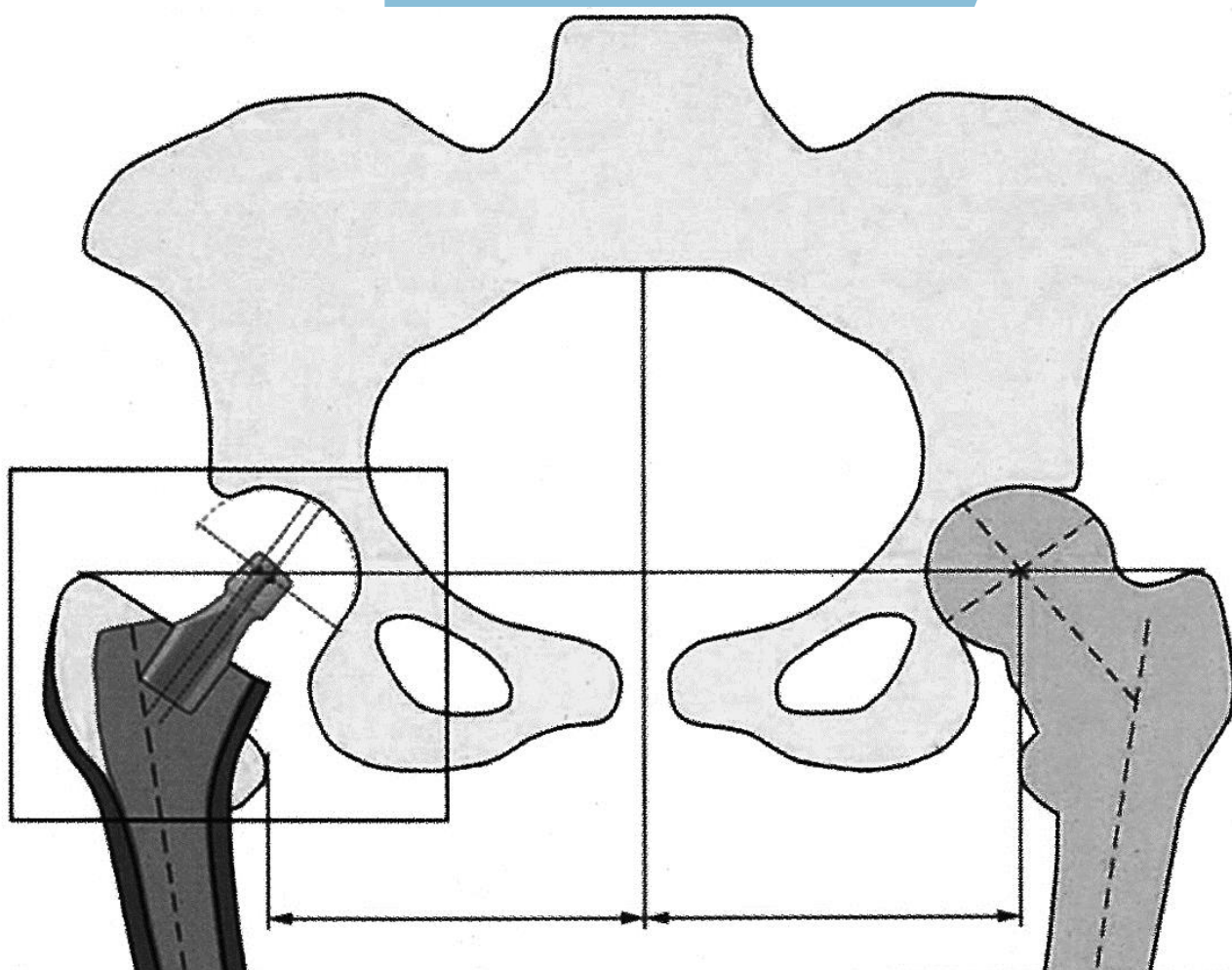


De Heupkliniek





Inhoudstafel:

1	Inleiding	4
2	Algemeen	5
2.1	Het Heupgewricht	5
2.2	Aandoeningen	6
3	De heupprothese	7
3.1	De Totale Heupprothese* (THP)	7
3.2	De Resurfacing* Heup	8
3.3	Revisie Heupprothese	9
4	Mogelijke complicaties	10
5	Vorbereiding van de opname	12
5.1	Pre-operatieve onderzoeken	12
5.2	Informatie-bijeenkomst	12
5.3	Vorbereidende kine- en ergo-sessies	13
5.4	Thuiszorg	13
6	Opname	14
6.1	Wat brengt U mee ?	15
6.2	Bezoek	15
6.3	Anesthesie*	15
6.4	De pijnstilling	16
6.5	De operatie	16
6.6	Medicatie	17
6.7	Na de operatie	17
7	Ontslag	18
8	Revalidatie:	18
8.1	Week voor de operatie : voorbereiding	18
8.2	Opname: dag per dag	19
8.2.1	DAG 0 (dag van de operatie)	19
8.2.2	DAG 1 (dag na de operatie)	19
8.2.3	DAG 2	20
8.2.4	DAG 3 en verder	20
8.3	Terug thuis	20
8.4	Oefenschema	21



8.4.1	Oefeningen	22
8.4.2	Transfers	27
8.5	Maatregelen om luxatie te vermijden	30
8.6	Hulpmiddelen	32
8.7	Vraag en antwoord.....	33
9	Alfabetische lijst van de meest gebruikte termen en afkortingen :.....	36
10	Slot	40
11	Lijst met nuttige telefoonnummers:	41
12	Wat mag ik niet vergeten: Actiekaart	42



1 Inleiding

Welkom in de heupkliniek van het Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde.

Deze brochure wordt u aangeboden om uw ingreep en hospitalisatie voor te bereiden. Hoewel de informatie op een eenvoudige manier wordt verwoord kunnen bepaalde medische termen meer uitleg vergen. U vindt daarom een verklarende woordenlijst achteraan de brochure waarin de begrippen in de tekst aangeduid met een (*) verder worden toegelicht.

Als bijlage treft u eveneens een lijst aan met nuttige telefoonnummers; en een actiekaart met een overzicht van de zaken die niet mogen vergeten worden.



Figuur 1: Multidisciplinaire aanpak

De heupkliniek werd opgericht om uw verblijf en herstel op een efficiënte en hoogst professionele wijze te laten verlopen.

U zal worden begeleid door een team van specialisten met de nodige expertise in elk aspect dat betrekking heeft op heupoperaties.

