

Heupprothese
Informatiebrochure

Inhoud

1	De heup	6
2	Artrose	8
3	De heupprothese	10
3.1	De posterieure toegangsweg	13
3.2	De anterolaterale toegang	13
3.3	De direct anterieure toegangsweg	14
3.4	De hip resurfacing	17
4	Complicaties	18
5	Vorbereiding op de operatie	20
5.1	Pre-operatieve onderzoeken	20
5.2	Preoperatieve informatiesessie	20
5.3	Kinesist(e) - Revalidatie	21
5.4	Sociale dienst	22
5.5	Tips om uw operatie voor te bereiden	23
6	Wanneer moet ik naar het ziekenhuis komen?	24
6.1	De avond voor de operatie	24
6.2	De operatie	25
6.2.1	Vorbereiding	25
6.2.2	De verdoving	26
6.2.3	Duurtijd operatie	27
6.2.4	Eerste uren na de operatie	28
6.2.5	De eerste dag na de operatie	29
6.2.6	De tweede dag na de operatie	30
6.2.7	De derde dag na de operatie	30
6.2.8	Volgende dagen	31
6.3	Wanneer mag ik naar huis? (dag 2 – 6)	31
6.3.1	Medicatie	32
6.3.2	Kinesitherapie	33

6.4	Huisarts	34
7	Bijlage 1: Infobrochure anesthesie	36
7.1	Algemene anesthesie of narcose	36
7.2	Regionale anesthesie	37
7.3	Risico's van anesthesie	37
8	Bijlage 2: Revalidatie in campus De Mick	43
8.1	Inschrijving in campus De Mick	43
8.2	Financiële regeling	44
8.3	Multidisciplinair team	45

Geachte mevrouw

Geachte heer

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

Een totale heupprothese is een zeer courante en één van de meest succesvolle orthopedische ingrepen met ook zeer goede resultaten op lange termijn. Studies tonen een gemiddelde overleving van de prothese van meer dan 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 heupgewricht en de vervanging van een versleten heup. 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 infossen (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 'heup' vindt u bijkomende informatie over aandoeningen en operaties van de heup.

Het is mogelijk dat het verloop en de revalidatie na de operatie van uw heup afwijkt van de beschreven procedure in deze brochure. Vooral bij vervanging van een vroeger geplaatste heupprothese (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 heup

De heup is een kogelgewricht. Het gewricht is rond waardoor het been in alle mogelijke richtingen kan ronddraaien ter hoogte van de heup. 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.

Het contact aan de rand van de kraakbeenoppervlakken van het gewricht wordt verbeterd door het labrum (zoals de meniscussen in de knie). Hierdoor verbeteren ook de stabiliteit en de functie van de heup. Bovendien zorgen de gewrichtsbanden (ligamenten), het gewrichtskapsel en de pezen voor stabiliteit en laten ze een goede beweeglijkheid toe.

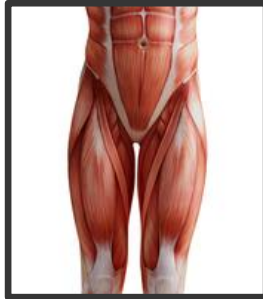


Gezond heupgewricht



Versleten kraakbeen

De spieren rond de heup zijn zeer belangrijk voor het goed functioneren van het gewricht. De bilspieren en de vierhoofdige dijspier of quadriceps moet aanzien worden als de belangrijkste motor van de heup.



De kracht en de uithouding van de bilspieren en dijspieren bepalen in grote mate het goed functioneren van het gewricht en geven 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 heup zowel voor als na de operatie. Met andere woorden een goede functie van de spieren bepaalt het goed functioneren van de heup.

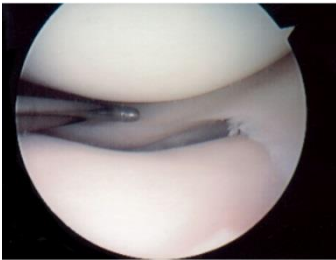
Fietsen, zowel buiten als op de hometrainer, is een goede training van het heupgewricht en de heupspieren. Zelfs personen met een versleten heup kunnen vaak nog goed fietsen met beperkte klachten of pijn. We bevelen dit sterk aan, zowel voor als na de operatie.

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



Gezond kraakbeen (knie)



Versleten kraakbeen (knie)

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 heup functioneert het gewricht niet goed meer en ontstaat er pijn, zwelling en stijfheid.



