



noorder
hart excellente
zorg

MARIAZIEKENHUIS
INFOBROCHURE

TOTALE HEUPPROTHESE

DIENST orthopedie

 011 826 130

1. Voorwoord	3
2. Het heupgewricht	4
3. Wat is een heupprothese?	5
4. Voorbereiding van de operatie	13
5. Verloop van uw verblijf	17
6. Verder verloop van uw thuisrevalidatie	23
7. Veel gestelde vragen	26
8. Leven met een heupprothese	28
9. Ergotherapeutisch advies	28
10. Contact	29
11. Persoonlijke notities	30

Inhoud

1 Voorwoord

Dit document dient als een informatie- en begeleidingsinstrument vóór, tijdens en na uw operatie. Het geeft u meer uitleg over het zorgtraject dat u zult doorlopen. Zo bent u optimaal voorbereid en zal het ziekenhuisverblijf minder moeilijk (b)lijken. We wensen u een succesvolle ingreep en revalidatie toe!

De totale heupprothesen worden binnen de dienst geplaatst door Dr. Wim Van Leemput en Dr. Vincent Vanryckeghem.



Dr. Wim Van Leemput

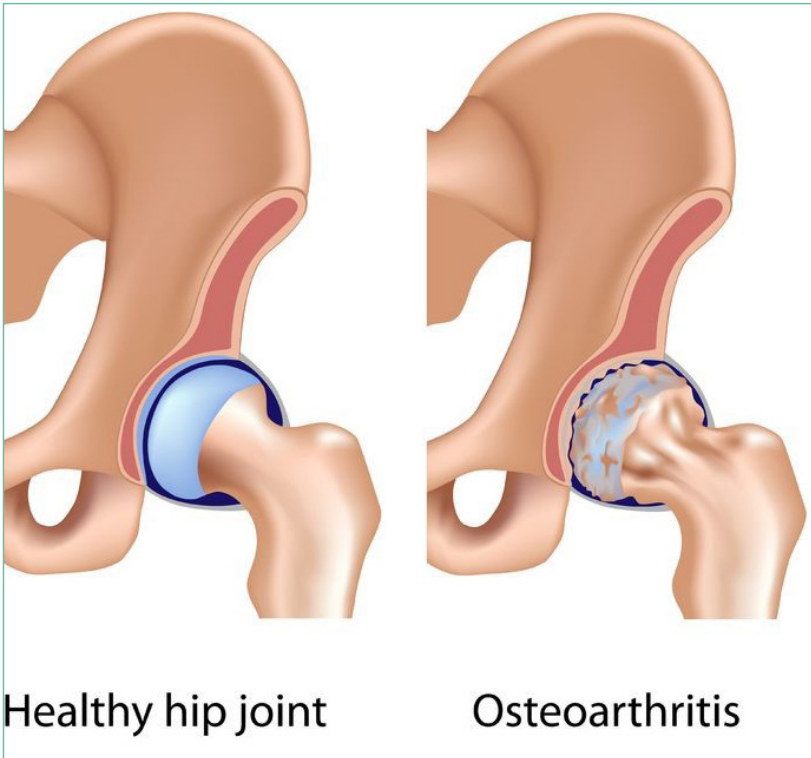


Dr. Vincent Vanryckeghem

2. Het heupgewricht

Het heupgewricht vormt de verbinding tussen het dijbeen en het bekken. Het is een kogelgewricht, wat betekent dat de heupkop als een bol draait in de heupkom. Het bot van heupkop en heupkom zijn bekleed met een dunne gladde laag kraakbeen. Het is juist dit gladde kraakbeen en het gewrichtsvocht, die dankzij een uiterst lage wrijvingsfactor, zorgen voor een soepele beweeglijkheid van de heup. Bij aantasting van het kraakbeen (artrose), gaat het bot vrij komen te liggen en tegen elkaar schuren, wat pijn veroorzaakt bij het bewegen.

Het kapsel met ligamenten en de mantel van spieren rondom de heup zorgen voor de stabiliteit en de kracht. Ook zij spelen een belangrijk rol in de functie van uw heupgewricht.



3. Wat is een heupprothese?

WAT IS EEN HEUPPROTHESE?

A) DE KLASSIEKE HEUPPROTHESE

Een heupprothese is een kunstgewricht dat de beschadigde oppervlakken van de heup vervangt. Net zoals het heupgewricht bestaat deze uit twee verschillende onderdelen, namelijk de bol (op een steel) en een kom. Zowel de steel als de kom bestaan uit een metaallegering. De **steel** wordt in het dijbeen geplaatst.

Bij een cementloze fixatie bestaat deze uit titanium, bedekt met een ruwe laag kunstbot (hydroxyapatiet), wat een snelle ingroei van de prothese bewerkstelligt. Bij een gecementeerde fixatie bestaat deze steel uit glad chroomkobalt en dient de cement als verankering voor de prothese in het bot. Op de metalen steel past een **bol** bestaande uit keramiek. Deze bol scharniert in de kom. De **kom** heeft een ruwe poreuze achterzijde wat zorgt dat ze na de fixatie snel ingroeit. De cementloze kom bestaat uit twee delen: een metalen buitenste deel bekleed met een ingroeilaag en een binnenste glijlaag (liner) uit polyethyleen (plastic) of keramiek. In onze dienst gaat de voorkeur uit naar keramiek. In geval van verzwakt bot kan polyethyleen aangewezen zijn. De **wrijvingsoppervlakken** bestaan dus uit uiterst slijtvaste en schokbestendige materialen.



B) DE RESURFACING PROTHESE EN DE METAAL-OP-METAAL PROTHESE

Bij een **resurfacing prothese** wordt de heupkop niet volledig verwijderd maar wordt het kraakbeen verwijderd. De heupkop wordt nadien herbedekt met een metalen prothese. In vergelijking met de klassieke heupprothese wordt er dus geen steel geplaatst in het dijbeen.

Deze techniek leek tot enkele jaren geleden een veelbelovende oplossing voor sommige jonge patiënten met een goede botkwaliteit.

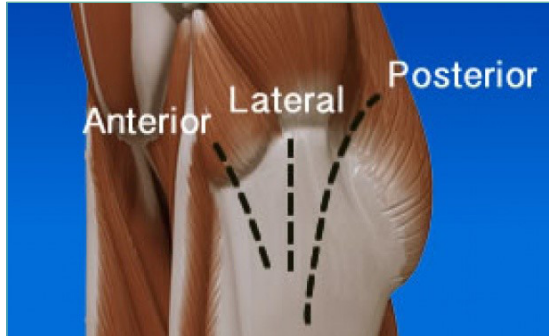
Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat 10% van de patiënten op korte termijn problemen ontwikkelen door het ontstaan van metaalionen en weefseldestructie rondom de prothese. Een vroegtijdige vervangoperatie (revisie) is dan vaak noodzakelijk.