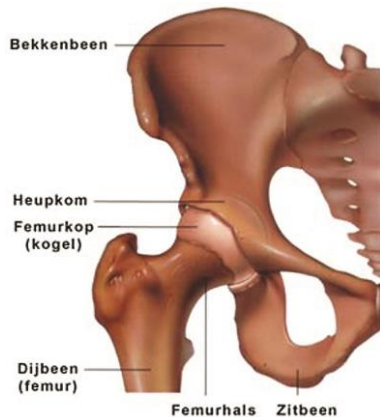
De orthopedisch chirurg, de revalidatieartsen, de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen en sociaal assistenten zijn allen gespecialiseerd in de behandeling en opvolging van de patiënt die een heupvervangende ingreep ondergaat.

Deze multidisciplinaire samenwerking krijgt concreet gestalte in “de heupkliniek”.



2 Algemeen

2.1 Het Heupgewricht



Figuur 2: schematische voorstelling van normale heupgewricht

De heup is een typisch “bol en kom” gewricht waarbij de bol of de heupkop zich diep in de kom van het bekken bevindt. Beide onderdelen van de heup zijn bedekt met een dikke laag kraakbeen die ervoor zorgt dat het gewricht soepel en pijnloos kan bewegen. Zolang de kraakbeenlaag intact is, zijn er geen problemen.

Naarmate de leeftijd vordert zien we dat het kraakbeen stilaan brozer wordt. Er treden barsten op in het gladde oppervlak en er beginnen stukjes kraakbeen los te komen. Eens dit proces gestart is, wordt het kraakbeenoppervlak steeds ruwer



Figuur 3: radioplogisch beeld van normale heupgewricht

omdat de beschadigde oppervlakken op elkaar wrijven. Zo ontstaan er ook irritaties waardoor er vocht in het gewricht komt of waardoor er ontstekingen in het gewrichtskapsel ontstaan. Dit kapsel wordt dan stijver waardoor de beweeglijkheid van de heup daalt.

Na een tijd zien we ook de vorming van botuitsteeksels aan de randen van het gewricht, die scherpe randen kunnen pijn veroorzaken. Er treedt op lange termijn ook een aantasting van de spieren op, ze worden zwakker en kunnen verkorting vertonen.



2.2 Aandoeningen

Bepaalde aandoeningen van de heup geven aanleiding tot pijnklachten. Wij lichten de twee meest voorkomende aandoeningen met name de arthrose* en de aseptische heupkopnecrose* hierna verder toe.



Figuur 4: Radiologisch beeld van arthrose van een heupgewricht

Het heupgewricht* bestaat uit een heupkop* en een heuppan*. Beide delen zijn bekleed met een dikke laag kraakbeen die een pijnloze beweging van de heup toelaat. De heup vormt de schakel tussen het bekken en het dijbeen.

- Bij arthrose gaat de kraakbeenlaag traag tot zeer snel verloren met pijn tot gevolg. De oorzaak van deze slijtage is doorgaans de natuurlijke veroudering.
- Bij de aseptische heupkopnecrose (een andere oorzaak van heuppijn) gaat de bloedstroom in de heupkop verloren. Een deel van de kop sterft af en verzakt waardoor de heupkop zijn perfecte ronde vorm verliest. Dit geeft aanleiding tot een onherroepelijke toenemende kraakbeenbeschadiging en pijn.

In beide gevallen kan het aangewezen zijn om de heup te vervangen.

Naast deze twee aandoeningen kunnen er nog oorzaken zijn (bv. reumatische ziekten of een vroegere heup- of bekkenbreuk) die het plaatsen van een totale heupprothese* noodzakelijk maken.



3 De heupprothese

3.1 De Totale Heupprothese* (THP)



Figuur 6: Inserts en heupkoppen en heupkoppen



Figuur 5: Alle mogelijke 'koppels'

Bij deze ingreep wordt zowel de heuppan als de heupkop vervangen. De techniek bestaat in het verwijderen van de heupkop. In de heuppan wordt vervolgens een metalen pan (cup*) en in het dijbeen een prothese steel (stem*) ingebracht. Vervolgens wordt in de metalen heuppan een insert* geklikt die de pan verkleint tot de diameter van de nieuwe heupkop. Tot slot wordt op de stem een bol geplaatst. De bol en de insert vormen samen het nieuwe gewricht waarbij de bol beweegt in de insert; ook een koppel genoemd. De metalen prothese-onderdelen kunnen met of zonder kleefstof in het bot worden bevestigd. Men spreekt van een gecementeerde of een cementloze prothese. De insert en de heupkop zijn de delen waartussen de bewegingen van de nieuwe heup plaatsvinden. Het koppel kan uit verschillende materialen bestaan.

De meest voorkomende combinatie is :

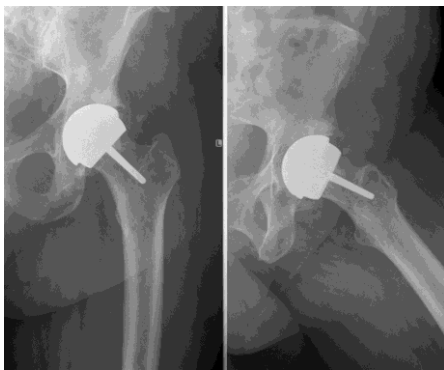
1. Polyethyleen (plastic)pan/metalen heupkop
2. Polyethyleen pan/keramiek kop
3. Keramiek pan/keramiek kop
4. Metalen pan/metalen kop

De keuze van het koppel wordt door de chirurg bepaald en is hoofdzakelijk gebaseerd op de leeftijd van de patiënt. Het leeftijdselement is doorgaans bepalend voor de mate waarin de



patiënt lichamelijk actief is. Bij een hoge activiteitsgraad wordt voor een keramiek of metalen koppel geopteerd.

3.2 De Resurfacing* Heup



Figuur 7: Radiologisch beeld van resurfacing

Deze prothese wordt voorbehouden aan jonge mensen met een gezonde botkwaliteit. De resurfacing verschilt van de totale heupprothese in twee belangrijke aspecten:

- Het eerste verschil bestaat erin dat de heupkop niet afgezaagd wordt. Nadat de heupkop werd bewerkt tot de juiste vorm, wordt een metalen schaal op de aangepaste kop aangebracht zodat de heupkop bedekt is met een perfect rond laagje metaal. In de heuppan wordt een metalen cup ingebracht waarvan de binnendiameter gelijk is aan de diameter van de met metaal bedekte heupkop.