Normale heup zonder artrose (brede gewrichtsruimte)

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

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

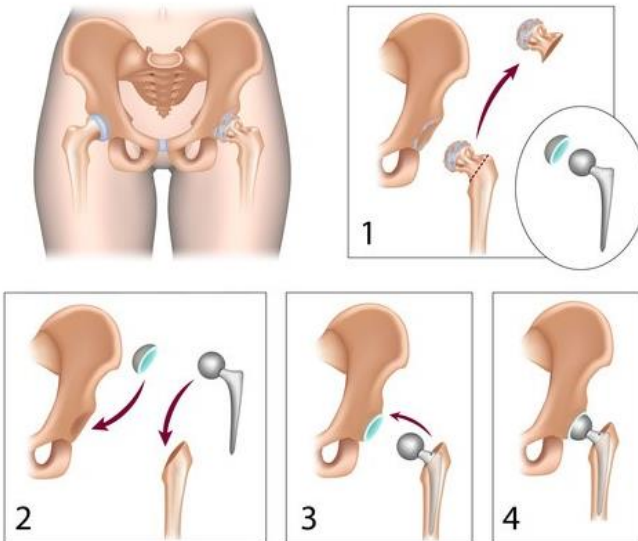


Heup met ernstige artrose (volledig kraakbeenverlies en botcontact)

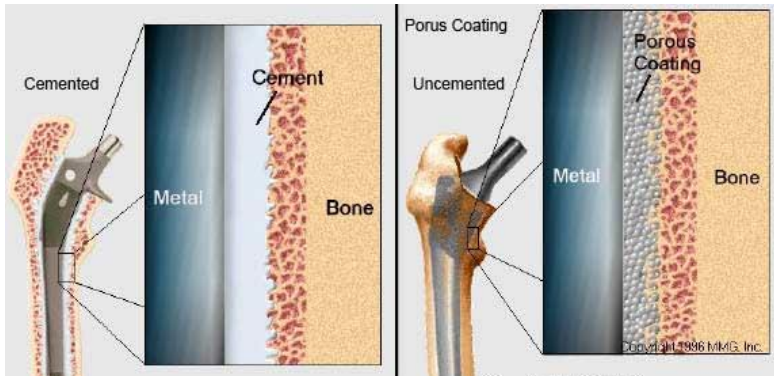
3 De heupprothese

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.

Bij het plaatsen van een totale heupprothese wordt het versleten kraakbeen verwijderd en de beschadigde botuiteinden worden vervangen door een orthopedisch implantaat. Door dit kunstgewricht wordt het gladde oppervlak hersteld en herwint het gewricht zijn glijvermogen dat verloren was gegaan door de artrose. Afhankelijk van de voorkeur van de chirurg zal de heupprothese geplaatst worden met botcement of cementloos.



Principe van een totale heupprothese



Totale heupprothese: gecementeerd (links) of cementloos (rechts)

Deze heupoperatie wordt uitgevoerd onder verdoving. De anesthesist zal u voor de ingreep de verschillende mogelijkheden uitleggen. Meestal wordt gekozen voor een **algemene verdoving**. Ook een **spinale of peridurale verdoving** (plaatselijke verdoving via een ruggenprik) is mogelijk. Soms wordt een peridurale verdoving gecombineerd met sedatie voor patiënten die een ruggenprik verkiezen maar tijdens de ingreep niets willen horen of zien.

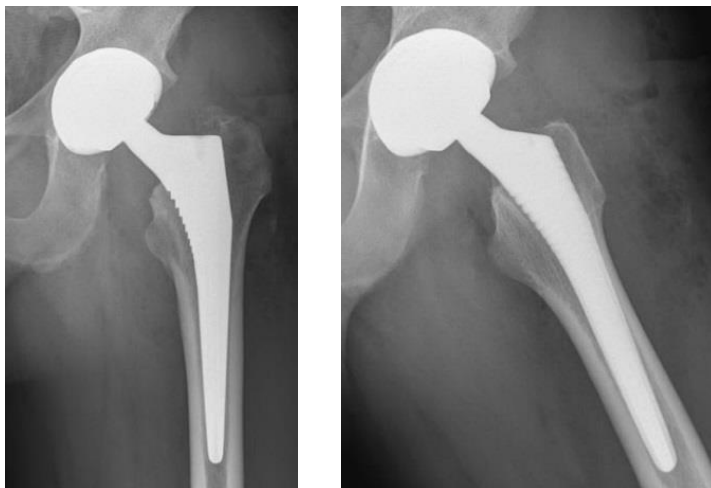
Voor een goede pijncontrole en een snelle mobilisatie na de operatie kunnen de gevoelszenuwen van de voorzijde van de heup tijdelijk verdoofd worden door een **inspuiting van lokale verdoving** ter hoogte van de lies.