In onze dienst worden om die reden geen resurfacing prothesen meer geplaatst of andere prothesen met een metaal- op-metaal wrijvingskoppel.



C. OPERATIETECHNIEKEN

Er bestaan drie benaderingswijzen of toegangswegen om een heupprothese te plaatsen: de anterieure, de anterolaterale en de posterieure. Aan elk van deze technieken zijn voor- en nadelen verbonden. De manier waarop uw heupprothese zal geplaatst worden is afhankelijk van uw chirurg en van de anatomie van uw heupgewricht.



Anterieure toegangsweg:

Bij de anterieure toegangsweg bevindt de incisie zich aan de voorzijde van de heup (in de lies of verticaal) en ligt de patiënt in ruglig tijdens de operatie. Langs deze weg dienen geen spieren te worden losgemaakt en daarom wordt dit de minimaal-invasieve spiersparende techniek genoemd. Dit brengt meestal een vlotte revalidatie met zich mee en verzekert ook een prima stabiliteit van de prothese. Verdoving via een ruggenprik is bij deze techniek perfect mogelijk (en soms zelfs aan te raden). U kan bijkomend ook kiezen om oppervlakkig te slapen, zonder dat u beademd wordt. Zo hoeft u niets te horen van wat er zich tijdens de ingreep afspeelt.

Posterieure toegangsweg:

Hierbij wordt de heup langs achteren benaderd. De incisie ligt dan ook iets meer achteraan de heup. Het heupkapsel en spierweefsel (exorotatoren) worden aan de achterzijde losgemaakt terwijl de belangrijkste spieren (abductoren) ongemoeid worden gelaten. Hiermee wordt een mankende gang (Trendelenburg) tijdens de revalidatie vermeden. Bij een revisie (vervanging) van een totale heupprothese, wordt meestal deze toegangsweg gebruikt omdat ze een goed gezichtsveld creëert op heupkom en heupsteel. Bij de minimaal-invasieve posterieure toegangsweg wordt de patiënt tijdens de operatie in zijlig geïmobiliseerd. Er wordt slechts een minimum aan spieren losgemaakt. De revalidatie-periode is hierdoor korter in vergelijking met de vroegere, uitgebreidere posterieure toegangsweg.

Anterolaterale toegangsweg:

Bij de anterolaterale toegang ligt de incisie aan de zijkant van de heup. Bij deze techniek wordt spierweefsel (gluteus medius) aan de voorzijde van de heup losgemaakt om de prothese te plaatsen. Deze tijdelijke verzwakking van de spieren resulteert soms in een mankende gang (Trendelenburg) in de herstelfase. Deze spieren herstellen zich na verloop van enkele maanden, zodat ook het mankend gangpatroon verdwijnt. De anterolaterale toegang wordt in onze dienst enkel gebruikt bij oudere patiënten met een gebroken heup en een beperkte mobiliteit.

De revalidatieperiode van de minimaal invasieve posterieure toegangsweg en de spiersparende anterieure toegangsweg zijn vergelijkbaar.

D) WAT NU TE KIEZEN?

Elke toegangsweg en type heupprothese heeft voor- en nadelen.

De orthopedisch chirurgen in Noorderhart Mariaziekenhuis zijn allen geaccrediteerd, wat garandeert dat zij op zeer regelmatige basis bijscholingen en congressen volgen om op de hoogte te blijven van de huidige kennis van de orthopedische wetenschap. Uw chirurg zal op basis van ervaring en kennis van de wetenschap en de uit te voeren operatieprocedure kiezen welke toegangsweg en heupprothese voor u het meest geschikt is.

Kostprijs van een heupprothese?

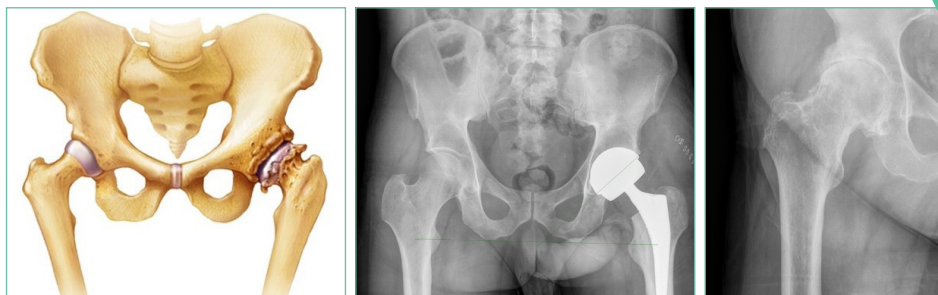
Via <https://www.noorderhart.be/nl/mariaziekenhuis/kosten-factuur/prijsraming/> vindt u bijkomende informatie over de kostprijs van de ingreep.

Hebt u vragen over een ontvangen factuur? Dan kunt u terecht bij de dienst facturatie: 011 809 110 (elke werkdag van 9 tot 12 uur en van 13 tot 15 uur) of via mail naar facturatie.rms@noorderhart.be.

Waarom een heupprothese?

Abnormale slijtage (of artrose) van de gladde kraakbeenlaag is de voornaamste reden om over te gaan tot het plaatsen van een heupprothese. Doordat de gewrichtsoppervlakken ruw worden, kan het gewricht niet meer soepel “glijden” en wordt bewegen steeds moeilijker en pijnlijker. Er bestaan verschillende oorzaken die aanleiding kunnen geven tot kraakbeenverlies. De meest voorkomende zijn ouderdom, heupimpingment, reuma, een vroeger ongeval, avasculaire necrose (afsterven van de heupkop), ... Heupbreuken, die niet geschikt zijn om met schroeven te fixeren, vormen ook een belangrijke reden tot het plaatsen van een prothese.

Het eerste teken van slijtage is meestal pijn bij stappen of lang zitten. Wanneer alle niet-chirurgische behandelingen (kinesithérapie, pijnstillende en ontstekingswerende medicatie, inspuitingen) onvoldoende resultaat geven, kan beslist worden om het heupgewricht te vervangen door een prothese.



Hierboven ziet u een röntgenfoto van een normale heup en een heup met gevorderde slijtage (artrose). De ruimte tussen bol en kom (waar het kraakbeen zich bevindt) is volledig verdwenen.

Klachten bij slijtage van de heup.