- Een tweede verschil met de totale heupprothese is dat er in de heuppan geen insert meer geplaatst wordt. De heupkop past perfect in de heuppan. Er wordt dus een metaal/metaal koppel gevormd dat de beweging van de heup nabootst. De beide metalen delen passen perfect in elkaar en laten de bewegingen toe. Het gewrichtskapsel* maakt een klein laagje vloeistof aan dat tussen de metalen delen voor smering zorgt.



Figuur 8: implantaat dat als materiaal gebruikt wordt

De resurfacing heup, waarbij een grote heupkop wordt behouden in de heuppan, benadert dus veel meer de normale



anatomie van de heup dan de totale heupprothese waarbij men een kleine heupkop heeft. De resultaten van resurfacing zijn veelbelovend. De selectie van patiënten die in aanmerking komen voor deze techniek is evenwel van essentieel belang voor het slagen van de ingreep. De techniek vereist immers een perfecte botkwaliteit.

In elke andere situatie wordt geopteerd voor een totale heupprothese.

Uw chirurg bespreekt en beslist samen met u welke prothese het meest geschikt is en met welke oplossing u het beste resultaat bekomt.

3.3 Revisie Heupprothese

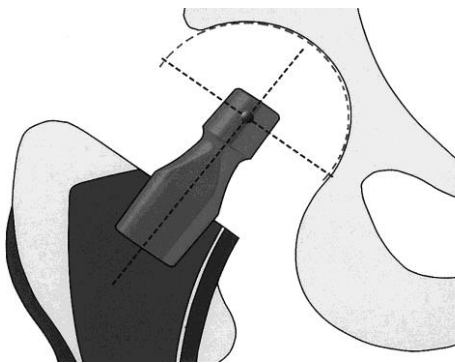


Figuur 9: Voorbeeld van nieuwste prothese

Wanneer in het verleden een heupprothese werd geplaatst kan er slijtage optreden of kunnen bepaalde delen van de prothese los komen te zitten. Soms is het mogelijk bepaalde delen van de oude prothese te vervangen. In andere situaties moet de oude prothese volledig verwijderd en vervangen worden door een nieuwe prothese. Het verloop van de revalidatie is in dergelijke situaties sterk afhankelijk van de uitgevoerde chirurgische handelingen.



4 Mogelijke complicaties



Figuur 10: Voorbeeld wat gebeurt

Zowel de ingreep als het herstel verlopen doorgaans feilloos.

Evenwel kunnen, zoals bij elke ingreep, risico's of problemen niet volledig worden uitgesloten.

De belangrijkste mogelijke complicaties en preventieve maatregelen worden hierna kort weergegeven.

➤ Risico's eigen aan de verdoving

Om deze maximaal te beperken zal uw huisarts u pre-operatief* onderzoeken en, indien nodig, doorverwijzen naar de hart- of longspecialist.

➤ Risico's eigen aan de ingreep

– Diepe veneuze trombose* (DVT*):

Dit is klontervorming in de diepe aders die tot ontsteking in de aders leidt (flebitis*). Ter voorkoming van deze complicatie krijgt u een inspuiting met een anti-stollingsmiddel en draagt u antiflebitiskousen. Deze preventieve behandeling wordt naargelang uw risicoprofiel (spataders, roken, anticonceptie,...) gedurende 4 tot 6 weken na de ingreep verder gezet.

Mogelijk worden de inspuitingen in een nabije toekomst vervangen door medicatie met dezelfde werking en effect.

– Embolie*:

Een embolie ontstaat wanneer een bloedklonter, zoals bij DVT, loskomt in de bloedvaten en een bloedvat verstopt. Hierdoor wordt de bloedvoorziening van een orgaan onderbroken.



- Infectie van de prothese:

Om dit te voorkomen wordt vóór de ingreep antibiotica toegediend.

- Luxatie* van de prothese:

De heupkop schiet uit de heuppan. De kinesisten en ergotherapeuten geven u doeltreffende richtlijnen en informatie om te voorkomen dat deze complicatie zich voordoet. Het risico op luxatie verkleint na een zestal weken tot drie maand.

- Zenuwletsel:

Bij het plaatsen van een heupprothese bestaat een geringe kans op de beschadiging van een zenuw. Doorgaans betreft het een tijdelijk letsel met volledig herstel.

- Verkalking rond de prothese:

Soms ontstaat er verkalking ter hoogte van de nieuwe heup, meestal is dit onschuldig en geeft dit geen klachten. Ter voorkoming wordt, zo mogelijk, gedurende 10 dagen na de operatie ontstekingsremmers toegediend. In een zeldzame situatie wordt de te opereren heup éénmalig bestraald. Zeer uitzonderlijk moet de verkalking verwijderd worden.

- Verschil in beenlengte:

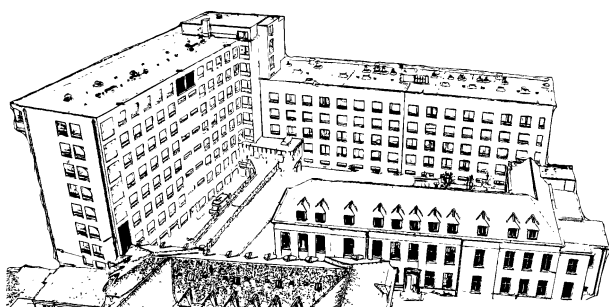
Door de ingreep is het mogelijk dat het geopereerde been iets langer of korter is geworden. Soms bestond er een verschil in beenlengte vóór de ingreep. Meestal blijft dit verschil onopgemerkt. Indien nodig kan dit opgevangen worden door een ophoging te verwerken in het schoeisel.



5 Voorbereiding van de opname

U wordt gehospitaliseerd op de afdeling orthopedie, die specifiek is ingericht voor patiënten die een heupvervangende ingreep ondergaan.

Voorlichting en begeleiding verbeteren de zorgverlening : een goede voorbereiding van de opname en de optimale nazorg zal uw herstel optimaliseren. In deze bundel besteden we de nodige aandacht aan deze aspecten. De brochure en uw



Figuur 11: Lijntekening van het ziekenhuis

continue zorgmap” wordt u overhandigd op het secretariaat orthopedie, van zodra uw ingreep wordt vastgelegd.

5.1 Pre-operatieve onderzoeken

Uw huisarts vervult hierin een zeer belangrijke rol. Vanaf het moment dat de operatie is gepland, neemt u contact met uw huisarts. Hij voert de testen uit die hij nodig acht (bloeddruk, ECG, bloedonderzoek, kruisproef*...) en verwijst u, indien nodig, naar het ziekenhuis voor verder onderzoek (bv. longarts, cardioloog).

