



Arthroscopie van het heupgewricht

Arthroscopie van het heupgewricht

Anatomie van het heupgewricht

Het heupgewricht wordt omsloten door het kapsel. De binnenbekleding van het kapsel (synovium) produceert gewrichtsvocht. Dit vocht zorgt voor voeding en smering van de kraakbeenlaag van het gewricht. De kom van het heupgewricht (acetabulum) wordt gevormd door het bekken. De kop van het heupgewricht (caput femoris) wordt gevormd door het bovenbeen (femur).

Op de rand van de heupkom bevindt zich een kraakbenig randje (limbus of labrum genoemd). Tussen de peesplaat aan de buitenzijde van de heup (tractus iliotibialis) en het uitstekende bot aan de buitenzijde van de heup (trochanter major) bevindt zich één van de slijmbeurzen rondom het heupgewricht (de bursa trochanterica).

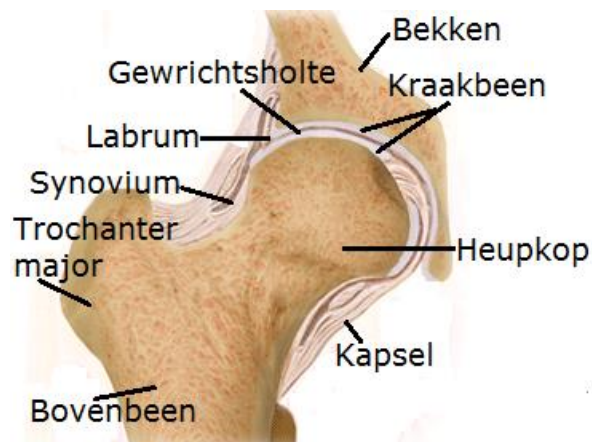


Fig.1: anatomie van het heupgewricht

Inklemming van het heupgewricht (impingement)

Inklemming van het heupgewricht kan bij bepaalde bewegingen optreden indien er een anatomische afwijking bestaat. De oorzaak is vaak niet duidelijk, soms bestaat er een aangeboren afwijking (standsafwijking van de heupkom/-kop) of is er tijdens de groei een letsel geweest (afglijden van de heupkop), vaak is de oorzaak onduidelijk. De afwijking die de inklemming veroorzaakt is vaak een prominente botrichel op de overgang heupkop/-hals (CAM laesie) of op de heupkom (Pincer laesie), of een standsafwijking van het heupgewricht (heupdysplasie/coxa profunda/retroversie van het acetabulum). Het labrum kan hierdoor beschadigd worden of deels los komen te liggen. Het veroorzaakt pijn in de lies of de bil (bij bepaalde bewegingen) en leidt mogelijk op latere termijn tot versnelde slijtage van het heupgewricht.

Het doel van de operatie is om de pijn te verminderen/weg te nemen. Dit wordt bereikt door de inklemmende delen van het heupgewricht te verwijderen. Indien mogelijk wordt het gescheurde labrum gehecht. In ongeveer 92% leidt de operatie tot minder pijn en een betere functie van het heupgewricht. Het resultaat van de operatie lijkt slechter te worden indien er uitgebreidere kraakbeenschade aanwezig is. Na 2-5 jaar wordt, bij ongeveer 6% van de patiënten, een totale heupprothese geplaatst in verband met aanhoudende klachten. Het oude sportniveau wordt na de operatie behaald door 78-93% van de patiënten. Ongeveer 90% van de patiënten is tevreden met het operatieresultaat.

Andere, minder vaak voorkomende redenen om een kijkoperatie van het heupgewricht te verrichten zijn: een lokale beschadiging van kraakbeen en bot (osteochondraal letsel), een gewrichtsmuis (corpus liberum) of een infectie.

Operatie

Om in het heupgewricht te kunnen komen met instrumentarium wordt de heup een stukje uit de kom getrokken door aan de voet te trekken, waarbij het bekken wordt tegengehouden met een steun tegen het schaambeentje. Er wordt één incisie van ongeveer 2 cm aan de zijkant en één incisie van ongeveer 2 cm aan de voorzijde van de heup gemaakt. Er wordt een glasvezel kijkbuis (arthroscoop) in het heupgewricht gebracht, die aangesloten is op een camera. De beelden worden zichtbaar op een monitor. Via de andere incisie wordt instrumentarium ingebracht waarmee de kwaliteit van het kraakbeen kan worden beoordeeld en eventuele behandelbare afwijkingen (CAM laesie, Pincer laesie of labrumletsel) kunnen worden verholpen. De wondjes worden gesloten met een hechting en er worden pleisters aangelegd.