Pijn vanuit het heupgewricht wordt gevoeld in de lies en de bilregio. Vaak is er uitstraling aan de voor-, binnen- of buitenzijde van het bovenbeen tot aan de knie. Soms situeren de klachten zich uitsluitend rond de knie. In de beginfase treedt de pijn af en toe op, later krijgt de pijn een meer blijvend karakter en ontstaat er ook nachtelijke pijn. Artrose wordt gekenmerkt door startpijn en toenemende pijn bij het belasten van het been. Vochtigheid en koud weer kunnen de klachten verergeren. Pijn is de belangrijkste reden om een heupprothese te plaatsen.

Bewegingsbeperking in de heup wordt gewoonlijk pas ondervonden wanneer het aantrekken van kousen en het knopen van de schoenen niet meer mogelijk is.

Wat zijn de niet-chirurgische maatregelen in geval van een heupprobleem?

- Gebruik van een kruk of wandelstok om de pijn te verlichten. Belangrijk hierbij is dat de kruk of wandelstok gebruikt wordt aan de andere zijde dan de pijnlijke heup.
- Pijnmedicatie zoals klassieke pijnstillers (paracetamol = dafalgan) of ontstekingsremmers (ibuprofen, diclofenac, voltaren...) kunnen de pijn verminderen.

- Aanpassing van de levensstijl. Gewichtsverlies kan de belasting op het heupgewricht en de pijn van de artrose verminderen. Schokbelastende activiteiten (zwaar werk) en sporten moeten vermeden worden. Fietsen is goed voor de gezondheid en gaat meestal gemakkelijker dan wandelen.
- Inspuitingen met een cortisonepreparaat of gelsubstanties.

Wanneer deze maatregelen niet meer volstaan en de klachten zijn van die aard dat de patiënt niet meer in staat is om de dingen te doen die hij/zij wilt doen, dan komt de patiënt in aanmerking voor het plaatsen van een heupprothese. Hierdoor wordt u verlost van de pijn en zal de heup terug soepel bewegen. We zien dat meer dan 95% van de patiënten een jaar na de operatie **tevreden** is over het resultaat.

In principe is er **geen leeftijdsgrens** en komen zowel jongere als oudere patiënten hiervoor in aanmerking.

Met een heupprothese **mag u verwachten** dat de pijn aan de beschadigde heup verdwenen is, of op zijn minst toch veel minder is geworden. De beweeglijkheid van het gewricht kan verbeteren, maar dat is niet de belangrijkste reden voor operatie: in eerste instantie gaat het om het verminderen van de pijn. Hoe soepel de heup wordt na de operatie, wordt sterk bepaald door hoeveel en hoe goed u oefent achteraf.

Zodra u na het plaatsen van uw prothese hersteld bent, mag u opnieuw lange afstanden wandelen en mag u fietsen en zwemmen. Wanneer u bovendien goed geoefend hebt, mag u na verloop van tijd ook sporten. **Sporten** met een langdurige schokbelasting zoals lopen en springen of sporten die extreme heupbewegingen vereisen van de heup moeten soms vermeden worden. Dit bespreekt u best met uw chirurg.

Complicaties of verwikkelingen:

In de meeste gevallen verloopt een operatie probleemloos. Toch is het van belang dat u op de hoogte bent van mogelijke complicaties. Ondanks uiterst zorgvuldige voorzorgsmaatregelen, blijft een klein risico op verwikkelingen mogelijk. U dient enkele zaken te weten, zodat u abnormale zaken zelf vroeg kan herkennen en signaleren om erger te vermijden.

Belangrijk: Contacteer uw arts bij volgende alarmtekens:

- Toenemende pijnklachten rondom operatieregio in combinatie met vochtafscheiding ter hoogte van de wondnaad, roodheid of koorts.
- Bij blijvende toenemende pijn.
- Wanneer u kortademig bent en/of pijn hebt in de borststreek bij het ademen.
- Bij zwelling van het been met ook pijn en stijfheid bij het bewegen van voet en tenen.

Wat is normaal na de operatie?

- Koorts tot 38,5°C tot 48u na de ingreep.
- Pijn (anders dan vòòr de operatie).
- Zwelling.
- Bloeduitstorting.
- Drainage van vocht uit de wonde.

Infecties:

Infectiegevaar is bij elke ingreep aanwezig, echter bij het plaatsen van een implantaat zoals een prothese, wordt hierover extra streng gemaakt. Volgende voorzorgsmaatregelen worden standaard genomen.

- Antibiotica vòòr, tijdens en na de ingreep.
- Uiterst kiemvrije operatiezalen.
- Vermijden van toegangspoorten (geen drainagebuisjes).
- Zorgvuldige wondzorg na de operatie.
- Kort ziekenhuisverblijf zodat u tijdens uw verblijf niet wordt gekoloniseerd met ziekenhuisbacteriën.

Ontwrichting (luxatie) van de prothese

Hierbij geraakt de kop van de prothese uit de kom. Het risico op luxatie na een heupprothese ligt onder de 1% en is het hoogst in de eerste weken na de operatie. Tijdens het ziekenhuisverblijf zal er u aangeleerd worden welke risicovolle bewegingen u beter vermijdt en hoe u bepaalde activiteiten veilig kan uitvoeren.

Tromboflebitis, eventueel longembolie

Dit risico wordt verminderd door preventief toedienen van bloedverdunnende medicatie. Ter preventie is het ook van belang dat u zo snel mogelijk na de operatie opnieuw beweegt. Volg hierbij de instructies van uw arts of kinesist.

Zenuwletsel

Dit is een uiterst zeldzame complicatie. Vaak is het zo dat de huid rondom de insnede anders aanvoelt. Dit is van voorbijgaande aard en hierover dient u zich dus geen zorgen te maken.

Beenlengteverschil

Hoewel de chirurg steeds een gelijke beenlengte na de operatie beoogt, is dit niet steeds mogelijk. In zeldzame gevallen moet de lengte aangepast worden om de stabiliteit van het kunstgewricht te bewaren. Soms is er een gevoel van verschil in beenlengte na de operatie, maar een definitief oordeel kan pas gebeuren drie maanden na de operatie. Mocht u daarvan nadien last ondervinden, dan kan een zooltje in de schoen of een hogere hak het verschil opvangen.

4. Voorbereiding van de operatie



Teaching class heupprothesen

De teaching class is een informatiemoment op de eerste verdieping in Noorderhart Revalidatie & MS, Boemerangstraat 2, 3900 Pelt. Deze vindt maandelijks plaats en het secretariaat orthopedie zal u de data hiervan doorgeven. Als u nog vragen heeft na het lezen van deze brochure kan u deze stellen tijdens de teaching class.