5.2 Informatie-bijeenkomst.

In de heupkliniek van het Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde worden informatiemiddagen gehouden voor patiënten en hun familie. U ontvangt op dat moment uitgebreide informatie van de orthopedist, de anesthesist, een verpleegkundige, een revalidatiearts, een kinesitherapeut, een ergotherapeut en een sociaal assistent.

Voor een goed verloop van uw opname is het wenselijk dat U en uw partner vooraf zo goed mogelijk ingelicht worden.



Deze bijeenkomsten beginnen om 13u30.

U hebt dan ook de gelegenheid om uitgebreid vragen te stellen. Breng steeds uw “continue zorgmap” mee; evenals de resultaten van de pre-operatieve onderzoeken.

Indien de “continue map” volledig is wordt ze bijgehouden door de coördinator van de heupkliniek.

5.3 Voorbereidende kine- en ergo-sessies.

De week van uw operatie komt u terug naar het ziekenhuis op een vooraf afgesproken datum. De kinesitherapeut en de ergotherapeut zullen u een aantal basisvaardigheden aanleren, zoals trappen lopen,



Figuur 12: Vanaf de dag na de operatie gaat de revalidatie door in de kinesitherapiezaal

in en uit bed stappen, in en uit de wagen stappen, krukken gebruiken,...

Het is de bedoeling dat u de krukken, die u tijdens en na de opname zal gebruiken, dan reeds meebrengt.

De kinesitherapeut controleert de krukken op hun degelijkheid en stelt ze af op uw maat.

Krukken kunt u huren bij uw ziekenfonds. Deze dag wordt uw “continue zorgmap” aangevuld. U hebt ook de kans verdere afspraken te maken met de andere artsen, therapeuten en medewerkers. Tijdens deze sessie wordt alles toegelicht door de coördinator.

5.4 Thuiszorg

De standaardduur van het verblijf in het ziekenhuis is vastgelegd door het Riziv*, op basis van de aard van uw aandoening. Dit kan variëren per patiënt. Indien de



verblijfsduur onvoldoende is om een goed ontslag naar huis te waarborgen, bestaat de mogelijkheid tot een verlengde opname op de afdeling Geriatrie of Revalidatie. Dit wordt voornamelijk bepaald door uw leeftijd.

Een goede voorbereiding van uw thuiskomst is van groot belang.

U kiest zelf, eventueel in samenspraak met uw huisarts, een kinesitherapeut voor de verdere behandeling thuis. Indien gewenst kan u beroep doen op de dienst ambulante revalidatie van het Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde. De sociale dienst kan ondersteuning, bemiddeling, advies en informatie bezorgen over thuiszorg (aanvraag thuisverpleging, poetshulp, gezins- en bejaardenhulp, maaltijden aan huis,...), hulpmiddelen (aanvraag ziekenhuisbed,...), herstelverblijven, kortverblijven, dagopvang en revalidatiecentra.

Tijdens uw verblijf kan u nog bijkomende vragen hebben voor de sociale dienst. Aarzel niet om rechtstreeks of via de hoofdverpleegkundige contact op te nemen. De sociaal assisten helpen u graag verder.

6 Opname

Tenzij anders afgesproken komt u de dag van de ingreep 's morgens nuchter naar het ziekenhuis. U meldt zich aan voor opname bij de dienst Opname en Onthaal.

Op de afdeling zal de verpleegkundige u begeleiden naar de kamer en u de nodige pre-operatieve zorgen toedienen. Om infectie te voorkomen is het van belang dat u zich de dag voordien grondig wast met een ontsmettende zeep. Indien u opgenomen bent de dag vóór de ingreep, wordt ter voorkoming van een diepe veneuze trombose een eerste inspuiting met antistollingsmedicatie gegeven. Bij opname, de dag van de



ingreep, zal dit niet worden uitgevoerd. U zal ook een minilavement* toegediend krijgen bij opname de dag vóór de ingreep.

6.1 Wat brengt U mee ?

- Identiteitskaart;
- Hospitalisatieverzekeringsdocumenten
- Leesbril
- Slaapkledij en toiletgerief
- Comfortabele kledij
- Gesloten pantoffels of sportschoeisel
- Krukken (te huur bij uw mutualiteit)
- Thuismedicatie in originele verpakking
- Formulier ‘verzoek tot ingreep’
- Pre-operatieve uitslagen, indien niet in het ziekenhuis uitgevoerd.
- Anti-flebitiskousen (steunkousen) , indien u deze reeds bezit.
- Tandprothesen, juwelen, nagellak en make-up worden verwijderd. Waardevolle voorwerpen laat u best thuis.

6.2 Bezoek

Ter bevordering van een goede en intensieve revalidatie, worden in de loop van de dag twee oefensessies gepland, onderbroken door een noodzakelijke en verdiende rustpauze tijdens de middag. Door het goed gevulde dagprogramma biedt het bezoek zich bij voorkeur aan na 16.30u. Uw partner is welkom op de kamer, tijdens de normale bezoeken.

6.3 Anesthesie*

De anesthesist is de arts die instaat voor de narcose* tijdens de ingreep. U mag één van volgende artsen verwachten : Dr. V. Paillot, Dr. S. Segers, Dr. F. Cooman, Dr. G. Van Der Spiegel,



Dr. S. Van Herpen of Dr. P. Van Braeckel. De arts zal in samenspraak met u beoordelen welk type anesthesie het meest geschikt is; een narcose of een epidurale verdoving*.

Bij de epidurale verdoving of ruggenprik* worden enkel de benen verdoofd. Er wordt eventueel een slaapmiddel toegediend maar u blijft spontaan ademen.

Een volledige narcose brengt u in een toestand van diepe slaap. U wordt beademd door een beademingstoestel.

Tijdens de pre-operatieve sessies – of eventueel voor de ingreep - kan u nog vragen stellen aan de anesthesist.

Desgevallend herinnert u de anesthesist eraan dat u normaal bloedverdunnende medicatie inneemt.

6.4 De pijnstilling

Tijdens de verdoving plaatst de anesthesist een pijnpomp* die daags na de ingreep opnieuw wordt verwijderd. Door middel van deze pomp wordt via een slangetje dat in de ader wordt ingebracht, doorlopend pijnstillende medicatie toegediend. Zo nodig krijgt u na het verwijderen van de pijnpomp nog pijnstillers.

