



# Kniprothese

*Informatiebrochure*

# Inhoud

<b>1</b>	<b>De knie</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Artrose</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>De knieprothese</b>	<b>9</b>
3.1	Gepersonaliseerde patiëntenzorg voor knieprothesen op maat	13
<b>4</b>	<b>Complicaties</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Vorbereiding op de operatie</b>	<b>18</b>
5.1	Pre-operatieve onderzoeken	18
5.2	Preoperatieve informatiesessie	19
5.3	Kinesist(e) - Revalidatie	19
5.4	Sociale dienst	20
5.5	Tips om uw operatie voor te bereiden	21
<b>6</b>	<b>Wanneer moet ik naar het ziekenhuis komen?</b>	<b>22</b>
6.1	De avond voor de operatie	22
6.2	De operatie	23
6.2.1	Vorbereiding	23
6.2.2	De verdoving	24
6.2.3	Duurtijd operatie	25
6.2.4	Eerste uren na de operatie	26
6.2.5	De eerste dag na de operatie	27
6.2.6	De tweede dag na de operatie	28
6.2.7	De derde dag na de operatie	28
6.2.8	Volgende dagen	28
6.3	Wanneer mag ik naar huis? (dag 2 – 6)	29
6.3.1	Medicatie	30
6.3.2	Kinesitherapie	31
6.4	Huisarts	32

<b>7</b>	<b>Bijlage 1: Infobrochure anesthesie</b>	<b>34</b>
7.1	Regionale anesthesie	34
7.2	Algemene anesthesie of narcose	35
7.3	Risico's van anesthesie	36
<b>8</b>	<b>Bijlage 2: Revalidatiecentrum De Mick</b>	<b>41</b>
8.1	Inschrijving in campus De Mick	41
8.2	Financiële regeling	42
8.3	Multidisciplinair team	43

Geachte mevrouw, geachte heer,

Binnenkort wordt u in ons ziekenhuis opgenomen om uw knie te laten vervangen door een kunstgewricht of knieprothese.

Een knieprothese is een courante en zeer succesvolle operatie en geeft zeer goede resultaten op lange termijn. Studies tonen een gemiddelde overleving van de knieprothese van ongeveer 95 % na 15 jaar. Bij jonge en actieve personen blijkt de overleving iets minder goed te zijn dan bij oudere minder actieve patiënten.

Ondanks de meestal zeer goede resultaten, is de operatie toch ingrijpend en een goede voorbereiding is belangrijk. Het herstel vraagt **motivatie, wilskracht en inspanningen**. Het is daarom belangrijk dat u goed voorbereid aan uw operatie en revalidatie begint.

In deze eerste brochure vindt u een korte beschrijving van het kniegewricht en de vervanging van een versleten knie. U vindt ook uitgebreide informatie over de voorbereiding op de operatie en het hospitalisatieverloop na de operatie.

De twee andere brochures ontvangt u in het ziekenhuis bij de infossessie (Revalidatiebrochure) en bij opname voor de operatie (Ontslagbrochure). U kunt de drie brochures ook downloaden en afdrukken van onze website ( <http://www.azklina.be/medisch-aanbod/medische-diensten/orthopedie> ). Als u bij 'Specialisaties' doorklikt op 'knie' vindt u bijkomende informatie over aandoeningen en operaties van de knie (meniscus, kraakbeen, gewrichtsbanden, knieprothese met geïndividualiseerde patiëntenzorg, ...).

Het is mogelijk dat het verloop en de revalidatie na de operatie van uw knie afwijkt van de beschreven procedure in deze brochure. Vooral bij vervanging van een vroeger geplaatste knieprothese (heringreep of revisie) kan dit het geval zijn.

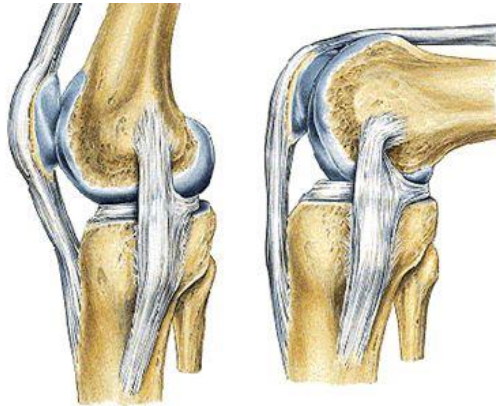
Als dit zo is, maak u geen zorgen. Uw arts of de verpleging geven in dat geval graag meer uitleg.

Het hele AZ Klina-team wenst u alvast een goede voorbereiding en een voorspoedig herstel.

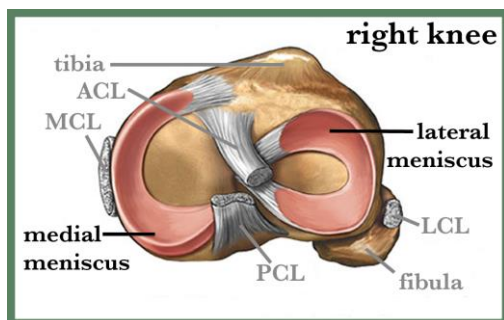
## 1 De knie

De knie is een scharniergewricht. Dat wil zeggen dat het gewricht rond één as beweegt, waardoor ter hoogte van de knie alleen strekken en plooiën mogelijk is met een klein beetje rotatie. Het normale gewricht is bedekt met kraakbeen. Dat is een perfect glad weefsel met een groot glijvermogen. Het beschermt het gewricht bij beweging en belasting.

De twee meniscussen zijn twee halvemaanvormige kraakbeenschijfjes die het contact tussen de kraakbeenoppervlakken van het gewricht verbeteren. Daardoor verbetert ook de stabiliteit en de functie van de knie. Bovendien zorgen de gewrichtsbanden (ligamenten), het gewrichtskapsel en de pezen voor stabiliteit en laten toch een goede beweeglijkheid toe.



De spieren rond de knie zijn extreem belangrijk voor het goed functioneren van het gewricht. Vooral de vierhoofdige dijspier of quadriceps moet aanzien worden als de belangrijkste motor van de knie.



De kracht en de uithouding van de dijspier bepaalt in grote mate het goed functioneren van de knie en geeft vertrouwen bij activiteiten van het dagelijks leven. Deze kracht en de uithouding van de spier heeft ook een belangrijke invloed op de pijnsensatie in de knie zowel voor als na de operatie. Met andere woorden een goede functie van de dijspier bepaalt het goed functioneren van de knie.

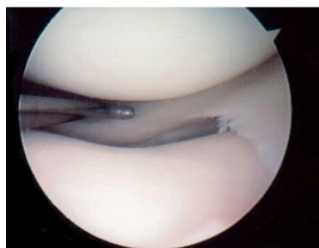
Fietsen, zowel buiten als op de hometrainer, is een goede training van de knie en de dijspier. Zelfs personen met een versleten knie kunnen vaak nog goed fietsen met beperkte klachten of pijn. We bevelen dit sterk aan, zowel voor als na de operatie.

## 2 Artrose

Artrose is een ziekte die ontstaat ten gevolge van slijtage van het gewrichtskraakbeen. Er bestaan verschillende soorten artrose en jaarlijks ondervinden miljoenen personen er hinder van.

Artrose kan alle gewrichten aantasten, maar wordt het minst goed verdragen ter hoogte van de heupen en knieën omdat deze gewrichten het meest belast worden in het dagelijkse leven.

Patiënten met artrose van de knie kunnen meestal veel beter fietsen en zwemmen dan wandelen. Bij fietsen en zwemmen wordt de versleten knie veel minder belast omdat het gewicht gedragen wordt door het zadel of het water.



*Knie met gezond kraakbeen*



*Knie met versleten kraakbaan*

In het begin verlopen de beschadigingen van het gewricht meestal pijnloos. Bij het verergeren van de aantasting worden dagelijkse activiteiten zoals stappen, rechtstaan en autorijden moeilijker en pijnlijker. Als het kraakbeen volledig versleten is, ontstaat er contact tussen de botuiteinden. Bij ernstige artrose van de knie functioneert het gewricht niet goed meer en ontstaat er meestal pijn, zwelling en stijfheid.