Vooronderzoeken:

Enkele vooronderzoeken dienen te gebeuren en worden meestal al vastgelegd wanneer u samen met uw arts heeft besloten om een heupprothese te laten plaatsen.

- Bloedonderzoek (labo)
- ECG (hartfilm)
- Radiografie of scan van het bekken (RX of CT): dit dient om de operatie te plannen en de maat van de prothese te bepalen.
- Nazicht bij hartspecialist indien ouder dan 65 jaar en/of medicatie voor uw hart neemt. Vergeet niet om uw meest recente medicatielijst mee te brengen naar de hartspecialist.
- Aanvraag sociale dienst (wanneer een revalidatie in een revalidatiecentrum wenselijk is, of wanneer u vragen heeft hieromtrent)
- Nazicht bij anesthesist op indicatie
- Nazicht bij andere specialist op indicatie

Voorbereiding

Het verloop van uw herstel na uw verblijf in het ziekenhuis bespreekt u bij voorkeur vóór de ingreep. Bij ontslag bent u meestal in staat om met 1 of 2 krukken te stappen en (enkele) trappen te beklimmen. Praktische zaken worden tijdig met u ingeoefend (in- en uit bed, aankleden, opstaan, in- en uit de auto...).

Krukken huren

Als voorbereiding op uw ontslag huurt u krukken via de thuiszorgorganisatie, de apotheek of de bandagist. In het ziekenhuis kunnen deze op de juiste hoogte worden ingesteld zodat er thuis geen aanpassing meer noodzakelijk is.

U kunt nu al een afspraak maken met de **thuisverpleegkundige**. Zij kunnen u na de ingreep helpen met het aantrekken van de steunkousen of toedienen van medicatie.

Indien u moeilijkheden verwacht in de latere thuisopvang, regelt u dit best op voorhand met uw familie, vrienden en/of de **sociale dienst** van uw mutualiteit. Ook de sociale dienst van het ziekenhuis kan u hierover informeren en een aantal regelingen treffen zoals maaltijden aan huis, gezins- en poets hulp.

Zeker indien u verwacht na de opname verder herstel nodig te hebben, meldt u dit aan uw chirurg. De sociale dienst zal dan contact met u opnemen en de mogelijkheden van **revalidatiecentrum** (Noorderhart Revalidatie & MS, Maaseik...) of een hersteloord bespreken.

U kunt nu ook uw woning voorbereiden op uw revalidatie:

- Verwijder losliggende tapijten.
- Voorwerpen die u dagelijks nodig heeft, plaatst u best op tafelhoogte, zodat u niet hoeft te bukken of hurken.
- Eventueel kan u een ziekenhuisbed huren bij uw ziekenfonds (tijdig aanvragen) of uw bed verhogen met een extra matras of blokken.


Breng uw **kinesist** op de hoogte zodat hij/zij u kan begeleiden als u terug thuiskomt na de operatie.

Anesthesie (verdooving)

Hier worden de verschillende methoden van verdooving en pijnbestrijding beschreven. De anesthesist dient de verdooving toe en controleert uw vitale parameters tijdens de operatie. Hiervoor moet de anesthesist beschikken over de correcte informatie over uw gezondheid, om op een veilige manier over u te kunnen waken tijdens de operatie.

Volgende informatie zal de anesthesist opvragen bij uw huisarts, behandelend arts of bij u:

- Uw algemene gezondheid
- Specifieke gevoeligheden of allergieën
- Eventuele problemen bij vorige ingrepen

- 
- Uw gewoonten i.v.m. roken of alcoholverbruik
 - Medicatie die u vroeger hebt ingenomen of nu nog inneemt
 - Ziekten bij bloedverwanten

Zelf kan u ook nog vragen stellen aan de anesthesist:

- Over de soort verdoving
- Over het verloop van de pijnstilling
- Over het verblijf op de ontwaakzaal

Soorten anesthesie (verdoving):

Er bestaan twee soorten anesthesie: algemene en spinale (ruggenprik) anesthesie. Bij spinale anesthesie worden enkel de benen verdoofd en kan desgewenst bijkomende slaapmedicatie gegeven worden. Bij algemene narcose, wordt er een gehele verdoving toegepast. Uw voorkeur kan u bespreken met uw chirurg.

Bloedverduunners

Omdat sommige bloedverduunners moeten gestopt worden voor de operatie, is het belangrijk dat u uw chirurg inlicht als u bloedverduunnende medicatie gebruikt. In samenspraak met uw huisarts zal er beslist worden of u deze tijdelijk dient te vervangen. Soms zal er advies worden gevraagd aan de specialist die deze medicatie heeft opgestart (hartspecialist, longarts, bloedspecialist ...).

Wanneer kom ik naar het ziekenhuis?

Omdat operatieplanning pas de dag voordien definitief wordt vastgelegd, kunnen we u pas de dag voordien melden om hoe laat u in het ziekenhuis moet zijn. U mag een telefoon of voicemailbericht verwachten de dag voordien (op vrijdag indien uw operatie op een maandag valt). U krijgt dan richtlijnen over waar en wanneer u zich moet aanmelden aan de opnamedienst.

Breng ook zeker uw ingevulde informatiebundel mee met uw ingevulde medicatielijst en uw ingevulde vragenlijsten.

Hygiëne

's Ochtends neemt u een bad of douche. Gelieve géén lotions of hydraterende crèmes op uw huid te smeren.

Wat brengt u best mee?

- Thuismedicatie of een lijst van uw thuismedicatie (met dosering).
- Lijst van allergieën als u hieraan lijdt.
- 1 paar krukken.
- Vaste, stevige schoenen. Schoenen met een hak, slippers en/of pantoffels zijn niet geschikt tijdens uw revalidatie. Houd hierbij rekening dat uw voeten wat gezwollen kunnen zijn de eerste dagen, kies daarom voor schoenen waar u gemakkelijk in kan of die aanpasbaar zijn met veters of velcro.
- Kledij waarin u gemakkelijk kan bewegen, denk er tevens aan dat een groot deel van uw revalidatie niet op de kamer zal plaatsvinden.
- Resultaten van preoperatieve onderzoeken, als dit u specifiek werd gevraagd.

5. Verloop van uw verblijf

DAG VAN DE OPERATIE

Meestal wordt u opgenomen de dag van de ingreep, dit gebeurt tussen 06.30 en 08.00 uur. De administratieve inschrijving gebeurt aan de opnamedienst in de inkom van het ziekenhuis. Hierna wordt u naar de verpleegafdeling (C2.1 of C2.2) geleid. Meer algemene informatie over een opname in Noorderhart Mariaziekenhuis vindt u op volgende pagina: <https://www.noorderhart.be/nl/mariaziekenhuis/opname/onthaalbrochure/>

De dag van de ingreep moet u van middernacht **nuchter** blijven. Dit wil zeggen, **niet meer eten drinken of roken**. Thuismedicatie mag u 's ochtends omstreeks 06.00 uur wél nemen met een klein slokje water. Bloedverdunnende medicatie neemt u de dag van de operatie zeker niet meer in.