Via het infuus krijgen de patiënten extra medicatie tegen de pijn, tegen de bloeding in de heup 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.

Om toegang te krijgen tot het gewricht moet er bij de operatie een insnede gemaakt worden van ongeveer 10 tot 15 cm. Het beschadigde gedeelte van de heupkop wordt samen met de hals van het dijbeen verwijderd en vervangen door een steel met de

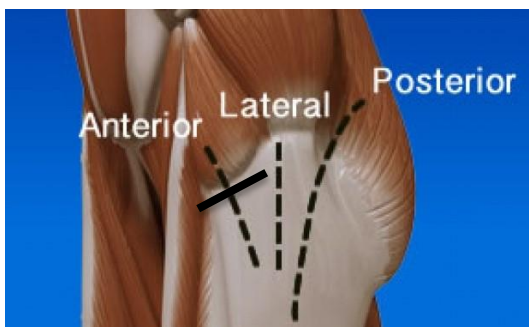
nieuwe heupkop. Vervolgens wordt in het acetabulum (heupkom ter hoogte van het bekken) een komvormig implantaat geplaatst met een nieuw gewrichtsooppervlak.



Cementloze totale heupprothese: vooraanzicht en zijaanzicht

Bij het plaatsen van een heupprothese kunnen er verschillende chirurgische toegangswegen gebruikt worden:

- De posterieure toegang
- De anterolaterale benadering
- De direct anterieure toegang.



De belangrijkste factor voor een succesvolle operatie is niet de toegangsweg maar wel de **correcte indicatie** voor de ingreep en de **optimale positie** van de heupprothese met het herstel van de juiste lengte en breedte (offset) van de heup. Aan elk van de drie chirurgische toegangswegen zijn voor- en nadelen verbonden. De manier waarop uw prothese zal geplaatst worden, is vooral afhankelijk van de ervaring en voorkeur van de chirurg, maar ook van de anatomie van uw heupgewricht.

3.1 De posterieure toegangsweg

Dat is een bewezen en succesvolle techniek die sinds lang gebruikt wordt door vele heupchirurgen. Hierbij ligt de insnede voor de operatie aan de **achterzijde** van de heup. Het heupkapsel en spierweefsel wordt aan de achterzijde losgemaakt terwijl de belangrijkste heupspiers (abductoren) ongemoeid worden gelaten.

Hiermee wordt een mankende gang tijdens de revalidatie vermeden. Met deze techniek is er een licht verhoogde kans op een ontwrichting of luxatie (uit de kom schieten) van de prothese tijdens de herstelfase. **Volg daarom strikt de postoperatieve richtlijnen van de kinesist(e) en ergotherapeut(e) op.** Bewegingen als diepe buiging van de heup en het naar binnen draaien van het been, moeten strikt vermeden worden gedurende zes weken.

3.2 De anterolaterale toegang

Hier ligt de incisie aan de **zijkant** van de heup. Bij deze techniek wordt spierweefsel (gluteus medius: abductorspier) aan de voorzijde/buitenzijde van de heup gedeeltematig losgemaakt om de heupprothese te plaatsen. Deze meestal tijdelijke verzwakking van de spieren resulteert soms in de mankende gang tijdens de herstelfase (Trendelenburggang). Deze techniek heeft een laag risico op ontwrichting of luxatie van de prothese.

De anterolaterale toegang wordt in onze dienst soms nog gebruikt bij oudere patiënten met een gebroken heup die een heupprothese nodig hebben.

3.3 De direct anterieure toegangsweg

Dat is eveneens een bewezen en succesvolle techniek die recenter gebruikt wordt. Bij de anterieure benadering ligt de insnede voor de operatie niet achteraan of op de zijkant van de heup, maar aan de **voorzijde**, net onder de liesplooï.

Bij gebruik van de zogenaamde 'bikini'-incisie, volgens de richting van de huidlijnen in de liesplooï, verdwijnt het litteken zelfs bijna volledig.

De belangrijkste voordelen zijn de snellere revalidatie en de betere onmiddellijke stabiliteit van de heupprothese. Dat is zo omdat er tijdens de operatie geen enkele pees of spier wordt losgemaakt om het gewricht te bereiken. In tegenstelling tot de andere toegangswegen worden er dus geen spieren of pezen beschadigd maar gebeurt de toegang naar de heup tussen de spieren door. Het betreft dus een **spiersparende operatiemethode** en daarom wordt ze 'minimaal invasief' genoemd.

