worden vervangen.

Het verband dient zeker niet dagelijks te worden vervangen, enkel indien bevuild. Hoe minder een wonde wordt blootgesteld, hoe kleiner het risico op een infectie. Douchen kan met een aangepast verband vanaf 10 dagen na de ingreep als de wonde op dat ogenblik volledig droog is.

De hechtingen mogen na 2 weken worden verwijderd. Dit kan via uw huisarts of een thuisverpleegkundige. Dit kan ook op de eerste raadpleging na de operatie bij uw arts.

Moet u na de kijkoperatie van de heup starten met kinesitherapie en welke oefeningen kunt u zelf doen?

De eerste 2 weken na de operatie kunt u een aantal oefeningen zelf uitvoeren bij u thuis. Dan dient er nog geen kinesitherapie te worden opgestart. Een schema vindt u verder in deze brochure. Doe elk uur gedurende een 5-tal min een aantal oefeningen.
Vooral het volledig uitstrekken van de heup is een belangrijke oefening. Tijdens de eerste raadpleging, 2 weken na de ingreep, zal uw chirurg een eerste check uitvoeren. Indien alles ok kan er gestart worden met een meer intensieve oefentherapie onder begeleiding van een kinesitherapeut. U zal dan een gedetailleerd oefenschema meekrijgen.

Mag u uw heup na de kijkoperatie direct volledig belasten?

Gedurende de eerste 2 weken na de ingreep gebruikt u best een

paar krukken. U mag wel steunen op het geopereerde been en dit binnen uw pijngrenzen.

Enkel indien er een kraakbeenbehandeling heeft plaatsgevonden door middel van een microfractuur moet de heup gedurende 6 weken maximaal worden ontzien. Hierbij is het belangrijk dat u juist de tip van uw tenen op de grond plaatst om u te verplaatsten. Dit zorgt ervoor dat de krachten die inwerken in het gewricht zo minimaal mogelijk zijn. Bij het volledig niet steunen met het geopereerde been zijn de krachten in het gewricht groter dan bij het plaatsen van de tip van de tenen op de grond bij het stappen met krukken.

Moet ik op dieet of is speciale voeding aangewezen?

Neen, er zijn geen beperkingen qua voeding. Terug op de kamer zal in samenspraak met de hoofdverpleegkundige en de arts beslist worden wanneer u weer normaal mag eten. 's Avonds na de operatie krijgt u doorgaans nog een lichte maaltijd en gewoonlijk kunt u de dag na de operatie een normale maaltijd nemen. Hou er rekening mee dat sommige pijnstillers de eetlust kunnen afremmen of misselijkheid kunnen veroorzaken.

Mag ik autorijden?

Het besturen van een voertuig dient steeds in veilige omstandigheden te gebeuren. U moet in staat zijn om een noodstop uit te voeren en u mag geen zware pijnmedicatie nemen die uw oordeel zou kunnen beïnvloeden. Meestal kan dit 1 tot 2 weken na de ingreep indien u geen pijn of ongemak ondervindt.

Is reizen toegestaan?

Hiermee wordt best ook gewacht tot ongeveer zes weken na de ingreep. Hou er rekening mee dat sommige hulpmiddelen zoals een kruk of wandelstok nog noodzakelijk zijn.

Hoe zit het met de seksuele activiteit?

Seksuele activiteiten zijn mogelijk zodra u zich daartoe in staat voelt. Uw kinesitherapeut of uw arts kan elke vraag hierover beantwoorden.

Wanneer kan het werk hervat worden?

Wanneer u het werk kan hervatten hangt af van het type werk, de operatie en de revalidatie. Als algemene richtlijnen kunnen we meegeven dat zittend werk na 3 tot 4 weken kan hernomen worden. Staand werk na 5 tot 6 weken en zwaar lichamelijk werk na 3 maanden.

Hoe zit het met de resultaten?