*Normale knie zonder artrose (brede gewrichtsruimte)*

Om deze pijn en bewegingsbeperking te verhelpen raadpleegde u een orthopedist. Hij heeft u ondervraagd en uw knie onderzocht. Bij het klinisch onderzoek heeft hij uw knie getest: hoe u beweegt, hoe u wandelt en zit en hoe u de knie plooit en strekt. Er werden ook röntgenfoto's van uw knie gemaakt, soms ook een MRI-scan, een CT-scan of een botscan. Uiteindelijk werd een operatie voorgesteld.

Bij het plannen van uw operatie bezorgde hij u deze brochure en een gekleurde map voor het pre-opnamecircuit.



*Knie met ernstige artrose (volledig kraakbeenverlies en botcontact)*



### 3 De knieprothese

Uw arts heeft u al informatie gegeven over de operatie, het verloop van uw ziekenhuisverblijf en de herstelperiode na uw operatie. We vatten de belangrijkste punten hierna nog even samen.

De knieoperatie wordt uitgevoerd onder verdoving. De anesthesist legt u voor de ingreep de verschillende mogelijkheden uit. Meestal wordt gekozen om de ingreep via **spinale of peridurale verdoving** (plaatselijk verdoving via een ruggenprik) te verrichten omdat dit een aantal grote voordelen heeft.

Soms wordt deze spinale verdoving gecombineerd met **sedatie** voor patiënten die tijdens de operatie niets willen horen of zien.

In gevallen waar een spinale verdoving niet mogelijk is, wordt er een **algemene verdoving** voorgesteld.

Voor een goede pijncontrole en een snelle mobilisatie na de operatie kunnen de gevoelszenuwen van de voorzijde van de knie verdoofd worden door een inspuiting van lokale verdoving ongeveer halverwege de dij (**Adductor Kanaal Blok**).

In sommige gevallen wordt de lokale verdoving ingespoten in de weefsels rond de knie of in het kniegewricht zelf na het sluiten van het gewrichtskapsel.

Via het infuus krijgen de patiënten extra medicatie tegen de pijn, tegen de bloeding in de knie en antibiotica tegen infectie.

Een **goede pijncontrole** na de operatie is zeer belangrijk om snel te kunnen bewegen en starten met de revalidatie. Vraag voldoende klassieke pijnstillers aan de verpleegkundige om een vlotte revalidatie mogelijk te maken.

Meer informatie over de verschillende vormen van anesthesie vindt u in de bijlage 1.



*Totale knieprothese: vooraanzicht en zijaanzicht*

Om toegang te hebben tot het gewricht wordt er bij de operatie een insnede gemaakt op de voorzijde van de knie (ongeveer 15 tot 20 cm). Het beschadigde gedeelte van het gewrichtsooppervlak wordt vervangen door de verschillende prothese componenten die de natuurlijke vormen van een gezonde knie herstellen.



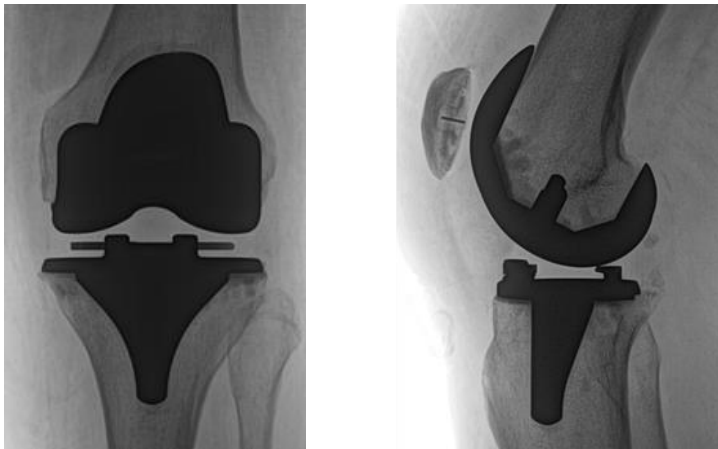
*Versleten knie*



*Totale Knieprothese*

Deze componenten worden gemaakt uit zeer hoogwaardige en bio-compatibele materialen, zoals een speciale staal legering van **cobalt en chroom** en een speciale **kunststoflaag van polyethyleen**, waardoor het oppervlak van de knie hersteld wordt. Uw orthopedisch chirurg zal voor de ingreep de verschillende mogelijkheden met u bespreken.

Bij een **totale knieprothese** wordt het versleten kraakbeen van het dijbeen, het onderbeen en de achterzijde van de knieschijf vervangen voor een implantaat. Er bestaan verschillende types van totale knieprothesen in functie van de kwaliteit van de gewrichtsbanden. Afhankelijk van het al dan niet normaal functioneren van de voorste en de achterste kruisband kan de chirurg voor of tijdens de operatie beslissen welk type prothese in uw geval het meest aangewezen is.



*Totale knieprothese: vooraanzicht en zijaanzicht*

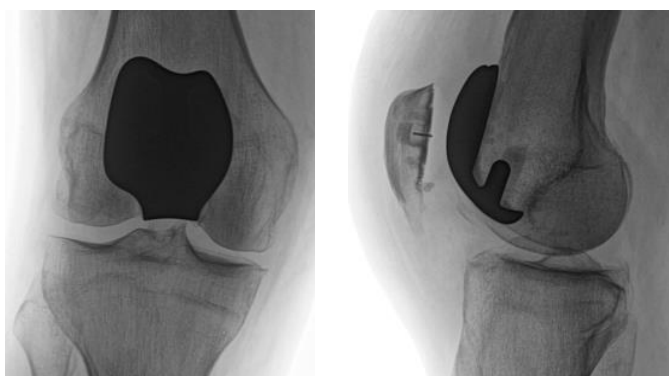
Voor gelokaliseerde artrose aan de binnenkant of buitenkant van de knie wordt een **unicompartmentele, unicondylaire of halve knieprothese** geplaatst.

Dankzij een minimaal ingrijpende techniek wordt de volledige beweeglijkheid van de knie sneller herwonnen met behoud van de normale stabiliteit.



*Unicondylaire knieprothese: vooraanzicht en zijaanzicht*

Bij gelokaliseerde artrose ter hoogte van de knieschijf, bestaat er ook een knieprothese waarbij alleen het versleten kraakbeen van de knieschijf en een klein deel van het dijbeen vervangen wordt. Dit is een **patello-femorale knieprothese**.

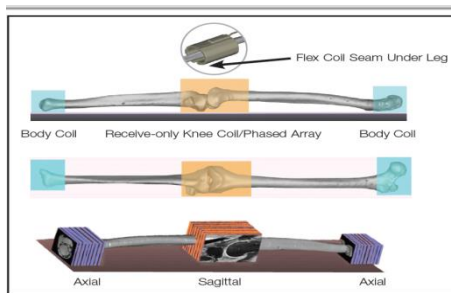


*Patello-femorale knieprothese: vooraanzicht en zijaanzicht*

### 3.1 Gepersonaliseerde patiëntenzorg voor knieprothesen op maat

U bent uniek en de anatomie van uw knie is dat ook. Voor het plaatsen van uw knieprothese in de meest ideale positie, kan een operatietechniek gebruikt worden met gepersonaliseerde uitlijninstrumenten. Op basis van MRI-scan (magnetic resonance imaging) of CT-scan (computerized tomography) worden op maat gemaakte uitlijninstrumenten en boorgeleiders vervaardigd (PSI: Patient Specifiek Instrumenarium).

Bij het plannen van uw knieprothese, krijgt u een afspraak op de dienst medische beeldvorming voor het maken van de MRI scan of CT-scan. Hoewel u aan de knie geopereerd zal worden, zal er naast de scan van de knie ook een scan van de heup en de enkel gemaakt worden. Dat is nodig om de juiste driedimensionele positie van uw been te kunnen bepalen.