Vorbereidingen op de verpleegafdeling:

- De verpleegkundige overloopt nog eens uw voorgeschiedenis en medicatie.
- Identificatiebandje wordt aangebracht.
- Er gebeurt een bloedafname voor kruisproef. Dit is noodzakelijk om bloed ter beschikking te hebben mocht een transfusie na de operatie nodig zijn.
- Antitrombosekousen worden aangemeten.
- Bloeddruk, hartslag en temperatuur worden gemeten.
- De heup aan de operatiezijde wordt gemarkeerd met een stempel of pijl.
- Sieraden, piercings, gebitsprothese... worden uitgedaan.
- Er wordt een pijl of kruis geplaatst op het te opereren been.
- U krijgt een ontspannend en pijnstillend medicijn.

In de voorbereiding krijgt u een infuus en wordt er al een dosis met antibiotica gegeven, dit is bedoeld om het risico op infectie zo klein mogelijk te houden.

In de voorbereidingsruimte is het kouder dan op de afdeling. Als u het koud hebt, vraag dan gerust een extra deken. Er zal u ook meermaals gevraagd worden aan welke zijde (links of rechts) u geopereerd zal worden.

De verdoving zelf kan algemeen zijn of er kan gekozen worden om enkel de onderste ledematen te verdoven via een ruggenprik. Bij een ruggenprik kan u vragen voor een slaapmiddel om rustig te slapen en niets te horen van de operatie. Pijnstilling wordt tijdens en na de ingreep via de infuusleiding rechtstreeks in de ader toegediend om zo snel en doelgericht de pijn te bestrijden.

DE OPERATIE

De ingreep wordt op een minimaal invasieve manier verricht. Hierbij wordt er een kleine huidincisie gemaakt en worden de spieren en pezen zo veel mogelijk gespaard. Het kapsel wordt geopend en de heupkop wordt verwijderd. De heupkom wordt uitgefreesd en een nieuwe heupkom wordt geplaatst. Vervolgens wordt het kanaal in het dijbeen aangemaakt en wordt de steel geplaatst. De nieuwe heupkop wordt in de kom geklikt en de wonde wordt zorgvuldig gespoeld en gesloten. De ingreep zelf duurt ongeveer 1 uur. Een geanimeerde video over de operatiewijze kan u bekijken via volgende link: <https://www.youtube.com/watch?v=MTJK9tdSsQY&gl=BE>

DAG VAN DE OPERATIE: TERUG OP DE KAMER

Uitzonderlijk moet u na de ingreep naar de intensieve zorgen, maar gewoonlijk gaat u rechtstreeks van de ontwaakzaal naar de kamer.

Gedurende 24 uur krijgt u via het infuus de nodige pijnstilling en antibiotica.

Regelmatig gebeurt een controle van bloeddruk, hartslag, temperatuur, pijn en verband. Indien de pijnmedicatie niet toereikend is, dient u ons te verwittigen, zodat we bijkomende pijnmedicatie kunnen geven.

Enkele uren na de operatie kan u al van start gaan met enkele lichte oefeningen:

- Circulatie-oefeningen ter voorkoming van trombose.
- Ademhalingsoefeningen.
- Aanspannen van de bovenbeenspieren en bilspieren.
- Licht buigen van geopereerde been.

Als u in de voormiddag bent geopereerd, dan bestaat de kans dat u al in de namiddag wordt rechtop gezet. Het in- en uit bed komen zal samen met de ergotherapeut nog verder worden ingeoefend. Belangrijk is dat u het geopereerde been eerst uit het bed laat zakken en het hierbij ondersteunt met het niet-geopereerde been (zie hoofdstuk 9).

REVALIDATIE TIJDENS VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS

Dag 1 na operatie: stappen met krukken

Op de eerste dag na de ingreep wordt er nog een bloedname verricht en nadien worden alle katheters verwijderd. U wordt al uit bed geholpen en de eerste pasjes worden gezet.

Snelle mobilisatie - snel herstel:

Wanneer u zich voldoende comfortabel voelt, proberen we u enkele uren na de ingreep al eens op te zetten in de zetel of op de rand van het bed. Indien mogelijk proberen we samen met de kinesist al enkele stappen te zetten.

Tracht zelf ook zoveel mogelijk uw voeten te bewegen en regelmatig uw spieren op te spannen. Dit bevordert de doorbloeding in de benen en helpt preventief in het optreden van bloedklonters.

Eerste dag na de ingreep - kinesitherapie en ergotherapie:

- Voor een vlot herstel, helpen we u zo snel mogelijk uit bed en laten we u stappen. De heup mag onmiddellijk volledig belast worden, geholpen door 2 krukken voor uw comfort. De eerste dag gebeurt de kinesitherapie meestal op de kamer en de gang, vanaf de tweede dag wordt u naar de kinezaal gebracht op het gelijkvloers. Hier krijgt u een aantal specifieke oefeningen aangeleerd. Ook tijdens het weekend wordt er met de kinesist geoefend. De oefensessies vallen tijdens de bezoeken, daarom is het van belang om uw familie en vrienden hiervan te verwittigen zodat ze weten wanneer ze u kunnen komen bezoeken (zie hoofdstuk 9).
- De ergotherapeuten stellen u alle mogelijke hulpmiddelen voor en lichten deze toe. Samen met u gaan ze na hoe u uw woning volgens de noden kunt inrichten en/of aanpassen. Indien nodig kunnen de hulpmiddelen besteld worden. Ergotherapie wordt niet voorzien tijdens weekends en feestdagen.

Hulpmiddelen

Gedurende de revalidatie kunnen hulpmiddelen een voordeel zijn. Hiermee kan men een verhoogde graad van zelfredzaamheid bekomen, vooral wanneer er minder hulp van anderen aanwezig is.

Hulpmiddelen bij het wassen: douchezitje, antislipmat, voetspons...

Hulpmiddelen bij het toilet: toiletverhoog, extra handgrepen...

Hulpmiddelen bij het aankleden: lange schoenlepel, kousenaantrekker, grijptang...

Ook bestaan er talloze specifieke hulpmiddelen.

Uw ergotherapeut bepaald of ze nodig zijn en hoe u ze moet gebruiken. Vraag zo nodig de ergotherapeut om advies.

