



Totale heup operatie

Het heupgewricht wordt gevormd door de heupkom (acetabulum) en de kop van het dijbeen (caput femoris). Caput femoris is via de femurhals verbonden met de schacht van het dijbeen (fig.1). Een totale heup prothese wil zeggen dat zowel caput femoris als het acetabulum worden vervangen door een prothese. Wanneer er sprake is van een vergaande slijtage of fractuur van de heup bij een oudere patiënt wordt een totale heupprothese overwogen.

Bij de operatie wordt het caput femoris verwijderd en in de heupkom wordt een kom van kunststof geplaatst. Hierna wordt in het dijbeen een metalen pen geplaatst waarop de kop is gefixeerd, die precies in de kom past. Het hele heupgewricht

Figuur 1

wordt dus vervangen door een kop en kom die precies in elkaar passen.

Er zijn op dit moment twee soorten heupprothesen; de zogenaamde ongecementeerde en de gecementeerde prothese. Bij de ongecementeerde heup wordt de prothese in het bot vastgeslagen tijdens de operatie, waarna deze vervolgens vastgroeit. Bij de gecementeerde heup wordt de heupprothese met behulp van cement in het bot vastgezet. Afhankelijk van de leeftijd en de kwaliteit van het bot, wordt gekozen voor de gecementeerde of ongecementeerde prothese.

Symptomen

De meest voorkomende klacht bij slijtage van het heupgewricht is pijn. De pijn kan gevoeld worden in de lies, in de bilstreek of in het bovenbeen, en soms zelfs alleen maar in de knie. Verder wordt het gewricht steeds stijver. Er is vaak sprake van startpijn en stijfheid bij het opstaan. De pijn is meestal knagend, maar verergert door bewegen en het is moeilijk voor de patiënt om te lopen en bukken. Fietsen is vaak nog wel goed mogelijk. Bij reuma bestaat er naast deze klachten, ook stijfheid 's ochtends bij het uit bed komen.

Oorzaken

Er kunnen verschillende oorzaken zijn voor een gewrichtsslijtage. De meest voorkomende oorzaak is artrose. Dit is een aandoening waarbij het kraakbeen afslijt. Wanneer het kraakbeen volledig is afgesleten ontstaat er een schurend effect van het onderliggende bot. En dat veroorzaakt de pijnklachten bij het stappen en startpijn. Een andere mogelijke oorzaak is avasculaire heupnecrose. Op een bepaald ogenblik is er een deel van het caput femoris, dat een verminderde bloedtoevoer krijgt en afsterft. Het bot verzwakt zodanig dat het caput femoris inzakt en vervormt en uiteindelijk ook de rest van het gewricht aantast. Deze aandoening komt meer voor bij overmatig alcoholgebruik, langdurig cortisone gebruik, bepaalde chemotherapiebehandelingen, heupfracturen en luxaties van de heup.

Bij kinderen kan bij de geboorte een congenitale heupluxatie vastgesteld worden. Hierbij past de bol van de heup niet goed in de kom, waardoor een abnormale beweeglijkheid en kracht op treedt de heup en geeft deze aanleiding tot een ernstige en vroegtijdige slijtage.

Ook kan het kraakbeen van het heup gewricht aangetast zijn door reuma.

De Behandeling

Voor de opname in het ziekenhuis wordt de patiënt meestal poliklinisch onderzocht door de internist en soms door de longarts of de cardioloog. Verder wordt bloed- en urine onderzoek verricht en wordt een E.C.G.(hartfilmpje) en een longfoto gemaakt. Dit is nodig om de patiënt lichamelijk zo goed mogelijk op de operatie voor te bereiden en zo de kans op problemen zo klein mogelijk te maken. Soms schrijft de specialist vóór de operatie fysiotherapie voor om de patiënt al met krukken te leren lopen.