De winst van de voorste toegangsweg is vooral een gemakkelijker herstel gedurende de eerste maanden na de heupoperatie. Gewoonlijk kunnen de patiënten na 2 tot 3 dagen naar huis doordat ze gemakkelijker kunnen stappen.

De zenuw die bepaalde spieren aan de zijkant van de heup bezuwt en de belangrijke zenuw voor de spieren en de gevoeligheid van het been (nervus ischiadicus) lopen een veel kleiner risico op beschadiging. Ook is er minder kans op blijvende beschadiging van belangrijke spieren rond het heupgewricht.

Deze techniek heeft ook mogelijke nadelen. Er is een verhoogd risico op het beschadigen van een gevoelszenuw die het gevoel van de huid aan de voorzijde van het bovenbeen verzorgt (n. cutaneus femoris lateralis). Gelukkig is dit bijna altijd van voorbijgaande aard. Vrijwel alle patiënten die na een aantal maanden een klein gebied van veranderd of verminderd gevoel overhouden, omschrijven dit als niet hinderlijk. Een zeer zeldzame complicatie is een blijvend pijnlijk gevoel van de huidbezenewing van deze zenuw (meralgia paresthetica).

Andere mogelijk nadelen zijn de zeer uitzonderlijke beschadiging van de zenuw voor het plooiën van de heup (n. femoralis) en het verhoogde risico op fractuur van het dijbeen omdat deze benaderingsweg voor het voorbereiden van het dijbeen minder ruimte geeft.

Bij patiënten met een zeer stijve heup, bij zeer gespierde patiënten of bij patiënten met ernstig overgewicht, zal de chirurg meer moeite hebben om tussen de spieren door te gaan en kan hij een andere toegangsweg voorstellen. Ook bij revisies van de steel van een vroeger geplaatste heupprothese, zal meestal een andere benadering gekozen worden. Revisiechirurgie van alleen de pan van de heupprothese kan eventueel wel via de direct anterieure toegangsweg gebeuren.

3.4 De totale heupprothese

Zowel de steel als de kom kunnen met of zonder speciale botcement geplaatst worden. De prothesecomponenten worden gemaakt uit zeer hoogwaardige en bio-compatibele materialen. Voor de **gecementeerde heupprothese** wordt meestal roestvrij staal of een speciale legering van cobalt en chroom gebruikt. Voor de **cementloze heupprothese** wordt meestal titanium gebruikt. Het deel van de prothese dat in contact komt met het bot wordt vaak behandeld met een speciale laag (hydroxyapatiet) om de botingroei te bevorderen.

Het nieuw **gewrichtsooppervlak** bestaat uit ceramiek of metaal voor de heupkop en polyethyleen (kunststof) of ceramiek voor de heuppan, Uw orthopedisch chirurg zal voor de ingreep de verschillende mogelijkheden met u bespreken.

De keuze van de prothese wordt onder andere bepaald door de kwaliteit van uw bot en spieren, uw leeftijd, uw fysieke activiteit en de ervaring van de chirurg met een bepaald type prothese. De kwaliteit van de huidige heupprothesen is de laatste jaren altijd beter geworden. Vooral de kwaliteit van de polyethyleen kunststof is sterk verbeterd zodat dit voor de meeste patiënten gebruikt wordt.



Moderne heupprothese met verschillende gewrichtsooppervlakten

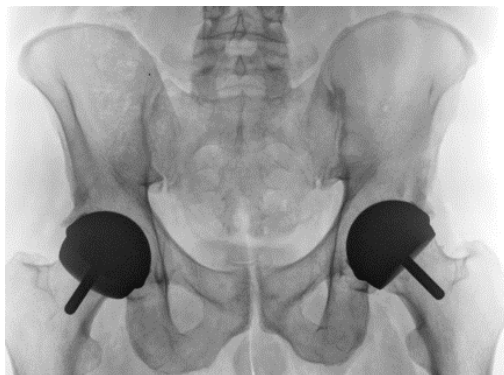
3.5 De hip resurfacing

Voor jonge en actieve patiënten werd gedurende een aantal jaren de sportheup of hip resurfacing gebruikt.



Deze speciale heupprothese waarbij enkel het gewrichtsoppervlak vervangen werd door een metalen implantaat voor de kop en de pan, werd ontwikkeld met het oog op een maximaal behoud van de heupfunctie en stabiliteit met zo weinig mogelijk botresectie.