- Bent u niet misselijk, dan krijgt u de normale maaltijden. Voelt u zich wel misselijk, gelieve dit te melden aan de verpleegkundige van de afdeling, zodat we een bijkomend medicijn tegen de misselijkheid kunnen toedienen.
- Er wordt 's ochtends een bloedname verricht om het hematocriet te bepalen, dit meet de hoeveelheid rode bloedcellen en is een maat voor bloedverlies. Bij ernstig bloedverlies zal er bloed worden toegediend, maar dit is tegenwoordig zeldzaam geworden. Ernstig bloedverlies zal leiden tot vermoeidheid en moeizame revalidatie. Bloed toedienen zal in dat geval de revalidatie bevorderen.
- De wonde wordt nagekeken en verzorgd door een verpleegkundige.
- Indien uw pijn voldoende onder controle is met orale pijnstilling, zal uw infuus verwijderd worden.
- Uw thuismedicatie wordt herstart volgens advies van uw arts.
- Vanaf nu krijgt u dagelijks bloedverdunnende medicatie onder de vorm van een spuitje in de onderbuik. Dit is om bloedklonters te voorkomen. De verpleegkundigen kunnen u aanleren om deze spuitjes zelf toe te dienen.
- Wanneer u het ziekenhuis verlaat, zal u afhankelijk van uw chirurg ofwel de bloedverdunnende spuitjes verder dienen te nemen tot 4 weken na de ingreep, ofwel wordt u overgeschakeld op bloedverdunnende pilletjes (aspirine).
- Anti-trombose kousen dienen gedurende 2 weken na de operatie overdag continu gedragen te worden. Dit verlaagt ook het risico op bloedklonters.
- Tracht zoveel mogelijk uw voeten te bewegen en uw spieren op te spannen. Dit bevordert de bloedsomloop in de benen.

Dag 2 na operatie

- De wonde wordt alleen verzorgd indien het verband niet droog is. Een verband dat droog is en nog goed vastkleeft, wordt niet systematisch vervangen.
- Pijnmedicatie wordt gegeven volgens het pijnbehandelschema. Niet iedereen volgt hetzelfde pijnbehandelschema omdat sommige patiënten bepaalde pijnstillers niet mogen innemen. Wees dus niet verbaasd wanneer uw buurman of -vrouw andere pijnstillers krijgt dan uzelf.
- Alleen u voelt uw pijn. Wij en onze medewerkers zullen regelmatig uw pijnbeleving navragen en wanneer u zich niet comfortabel voelt, zal de



pijnmedicatie op uw maat worden aangepast.

- Vanaf de tweede dag bent u volledig verlost van infuusbuisjes en neemt u zelf de voorgeschreven pijnmedicatie via orale weg met een glaasje water.
- Indien mogelijk gaat u oefenen in de revalidatiezaal. Doorgaans gaat dit door tijdens de bezoeken. Het is daarom praktisch om uw familie en vrienden hierover te verwittigen zodat ze weten wanneer ze u kunnen bezoeken.
- De ergotherapeuten starten met ADL-training (Activiteiten Dagelijks Leven). In functie van uw noden zal er informatie aangereikt worden op gebied van wassen en kleden, toiletbezoek, in en uit bed komen... Deze technieken en hulpmiddelen kunnen dan meteen in de praktijk worden omgezet in veilig en correct handelen.
Hulpmiddelen bij het wassen: douchezitje, antislipmat, voetspons
Hulpmiddelen bij het toilet: toiletverhoog, extra handgrepen
Hulpmiddelen bij het aankleden: lange schoenlepel, kousenaantrekker, grijptang ...
Uw ergotherapeut bepaald of deze hulpmiddelen nodig zijn en hoe u ze moet gebruiken. Vraag zo nodig de ergotherapeut om advies.
- De ergotherapeuten stellen u alle mogelijke hulpmiddelen voor en lichten deze toe. Samen met u gaan ze na hoe u uw woning volgens de noden kunt inrichten en/of aanpassen. Indien nodig kunnen de hulpmiddelen besteld worden. Ergotherapie wordt niet voorzien tijdens weekends en feestdagen.
- Indien u naar een revalidatiecentrum of een hersteloord wenst te gaan, zal de sociaal verpleegkundige u informeren naar de mogelijkheden. Indien er nood is een revalidatie wordt deze aanvraag bij voorkeur reeds **vóór de ingreep** ingediend.

Uw ontslag uit het ziekenhuis

U kan het ziekenhuis verlaten wanneer volgende ontslagcriteria zijn behaald:

- De **wonde** is droog.
Er sijpelt geen drainagevocht uit de wondnaad en het verband (pleister) is droog.
Thuis hoeft de wondpleister enkel vervangen te worden indien die niet meer droog is. Vluchtig douchen met een waterafstotende douchepleister is toegelaten. Nadien dient er een propere pleister worden aangelegd. Baden is niet toegelaten de eerste 3 weken.
- De **pijn** is onder controle en tolereerbaar met de huidige pijnstillers
Het is belangrijk dat u zich realiseert dat u niet zonder enige pijn het

ziekenhuis zal verlaten. U zal nog pijn ervaren, maar deze moet draaglijk zijn met de pijnstillers. De pijn zal ook anders aanvoelen als voor de ingreep.

- U kan **zelfstandig stappen** met 1 of 2 krukken
 - U kan **trappen** lopen. Indien u alles op één verdieping heeft, is dit voor u geen ontslagcriterium (lees verder in het revalidatiedeel hoe u veilig trappenloopt in de revalidatiefase).
 - De Activiteiten van het Dagelijks Leven (**ADL**) kan u veilig uitvoeren en/of u heeft thuiszorg of een partner die u hierin kan bijstaan.
- De meeste patiënten die thuis verder revalideren verblijven 2 tot 4 nachten in het ziekenhuis

Wat zijn de meest voorkomende redenen waarom u nog niet naar huis kan op dag 4?

- De pijn is nog niet onder controle, u voelt de pijn nog als niet draaglijk en krijgt nog verhoogde pijnstilling.
- Thuis bent u genooddaakt om veilig te kunnen trappenlopen en dit moet nog wat verder ingeoefend worden.
- U wacht op een plaats in een revalidatiecentrum of hersteloord.
- Er stellen zich medische problemen zoals hartritmestoornissen of een urineweginfectie.