Door de slijtage van het kraakbeen en vergroeiingen van het bot kan de asrichting van het been veranderen. Het is altijd de bedoeling om tijdens het plaatsen van de knieprothese die as te corrigeren zodat u na de operatie terug een mooi recht been hebt. Als de artrose geleid heeft tot ernstige vervormingen van het been, als er in het verleden een fractuur van het boven- of onderbeen geweest is of bij aanwezigheid van implantaten ter hoogte van het boven- of onderbeen, kan dit met de conventionele techniek soms moeilijk zijn.

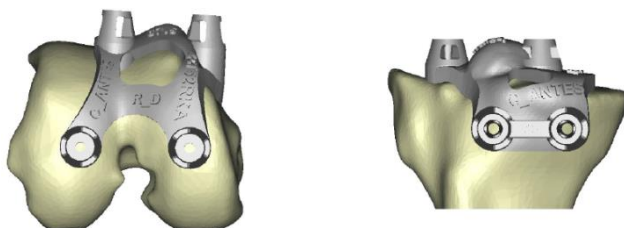
Met de hulp van een speciaal ontwikkeld computerprogramma zal, aan de hand van de scans, een driedimensionaal model van uw been gemaakt worden. Met dit computermodel wordt berekend hoe de boorgeleiders er juist moeten uitzien om uw knieprothese in de meest ideale positie te plaatsen waarbij de gewrichtsas zo goed mogelijk hersteld wordt en de juiste maat en positie van de knieprothese bepaald wordt.

Voor men start met de productie van de boorgeleiders zal de orthopedisch chirurg de berekeningen controleren en eventueel aanpassen.



*Driedimensionaal model met planning van een totale knieprothese*

Tijdens de ingreep wordt aan de hand van de op maat gemaakte boorgeleiders het onder- en bovenbeen dusdanig voorbereid dat een correcte en snelle positionering van de prothese mogelijk is.



Voordelen van het gebruik van Patiënt Specifiek Instrumenarium:

- Patiënt Specifiek Instrumenarium maakt een zeer nauwkeurige plaatsing van uw prothese mogelijk.
- Door het reduceren van het aantal stappen tijdens de operatie kan de operatietijd verkort worden waardoor de kans op complicaties vermindert.
- Bij Patient Specifiek Instrumenarium wordt de mergholte niet geopend waardoor de kans op bloedingen, longembolie en infecties daalt.

Een mogelijke beperking van deze techniek is dat er meer tijd gaat tussen het besluit voor een operatie en de ingreep, ongeveer 6 weken. Deze tijd is nodig voor het maken van de scans en het produceren van de boorgeleiders. Belangrijk: uw chirurg gebruikt tijdens de operatie altijd het implantaat dat naar zijn of haar mening het beste is voor u. Alleen uw orthopedisch chirurg kan bepalen welke behandeling de juiste voor u is.



## 4 Complicaties

Complicaties zijn uiterst zeldzaam maar kunnen zich tijdens of na de ingreep toch voordoen. Relevante complicaties zijn:

- Infectie van de knieprothese (ev. met een ziekenhuisbacterie)
- Nabloeding in de knie, loskomen van de wonde, vertraagde wondgenezing
- Bloedklonter in de aders van het onderbeen (flebitis of diepe veneuze trombose)
- Longembool
- Peesletsel of irritatie van een slijmbeurs
- Zenuwletsel (oppervlakkige gevoelsstoornissen rond het litteken zijn frequent; ernstig zenuwletsle zoals dropvoet bij beschadiging van de nervus ischiadicus is extreem zeldzaam)
- Lengteverschil (door het rechtzetten van een uitgesproken O-been of X-been of door het herwinnen van het volledig strekken van de knie bij extensiedeficit)
- Fractuur bij het inbrengen van de prothese
- Slechte positionering van de knieprothese
- Vroegtijdig loskomen van de prothese
- Metaalgevoeligheid
- Anesthesie risico's zie bijlage 1
- Deze opsomming is niet volledig en kan nooit volledig zijn. Er bestaat steeds de mogelijkheid een complicatie te ontwikkelen die momenteel niet gekend of niet bewezen is in de medische wetenschap.



Uw orthopedisch chirurg zal er alles aan doen om mogelijke complicaties te vermijden. Hij kan u vragen om vóór de operatie veel te fietsen of een kinesist(e) te raadplegen om uw dijspieren te trainen of om bij uw tandarts uw tanden te laten nakijken op cariës om het risico op infectie van de prothese te verminderen.

De normale revalidatie na een knieprothese kan één jaar duren. **Twee tot drie maanden** na de operatie functioneert de geopereerde knie meestal zeer goed maar ze zwelt nog wat op bij belasting. Dit zal langzaam verbeteren over verloop van de volgende maanden maar het kan **negen tot twaalf maanden** duren voordat de knie volledig hersteld is.

Ondertussen blijft de revalidatie heel belangrijk. Door te blijven oefenen zal de knie opnieuw soepel worden en traint u de kracht en de uithouding van de dijspieren. Door een **gemotiveerde en volgehouden revalidatie** zult u een goede functie en het vertrouwen in de knie progressief herwinnen met een beter eindresultaat en een grotere subjectieve tevredenheid na de operatie.

Door **actief te blijven** (fietsen, zwemmen, wandelen, huishouden, tuinwerk, ...) stellen vele patiënten vast dat het functioneren van de prothese over het verloop van de jaren zelfs nog verbetert.

De totale knieprothese is één van de meest succesvolle orthopedische ingrepen, maar toch blijven sommige patiënten na de operatie klagen van wat stijfheid of pijn. Ook kunnen er bepaalde de beperkingen blijven zoals moeilijk knielen.

Ondanks een vlotte operatie en een goede positie van de prothese op de radiografie, blijven sommige patiënten wat **ontgoocheld** omdat het resultaat na de operatie niet beantwoordt aan hun verwachtingen. Een knieprothese is natuurlijk geen normaal biologisch gewricht van een jonge persoon maar een kunstgewricht.

Geen enkele prothese zal eeuwig meegaan, maar sommige factoren, zoals de postoperatieve activiteiten en het gewicht van de patiënt, kunnen de overleving van de prothese beïnvloeden.

Deze punten en andere risicofactoren worden met uw chirurg besproken. Een totale knieprothese is een zeer succesvolle ingreep en geeft ook zeer goede resultaten op lange termijn met een gemiddelde overleving van de prothese van ongeveer 95 % na 15 jaar. Bij jonge en actieve personen blijkt de overleving iets minder goed te zijn dan bij oudere minder actieve patiënten.

## 5 Voorbereiding op de operatie

### 5.1 Pre-operatieve onderzoeken

Voordat u geopereerd kunt worden moeten er nog enkele onderzoeken gebeuren:

- Altijd een vragenlijst invullen
- Soms nieuwe radiografie van de knie
- Soms MRI-scan van de knie of het been
- Altijd een bloedonderzoek
- Altijd een elektrocardiogram
- Soms een radiografie van de longen
- Soms controle bij de cardioloog met extra testen
- Soms controle bij de pneumoloog met longfunctietest

De aanvraagformulieren en meer informatie over deze onderzoeken vindt u in uw gekleurde pre-opnamemap. Een verpleegkundige begeleidt u bij het uitvoeren van deze onderzoeken

Breng een **lijst met alle medicatie** mee naar de pre-operatieve raadpleging. U kunt dit aan uw apotheker of huisarts vragen.

Laat ons ook weten of u **voedingssupplementen, puffs voor de longen of oogdruppels** gebruikt.

## 5.2 Preoperatieve informatiesessie

In principe wordt er iedere week een preoperatieve infosessie georganiseerd. Deze sessie wordt gegeven op de dienst fysische geneeskunde en revalidatie.

De infosessie is gratis en duurt ongeveer 1 uur 30 min. Een ergotherapeut(e) geeft toelichting over de operatie en de revalidatie en advies over mogelijke hulpmiddelen. De ziekenhuisapotheker geeft een woordje uitleg over het nemen van medicatie.