6.5 De operatie

De avond vóór de operatie vanaf 24.00 u mag u niet meer eten, drinken of roken, tenzij anders afgesproken. Ongeveer een uur voor de operatie brengt de ziekenvervoerder u naar de operatiezaal waar de verpleegkundige u begeleidt naar de operatietafel. Eerst wordt een infuus geplaatst. Na toediening van de narcose wordt vervolgens een urinesonde geplaatst. De ingreep duurt gemiddeld één tot twee uur. Indien nodig wordt na afloop van de ingreep een drain* in de wonde geplaatst. Via dit buisje kan wondvocht en bloed worden afgevoerd. De wonde wordt beschermd door pleisters. Na twee dagen wordt



de drain verwijderd. Het kan voorvallen dat de wonde nalekt. Dit is een normaal en tijdelijk fenomeen dat spontaan stopt. Tijdens de ingreep wordt soms een urinesonde geplaatst. Deze wordt zo snel mogelijk verwijderd.

6.6 Medicatie

Om het infectierisico te vermijden krijgt u tijdens de ingreep antibiotica toegediend. Afhankelijk van het risicoprofiel voor diepe veneuze trombose krijgt u, gedurende 4 tot 6 weken na de ingreep, inspuitingen of medicatie om een trombose te voorkomen. Na het verwijderen van de pijnpomp wordt verder dagelijks pijnstilling gegeven.

6.7 Na de operatie



Figuur 13:
Radiologisch beeld
van het nieuwe
heupgewricht

De dag volgend op de operatie wordt in de voormiddag een controleradiografie genomen van de heup. In de loop van de dag helpen de verpleegkundige en kinesitherapeut u uit bed naar de zetel en begeleiden u bij de eerste stappen.

U mag het geopereerd been onmiddellijk belasten, aanvankelijk met een looprekje, nadien met krukken. De tweede dag na de ingreep worden de blaassonde*, de drain, de pijnpomp en het infuus verwijderd. Onder leiding van de kinesitherapeut en ergotherapeut zet u de revalidatie verder. De daaropvolgende dagen ligt de klemtoon op een doorgedreven revalidatie met het oog op het zo snel mogelijk bereiken van een zelfstandig en onafhankelijk functioneren.



7 Ontslag

Doorgaans mag u na vijf tot zeven dagen het ziekenhuis verlaten.

Uw huisarts wordt in kennis gesteld van uw ontslagdatum.

Hij zal de thuiszorg desgewenst verder coördineren.

Twee weken na de ingreep worden de hechtingen door de huisarts of thuisverpleegkundige verwijderd. Bij ontslag uit het ziekenhuis zal u over de nodige voorschriften beschikken voor medicatie, thuisverpleging en het verder zetten van de kinesitherapie aan huis.

Tevens wordt een datum afgesproken voor een controleafspraak bij uw chirurg 6 weken na de ingreep.

Het is ten stelligste aangeraden om thuis de aangeleerde oefeningen zorgvuldig te onderhouden. De revalidatiearts en paramedici zullen u aangeven welke oefeningen het meest aangewezen zijn en met welke frequentie u deze best beoefent. Indien u volgende klachten ondervindt dient u contact op te nemen met uw huisarts :

- kortademigheid
- pijn in de borst bij het ademen
- glanzend, dik onderbeen
- koorts
- roodheid van de wonde

8 Revalidatie:

8.1 Week voor de operatie : voorbereiding.

Tijdens de informatiebijeenkomst maakt u kennis met de kinesitherapeut en de ergotherapeut. Het is de bedoeling dat u na de operatie zo snel als mogelijk terug actief bent en zij zullen u daarbij helpen.



U krijgt vooraf aangeleerd hoe u best in en uit bed stapt, hoe u met krukken de trap op en af stapt,... er worden een aantal leefregels uitgelegd (zie ook achteraan in dit boekje).

Uw thuissituatie wordt besproken zodat eventuele hulpmiddelen vooraf kunnen aangeboden worden. Aan de hand van de resultaten van de testen van uw beweeglijkheid en kracht zal worden nagegaan welke mogelijkheden er zijn.

Breng dus uw krukken mee naar de bijeenkomst zodat deze op de juiste lengte kunnen worden gezet en ermee geoefend kan worden.

8.2 Opname: dag per dag

8.2.1 DAG 0 (dag van de operatie)

De ergotherapeut komt bij u langs om de leefregels die eerder werden aangeleerd en die ook in het boekje staan, te overlopen.

De kinesitherapeut zal vóór de operatie uw ademhaling controleren en circulatie-oefeningen voor de benen (oef.1) aanleren. Daarnaast worden ook oefeningen voor de bovenbeenspieren (oef. 2 en 3) aangeleerd. Afhankelijk van het tijdstip van de operatie komt de kinesitherapeut voor of na de operatie langs.

8.2.2 DAG 1 (dag na de operatie)

Dag 1 wordt gestart met een volledig oefenschema, samengesteld door de kinesitherapeut. Dit schema bevat circulatie- oefeningen, spierversterkende oefeningen, elektrostimulatie, passieve mobilisaties en ademhalingsoefeningen. De actieve oefeningen worden uitgebreid met het optrekken van de knie in de richting van de borst (oef. 4). Op dag 1 bekijkt de orthopedisch chirurg uw controle-foto's. Wanneer uit de RX blijkt dat de prothese perfect geplaatst is, mag u met behulp van de kinesitherapeut



en de ergotherapeut uit bed komen. U mag direct met uw volle gewicht op het geopereerde been steunen (oef.5). De ergotherapeut zal ook de correcte werkwijze hiervoor aanleren. (tr.1)

Voorzie gesloten pantoffels (liefst met anti-slip zolen) en vergeet uw krukken niet !

8.2.3 DAG 2

Vanaf dag 2 vindt de therapie plaats in de oefenzaal. De ergotherapeut zal, eventueel met hulp van de kinesitherapeut, helpen om met krukken te stappen (oef. 5). Transfers* worden ook ingeoefend (tr.2).

Van de kinesitherapeut krijgt u een standaard oefenpakket. Op dag 2 wordt dit pakket uitgebreid met volgende oefeningen : het strekken van de knie in zit (oef.6), het heffen van het been in zit (oef.7) en het naar buiten draaien van de knie in zit (oef.8).

8.2.4 DAG 3 en verder

De aangeleerde oefeningen worden verder opgebouwd (oef. 9, 10, 11 en 12).

Stappen en transfers worden verder ingeoefend. (oef.5)

De ergotherapeut leert u de trap op en af te gaan (tr.3)

8.3 Terug thuis.

Voor verdere revalidatie na het ziekenhuisverblijf, hebt u volgende mogelijkheden :

- U vraagt een kinesist aan huis.