U ontvangt volgende documenten bij ontslag:

- **Ontslagbrief** voor de huisarts
- Voorschrift **kinesitherapie**
- Voorschrift **thuisverpleegkundige**
- Voorschrift **medicatie** (pijnstillers en bloedverduunners)
- **Controleafspraak** bij de chirurg een 6-tal weken na de operatie, waarbij u 30 minuten eerder komt om eerst nog een RX te laten nemen op de dienst radiologie (*De dienst radiologie bevindt zich op gelijkvloers. Na inschrijven wandelt u rechtdoor naar blok B en volg de pijlen "radiologie"*).
- Eventueel **andere** documenten (vervoer, tijdelijke arbeidsongeschiktheid, verzekering...)

6. Verder verloop van uw thuis-revalidatie

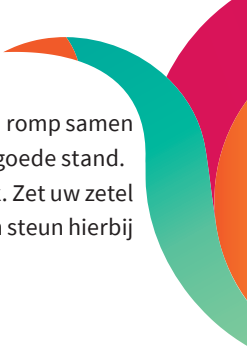
- Na de ingreep krijgt u dagelijks **bloedverdunners** om de kans op bloedklonters te verkleinen. Dit kan gebeuren onder de vorm van spuitjes of aspirinetabletten. Wanneer u reeds bloedverdunners neemt, zal de chirurg bepalen wanneer u deze na de ingreep terug mag starten, dit hangt af van de soort bloedverdunner, waarom u deze neemt, de status van de wonde, het bloedverlies
- Indien uw **verbandpleister** droog blijft, mag deze gewoon dicht blijven en moet de wonde niet verzorgd worden. De wondpleister moet enkel vervangen worden wanneer deze niet meer droog is. Baden is niet toegelaten de eerste 3 weken. Bij opnieuw lekken van de wonde dient u uw arts zo snel mogelijk te contacteren.
- Afhankelijk van de voorkeur van de chirurg werd de wonde gesloten met **wondhaakjes of met zelfoplosbare onderhuidse hechtingsdraad**. De wondhaakjes mogen 20 dagen na de ingreep verwijderd worden door de huisarts of de thuisverpleegkundige. De zelfoplosbare hechtingsdraad verdwijnt vanzelf na enkele weken en hoeft dus niet verwijderd te worden.
- We adviseren om de eerste twee weken nog systematisch **pijnstillers** te nemen. Dit stelt u beter in staat om de oefentherapie te volbrengen. Meestal volstaat de inname paracetamol (maximaal 4x1g per dag).
- **Zwelling** en blauwe verkleuring van de huid ter hoogte van de dij is niet ongewoon en kan enkele weken aanhouden. Om deze zwelling en **bloeduitstorting** te verminderen kan je regelmatig ijs aanbrengen de eerste twee weken.
- Sommige patiënten ervaren een **beenlengteverschil**. Vaak verbetert dit spontaan wanneer de heup voldoende soepel wordt.
- Verder **oefenen** na een heupprothese zal de soepelheid bevorderen en de spierkracht versterken. Dit kan ambulantly in het ziekenhuis gebeuren, bij een kinesist of via een kinesist thuis. Indien u in het ziekenhuis wenst te revalideren zal dit gedurende 90 minuten per sessie zijn, bij een kinesist buiten het ziekenhuis zal dit 30 minuten per sessie zijn. De kinesisten geven u een schema op maat in functie van uw doelstellingen. Na een heupprothese heeft u recht op 60 beurten kinesitherapie, maar zeker niet iedereen zal gebruik maken van al deze beurten in de herstelperiode. Dagelijks fietsen op een **hometrainer** is ideaal om de

soepelheid van de heup te bevorderen. Wandel iedere dag zonder u overdadig te vermoeien.

- Gedurende de eerste 3 maanden zullen het gewrichtskapsel en de spieren rondom de heup herstellen, dit herstel zorgt voor de **blijvende stabiliteit** van het nieuwe gewricht. Vermijd daarom verkeerde houdingen en extreme posities in deze periode. De kinesist zal u dit verder toelichten.
- **Zwemmen** is toegelaten na 3 weken en als de wonde goed geheeld is. Vermijd wel om de heup te diep te plooiën bij het in- en uitstappen van het zwembad. Ook **sauna**gebruik is toegelaten vanaf 3 weken als de wonde voldoende genezen is.
- U mag op uw geopereerde zijde **slapen** van zodra de wonde dit toelaat, meestal kan dit al na enkele dagen.
- **Tijdelijke arbeidsongeschiktheid**: werkhervatting vindt meestal plaats 6 weken tot 3 maanden na de ingreep. Dit is onder andere afhankelijk van uw algemene toestand en het beroep dat u uitoefent.
- **Seks** is en blijft gezond, ook na een heupprothese. De eerste 6 weken is wel enige voorzichtigheid geboden. Rugligging is de meest comfortabele positie. Mannen geven de voorkeur aan de klassieke bovenliggende houding, terwijl vrouwen een zijligging op het niet-geopereerde been comfortabel vinden.
- Hervat uw **huishoudelijke taken** zo vlug mogelijk, maar houd rekening met de aangeleerde heupregels. Vermijd dragen van zware gewichten. Gebruik altijd stevig en stabiel materiaal, geen trapkruk. Plaats een stoel bij het aanrecht, zodat u er gemakkelijk gebruik van kunt maken bij vermoeidheid en activiteiten die u zittend kunt uitvoeren. Huishoudelijk werk zoals stof afnemen kan, wanneer u de staande houding kan handhaven. Buig niet extreem voorover. Wel mag u de benen in spreidstand zetten.
- Hoe **in en uit de wagen** stappen tijdens de revalidatiefase:

Als uw wagen te laag is, kan dit problemen geven bij het uitstappen. In dat geval kunt u een kussen leggen in de zetel om het uitstappen makkelijker te maken. Om het draaien te verbeteren, zijn er in de handel draaischijven te verkrijgen. U kunt ook gebruik maken van twee harde plastic zakken. Door deze op elkaar te leggen, gaat u eenvoudiger draaien in de autozetel.

Instappen: Zet de zetel zo ver mogelijk achteruit. Steun met één hand op het dashboard en met de andere hand tegen de rugleuning van uw zetel.



Ga zitten met de benen buiten de wegen. Draai dan benen en romp samen in één keer naar binnen. Zet vervolgens uw zetel weer in de goede stand.

Uitstappen: Bij het uitstappen gaat u net omgekeerd te werk. Zet uw zetel achteruit. Draai benen en romp samen naar buiten. Sta op en steun hierbij opnieuw op de zetel en het dashboard.


- Een **trap op- en aflopen**?

We leren u aan hoe u best een trap op- en afgaat zodat u vlot en veilig kan terugkeren naar uw thuissituatie. Trappen opgaan: eerst opstappen met het niet-geopereerde been en dan het geopereerde been bijzetten.

Trappen afgaan: het geopereerde been eerst plaatsen en vervolgens het niet-geopereerde been aansluiten.