**We raden u deze infosessie sterk aan.** Breng a.u.b. niet meer dan één extra persoon mee. Alle patiënten die hieraan al deelnamen, waren zeer enthousiast over de extra informatie en pre-operatieve voorbereiding. Als u deze infosessie ook wil volgen kunt u contact opnemen met het secretariaat fysische geneeskunde via het telefoonnummer 03 650 50 32.

## 5.3 Kinesist(e) - Revalidatie

Na uw ontslag uit het ziekenhuis moet u thuis verder revalideren. Dit gebeurt best met de hulp van een kinesist(e) in uw buurt. Uw behandelende arts of uw huisarts kunnen u eventueel bij de keuze van een kinesist(e) helpen.

Voor uw operatie kunt u met hem/haar al de planning van uw thuisrevalidatie bespreken. Als u dit wenst kunt u de revalidatie ook ambulantly in het ziekenhuis verder zetten.

Het is zeer belangrijk de **oefeningen** aangeraden door uw dokter en kinesist(e) thuis **meermaals per dag te herhalen**. Er wordt van u verwacht dat u iedere dag iets meer probeert te oefenen zonder de knie te forceren. In de revalidatiebrochure vindt u een aantal praktische oefeningen die u thuis regelmatig kunt herhalen. Na de oefeningen raden we u aan om te rusten met ijs op de knie.

Op het einde van de operatie zorgt uw chirurg er steeds voor dat de knie **volledig gestrekt** is. Vooral de patiënten die voor de operatie hun knie niet meer volledig konden strekken door de artrose, hebben moeite het strekken van de knie te bewaren. Het is dus zeer belangrijk om van in het begin hier specifiek op te oefenen. Het lang stilstaan of ver wandelen zullen in de toekomst veel gemakkelijker verlopen met een volledig gestrekte knie.

**Fietsen op de hometrainer** is een goede training om de knie terug soepel te bewegen en de kracht van de dijspieren te herwinnen, zonder overbelasting van het geopereerde gewricht. **Twee weken** na de operatie kunnen de meeste patiënten al fietsen op de hometrainer. Nadien mag u natuurlijk ook buiten fietsen.

Het is belangrijk oefeningen af te wisselen met voldoende rust waarbij uw geopereerde knie volledig gestrekt op een bankje of stoel voor u ligt. Dit is het ideale moment om **ijs te leggen**.

## 5.4 Sociale dienst

Als u na de operatie thuis op weinig hulp kunt rekenen, kan de sociale dienst u bijstaan om thuishulp of een verblijf in een revalidatiecentrum te organiseren. Als u in campus De Mick wil revalideren neemt u best zo snel mogelijk en **zeker één maand voor de operatie** contact op met de sociale dienst van het ziekenhuis via telefoonnummer: 03 650 52 84 of 03 650 52 80.

Meer info over campus De Mick vindt u in de bijlage 2.

De sociale dienst kan u helpen bij het organiseren van:

- thuisverpleging / gezinshulp
- warme maaltijden
- hulpmiddelen zoals krukken, toiletverhoger of rolstoel

## 5.5 Tips om uw operatie voor te bereiden

- **Oefenen:** Doe nu al oefeningen om uw dijspieren te versterken. Veel fietsen (buiten of op een hometrainer) is de beste en gemakkelijkste voorbereiding.
- **Medicatie:** Bij het afspreken van de operatie zal uw medicatielijst overlopen worden. Soms wordt u gevraagd het innemen van bloedverdunners, aspirine en ontsteking werende middelen voor de operatie te stoppen. Ook voedingssupplementen (glucosamine) en plantaardige producten (ginkgo biloba, ginseng) moeten een tiental dagen voor de operatie gestopt worden omdat ze een invloed hebben op de bloedstolling. De klinische apotheker van het ziekenhuis zal uw medicatielijst overlopen op de preoperatieve informatiesessie. Breng een **lijst met alle medicatie**, puffs voor de longen, oogdruppels en voedingssupplementen mee.
- **Voeding:** Eet gevarieerd en zorg dat u goed uitgerust bent voor de operatie.
- **Alcohol:** Matig of stop het gebruik van alcohol. Laat uw arts weten hoeveel u drinkt.
- **Gewicht:** Hou uw gewicht op peil zowel voor als na uw operatie.
- **Roken:** Stop liefst twee maanden voor de operatie met roken om long- en wondcomplicaties te voorkomen. Er is duidelijk aangetoond dat mensen die roken meer problemen hebben met de genezing van de wonde en dat hierdoor ook het risico op infectie verhoogt.
- **Tanden:** Verzorg uw gebit. Ga eventueel langs bij de tandarts om tandproblemen of ontstekingen op te sporen en te behandelen. Zo vermindert u het risico op infectie van de prothese door bacteriën afkomstig van slecht verzorgde tanden.

## 6 Wanneer moet ik naar het ziekenhuis komen?

Meestal wordt u de avond voor de operatie opgenomen.

Breng de [opnamebrochure](#) en [gekleurde map](#) voor het pre-opnamecircuit zeker mee.

Op de dag van de opname laat u zich inschrijven aan de inschrijvingsloketten in de centrale inkomhal van het ziekenhuis. Daarna mag u naar uw kamer gaan waar u wat praktische informatie krijgt over telefoongebruik, bed, safe, oproepsysteem enz. Het spreekt voor zich dat u steeds bij de verpleegkundigen terecht kunt met al uw vragen.

### 6.1 De avond voor de operatie

- De anesthesist zal u nog uitleg geven over de verdoving.
- Om bloedstolsels en verstopping van bloedvaten te vermijden worden er steunkousen aangemeten. Deze kousen moet u ook na de operatie ongeveer 5 weken dragen. 's Nachts mogen ze eventueel uitgelaten worden als uw benen omhoog liggen.
- Nagellak, juwelen en make-up moeten worden verwijderd.
- U wast zich met Isobetadine Uniwash (behalve bij eventuele allergie). Dit is een ontsmettende zeep om het aantal bacteriën op de huid te verminderen. Een verpleegkundige geeft u hierover meer uitleg.
- Om maag- en darmproblemen na de operatie te voorkomen wordt er soms een lavement gegeven.
- U blijft nuchter vanaf middernacht, dat betekent niet meer eten, drinken en roken.

## 6.2 De operatie

### 6.2.1 Voorbereiding

Ongeveer een anderhalf uur voor de operatie wast u zich opnieuw met Isobetadine Uniwash.

Eén uur vóór de ingreep zal een verpleegkundige u:

- een operatiehemd geven
- de operatiestreek ontharen met clipper of tondeuze (scheren wordt sterk afgeraden omdat dit kleine huidletsel veroorzaakt)
- de operatieplaats aanduiden met alcoholstift (kruisje ter hoogte van de pols of pijl ter hoogte van het been)
- steunkousen aandoen
- rustgevende medicatie toedienen op voorschrift van de anesthesist

Nadien blijft u in bed. Omdat het belangrijk is dat u uw knie na de operatie goed gestrekt houdt, zou het voeteinde van uw bed geblokkeerd moeten worden met het uiteinde volledig plat.

Een logistiek medewerker of verpleegkundige brengt u naar de wachtruimte van de operatiekamer. Net voor de ingreep wordt u geïnstalleerd op de operatietafel.