- *Diagnostische kijkoperatie:* bij onzekerheid of pijnklachten daadwerkelijk veroorzaakt worden door een afwijking in het heupgewricht kan een kijkoperatie worden verricht ter diagnostiek.
- *CAM laesie:* de botrichel wordt weggeslepen, waarna er geen contact meer optreedt tussen de rand van de kom en de heuphals.
- *Pincer laesie:* de botrichel wordt weggeslepen, waarna er geen contact meer optreedt tussen de rand van de kom en de heuphals. Hiervoor dient echter wel eerst het labrum te worden losgemaakt. Na verwijdering van de botrichel wordt het labrum met een of meer botankers teruggehecht.
- *Labrum letsel:* indien het labrum van voldoende kwaliteit is kan het worden teruggehecht. Hiervoor wordt de plek op de heupkom waar het oorspronkelijk vast zat schoongemaakt en wordt het met een of meer botankers teruggehecht. Indien het labrum teveel beschadigd is wordt het beschadigde deel verwijderd.

Voorbereiding

- *Hulpmiddelen:* na de operatie loopt u met krukken. De duur is afhankelijk van wat er tijdens de kijkoperatie precies is gedaan. De krukken dient u voorafgaand aan de operatie te verzorgen (via bijvoorbeeld een thuiszorgwinkel) en mee te nemen naar de operatielocatie.
- *Medicatie:* voorafgaand aan de operatie heeft u een recept voor pijnstillers, bloedverduunners en eventueel een maagbeschermer thuis gestuurd gekregen. Deze medicatie dient u, samen met een doosje paracetamol, in huis te halen.
- *Roken:* roken verhoogt de kans op complicaties na elke operatie. Er is onder andere een verhoogde kans op het optreden van een infectie, wondhelingsstoornissen, het niet of vertraagd vastgroeien van botten en algemene complicaties als een trombosebeen, hart- of herseninfarct, longontsteking etc. Elke week dat u, voorafgaand aan de operatie, niet rookt helpt om uw verhoogde kans op complicaties te verminderen. Na 6-8 weken is het verhoogde risico op complicaties met ongeveer 50% afgenomen. Hoe langer u het roken staakt, hoe beter. Ook kortdurend stoppen helpt dus om de verhoogde kans op complicaties te verlagen. Wij adviseren u dan ook dringend om uw uiterste best te doen het roken (tijdelijk) te staken. Vraag zo nodig uw huisarts om begeleiding.

Anesthesie

De anesthesioloog van de betreffende operatielocatie zal, op korte termijn, een consult met u voeren. Hierbij wordt uw algehele gezondheid beoordeeld. Soms is het nodig om gegevens bij andere behandelaars op te vragen en/of verdere onderzoeken te verrichten. De anesthesioloog bespreekt met u welke medicijnen u niet of juist wel moet innemen voorafgaand aan de operatie en hoe lang u bepaalde medicatie voorafgaand aan de operatie dient te staken. Samen met de anesthesioloog kiest u voor de vorm van verdoving.

De dag van de operatie

- *Eten/drinken:* in principe mag u 6 uur vóór de operatie niet meer eten of drinken, met uitzondering van heldere vloeistoffen (water, thee, limonade) die u tot maximaal 2 uur voor de operatie nog mag drinken. Indien de anesthesioloog een afwijkend advies heeft gegeven dient u zich aan die instructies te houden.
- *Persoonlijke verzorging:* u mag het operatiegebied in de week voor de operatie niet meer scheren. Op de dag van de operatie moet u zich niet meer insmeren met bodylotion o.i.d. U mag geen nagellak, make-up, sieraden en contactlenzen dragen. Zorg voor makkelijk zittende kleding.
- *Medicatie:* u neemt een doosje paracetamol, de door ons voorgeschreven medicatie en de eventuele andere medicijnen die u gebruikt in originele verpakking mee naar de operatielocatie.
- *Opname:* u meldt zich op het afgesproken tijdstip in de kliniek. Vanuit de wachtkamer wordt u begeleid naar de voorbereidingsruimte waar u zich kunt omkleden. De anesthesioloog en orthopedisch chirurg komen bij u langs.
- *Operatie:* u wordt naar de operatiekamer gebracht alwaar u wordt aangesloten op apparatuur die de hartslag, bloeddruk en andere parameters registreert. Er vindt een laatste controle

plaats met het hele operatieteam, waarna de verdoving wordt toegediend. U krijgt antibiotica toegediend.

- *Na de operatie:* u wordt naar de recovery gebracht, alwaar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gecontroleerd en verzorgd. Daar wordt uw operatiepijn en eventueel ander ongemak zoals misselijkheid met medicijnen behandeld. Meestal komt de chirurg nog langs om te vertellen hoe de operatie is verlopen.
- *Ontslag:* de dag na de operatie gaat u met ontslag.