Studies hebben echter aangetoond dat de overleving van deze prothese bij jonge patiënten op middellange termijn veel minder goed is dan verwacht (75 % na tien jaar) en minder goed dan een klassieke totale heupprothese (meer dan 95 % na tien jaar) zodat ze in onze dienst niet meer gebruikt worden.



4 Complicaties

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

- Infectie van de heupprothese (ev. met een ziekenhuisbacterie)
- Nabloeding in de heup, loskomen van de wonde, vertraagde wondgenezing
- Luxatie of ontwrichting (uit de kom schieten van de prothese)
- Slechte positionering van de heupprothese
- Bloedklonter in de aders van het onderbeen (flebitis of diepe veneuze trombose)
- Longembool
- Peesletsel of irritatie van een slijmbeurs (trochanteritis)
- Zenuwletsel (oppervlakkige gevoelsstoornissen rond het litteken; dropvoet bij beschadiging van de nervus ischiadicus of zwakte om het been op te heffen bij beschadiging van de nervus femoralis)
- Fractuur bij het inbrengen van de prothese
- Lengteverschil
- Vroegtijdig loskomen van de prothese
- Metaalgevoeligheid
- Waggelgang (spierzwakte, beschadiging zenuw heupspier)
- Piepen van ceramisch gewricht (squeaking hip)
- 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 spieren te trainen of uw tanden te laten nakijken op cariës bij uw tandarts om het risico op infectie van de prothese te verminderen.

De normale revalidatie na een heupprothese kan een klein jaar duren. **Twee tot drie maanden** na de operatie functioneert de geopereerde heup meestal zeer goed, maar er kan nog wat hinder zijn bij belasting. Dit zal langzaam verbeteren, maar het kan **zes tot negen maanden** duren voordat de heup volledig genezen is.

Ondertussen blijft de revalidatie zeer belangrijk. Door te blijven oefenen zal de heup terug soepel worden en traint u de kracht en de uithouding van de dijspieren. Een **gemotiveerde, volgehouden revalidatie** verbetert het eindresultaat en de 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 heupprothese 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 beperkingen blijven.

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 heupprothese 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 heupprothese is een zeer succesvolle

ingreep en geeft ook zeer goede resultaten op lange termijn met een gemiddelde overleving van de prothese van meer dan 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 fysieke 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 fysieke 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 ambulante in het ziekenhuis verder zetten.

Het is zeer belangrijk de oefeningen die uw dokter en kinesist(e) aanraden thuis **meermaals per dag te herhalen**. Er wordt van u verwacht dat u iedere dag iets meer probeert te oefenen, zonder de heup 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.

Fietsen op de hometrainer is een goede training om de heup terug soepel te bewegen en de kracht van de spieren 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.

Patiënten met een zeer stijve heup en een mankend gangpatroon vóór de operatie hebben soms moeite om een normaal gangpatroon te herwinnen. Het is belangrijk om van in het begin hier specifiek op te oefenen. In geval van onvoldoende aandacht aan een goede gangrevalidatie gaan deze patiënten soms terug stappen zoals voor de operatie en kunnen ze dus onbewust wat blijven manken maar zonder pijn.

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 bil- en dijspieren te versterken. Veel fietsen (buiten of op een hometrainer) is de beste en gemakkelijkste voorbereiding.
- **Medicatie:** Bij het afspreken van de operatie wordt uw medicatielijst overlopen. Soms wordt u gevraagd het innemen van bloedverdunners, aspirine en ontstekingwerende 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 naar de tandarts om tandproblemen of ontstekingen op te sporen en 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 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 heup na de operatie goed gestrekt houdt, wordt het voeteinde van uw bed geblokkeerd 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 **algemene verdoving** maar kan ook onder **spinale verdoving** (plaatselijke verdoving via een ruggenprik). De anesthesist kent uw volledig medisch dossier en geeft u de avond vóór de operatie meer informatie over de verdoving.
- In de operatiezaal legt de anesthesist of de verpleegkundige een infuus aan in de arm voor toediening van vocht en pijnmedicatie.
- Bij het plaatsen van een totale heupprothesen is de pijn met gewone pijnmedicatie meestal goed te controleren zodat een pijnpomp niet nodig is. Voor de postoperatieve pijncontrole wordt soms een **inspuiting van lokale verdoving** ter hoogte van de lies gegeven waarbij de gevoelszenuwen van de voorzijde van de heup gedurende 24 tot 36 uur verdoofd zijn. Deze techniek geeft meestal een heel goede pijncontrole maar soms ook wat verdoving van de zenuw voor de spier die de heup moet buigen. Als de verdoving uitgewerkt is, herwint u ook een normale controle over het been.
- Soms wordt een spinale verdoving gecombineerd met **sedatie** voor patiënten die tijdens de operatie niets willen horen of zien. Door de rustgevende 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 60 minuten. Met de preoperatieve 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, moet u dit melden 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 10 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 wel 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 zult u dagelijks een inspuiting (Clexane) in de buik krijgen en moet u elastische kousen dragen. Dit moet ook tot 30 dagen na de ingreep thuis verdergezet worden.
- Na de operatie ligt uw been gestrekt in bed maar het is belangrijk dat u regelmatig probeert de heup te plooiën om de bloedcirculatie te stimuleren. Als de heupspieren nog wat verdoofd zijn of niet goed functioneren door de pijn kan het aangewezen zijn wat hulp te gebruiken van een handdoek of uw handen onder de dij.