## 6.2.2 De verdoving

- De operatie gebeurt meestal onder **spinale of peridurale verdoving**, dat wil zeggen een plaatselijke verdoving door middel van een prik in de rug. Als dit niet mogelijk zou zijn, bijvoorbeeld ten gevolge van rugafwijkingen (artrose, scoliose) of een operatie ter hoogte van de rug, zal uw operatie doorgaan onder algemene narcose. Toch wordt zoveel mogelijk voor een spinale verdoving gekozen omwille van belangrijke voordelen. De anesthesist kent uw volledig medisch dossier. De avond vóór de operatie zal hij u nog kort bezoeken en nog wat informatie geven over de verdoving.
- Vroeger werd voor de postoperatieve pijncontrole een peridurale catheter met pijnpomp geplaatst. Dit werd vervangen door een “**Adductor Kanaal Blok**”. Door deze infiltratie halverwege van de dij worden de gevoelszenuwen van de voorzijde van de knie gedurende +/- 24 tot 36 uur verdoofd. Deze techniek geeft meestal een even goede pijncontrole met minder risico's op bijwerkingen en een snellere revalidatie. In sommige gevallen wordt de lokale verdoving ingespoten in de weefsels rond de knie of in het kniegewricht zelf na het sluiten van het gewrichtskapsel.
- In de operatiezaal zal de anesthesist of de verpleegkundige een infuus aanleggen in de arm. Via dit infuus wordt tijdens de operatie medicatie en vocht toegediend.
- Soms wordt de spinale verdoving gecombineerd met **sedatie** voor patiënten die tijdens de ingreep niets willen horen of zien. Door de rustgevendende medicatie die voorgeschreven wordt door de anesthesist, zijn de meeste patiënten tijdens de operatie voldoende kalm zodat sedatie meestal niet nodig blijkt. U mag **muziek** meebrengen naar de operatiezaal met oortjes of een hoofdtelefoon.

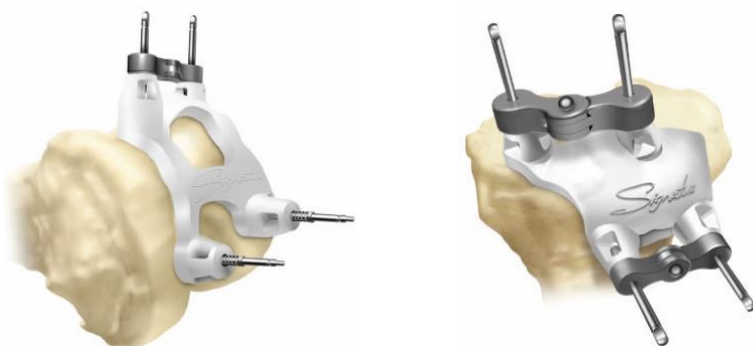


- Het plaatsen van een blaassonde wordt zoveel mogelijk vermeden. Omdat sommige patiënten na de operatie moeilijk op de bedpan of in een bedurinoir kunnen wateren, kan het soms toch aangewezen zijn om een blaassonde te plaatsen: hierdoor kan de urine via een buisje in de blaas spontaan in een daartoe bestemd opvangzakje lopen. Patiënten die na de operatie niet kunnen wateren in bed, mogen de dag van de ingreep reeds met de hulp van een verpleegkundige opstaan om naar de WC te gaan en zo het plaatsen van een blaassonde toch te vermijden.
- Via klevertjes op uw borst wordt uw hartslag gevolgd. Er wordt ook een bloeddrukmeter aangelegd die gedurende de hele operatie op regelmatige tijdstippen uw bloeddruk zal controleren.

### 6.2.3 Duurtijd operatie

De operatie duurt ongeveer 90 minuten. Met de pre-operatieve voorbereiding en de tijd doorgebracht in de ontwaakruimte verblijft u 3 tot 4 uur in het operatiekwartier.

Tijdens en na de ingreep krijgt u antibiotica om het risico op een infectie te verkleinen.



## 6.2.4 Eerste uren na de operatie

- Na de operatie wordt u naar de ontwaakruimte gebracht. Daar wordt u gedurende de eerste uren intensief bewaakt. Uw anesthesist beslist wanneer u terug naar uw kamer kunt.
- De eerste uren na de operatie mag u nog niet eten of drinken, anders wordt u onwel en gaat u braken. Als u dorst heeft of zich misselijk voelt, zeg het aan de verpleegkundige. Hij of zij kan uw mond spoelen met water of een aangepast geneesmiddel geven.
- Patiënten die na de operatie niet kunnen wateren in bed, mogen de dag van de ingreep met de hulp van een verpleegkundige opstaan om naar het toilet te gaan.
- U hebt nog altijd het infuus waarlangs vocht, pijnstillers en andere medicatie kunnen toegediend worden. Als u nog pijn hebt, meld het aan de verpleging. Zo nodig kan uw pijnmedicatie aangepast worden.
- Tijdens de eerste 24 u krijgt u extra zuurstof toegediend via een neusbrilletje. Door de extra zuurstof in uw bloed verbetert uw weerstand en vermindert het risico op complicaties.
- De operatiewonde zal ongeveer 15 tot 20 cm lang zijn en is bedekt met een steriel verband. Soms komt er bij de wonde een slangetje door de huid naar buiten om wondvocht af te voeren, dit is een “drain” of “redon”. Het gebruik van een drain wordt zoveel mogelijk vermeden.
- De operatiewonde wordt gehecht met uitwendige draad of haakjes of met onderhuidse resorbeerbare draad en steristrips ter hoogte van de huid. De uitwendige draad of haakjes mogen twee en een halve week na de operatie verwijderd worden. In het geval van onderhuidse draad en steristrips mogen het geplastificeerd verband en de steristrips ook twee weken na ontslag verwijderd worden.

- Om trombose (bloedstolsels) te voorkomen is het belangrijk dat u onmiddellijk na de operatie regelmatig benen en voeten beweegt om zo de bloedcirculatie te stimuleren. Ook krijgt u dagelijks een inspuiting (Clexane) in de buik en moet u elastische kousen dragen. Dit moet ook tot 30 dagen na de ingreep thuis verdergezet worden.
- Na de operatie is het belangrijk dat uw knie volledig gestrekt in bed ligt maar het is even belangrijk dat u regelmatig probeert de knie maximaal te plooiën om de bloedcirculatie te stimuleren.

### 6.2.5 De eerste dag na de operatie

- Beweeg al zoveel mogelijk, ook in uw bed. Een kinesist leert u oefeningen voor de knie aan. Herhaal ze regelmatig. U vindt ze ook terug in de revalidatiebrochure.
- Er wordt dagelijks ook geoefend op een toestel dat de knie mobiliseert (Kinetec). Belangrijker dan de kinetec zijn uw inspanningen om de oefeningen die u aangeleerd werden door de kinesist regelmatig te herhalen.
- U mag vanaf vandaag recht zitten, opstaan en stappen. Rechttop komen en stappen gebeurt met hulp van de verpleging of kinesist. **Probeer normaal te steunen op de geopereerde knie.**
- Het is normaal dat uw knie en been wat gezwollen zijn en dat u wat blauwe plekken heeft.
- Als u een blaassonde heeft, wordt deze in principe verwijderd. Uw verband zal ververst worden en als u een drain heeft, zal deze uit de operatiezone verwijderd worden. Als u niet misselijk bent en alle voorziene medicatie via het infuus werd toegediend, dan wordt ook het infuus verwijderd.

### 6.2.6 De tweede dag na de operatie

- Onder begeleiding van de kinesist(e) en de ergotherapeut(e) wordt er verder geoefend om zo snel mogelijk uw zelfstandigheid te herwinnen. Draag goede schoenen (zonder hak en met gesloten hiel) en gemakkelijke kledij (vb. training).
- De tweede dag na uw operatie gebeurt er een kleine bloedname en wordt er een controleradiografie van de knie gemaakt. Uw chirurg zal het resultaat hiervan met u bespreken.
- De eerste twee dagen na de operatie kunnen toch wat pijnlijk zijn en het bewegen van de knie kan moeilijk verlopen. Vraag daarom voldoende pijnmedicatie om vlot te kunnen bewegen. In de namiddag van de tweede dag neemt bij de meeste patiënten de pijn sterk af en kunnen ze duidelijk beter bewegen.

### 6.2.7 De derde dag na de operatie

- Vanaf dag 3 gaat u in de kinézaal oefenen. De nadruk komt meer en meer te liggen op het herwinnen van de **zelfstandigheid**.
- U leert bijvoorbeeld hoe u iets moet oprapen van de grond of hoe u het best gaat zitten of rechtstaat.
- Er wordt ook aangeleerd hoe u trappen op en af gaat met krukken.
- De meeste patiënten hebben de derde dag voldoende zelfstandigheid herwonnen en kunnen weer naar huis.

