



**Standsafwijking van de 2^e t/m 5^e teen
(hamerteen)**

Standsafwijking van de 2^e t/m 5^e teen (hamerteen)

Anatomie van de voet en enkel

Het enkelgewricht is de verbinding tussen het onderbeen en de voet. De voet bestaat uit de achtervoet, de middenvoet en de voorvoet. De achtervoet wordt gevormd door het sprongbeen (talus) en het hielbeen (calcaneus). De midvoet bestaat uit de voetwortelbeentjes (naviculare, cuboid en cuneiformen). De voorvoet bestaat uit de middenvoetsbeentjes (metatarsalia) en de tenen. De grote teen (hallux) bestaat uit 2 kootjes (phalangen), de andere tenen bestaan uit 3 kootjes (phalangen).

Alle gewrichten van de voet en enkel worden omsloten door het gewrichtskapsel. De binnenbekleding van het kapsel produceert gewrichtsvocht. Dit vocht zorgt voor voeding en smering van de kraakbeenlaag van het gewricht.

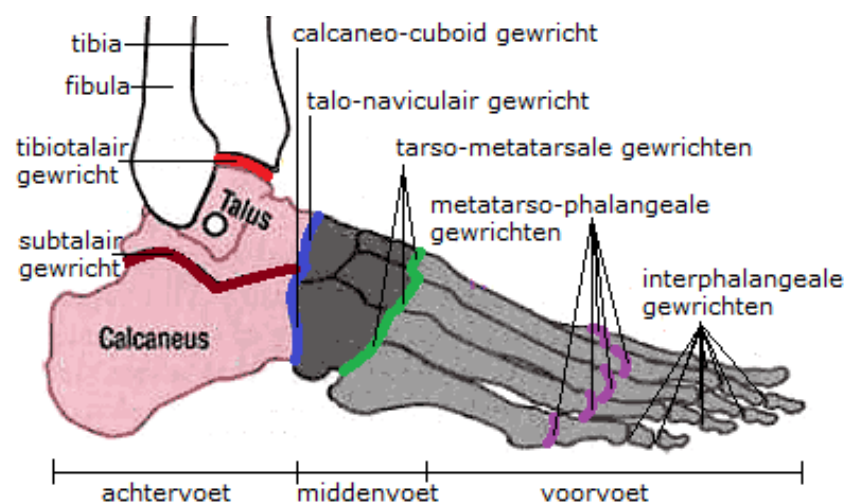


Fig. 1: zijaanzicht voet en enkel

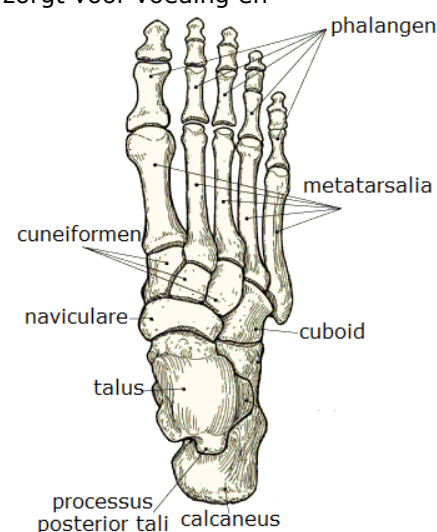


Fig. 2: bovenaanzicht voet

Standsafwijking van de 2^e t/m 5^e teen

Er bestaan verschillende vormen van standsafwijkingen van de tenen (hamerteen, klauwteen, mallet teen). Globaal genomen is de behandeling van deze verschillende standsafwijkingen hetzelfde, derhalve wordt in deze folder gesproken over hamertenen.

De oorzaak van een hamerteen is vaak onbekend en komt vaker bij vrouwen dan bij mannen voor. Het kan in een of meerdere tenen tegelijk optreden en komt meestal voor in de 2^e teen. Vaak ontstaat het ten gevolge van een standsafwijking van de grote teen (hallux valgus), waardoor de naastliggende tenen kunnen worden "weggeduwd". Andere oorzaken zijn onder andere: suikerziekte, afwijkingen van het spier-zenuwstelsel en auto-immuunziekten. Het veroorzaakt vaak pijn aan de bovenzijde van de teen en ter plaatse van het uiteinde van de teen, soms ook in de bal van de voet. Er ontstaat een overstrekking van het gewricht tussen het middenvoetsbeentje en het basiskootje en een buigstand in het gewricht tussen het basiskootje en het middelste kootje van de teen.

Het doel van de operatie is om de pijnklachten te verminderen/weg te nemen, dit lukt in ongeveer 92% van de patiënten. Tevens wordt de stand van de teen te gecorrigeerd. Qua tevredenheid scoort de operatie 3.5 jaar nadien gemiddeld een 9.3. Van de patiënten zou, indien nodig 99% de operatie opnieuw ondergaan.