Verwittig voor u naar het ziekenhuis komt de kinesitherapeut. De arts in het ziekenhuis verstrekt een voorschrift.

- U hebt ook de mogelijkheid ambulant naar het ziekenhuis te komen voor verdere revalidatie.

- U kan op de revalidatie-afdeling verblijven waar U intensief revalideert.



8.4 Oefenschema

X = oefening die je mag uitvoeren

Omschrijving oefening	Dag 0	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Voeten bewegen (oef. 1)	x	x	x	x
Bilspier aanspannen (oef. 2)	x	x	x	x
Bovenbeenspier aanspannen (oef. 3)	x	x	x	x
Knie optrekken in de richting van de borst (oef. 4)		x	x	x
Stappen met loopkader of krukken (oef. 5)			x	x
Knie strekken in zit (oef. 6)			x	x
Been heffen in zit (oef. 7)			x	x
Knieën naar buiten in zit (oef. 8)			x	x
Transfer : in en uit de zetel (tr.1)		x	x	x
Transfer : in en uit bed (tr.2)			x	x
Transfer : trap op en af (tr.3)				x
Been naar buiten bewegen (oef.9)				x
Been naar achter bewegen (oef.10)				x
Been gebogen opheffen (oef.11)				x
Fietsen (oef. 12)				x



8.4.1 Oefeningen

De geopereerde heup wordt steeds aangeduid met een gele stip.

Oef. 1		Voeten optrekken en wegduwen. Alleen de voeten bewegen, de benen blijven stil liggen.
Oef. 2		Uitgestrekt in ruglig liggen en de bilspieren opspannen.
Oef. 3		Uw been gestrekt neerleggen, waarbij u de knieholte naar beneden drukt en zo de bovenbeenspieren aanspant.



Oef. 4		Uw knie rustig optrekken in de richting van de borst. Niet verder dan 90° buigen in de heup.
Oef. 5		Stappen met een loopkader of 2 krukken. Uw loopkader vooruit plaatsen, steun nemen op het loopkader en daarbij uw geopereerde been een stap naar voren brengen. Daarna uw niet geopereerde been bijplaatsen.



Oef.
6



Vanuit een zittende positie, uw knie strekken.

Oef.
7



Vanuit een zittende positie, uw knie een beetje heffen. De voet komt juist van de grond.

Opgelet! Niet verder dan 90° buigen in de heup.



Oef.
8



Vanuit een zittende positie, de knie naar buiten brengen. Uw voeten blijven op de grond tegen elkaar staan.

Oef.
9



Neem met uw beide handen een goede steun. Breng uw geopereerde been zijwaarts.



Oef. 10	A person in white pants and a white shirt is standing and leaning back on a blue chair. A yellow circle is on the hip, and a yellow double-headed arrow indicates the leg is extended straight back.	Neem een goede steun en breng uw geopereerde been gestrekt naar achteren.
Oef. 11	A person in white pants and a white shirt is sitting on a blue chair. A yellow circle is on the hip, and a yellow arrow indicates the leg is bent at the hip.	Neem een goede steun en hef uw geopereerde been geplooid op. Opgelet! Niet verder dan 90° buigen in de heup.

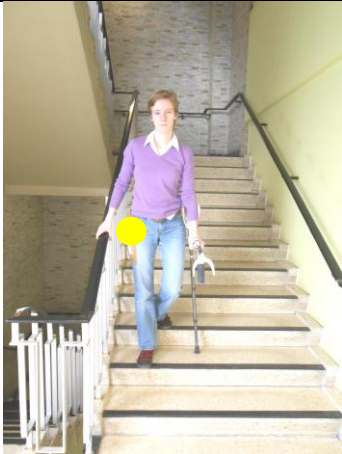


Oef. 12		Fietsen
------------	---	---------

8.4.2 Transfers

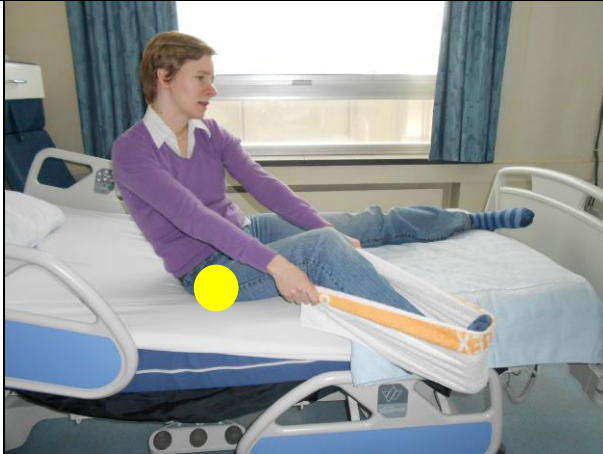
Tr.1		Transfer : in en uit de zetel. Kijk eerst of de zetel vast staat, zoniet, zet hem dan vast. In de zetel: Plaats de 2 handen op de armleuning. Zet het geopereerde been vooruit, het niet geopereerde been mag blijven staan. Ga zachtjes neerzitten (niet ploffen) of steun op het niet geopereerde been om
------	---	--



		recht te staan. Uit de zetel: ga omgekeerd te werk
Tr.2	 	Transfer : trap op en af Trap op : Zet het niet geopereerde been een trede hoger. Neem de leuning hoger vast. Steun op de leuning en op het niet geopereerde been. Zet het geopereerde been en de kruk samen een trede hoger. Trap af : Zet het geopereerde been en de kruk samen een trede lager. Neem de leuning lager vast. Zet het niet geopereerde been bij. Indien u een tweede kruk nodig hebt bij het stappen, hou die dan horizontaal om ze mee te nemen.



Tr.3



Transfer : in en uit bed
uit bed:

Laat een handdoek in het bed liggen.
Steek de handdoek onder de voet van het geopereerde been.
Trek met beide handen aan de handdoek naar boven en naar buiten zodat het been uit bed komt.
Verplaats ook het niet geopereerde been uit het bed.
Schuif vooruit tot op de rand van het bed zodat de 2 voeten de grond raken.
Zet het geopereerde been vooruit. Het niet geopereerde been mag blijven staan.
Steun op de 2 handen en het niet geopereerde been om recht te staan

In bed: ga omgekeerd te werk



8.5 Maatregelen om luxatie te vermijden

Gedurende zes weken na de operatie is het belangrijk dat u een aantal zaken in acht neemt, zodat u voorkomt dat uw heupprothese uit de kom schiet.