### 6.2.8 Volgende dagen

- Het team van ergotherapeuten en kinesisten gaat u verder helpen bij de revalidatie. Het is zeer belangrijk de oefeningen aangeraden door uw dokter en kinesist(e) regelmatig te herhalen. Er wordt van u verwacht dat u iedere dag iets meer probeert te oefenen zonder de knie te forceren.

- Het lopen met krukken wordt verder geoefend.
- De loopafstand wordt geleidelijk opgevoerd en de kinesist(e) zal, als het nodig is, uw looppatroon verbeteren.
- Het is belangrijk oefeningen af te wisselen met voldoende rust waarbij u uw geopereerde knie volledig **gestrekt** op een bankje of stoel voor u legt. Dit is het ideale moment om ijs te leggen.
- Ten slotte worden een aantal situaties geoefend worden die u in het dagelijkse leven kunt tegen komen en die u problemen zouden kunnen geven: hoe trek ik mijn sokken aan, hoe raap ik iets van de grond, enz.

### 6.3 Wanneer mag ik naar huis? (dag 2 – 6)

Tussen de 2<sup>de</sup> en de 6<sup>de</sup> dag na de operatie kunt u meestal terug naar huis of naar een revalidatiecentrum. Dit kan natuurlijk alleen:

- als de wonde niet lekt en er goed uitziet;
- als de knie 90° plooit;
- als u zelfstandig in en uit het bed kunt en voldoende kunt stappen en veilig kunt traplopen.

Het ontslag naar huis is dus mogelijk als u thuis, eventueel met wat hulp, voor uzelf kunt zorgen. Sommige patiënten zullen nog hulp nodig hebben bij het aantrekken van de steunkousen. Het verband wordt vervangen bij ontslag. De wonde moet in principe droog zijn, zodat u thuis geen pleisters of verband moet vervangen. Met het geplastificeerd verband (Tegaderm pad verband) mag u douchen. We raden u aan het verband droog te deppen en niet te wrijven zodat de randen van het verband mooi blijven kleven. Twee weken na ontslag mag het geplastificeerd verband en de steristrips definitief verwijderd worden.

Sommige patiënten verlengen hun verblijf in een revalidatiecentrum. Deze mogelijkheid kan best vóór de operatie met uw chirurg en met de sociaal dienst besproken worden. Neem

hiervoor best een maand voor uw hospitalisatie contact op met de sociale dienst via het nummer 03 650 52 84.

In de **“Ontslagbrochure knieprothese”** (brochure 3 van 3) die u in het ziekenhuis ontvangt, wordt bijkomende informatie gegeven voor de eerste weken en maanden na de operatie.

- Specifieke aandachtspunten
- Verdere therapie of behandeling
- Veelgestelde vragen
- Wat in geval van nood.

### 6.3.1 Medicatie

- Vanaf de eerste dag na de operatie mag u de medicatie van thuis terug gewoon innemen.
- Tijdens uw opname en gedurende 30 dagen nadien krijgt u dagelijks een inspuiting in de buikwand (Clexane) om trombose (ongewenst stolsel in een bloedvat) of flebitis (aderontsteking) te voorkomen. De verpleging leert u of uw familie hoe u dit zelf moet inspuiten. In uitzonderlijke gevallen, kunt u een beroep doen op een thuisverpleegkundige (voorschrift).
- Draag uw elastische kousen nog ongeveer 5 weken na de operatie. Deze steunkousen mogen 's nachts uitgelaten worden. U kunt eventueel een tweede paar bestellen in het ziekenhuis of bij uw apotheker. Vermijd vooral dat ze oprollen en zo de bloedcirculatie verhinderen.
- De eerste weken neemt u pijnmedicatie. Die wordt bij uw ontslag voorgeschreven door de behandelende arts. Deze medicatie moet de pijn onder controle houden en toelaten om vlot te revalideren. Er wordt van u verwacht dat u deze pijnmedicatie: Paracetamol (Dafalgan), Diclofenac

(ontstekingsremmer, in te nemen op het einde van de maaltijd) en Tramadol (sterkere pijnstiller), inneemt zolang als nodig. Eventueel vraagt u aan uw huisarts een verlenging.

- Als de pijn het toelaat en de revalidatie vlot verloopt, mogen de pijnstillers uiteraard progressief afgebouwd worden. Als de knie wat warm en gezwollen blijft, is het soms aangewezen een ontstekingsremmer langere tijd door te nemen. Zolang u een ontstekingsremmer inneemt, raden we u ook aan om een maagbeschermer in te nemen (Pantoprazole, nuchter +/- 20 minuten voor het ontbijt).
- Het nemen van pijnmedicatie varieert van patiënt tot patiënt en gaat van +/- 3 weken tot +/- 3 maanden.

### 6.3.2 Kinesithérapie

Bij de peroperatieve infosessie of bij het eerste contact met de kinesist(e) in het ziekenhuis zult u ook de “**Revalidatiebrochure knieprothese**” (brochure 2 van 3) ontvangen. Hierin vindt u makkelijke oefeningen en praktische tips om u thuis te helpen bij de revalidatie. Er wordt van u verwacht dat u zelf actief deelneemt aan de revalidatie door de simpele oefeningen uit de brochure in de loop van de dag regelmatig te herhalen en door te fietsen. Fietsen op een hometrainer mag al na een tweetal weken en zelfs buiten als u voldoende vertrouwen herwonnen heeft. Het is belangrijk oefeningen af te wisselen met voldoende rust waarbij uw geopereerde knie **volledig gestrekt** op een bankje of stoel voor u ligt. Dit is het ideale moment om ijs te leggen.

Na ontslag wordt de oefentherapie thuis voortgezet eventueel met de kinesist(e) in uw woonplaats. De kinesist(e) in het ziekenhuis zorgt ervoor dat uw kinesist(e) thuis alle belangrijke informatie krijgt. De kinesist(e) thuis zal u verder begeleiden en nuttige tips geven. Als u dit wenst kunt u de revalidatie in het ziekenhuis ook ambulantly verder zetten.

Na de operatie heeft u recht op de terugbetaling van maximaal 60 beurten kinesithérapie. De bedoeling hiervan is om de spieren

rondom de nieuwe knie sterker te maken en om de normale beweeglijkheid van de knie te herwinnen. De kwaliteit van het lopen en de subjectieve tevredenheid over de operatie zal zo verder verbeteren.

Als u zich in staat voelt om bepaalde activiteiten uit te voeren, beslist u hier zelf over. Laat u niet beperken door uw partner, uw kinderen, uw kinesist, uw huisarts en ook niet door uw buurvrouw. Als stelregel kunnen we zeggen dat **de patiënt zelf zijn beste kinesist is** omdat hij als enige kan aanvoelen hoever hij kan gaan in de oefeningen. De kinesist treedt hierbij op als coach om de patiënt tijdens zijn revalidatie te begeleiden.

## 6.4 Huisarts

Contacteer uw huisarts als u thuis bent. Als de wonde gehecht werd met onderhuidse resorbeerbare draad en steristrips maar zonder hechtingen of haakjes ter hoogte van de huid, dan heeft u geen thuisverpleging of huisarts nodig. Als de wonde droog is en het geplastificeerd verband blijft mooi zitten dan mag u hiermee douchen en het verband 2 weken dicht laten. De steristrips en het geplastificeerd verband mag u zelf verwijderen 2 weken na ontslag.

Als er toch hechtingen of haakjes aanwezig zijn, mogen deze ook 2 weken na ontslag door de huisarts verwijderd worden.

In het begin zal het gebied rondom de wonde nog warm en dik aanvoelen. Door de revalidatie zal dit gevoel verminderen.