Operatie

Samen met de anesthesist kan de patient beslissen of hij/zij een volledige of plaatselijke verdoving krijgt. Meestal wordt een algemene verdoving aanbevolen. Na het ontsmetten en afdekken wordt de incisie gemaakt. Het kapsel rond de heupkop wordt verwijderd en de heupkop wordt afgezaagd. Daarna wordt al het zieke kraakbeen uit de heupkom verwijderd en vervangen door een nieuwe kom uit metaal en polyethyleen. Hierna wordt in het bovenbeen een metalen pen geplaatst waarop de kop is gefixeerd, die precies in de kom past. Het hele heupgewricht wordt dus vervangen door een kop en kom die precies in elkaar passen. Er zijn verschillende soorten heupprothesen waarbij het belangrijkste verschil bestaat uit de manier van vastzetten. De orthopedische chirurg bepaalt in overleg met de patiënt, of er een prothese wordt geplaatst welke met cement of zonder cement (cementloos) wordt vastgezet.

Tijdens en soms ook enige dagen na de ingreep krijgt de patiënt antibiotica om de kans op infectie te verkleinen. De operatie duurt één á twee uur.

Na de operatie gaat de patiënt naar de uitslaapruijnte waar gedurende de eerste uren intensieve bewaking en controle plaatsvinden. Soms treedt na de ingreep misselijkheid op. Als de situatie van de patiënt voldoende stabiel is, wordt deze teruggebracht naar de verpleegafdeling. Het litteken zit aan de zijkant of achterkant van de heup en is ongeveer 20 cm lang. Na de operatie kan de patiënt enige dagen pijn hebben, maar hiervoor wordt goede pijnstilling gegeven. Na de operatie heeft de patiënt een infuus en bij de wond zit een slangetje om bloed en wondvocht af te voeren. Daarnaast is er soms tijdelijk een blaaskatheter nodig. De eerste dag na de operatie wordt begonnen met revalideren.

Nabehandeling

De fysiotherapeut begeleidt de patiënt bij de oefeningen in bed en bij het weer leren lopen. Afhankelijk van de soort nieuwe heup mag u uw heup meer of minder belasten. De opnameduur varieert van 10 tot 14 dagen. De patiënt mag ervan uitgaan dat hij dan weer met krukken kan lopen. Om de patiënt eventueel verder te begeleiden wordt na ontslag soms fysiotherapie voorgeschreven. Na de operatie krijgt de patiënt meestal medicijnen om trombose te voorkomen. Er moet regelmatig bloed geprikt worden om de stolling te controleren. Deze bloedverdunnende medicijnen dient de patiënt tot 3 maanden na de operatie te gebruiken. Ongeveer 2 maanden na de operatie komt de patiënt op de polikliniek bij de behandelende arts op controle.

Behandeling van de fysiotherapeut

Het is heel erg van belang dat de patiënten zo snel mogelijk weer gaan bewegen om een goed verlopend herstel op gang te krijgen. De fysiotherapeut begint dan ook meteen met het revalideren van de patiënt en leert hem lopen met een looprekje en dan met krukken. De fysiotherapeut laat zien wat de beste en de veilige manier is om in en uit bed te stappen en verder wordt de patiënt geleerd hoe hij het beste kan gaan liggen, zitten, opstaan, staan en lopen. Door de gevolgen van bijvoorbeeld artrose in het

gewricht of de operatie, zijn de bewegingen in de heup beperkt, en de kracht afgenomen in de spieren. Er is sprake van een verstoorde balans en coördinatie bij de patiënt en in de meeste gevallen is het uithoudingsvermogen en de conditie bij de patiënten afgenomen. Er is tevens sprake van een luxatie gevaar door de operatiewond. Dit zijn allemaal verschillende aangrijpingspunten waarbij fysiotherapie van belang is. De fysiotherapeut werkt naast het begeleiden en adviseren van de patiënt na de operatie ook aan het vergroten van de mobiliteit in de nieuwe heup en vergroten van de kracht en de coördinatie in de spieren rondom het gewricht. Verder zorgt de fysiotherapeut voor vergroten van balans en stabiliteit tijdens het lopen met hulpmiddelen, verbeteren van algemeen conditie en geeft de patiënt advies over de juiste manier en volgens de juiste mate van belasting van het belasten van het geopereerde been tijdens het functioneren in het dagelijkse leven. De fysiotherapeut licht de patiënt verder goed in dat hij niet mag bukken en absoluut niet meer dan 90° buiging mag maken in de heup. Hij maakt de patiënt ook alert dat hij de combinatie bewegingen; buiging (flexie)- naar binnen toe draaien (endorotatie), been naar zich zelf toe bewegen (adductie) moet vermijden, om een eventuele luxatie gevaar te beperken.