1		De benen dienen altijd enigszins gespreid te worden zowel in zit als in lig. Ook bij het slapen op de zij, mag uw geopereerde been niet over het andere been vallen. Daarom is het aan te raden om bij het slapen op de zij een kussen tussen de knieën te steken.
2		U mag <u>niet</u> met de benen over elkaar gaan zitten.



3		Uw heup mag <u>niet</u> meer dan 90° (= een rechte hoek) gebogen worden. Dit wil zeggen dat u de knie <u>niet</u> naar uw neus toe mag trekken; dat u op geen enkele manier mag hurken of bukken vanuit zit; dat u <u>niet</u> op een te lage stoel mag plaatsnemen; dat u zelf uw schoenen en kousen <u>niet</u> mag aantrekken en dat u beter <u>niets</u> opraapt van de grond.
4		U mag bij het steunen op het geopereerde been, <u>geen</u> draaibeweging maken. Bij het stappen dient u er op te letten dat u bij het omdraaien kleine stapjes neemt zodat uw voeten <u>niet</u> gedraaid staan.



8.6 Hulpmiddelen

Er bestaan een aantal hulpmiddelen die u het leven met een heupprothese vergemakkelijken. Bij de thuiszorgwinkels van de mutualiteiten kunt u deze hulpmiddelen huren of kopen. Best regelt u dit vóór de ingreep via de sociale dienst van het ziekenhuis.

- Een ziekenhuisbed.

Wanneer u nog moeite hebt om de trap op en af te gaan of uw bed thuis te laag is, kan een ziekenhuisbed een oplossing bieden. U kunt uw bed ook op een verhoog laten zetten, zodat het bed hoger staat.

- Een toiletverhoog.

Wanneer u nog moeite hebt om recht te staan en te gaan zitten of uw toilet is te laag, dan kan een verhoog handig zijn. Het verhoog kan op het eigen toilet geplaatst worden en deze is 10 cm of 12 cm hoog.

- Een douchestoel en anti-slipmat.

Om uitglijden te vermijden kan het handig zijn om al zittend een douche te nemen. Leg voor de veiligheid een antislipmatje.

- Een lange schoenlepel.

Wanneer u zelf uw schoenen wil aantrekken, doet u dat met een lange schoenlepel. Bij een korte schoenlepel buigt u te ver voorover om bij uw voeten te kunnen.

- Een extra trapeuning.

Zorg dat u ten minste op één kant een vaste trapeuning hebt. Is die er niet, dan kan u die laten monteren.



- Een helping-hand.

Dit is een lange stok om lichte voorwerpen van de grond op te rapen. Hij is gemaakt van aluminium en heeft één vaste en één beweegbare grijparm. Op de top is er een magneetje voor het opnemen van kleine metalen voorwerpen.

- Een personensysteem.

Dit is een alarmsysteem zodat u iemand kan verwittigen wanneer u dringende hulp nodig hebt.

- Een voeten- en tenenwasser.

De eerste 6 weken mag u de heup niet verder dan 90° buigen waardoor u moeilijk aan uw voeten kan. Een voeten- en tenenwasser kan hierbij een hulpmiddel zijn.

8.7 Vraag en antwoord

1.		<u>Kan ik iets van de grond rapen?</u> Neem steun met één hand (op een tafel of stoel) Steek uw geopereerde been naar achter (zorg ervoor dat de hoek van de heup groter is dan 90°) Steun op uw niet-geopereerde been en buig door uw knie om het voorwerp op te
----	---	---



		rapen. (u kan ook gebruikmaken van een 'helping-hand', zoals vermeld in de lijst hulpmiddelen)
2.		<u>Hoe geraak ik op een veilige manier in en uit de auto?</u> In de auto: Laat een kussen op uw autozetel liggen. Plaats één hand op de zetel en één hand op het dashboard van de auto. Ga zachtjes zitten. Draai het ene been eerst volledig naar binnen, dan pas het andere been . Uit de auto stappen: ga omgekeerd tewerk. Als u het moeilijk vindt om op eigen spierkracht te draaien, laat dan een plastic zak op



		de autozetel leggen zodat draaien vlotter gaat.
--	--	---

3. Vanaf wanneer mag ik terug autorijden?

Wanneer de orthopedisch chirurg toestemming geeft en wanneer u zelf voelt dat u controle heeft over beide voeten, kan u terug autorijden.

4. Hoe vaak mag/moet ik de oefeningen thuis doen?

Iedere oefening mag 5 tot 10 keer herhaald worden. Vind zelf geen nieuwe oefening uit! Bespreek de oefening eerst met uw kinesitherapeut thuis.

5. Vanaf wanneer kan ik terug gaan werken?

De adviserend geneesheer wordt, best vóór de ingreep op de hoogte gesteld worden van de ingreep. De terugkeer naar het werk zal dan soepeler verlopen. Hij bepaalt wanneer u er klaar voor bent.

6. Mag ik thuis naar toilet gaan of heb ik een toiletstoel of verhoog nodig?

U kunt thuis een gewoon toilet gebruiken. Als het gaan zitten of rechtstaan moeilijk gaat, kunt u een verhoog laten installeren of een toiletstoel gebruiken. (zie lijst hulpmiddelen)

7. Moet mijn partner van kant verwisselen in bed of moet ik mijn bed verplaatsen zodat ik langs de twee kanten toegang heb?

Als u de methode zoals bij de transfers beschreven gebruikt, dient uw partner niet van kant te wisselen. In het ziekenhuis wordt de thuissituatie zoveel mogelijk nagebootst bij het inoefenen.



8. Hoe kan ik me het best wassen en kleden?

Ga bij wassen en kleden zoveel mogelijk op een stoel zitten. De eerste zes weken na de ingreep kunt u niet zelf uw voeten wassen, tenzij u een hulpmiddel gebruikt (zie lijst met hulpmiddelen).

Hetzelfde geldt voor het aantrekken van kousen en schoenen. Na zes weken kan dit al zelfstandig.

9. Kan ik me nuttig maken in de keuken? (afwas – strijk – stofzuigen - dweilen)

Steun niet te lang op de 2 benen.

De eerste 6 weken na de ingreep kunt u ook steeds op de achterzijde van de leuning van een stoel steunen als het te belastend is voor uw heup.

Nadien lukt het zonder.

10. Kan ik in de tuin werken?

Tuinieren is af te raden zolang u met krukken stapt. Erna dient u bij elke activiteit rekening te houden met het geopereerde been. Als u bv. steeds op de knie zit van het geopereerde been, zo hebt uw een goeie steun op het niet geopereerde been om terug recht te staan.