Over het algemeen is 70-80 procent van de patiënten beter na de behandeling.
Bij 5% wordt er nadien een verslechtering van de situatie vast gesteld. Er mag echter niet vergeten worden dat een kijkoperatie een chirurgische techniek is om een probleem te trachten aan te pakken. Het resultaat is dan ook afhankelijk van een heel aantal factoren.
Oorzaken die het resultaat ongunstig kunnen beïnvloeden zijn het type letsel (niet geschikt voor behandeling via een kijkoperatie), de operatie (het lukt niet om de behandeling volledig uit te voeren), de nabehandeling (een verkeerde belasting of training kan het effect van de operatie negatief beïnvloeden) en complicaties (zoals hoger beschreven). Voor meer specifieke informatie omtrent de resultaten verwijzen we naar punt 2 in het begin van deze brochure.

8 Revalidatie

De eerste oefeningen thuis

Tijdens de eerste dagen na uw ingreep zal u minder bewegen dan normaal. Het is daarom ook van belang om volgende oefeningen driemaal per dag uit te voeren om het risico op complicaties te verminderen.

1. Activeren van de kuitspieren door de voeten naar u toe en van u weg te bewegen. Dit gedurende 30 seconden uitvoeren.
2. Activeren van de bovenbeenspieren door de achterzijde van de knie in de matras te duwen en gedurende 5 seconden te houden. Herhaal dit 10 maal.
3. Span uw dijspieren op en hou dit gedurende 5 seconden aan. Herhaal 10 maal.
4. Lig dagelijks gedurende 2 maal 20 minuten op uw buik.
5. Adem diep in en wacht 5 seconden en adem uit. Herhaal dit 4 maal.
6. Sta met uw rug tegen de muur. Trek uw schouders naar achter en naar beneden zodat de spieren tussen uw schouderbladen en uw rug zich opspannen. Hou dit 10 seconden aan en ontspan. Herhaal deze oefening 10 maal. Deze laatste oefening zal u helpen om het gebruik van uw krukken beter te verdragen door te werken op een correcte houding van uw rug.
7. Fietsen op een hometrainer zonder weerstand kan worden gestart vanaf dag 2 als u zich comfortabel voelt. Zorg ervoor dat uw zadel voldoende hoog staat. Op deze manier zal u uw heup niet te veel plooien. Begin naar eigen aanvoelen met een maximum van 2 maal 20 minuten. Na 5 dagen kan dit worden opgedreven met 5 minuten om de 3-4 dagen tot een maximum van 2 maal 45 minuten.

Kinesitherapie

Na 2 weken wordt een eerste controle voorzien bij uw arts . Dan kan de revalidatie verder gezet worden onder begeleiding van een kinesitherapeut. Uw arts zal u op de controleraadpleging een schema bezorgen met richtlijnen voor uw kinesist om de oefeningen trapsgewijs op te bouwen.

Onderhoudstherapie

Na uw revalidatie bij de kinesist raden we u aan om de opgebouwde spierkracht niet opnieuw verloren te laten gaan. Om uw heupgewricht verder te beschermen in de toekomst, is het belangrijk dat uw rompstabiliteit en de spieren rondom uw heup in een optimale conditie blijven. Daarom raden we aan om 3 tot 4 maal per week een korte reeks van oefeningen als onderhoudstherapie te blijven uitvoeren. Uw kinesist kan u tijdens de laatste sessies aanleren welke oefeningen voor u geschikt zijn. Deze mogen geen pijn ter hoogte van uw heupgewricht veroorzaken.

Contact

Secretariaat dienst orthopedie
t 051 23 64 06

www.azdelta.be
www.orthopedieroeselare.be

Bron: dienst orthopedie

Artsen

Orthopedie

Dr. Arne Decramer
Dr. Charles Deltour
Dr. Pieter-Jan De Roo
Dr. Yves Devlies
Dr. Hans Lowyck
Dr. Thomas Luyckx
Dr. Lieven Missinne
Dr. Stijn Muermans
Dr. Alexander Ryckaert
Dr. Carsten Schoellner
Dr. Peter Stuer
Dr. Mark van Dijk
Dr. Jan Van Oost
Dr. Bert Vanmierlo
Dr. Karel Willems
Dr. Philip Winnock de Grave

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare **t** 051 23 71 11 **e** info@azdelta.be **w** www.azdelta.be
0520 5454-NL **Deze brochure is laatst aangepast op 07/07/2023**