Operatie

Er wordt een dwarse incisie aan de bovenzijde van de teen gemaakt door de huid en strekpees van de teen, ter plaatse van het gewricht tussen het basiskootje en middelste kootje van de teen. Het kapsel van het gewricht wordt geopend. Enkele millimeters van het basiskootje worden verwijderd om voldoende ruimte te creëren om de teen weer te kunnen strekken. Indien hiermee onvoldoende correctie kan worden bereikt wordt een 2^e incisie van ongeveer 3 cm op de bovenkant van de voet gemaakt ter plaatse van het gewricht tussen het middenvoetsbeentje en het basiskootje. De strekpees wordt verlengd of doorgenomen en het kapsel rondom dit gewricht wordt losgemaakt. Er wordt een metalen pinnetje in de teen geboord, waarmee de teen in de gecorrigeerde stand wordt vastgezet. Dit pinnetje blijft 6 weken zitten waarna het op de polikliniek wordt verwijderd. De wond wordt gehecht en er wordt een verband aangelegd, met daaronder eventueel een pleister. U krijgt een verbandschoen mee met een harde zool.



Fig.3: verbandschoen

Vorbereiding

- *Hulpmiddelen:* na de operatie loopt u met krukken ter ondersteuning van de voet en voor evenwichtsbehoud. De krukken mogen worden afgebouwd op geleide van de klachten. 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 en eventueel een maagbeschermer thuis gestuurd gekregen. Deze medicatie dient u, samen met 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 registreren. Er wordt een infuus ingebracht. U krijgt antibiotica toegediend. Er vindt een laatste controle plaats met het hele operatieteam, waarna de verdoving wordt 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:* enkele uren 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. Ook thuis heeft u de eerste nacht een begeleider nodig.
- *Wondzorg:* het verband dient 2 dagen te blijven zitten, daarna mag u dit zelf verwijderen. Vaak produceert de wond de eerste dagen wat bloed en/of wondvocht. Zolang dit het geval is plakt u een pleister over de wond. Douchen mag na 2 dagen of, als de wond nog niet droog is, vanaf het moment dat deze wel droog is. In bad/zwemmen is toegestaan nadat het ijzeren pinnetje verwijderd is. De wond kan wat opgezet en gevoelloos of juist gevoelig zijn gedurende enkele weken/maanden. De voet/teen kan na de operatie enkele weken/maanden gezwollen zijn.
- *Medicatie:* U gebruikt paracetamol 1000mg 4x per dag. Hiernaast mag u de voorgeschreven pijnstillers (in het algemeen diclofenac 50mg) tot maximaal 3x per dag gebruiken, op geleide van de pijn. Indien u ook een maagbeschermer (pantozol 20mg) voorgeschreven hebt gekregen gebruikt u deze 1x per dag zolang u diclofenac gebruikt.
- *Belastbaarheid:* de voet is direct na de operatie volledig belastbaar in de verbandschoen. U dient direct na de operatie te starten met het volledig buigen en strekken van de enkel om de kans op een trombosebeen te minimaliseren. U draagt de verbandschoen gedurende 6 weken. De eerste week/weken moet u de voet regelmatig hoog leggen. Ook is het vaak prettig om enkele weken met krukken te lopen. In het algemeen duurt de revalidatie ongeveer 12 weken. Autorijden mag u weer doen op het moment dat u verantwoord kunt deelnemen aan het verkeer ("noodingreep" kan maken).
- *Fysiotherapie:* is in principe niet nodig. Soms wordt tijdens de poliklinische controle alsnog besloten om u naar de fysiotherapeut te verwijzen als het herstel minder vlot gaat dan verwacht.
- *Controle-afpraak:* 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: een nieuwe standsafwijking van de geopereerde teen (21%), terugkomen van de standsafwijking (4-6%), infectie (3-5%) of blijvende zwelling (1%), tijdelijke of blijvende gevoelloosheid van de teen (10%). Het is echter zelden nodig om opnieuw te opereren (2%). Verdere mogelijke complicaties zijn: instabiliteit van het gewricht, een nabloeding of trombosebeen/longembolie (<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. Coughlin et al. Operative Repair of the Fixed Hammertoe Deformity. *Foot & Ankle International* 2000; 21(2); p.94-104.
2. Klammer et al. Early Complications and Recurrence Rates After Kirschner Wire Transfixion in Lesser Toe Surgery: A Prospective Randomized Study. *Foot & Ankle International* 2012; 33(2): p.105-12.
3. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
4. O’Kane et al. Review of Proximal Interphalangeal Joint Excisional Arthroplasty for the Correction of Second Hammer Toe Deformity in 100 Cases. *Foot & Ankle International* 2005; 26(4): p.320-5.

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