Contacteer uw huisarts of specialist bij:

- Abnormale pijn of zwelling aan de knie
- Verhoogde temperatuur
- Vocht uit de wonde
- Abnormale zwelling of pijn van het been



- Ademnood
- Pijn op de borst

## 7 Bijlage 1: Infobrochure anesthesie

Er bestaan verschillende vormen van anesthesie:

- Algemene anesthesie
- Sedatie
- Regionale anesthesie.

Soms gebruiken we een combinatie van meerdere anesthesietechnieken. Bij het plaatsen van een totale knieprothese gaat de voorkeur uit naar een regionale anesthesie.

### 7.1 Regionale anesthesie

- Pijn wordt in het lichaam doorgeseind via de zenuwen. Wanneer men een zenuw uitschakelt, wordt het deel van het lichaam dat door deze zenuw verzorgd wordt ongevoelig gemaakt of geanesthesieerd en treedt er meestal een krachtverlies op. Een dergelijke verdoving kan tot stand gebracht worden door rond de zenuwen lokale anesthetica in te spuiten.
- Naargelang de lichaamsstreek, krijgt deze techniek een verschillende naam. Naast de peridurale en de rachi-anesthesie, die toelaten het onderste deel van het lichaam te anesthesiëren, bestaan er andere technieken die het mogelijk maken slechts een arm, een been of een voet te verdoven. De peridurale en de rachi-anesthesie worden uitgevoerd via een ruggenprik tussen de wervels.
- De totale of unicompartimentele knieprothese wordt gewoonlijk geplaatst met een plaatselijke verdoving door een ruggenprik (spinale of rachi-anesthesie). Het gebruik van een peridurale catheter ter hoogte van de rug of femorale catheter in de liesstreek met een pijnpomp voor de postoperatieve pijncontrole wordt momenteel niet meer toegepast in AZ Klina voor een knieprothese.

- Een even goede pijncontrole met minder risico's op bijwerkingen en een snellere revalidatie wordt bekomen met een "Adductor Kanaal Blok". Hierbij wordt de gevoelszenuw van de voorzijde van de knie tijdelijk uitgeschakeld door onder echografische controle lokale anesthesie in te spuiten rond deze zenuw ter hoogte van het adductorkanaal halverwege de dij. Deze techniek geeft meestal gedurende 24 tot 36 uur een goede pijncontrole en wordt gecombineerd met klassieke pijnstillers.
- Een goede pijncontrole na de operatie is zeer belangrijk om snel te kunnen bewegen en te starten met de revalidatie. Vraag voldoende klassieke pijnstillers aan de verpleegkundige om een vlotte revalidatie mogelijk te maken.

## 7.2 Algemene anesthesie of narcose

In uitzonderlijke gevallen kan een regionale anesthesie onder de vorm van een spinale anesthesie niet uitgevoerd worden (vroegere rugoperatie, ernstige rugafwijkingen, weigering van de patiënt tegenover regionale anesthesie, ...). In deze gevallen zal de anesthesist moeten overgaan naar een algemene anesthesie of narcose. Zoals vermeld, maakt deze anesthesietechniek u bewusteloos en ongevoelig voor pijn. Na de operatie wordt de pijn zoals bij een regionale anesthesie ook bestreden met een "Adductor Kanaal Blok" en klassieke pijnstillers.

## 7.3 Risico's van anesthesie

Hoewel de moderne anesthesie zeer veilig is en alle nodige voorzorgsmaatregelen genomen worden, kunnen er zoals bij elke medische ingreep toch nevenwerkingen of verwickelingen optreden. Het is erg moeilijk om een onderscheid te maken tussen de risico's van de anesthesie, deze van de heekundige ingreep en van uw algemene toestand.

Het risico dat u als patiënt loopt, wordt mee bepaald door:

- De aanwezigheid van andere aandoeningen dan degene waarvoor u geopereerd wordt;
- Persoonlijke risicofactoren zoals overgewicht, roken, hoge bloeddruk, suikerziekte, ...
- Het ondergaan van een moeilijke, langdurige en/of dringende ingreep.

De risico's van anesthesie omvatten nevenwerkingen en verwickelingen.

**Nevenwerkingen** zijn de bijna altijd aanwezige ongewenste effecten van een geneesmiddel of een behandeling (vb. misselijkheid, braken, keelpijn). Meestal duren ze ook niet lang. Sommige nevenwerkingen kunnen voorkomen worden, anderen kunnen behandeld worden, en een aantal gaan vanzelf voorbij.

**Verwickelingen** zijn ongewenste en onverwachte gebeurtenissen die het gevolg zijn van een behandeling, zoals het optreden van een allergische reactie na het toedienen van een geneesmiddel.

Onderstaande lijst geeft u een beeld van de mogelijke nevenwerkingen en verwickelingen en van de frequentie waarmee deze voorkomen.

Deze lijst is onderverdeeld in drie delen:

- (1) zeer dikwijls of dikwijls voorkomend
- (2) ongebruikelijk
- (3) zeldzaam of zeer zeldzaam voorkomend.

Bij iedere nevenwerking of verwikkeling vindt u ook terug bij welk soort verdoving ze kan voorkomen:

- RA = regionale anesthesie
- AA = algemene anesthesie

### **(1) Zeer dikwijls of dikwijls voorkomend**

#### *1. Misselijkheid en braken* RA-AA

Sommige operaties en anesthesische geneesmiddelen veroorzaken meer misselijkheid en/of braken dan andere. Zowel misselijkheid als braken kunnen in de meeste gevallen behandeld of voorkomen worden. Soms kunnen ze wel enkele uren tot dagen aanhouden.

#### *2. Keelpijn* AA

Dit treedt soms op nadat een buisje in de luchtweg of in de maag werd geplaatst. Dit pijnlijke gevoel kan enkele uren tot dagen duren maar kan behandeld worden met zuigtabletjes of mondspoelingen.

#### *3. Duizeligheid en dubbel zien* RA-AA

De verdoving of het verlies van vocht tijdens de ingreep kunnen een lage bloeddruk veroorzaken en maken dat u zich zwak voelt. Dit kan behandeld worden door geneesmiddelen en het toedienen van extra vocht via het infuus.

#### 4. Rillen

RA-AA

Dit wordt veroorzaakt door warmteverlies tijdens de operatie, bepaalde geneesmiddelen en stress. Dit kan behandeld worden met behulp van een deken met warme lucht dat zowel tijdens als na de operatie kan gebruikt worden.

#### 5. Hoofdpijn

RA-AA

Dit wordt veroorzaakt door de verdoving, de operatie, het tekort aan vocht of stress. Ernstigere hoofdpijn kan voorkomen na een peridurale of rachi-anesthesie. Meestal verdwijnt deze hoofdpijn na een aantal uren, maar indien nodig kan ze behandeld worden.

#### 6. Jeuk

RA-AA

Jeuk is een nevenwerking van krachtige pijnstillers, maar kan ook voorkomen als gevolg van een allergische reactie.

#### 7. Spier-, gewrichts- en rugpijn

RA-AA

Tijdens de operatie ligt u de hele tijd stil in dezelfde houding op een vrij harde operatietafel. Hoewel ervoor wordt gezorgd om u zo goed mogelijk te installeren, voelen sommige patiënten achteraf toch nog pijn.

#### 8. Pijn tijdens het inspuiten van geneesmiddelen

RA-AA

Sommige geneesmiddelen kunnen pijn of een onaangenaam gevoel veroorzaken wanneer ze worden ingespoten.

#### 9. Pijnlijke, blauwe plekken

RA-AA

Dit komt voor op plaatsen waar inspuitingen werden gegeven of waar een infuus werd geplaatst. Het wordt veroorzaakt door de beschadiging van een klein bloedvat, de beweging van een nabijgelegen gewricht, of een infectie. In de meeste gevallen gaat dit voorbij zonder behandeling.

## *10. Verwardheid of geheugenverlies*

RA-AA

Dit komt vooral voor bij oudere patiënten die geopereerd werden. Het is meestal tijdelijk, maar kan soms meerdere dagen of zelfs weken duren.

