



Figuur 1

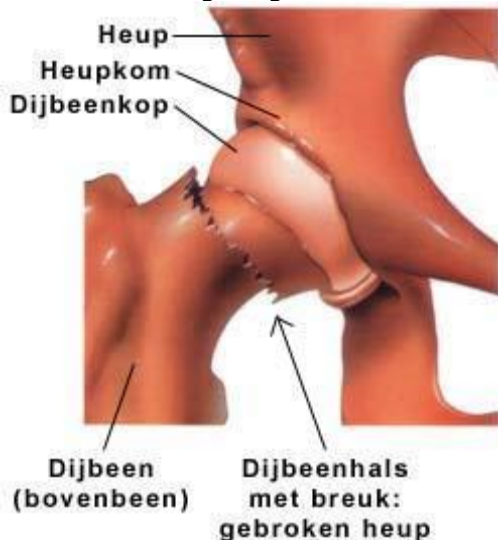
Dynamic Hip Screw (DHS)

Een dynamic hip screw of DHS wordt geplaatst bij een bepaald type heupfracturen, wanneer het dijbeen breekt op het brede deel vlak voor de dijbeenhals. Het gaat dan om de volgende fracturen; dijbeenhals- breuk (collumfractuur), breuken door de verdikkingen (perthrochantere fracturen) en breuken direct onder de verdikkingen (subthrochantere fracturen).

Een DHS wordt het meest geplaatst bij ouderen, alleen bij een dijbeenhals-breuk wordt er bij kinderen een DHS aangebracht.

Een DHS bestaat uit twee componenten. Een stevige schroef die vanaf de zijkant van de heup wordt ingebracht en een plaatje die aan het dijbeen wordt vastgemaakt. De schroef en het plaatje zijn met elkaar verbonden. (fig. 1) Het voordeel hiervan is dat heup in alle richtingen mag worden gebogen en dat er weinig luxatie-gevaar is zoals bij een totale heupprothese. Een nadeel van een DHS is dat

het niet volledig mag worden belast waardoor het herstel langer duurt.



Figuur 2

Symptomen

- **Dijbeenhals-breuk (collumfractuur):** deze ligt in het gebied van de hals zo'n 2,5 tot 5 cm. van de heupkop af. Deze breuken liggen binnen het heupkapsel. (fig. 2) Hierdoor kan de bloedvoorziening naar de afgebroken kop in gevaar komen met afsterven (heupkopnecrose) als gevolg.
- **Breuken door de verdikkingen (perthrochantere fracturen):** deze zijn vaak met meerdere fragmenten en daardoor minder stabiel en stevig. (fig. 1)
- **Breuken direct onder de verdikkingen (subthrochantere fracturen).** Deze zijn wat zeldzamer en komen vaker voor bij ziektes die de sterkte van het bot hebben aangetast. (fig. 3)

Oorzaken

Heupfracturen zijn een van de meest voorkomende traumatische letsels bij oudere mensen. Fracturen bij ouderen kunnen het gevolg zijn van binnenuit het lichaam (intrinsieke) en van buitenaf het lichaam (extrinsieke) factoren. Intrinsieke factoren zijn de kwaliteit van het bot, zoals osteoporose en stressfracturen. Extrinsieke factoren behelzen een groot aantal gebeurtenissen, waaronder het struikelen, een ongeluk of vallen etc.

Behandeling

Operatietechnieken bij een dijbeenhalsfractuur

- Bij jonge patiënten zal er geprobeerd worden de heupkop te behouden door er schroeven of pinnen in te zetten. Dit moet liefst zo snel mogelijk gebeuren om de

doorbloeding van de heupkop niet in gevaar te brengen. Desondanks is er altijd een kans dat de heupkop alsnog afsterft en na enkele jaren alsnog klachten gaat geven.

- Bij de oudere patiënt wordt meestal gekozen voor een direct belastbare oplossing. De heupkop wordt dan vervangen door een prothese. Meestal alleen van de kop van de heup als er slijtage aanwezig is zal ook de kom moeten worden vervangen. Het voordeel hiervan is dat er direct mag worden belast (zie totale heupprothese)

Operatietechnieken bij een pertrochantere fractuur



Figuur 3

gekozen voor een DHS.

- Bij een fractuur van het bovenste gedeelte van het dijbeen worden de botdelen vastgezet met behulp van een metalen plaat en schroeven. Nadeel van deze techniek is dat vaak niet volledig belast mag worden, wat voor oudere mensen erg moeilijk is. Daarom worden steeds steviger fixatiemethoden bedacht met pennen die in het bot worden geschoven en dan worden vastgeschroefd. Deze onderdelen houden het gebroken bot op de juiste plaats, terwijl de dijbeenkop normaal kan bewegen in de heupkom.

Operatietechnieken bij een subtrochantere fractuur

- Ook bij deze fractuur wordt er

Behandeling van de fysiotherapeut

De patiënt blijft ongeveer 2 weken in het ziekenhuis. Zodat de operatiewond goed kan genezen en is het acute van de medische situatie voorbij. In het ziekenhuis wordt er al gekeken of de patiënt terug naar huis toe kan. In deze twee weken wordt de patiënt aangeleerd om te lopen met een loophulpmiddel (elleboogkrukken, rollator, etc.). De patiënt moet tot zes weken na de operatie blijven lopen met een loophulpmiddel en zal onder begeleiding van een fysiotherapeut langzaam worden afgebouwd.

Verder kan er sprake zijn van krachtverlies in de spieren rondom het heupgewricht. De fysiotherapeut is er dan op gericht om met specifieke oefeningen de spierkracht te verbeteren. Dit moet onder begeleiding van een fysiotherapeut omdat er nog niet 100% mag worden belast.

Ook kan de mobiliteit in de heup zijn verslechterd en kan middels actieve en passieve oefeningen worden verbeterd, wederom moet dit onder begeleiding van een fysiotherapeut.

Daarnaast kan er gewerkt worden aan de algehele conditie van de patiënt. Doordat de patiënt minstens twee weken in het ziekenhuis moet liggen kan deze achteruit gaan. Met bepaalde oefeningen zoals fietsen kan de conditie worden verbeterd, maar ook hier moet de belastingen van het geopereerde been in de gaten worden gehouden.

Voor ontslag uit het ziekenhuis moet er gekeken worden of de patiënt in staat is om zich thuis met enige hulp van bijv. vrienden, familie of de thuiszorg kan redden. Is dit niet het geval dan kan de patiënt naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis om verder te revalideren en de dingen aan te leren om uiteindelijk toch terug te gaan naar huis.