6.2.5 De eerste dag na de operatie

- Beweeg al zoveel mogelijk, ook in uw bed. Een kinesist leert u oefeningen aan. Herhaal ze regelmatig. U vindt ze ook terug in de revalidatiebrochure.
- U mag vanaf vandaag recht zitten, opstaan en stappen. Rechtop komen en stappen gebeurt met hulp van de verpleging of kinesist. **Probeer normaal te steunen op de geopereerde heup.**
- Het is normaal dat uw heup 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 heup 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 heup 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 voelen ze duidelijk beter kunnen 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 been 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^{de} en de 6^{de} 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 heup soepel 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 heupprothese**” (brochure 3 van 3) die u in het ziekenhuis ontvangt, wordt bijkomende informatie gegeven voor de eerste weken en maanden na de operatie.

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 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 pijnstillers), 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.
- Soms is het 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 Kinesitherapie

Bij de peroperatieve infosessie of bij het eerste contact met de kinesi(e) in het ziekenhuis zult u ook de **“Revalidatiebrochure heupprothese”** (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.

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 ambulante verder zetten.

Na de operatie heeft u recht op de terugbetaling van maximaal 60 beurten kinesitherapie. De bedoeling hiervan is om de spieren rondom de nieuwe heup sterker te maken en om de normale beweeglijkheid van de heup 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 heup
- 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 heupprothese gaat de voorkeur uit naar een algemene anesthesie.

7.1 Algemene anesthesie of narcose

- Bij de meeste heupoperaties zal de anesthesist een **algemene anesthesie** of narcose toepassen. Deze anesthesietechniek maakt u bewusteloos en ongevoelig voor pijn. Omdat ook de ademhalingsspieren verlamd zijn wordt er een buisje in de keel aangebracht. Als de patiënt maximaal ontspannen is, kan de totale heupprothese via de direct anterieure toegangsweg geplaatst worden zonder de spieren te beschadigen. De maximale spierontspanning is met een algemene narcose meestal beter dan met een plaatselijke verdoving door een ruggenprik (spinale anesthesie).
- Voor een goede pijncontrole en een snelle mobilisatie na de operatie kunnen de gevoelszenuwen van de voorzijde van de heup tijdelijk verdoofd worden door een **inspuiting van lokale verdoving** ter hoogte van de lies. Deze techniek geeft samen met klassieke pijnstillers meestal gedurende 24 tot 36 uur een zeer goede pijncontrole zonder risico's op bijwerkingen.
- 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 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 geanestheseerd 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 spinale anesthesie, die toelaten het onderste deel van het lichaam te anestheseren, bestaan er andere technieken die het mogelijk maken slechts een arm, een been of een voet te verdoven. De peridurale en de spinale anesthesie worden uitgevoerd via een ruggenprik tussen de wervels.

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 heilkundige 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 bloeduitstorting, 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 verwickelingen die tegelijkertijd voorkomen.

8 Bijlage 2: Revalidatie in campus 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 u 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 9u. tot 17u.

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 14u. en 20u.

Buiten op de kamer kunnen patiënten bezoekers ontvangen in de ruime, luchtige **cafetaria**, 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 u 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 heupprothese)

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: 14/07 2017

Auteur: Arts-diensthoofd orthopedie - V.U. Hoofddarts

AZ Klina

Augustijnslei 100
2930 Brasschaat
T +32 3 650 50 50

info@klina.be

www.azklina.be