## **(2) Ongebruikelijke nevenwerkingen of verwickelingen**

### *1. Longinfecties*

AA

Longinfecties komen meer voor bij rokers en kunnen ademhalingsmoeilijkheden veroorzaken. Daarom is rookstop zo lang mogelijk voor uw anesthesie belangrijk.

### *2. Moeilijkheden bij het wateren*

RA-AA

Na sommige operaties en regionale anesthesie (vooral peridurale en rachi-anesthesie), kunnen vooral mannen soms moeilijker wateren terwijl vrouwen eerder de neiging hebben urine te verliezen. Dit gaat spontaan over, maar soms wordt daarom preventief een blaassonde geplaatst.

### *3. Een langzame ademhaling*

RA-AA

Sommige pijnstillers kunnen een trage ademhaling of duizeligheid veroorzaken na de operatie. Dit is een tijdelijk fenomeen dat als het nodig is kan behandeld worden.

### *4. Beschadiging van tanden, lippen of tong*

AA

U kunt uw tanden, lippen of tong beschadigen door krachtig uw mond dicht te knijpen tijdens het ontwaken uit de algemene verdoving. Ook kunnen de tanden beschadigd worden als de anesthesist moeilijkheden heeft om een buis in de luchtpijp of de maag te plaatsen.

Dit komt meer voor als u een kleine mondopening of onderkaak heeft, of een gebit in slechte toestand.

### *5. Het verergeren van een vooraf bestaande aandoening* RA-AA

Een vooraf bestaande aandoening (vb. een hart- of vaatziekte), die misschien nog niet gekend was voor de operatie, kan erger worden of pas tot uiting komen tijdens of na de operatie.

## **(3) Zeldzaam of zeer zeldzaam voorkomend**

### *1. Verwondingen van de ogen* AA

Ondanks het feit dat de anesthesist er grote zorg voor draagt dat er niets uw ogen kan verwonden tijdens de narcose, kan er soms toch een oppervlakkige, zelfs pijnlijke beschadiging van het oog gebeuren. Deze beschadiging is echter tijdelijk, geneest spontaan en de pijn kan ondertussen verholpen worden met aangepaste oogzalf.

### *2. Ernstige overgevoeligheid aan geneesmiddelen* RA-AA

Een allergische reactie zal onmiddellijk opgemerkt en behandeld worden. In zeer zeldzame gevallen, kan deze reactie zo uitgesproken zijn dat ze tot de dood kan leiden, zelfs bij gezonde mensen. Daarom is het belangrijk dat u de anesthesist alles vertelt over mogelijke overgevoeligheden bij uzelf of uw familie.

### *3. Kracht- en/of gevoelsverlies* RA-AA

Dit kan veroorzaakt worden door een zenuwbeschadiging, met een naald in geval van een regionale anesthesie, door een bloeditstorting, of door druk op een zenuw tijdens de operatie onder algemene anesthesie. De meeste zenuwbeschadigingen zijn tijdelijk en genezen vanzelf.

### *4. Overlijden* RA-AA

Een overlijden ten gevolge van een anesthesie is extreem zeldzaam en wordt bijna altijd veroorzaakt door een samenloop van meerdere verwikkelingen die tegelijkertijd voorkomen.



## 8 Bijlage 2: Revalidatiecentrum De Mick

Mevrouw, Mijnheer,

Na een orthopedische ingreep kunt u zo nodig in Campus De Mick revalideren op de afdeling SP locomotorisch.

### 8.1 Inschrijving in campus De Mick

Een nieuwe patiënt wordt aan de balie in de hoofdingang onthaald. Aan deze balie gebeurt de administratieve inschrijving. Elektronische identiteitskaart (eventueel SIS kaart) zijn hierbij noodzakelijk, zorg dus dat je ze bij de hand hebt. Verder geven zij de eerste inlichtingen en formulieren over het verblijf in Campus De Mick. Het onthaal staat elke werkdag paraat van 9 tot 17 u.

Waardevolle voorwerpen en geld kunnen aan de onthaalbalie best in bewaring worden gegeven. De Mick is immers enkel verantwoordelijk voor zaken die in bewaring zijn gegeven. Deze dienstverlening is gratis en wordt gecontroleerd door de bedrijfsrevisor.

Buiten de elektronische identiteitskaart zijn bij opname volgende spullen nuttig:

- Eventuele verwijzingsbrieven van behandelende arts(en)
- Slaapkledij, kamerjas
- Toiletgerei (zeep, tandenborstel, tandpasta, washandjes, handdoeken)
- Pantoffels
- Dagkledij
- Jogging
- Vastzittende schoenen of loopschoenen

## 8.2 Financiële regeling

De meeste kamers in het revalidatiecentrum zijn eenpersoonskamers. Hiervoor worden in campus De Mick geen supplementen aangerekend. Toch heeft elke afdeling twee tweepersoonskamers waar geen supplementen voor worden aangerekend.

Een supplement van 7,44 euro/dag wordt gevraagd voor de iets ruimere comfortkamer en van 13,63 euro/dag voor de grote studiokamer. In dit supplement zijn de kosten voor tv, telefoon en koelkast inbegrepen.

Verder worden alleen de wettelijk voorziene tussenkomsten voor ligdagen en farmaceutische producten supplementair geïnd. Het remgeld blijft uiteraard ten laste van de patiënt.

**Bezoek** is alle dagen welkom tussen 14 en 20 u.

Buiten op de kamer kunnen patiënten bezoekers ontvangen in de ruime, luchtige **cafeteria**, die alle dagen geopend is van 14 tot 20 u. Verschillende warme en koude dranken, snoepgoed, tijdschriften en kranten worden er aan democratische prijzen verkocht. In de zomer is het er genieten van de zon op het aangebouwde terras.

### 8.3 Multidisciplinair team

Revalidatie na een orthopedische ingreep verloopt niet altijd van een leien dakje. Elke orthopedische aandoening zoals heup - en knieprothese, fractuur, pees - en spierletsels, amputaties, eist een specifiek revalidatieschema.

Deze revalidatieschema's creëren een positieve zelfstandigheid evolutie, zodat u vlugger naar huis kunt.

Dit revalidatieschema wordt opgemaakt door de specialist fysische geneeskunde en revalidatie. Hij stuurt – onder de coördinatie van Greet Adriaenssens, een team van paramedici aan bestaande uit kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. Samen met Johan Sybers en Christine Wouters – hoofdverpleegkundigen, dr. Peter Jonkers en dr. Sofie Arntz afdelingsartsen - vormen ze de spil van het multidisciplinaire revalidatieteam.

Het verpleegteam staat 24 uur per dag paraat om je tegemoet te komen in persoonlijke totaalzorg, zoals hulp bij hygiënische zorgen, transfers, maaltijd -, medicatiebedeling. De praktische afspraken voor overbrenging vanuit het acute ziekenhuis, de opname in de revalidatie en de transfer terug naar huis wordt begeleid door de sociale dienst.

Gedurende de eerste weken van de revalidatie kan een vertrouwd iemand een belangrijke rol spelen, daarom vinden wij het belangrijk om van bij het begin van de revalidatie de familie te betrekken bij dit proces.

## Hebt u vragen of opmerkingen?

Spreek de verpleegkundige van de dienst aan. Zij of hij zal u met raad en daad bijstaan.

## Bijkomende informatie

<http://www.azklina.be/medisch-aanbod/medische-diensten/orthopedie> (→ drie brochures knieprothese)

## Contactinfo

Secretariaat Orthopedie/Traumatologie

03 650 50 55

Fysische geneeskunde en revalidatie

03 650 52 98

Sociale Dienst

03 650 52 84 of 03 650 52 80

Afdeling Heelkunde 3

03 650 50 65

Afdeling Heelkunde 4

03 650 50 66

Secretariaat Anesthesie

03 650 51 10

Versie: 14 01 2017

Auteur: Dr. Raf De Vloo - V.U. Hoofddarts

### AZ Klina

Augustijnslei 100  
2930 Brasschaat  
T +32 3 650 50 50

[info@klina.be](mailto:info@klina.be)

[www.azklina.be](http://www.azklina.be)