7. Veel gestelde vragen

- Passeer ik zonder problemen de **metaaldetector** op de luchthaven?
 - In geval van een heupprothese zal de metaaldetector in 30-50% van de gevallen dit detecteren. Dit hangt af van de instelling van het toestel, hoe dicht u tegenaan de detector loopt, het type implantaat enz.
 - De verantwoordelijke zal u moeten fouilleren om de plaats van het metalen voorwerp te ontdekken.
 - Er bestaat geen rechtsgeldig document (attest, prothesepasje, RX...) in deze situatie. De verantwoordelijke is sowieso verplicht om u te fouilleren wanneer de metaaldetector afgaat. Het heeft dus geen zin om deze documenten mee te nemen.
- **Hoe lang gaat een heupprothese mee?**
 - Dit is en blijft een moeilijk te beantwoorden vraag. We merken dat de ‘gemiddelde’ prothese steeds langer meegaat, en dat het overgrote deel van de prothesen niet vervangen hoeft te worden:
 - Met de komst van nieuwe materialen, zoals de vierde generatie keramiek, als “wrijvingslaag” voor de heupprothese, zien we dat slijtage ter hoogte van de wrijvingslaag tot quasi nul wordt herleid. Studies tonen ook dat deze nieuwere materialen de levensduur van de prothese opvallend zullen verlengen.
 - Opgelet, behoudens slijtage van de wrijvingslaag zijn er ook andere factoren die de levensduur van de prothese bepalen (plaatsing, gebruik, overbelasting, botbreuken...). Wanneer u bijvoorbeeld door een ernstige val een botbreuk oploopt rondom de prothese, kan deze los komen te zitten en dient deze soms vervangen te worden.
- Moet ik jaarlijks **op controle komen** bij mijn chirurg?
 - Omdat we ervan uit gaan dat de huidige prothesen levenslang meegaan, is het minder van belang om jaarlijks de prothese na te kijken. Daarom voorzien we geen jaarlijkse controle, maar enkel indien er klachten zijn.
- Kan ik zonder problemen onder de CT-scan?
 - Dat is absoluut geen probleem

- 
- Kan ik zonder problemen onder de **MRI** (NMR)-scan?
 - Dit is absoluut geen probleem
 - De aanwezigheid van prothesemateriaal dient wel gemeld te worden aan de radioloog en kan mogelijk storend werken op de beelden.
 - Wanneer kan ik terug met de **wagen** rijden?
 - Wanneer u veilig in en uit de wagen geraakt, de pedalen kan bedienen en vlot kan stappen, kan u opnieuw met de wagen rijden. Gemiddeld is dit na 4 weken. Bespreek dit met uw chirurg en/of kinesist (lees verder in de brochure “ergotherapeutisch advies na een heupoperatie” hoe je veilig in en uit de wagen kan stappen tijdens de revalidatiefase).
 - Wanneer mag ik terug **fietsen**?
 - Start eerst met fietsen op de hometrainer.
 - Wanneer u voldoende spierkracht heeft, mag u ook buiten fietsen. Dit is meestal 4 à 6 weken na de operatie. Bespreek dit met uw kinesist of uw arts.
 - Start best op een damesfiets, omdat de opstap lager is.
 - Wanneer mag ik gaan **zwemmen**?
 - U mag zwemmen wanneer de wonde genezen is en de wondhaakjes (indien aanwezig) zijn verwijderd. Dit is ± na 20 dagen.

8. Leven met een heupprothese

Wist je dat meer dan 50% van de patiënten met een heupprothese na 1 jaar de heup identiek aanvoelt als de gezonde zijde?

We hopen dat u zo veel mogelijk uw dagelijkse activiteiten kan hernemen en zo actief mogelijk kan zijn en blijven.

Hieronder enkele zaken waar je toch nog rekening mee moet houden:

- Bij een val op de heup kan het bot rond uw prothese breken en uw prothese loskomen. U vermijdt dat ook best situaties waarbij de kans op vallen sterk is verhoogd (vb. fietsen bij sneeuw of ijsel, ...).
- Sporten blijft gezond, maar sporten met een te zware belasting op de heup (vb. intensief lopen), te hoog risico op vallen (vb. ijshockey) of te hoge kans op ontwrichting door extreme bewegingen (vb. judo, karate, ...) zijn niet aangewezen.
- Verwittig uw tandarts dat u een heupprothese hebt. Indien u een procedure moet ondergaan waarbij de kans bestaat dat bacteriën in de bloedbaan terechtkomen, raden we u aan om preventief éénmalig één uur voor de procedure Amoxicilline 2 gram te nemen (bij allergie aan penicilline wordt Clindamycine 600 mg aangeraden).

9. Ergotherapeutisch advies na een heupoperatie

Tijdens uw opname ontvangt u de brochure “Ergotherapeutisch advies na een heupoperatie”. U kan deze nu raadplegen via onze website.

10. Contact

Coördinator orthopedie	011 826 130
Secretariaat orthopedie Noorderhart	011 826 130
Preoperatieve raadpleging anesthesie	011 826 227
Noorderhart Revalidatie & MS	011 809 100
Verblijfsafdeling C2.1	011 826 373
Dienst kinesitherapie	011 826 271
Sociale dienst	socialedienst@noorderhart.be
Ombudsdienst	011 826 176 of ombudsdienst.mzh@noorderhart.be


11. Persoonlijke notities

Hier schrijf ik al mijn vragen die ik tijdens de teaching class niet mag vergeten te stellen:

Hier schrijf ik mijn verwachtingen omtrent mijn revalidatie:

DAG 1: wat zijn mijn doelen, hoeveel pijn verwacht ik te hebben, hoe zal ik reageren als ik moeilijkheden ondervind, wie kan ik contacteren, hoe zal ik omgaan met pijn en moeilijkheden in de revalidatie... schrijf dit hier op voor uzelf.

DAG 2: beantwoord nu dezelfde vragen voor DAG 2 na de operatie.



WEEK 2: Wat verwacht ik nu, 2 weken na de ingreep? Kan ik wat ik verwacht te kunnen? Schrijf eventuele vragen of bezorgdheden op.

WEEK 3: Doe nu hetzelfde voor week 3. Wat verwacht ik al te kunnen? Wat verwacht ik op vlak van pijnsensaties?

WEEK 4: En voor week 4. Wat verwacht ik nu te kunnen? Ik kom bijna op controle bij mijn chirurg en schrijf mijn vragen hier op.



versie: 3 juni 2022

Noorderhart vzw
Maesensveld 1
B-3900 Pelt
t 011 826 000
info@noorderhart.be
noorderhart.be