Nabehandeling

- *Vervoer naar huis:* dient u zelf te regelen. U moet onder begeleiding naar huis en kunt niet zelf autorijden. Aangepast vervoer is niet nodig. Ook thuis heeft u de eerste nacht een begeleider nodig.
- *Wondzorg:* Vaak produceren de wondjes de eerste dagen wat bloed en/of wondvocht. Zolang dit het geval is plakt u een pleister over de wond(jes). Douchen mag na 2 dagen of, als de wond(jes) nog niet droog is/zijn, vanaf het moment dat deze wel droog is/zijn. In bad/zwemmen is na 14 dagen toegestaan. De heup kan na de operatie enkele weken wat gezwollen zijn.
- *Medicatie:* U gebruikt paracetamol 1000mg 4x per dag. Hiernaast gebruikt u de voorgeschreven pijnstillers op geleide van de pijn. Indien u diclofenac 50mg voorgeschreven hebt gekregen gebruikt u dit 3x per dag gedurende 2 weken om de kans op botvorming na de operatie te minimaliseren. In u ook een maagbeschermer (pantozol 20mg) voorgeschreven hebt gekregen gebruikt u deze 1x per dag zolang u diclofenac gebruikt. De bloedverdunner (i.h.a. fraxiparine) gebruikt u 1x per dag gedurende 4 weken.
- *Belastbaarheid:* de nabehandeling is afhankelijk van wat er tijdens de operatie precies is gedaan. Globaal is de nabehandeling als volgt:
 - *Diagnostische kijkoperatie:* de krukken worden afgebouwd op geleide van de klachten.
 - *Behandeling CAM laesie:* 1 week met krukken, hierna afbouwen op geleide van de klachten.
 - *Behandeling Pincer laesie/gehecht labrum:* 4 weken met krukken, hierna afbouwen op geleide van de klachten.

Verdere informatie vindt u op: <http://www.heuparthroscopie.nl/>.

Autorijden mag u weer doen op het moment dat u verantwoord kunt deelnemen aan het verkeer ("noodingreep" kan maken).

- *Controle-afspraak:* er wordt een poliklinische controle afspraak gemaakt voor ongeveer 2 weken na de operatie. De ontslagbrief die u hebt meegekregen dient u mee te nemen naar uw controle afspraak.
- *Complicaties:* de meest voorkomende complicaties zijn: beschadiging van zenuwen (nagenoeg allemaal tijdelijk, 4.5%), voorbijgaande knieklachten ten gevolge van het trekken aan het been (1-3%), beschadiging van de huid van/rond de genitaliën ten gevolge van druk door de steun tegen het schaambeent (<1%), letsel van de voet/enkel ten gevolge van het trekken aan het been (<1%), nabloeding (<1%), infectie (<1%), trombosebeen (<1%), botbreuk (<1%), afsterven van de heupkop (<1%) en/of botvorming (<1%).
- *Spoed:* redenen om met spoed contact op te nemen kunnen zijn: een nabloeding, onhoudbare pijn en/of tekenen van infectie (koorts, onbelastbaarheid, zwelling en/of uitvloed van troebel vocht/pus). U kunt te allen tijde contact opnemen via 035-6223260. Tijdens kantooruren wordt u geholpen door een assistent. Zo nodig wordt een arts-assistent of medisch specialist ingeschakeld. 's Avonds, 's nachts en in het weekeind hoort u een meldtekst met een mobiel nummer dat u kunt bellen om contact te krijgen met de dienstdoende arts.

Literatuur

1. Byrd & Jones. Primary Repair of the Acetabular Labrum: Outcomes With 2 Years' Follow-Up. *Arthroscopy* 2014; 30(5): p.588-92.
2. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
3. Möckel & Labs. Komplikationen bei der Arthroskopie des Hüftgelenks und deren Therapie. Analyse eines Fünfjahreszeitraums mit insgesamt 13.000 Fällen. *Orthopäde* 2014; 43: p.6-15.
4. Nielsen et al. Outcome of arthroscopic treatment for symptomatic femoroacetabular impingement. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014; 15: p.394.
5. Philippon et al. Femoroacetabular impingement in 45 professional athletes: associated pathologies and return to sport following arthroscopic decompression. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007; 15: p.908-14.
6. Tran et al. Outcome of arthroscopic treatment for cam type femoroacetabular impingement in adolescents. *ANZ J Surg* 2013; 83(5): p.382-6.

Gegevens kliniek

AVE Orthopedische Klinieken

Website: www.ave-orthopedischeklinieken.nl

Huizermaatweg 400A

1276 LL Huizen

(035) 622 32 60

Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar via 035-622 32 60