9 Alfabetische lijst van de meest gebruikte termen en afkortingen :

- Anesthesie:

Verdoving waarbij alle pijnprikkels worden uitgeschakeld.

- Arthrose:

Slijtage van een gewricht. Het kraakbeen verdwijnt en het gewricht kan pijnlijk worden.



- Aseptische heupkopnecrose:
Ziekte waarbij de doorbloeding (voeding) van de heupkop plots verstopt. Hierdoor sterft de heupkop af. Dit leidt tot arthrose.
- Blaassonde:
Buisje dat in de blaas wordt geplaatst om de urine op een gecontroleerde wijze af te voeren in een zakje.
- Cup:
Deel van de totale heupprothese dat in de heuppan wordt geplaatst. Bij de totale heupprothese wordt er nog een insert ingeklikt.
- Diepe Veneuze Trombose DVT:
Klontervorming van bloed in een ader.
- Drains:
Buisjes die in de wonde overtollig bloed en vocht opzuigen.
- Embolie:
Bloedklonter die loskomt en via de aders naar een ander deel van het lichaam gaat en daar de doorbloeding onderbreekt.
- Epidurale verdoving of ruggenprik:
Anesthesie van het onderlichaam door een inspuiting in de rug.
- Ergotherapie:
Therapie om door spel, arbeid en oefening bepaalde spierfuncties te activeren.



- Flebitis:

Ontsteking van de aders waarbij klontervorming van bloed kan ontstaan.

- Gewrichtskapsel:

Weefselmof rondom het gewricht die een smeerstof produceert teneinde de wrijvingen in het gewricht te minimaliseren.

- Heupgewricht:

De heupkop en de heuppan vormen het heupgewricht in de lies.

- Heupkop:

Deel van het heupgewricht dat deel uitmaakt van het dijbeen.

- Heuppan:

Deel van het heupgewricht in het bekken.

- Insert:

Wordt in de metalen heuppan geklikt bij een totale heupprothese. Hierdoor verkleint de diameter van de metalen heuppan tot de maat van het heupkopje van de totale heupprothese.

- Kruisproef:

Labotest om te bepalen of een bepaalde bloedvoorraad geschikt is voor de patiënt die de kruisproef liet uitvoeren.

- Mini-lavement:

Toediening van een vloeistof in de aars om de darm te reinigen.



- Luxatie:

Ontwrichting. De heupkop schiet uit de heuppan.

- Narcose:

Verdoving waarbij alle pijnprikkels worden uitgeschakeld.

- Paramedici:

Iemand die een paramedisch beroep (met de geneeskunde samenhangend zonder er echt toe te behoren) uitoefent.

- Pijnpomp:

Toestel dat voortdurend een hoeveelheid pijnstillende medicatie vrijgeeft in de bloedbaan of in de ruggengraat.

- Pre-operatief:

De periode voorafgaand aan de ingreep.

- Resurfacing:

Nieuwe heup waarbij de heuppan wordt vervangen en de heupkop wordt bedekt door een metalen kapje.

- Revalidatie:

Het aanleren van de basisvaardigheden na ingreep, ziekte of ongeval varieert sterk naarmate het type letsel.

- Riziv:

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

- Stem:

De steel van de totale heupprothese die in het dijbeen wordt geplaatst.



- Transfer:

Verplaatsen van de zetel naar stand, bed naar zetel, trappen lopen

- Transfusie:

Toedienen van bloed of bloedderivaten via een infuus (baxter) in de bloedbaan.

- Totale Heupprothese (THP):

Nieuwe heup waarbij heuppan en heupkop worden vervangen.

10 Slot

Deze brochure heeft als doel u op een bevattelijke wijze alle essentiële informatie aan te bieden omtrent de ingreep die u zal ondergaan en stelt u in de mogelijkheid dit alles thuis nog eens rustig door te nemen. Uiteraard bevat deze brochure enkel de basisinformatie waarbij ernaar gestreefd wordt u zo goed mogelijk in te lichten over alle aspecten van de ingreep en de herstelperiode. Het spreekt voor zich dat daaromtrent nog andere vragen kunnen rijzen. Zowel vóór, tijdens, als na de ingreep staan uw chirurg, huisarts, verpleegkundigen en paramedici* ter uwer beschikking voor het beantwoorden van al uw vragen.

Meer algemene informatie kan u eveneens vinden op de website (www.azoudenaarde.be) of

“www.orthopedie-vlaamseardennen.be”.

Het succes van de ingreep en het optimaal herstel hangen af van vele factoren. Door subspecialisatie heeft uw chirurg een bijzondere bekwaamheid verworven in het plaatsen van heupprothesen. Tevens wordt, door een goede multidisciplinaire samenwerking, uw herstel bespoedigd waardoor u sneller en beter uw activiteiten kan hervatten. Tot



slot maakt uw persoonlijke motivatie een niet te miskennen en belangrijk onderdeel uit van een geslaagd herstelproces.

11 Lijst met nuttige telefoonnummers:

Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde
Minderbroedersstraat 3
9700 Oudenaarde

Algemeen nummer ziekenhuis	055/33 61 11
Secretariaat Orthopedie	055/33 67 45
Dienst orthopedie	055/33 63 00
Dienst kinesitherapie en ergotherapie	055/33 67 69
Spoedgevallen	055/33 63 55
Sociale Dienst	055/33 66 46
Radiologie	055/33 67 51
Labo	055/33 67 31
Secretariaat Inwendige Ziekten	055/33 67 61
Dienst Revalidatie	055/33 62 99



Contact:

- Orthopedisch chirurg: Dr. Van Innis B.
- Fysiotherapeuten: Dr. Vanelstraete S. en Dr. Vande Putte K.
- Hoofdverpleegkundige dienst orthopedie
- Hoofd kinesitherapie
- Sociale dienst

Bij vragen na het lezen van de brochure, stel deze vragen gerust aan het team. Wij wensen u veel succes en een spoedig herstel!

12 Wat mag ik niet vergeten: Actiekaart

Pre-operatieve onderzoeken: (bloeddruk, ECG, bloedonderzoek,...)

Afspraak huisarts preoperatieve onderzoeken :

Infosessie1 :

Infosessie 2 :

Bloedafname labo ziekenhuis (kruisproef) :

Afspraak kinesist aan huis :

Afspraak verpleegkundige aan huis :



Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde
Minderbroedersstraat 3
9700 Oudenaarde
Algemeen nummer: 055/33 61 11
info@azoudenaarde.be

Lay-out en fotografie: Meuleman Liesbet

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Verantwoordelijke uitgever: hoofddarts.