



Vast zetten van een versleten grote teen gewricht (MTP-1 arthrodesese)

Belangrijk: neem deze folder mee als u opgenomen wordt zodat eventuele onduidelijkheden met u kunnen worden besproken!

Vast zetten van een versleten grote teen gewricht (MTP-1 arthrodesese)

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.

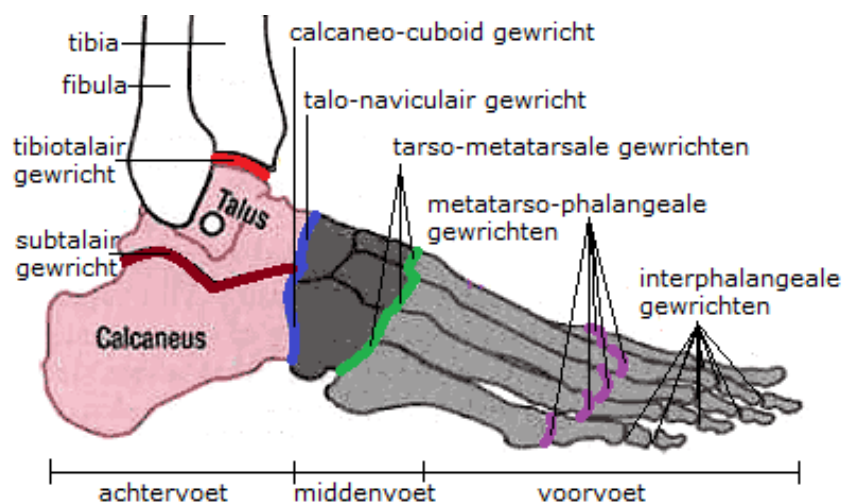
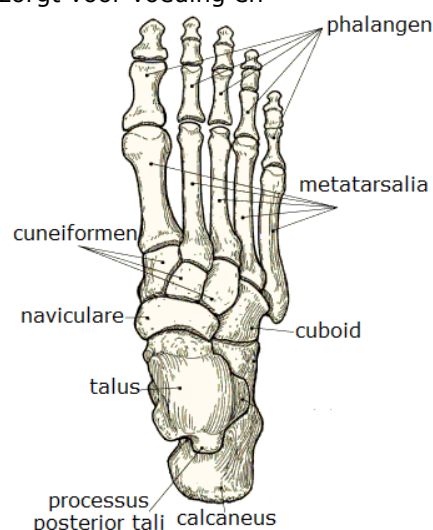


Fig.1: zijaanzicht voet en enkel

Fig.2: bovenaanzicht voet

Slijtage van het gewricht van de grote teen

De oorzaak van slijtage van het gewricht van de grote teen is vaak onbekend. Het kan ontstaan ten gevolge van een standsafwijking, jicht, eerder letsel, stofwisselingsziekten of aandoeningen van het spier-zenuwstelsel. Het veroorzaakt vaak pijn en stijfheid.

Het doel van de operatie is om de pijnklachten te verminderen/weg te nemen en de stand van de grote teen te corrigeren. Hiervoor bestaan diverse technieken, waarbij het vastzetten van het gewricht in het geval van gevorderde slijtage de "gouden standaard" is. Qua tevredenheid scoort de operatie 7 jaar nadien gemiddeld een 7.5. Van de patiënten zou, indien nodig 85% de operatie opnieuw ondergaan. U kunt na de operatie nooit meer schoenen met hoge hakken aan omdat de teen niet meer naar boven kan buigen, vaak lukt dit echter voor de operatie ook niet ten gevolge van de reeds opgetreden stijfheid. Ten gevolge van de operatie wordt de teen altijd iets korter.

Voor informatie over eventuele gelijktijdig geopereerde andere tenen verwijzen wij u naar de informatiefolder "hamerteencorrectie".



Fig.3A: hallux rigidus voor operatie



Fig.3B: voet na operatie

Operatie

Er wordt een incisie aan de binnenzijde van de voet gemaakt ter plaatse van het MTP-I gewricht. Het gewrichtskapsel wordt geopend. De versleten delen van het gewricht worden afgezaagd. De teen wordt in de juiste stand vast geschroefd. Het kapsel en de wond worden gehecht en er wordt een verband aangelegd, met daaronder eventueel een pleister. U krijgt een verbandschoen mee, waarmee u de voet niet kunt afwikkelen.

Door het vastzetten van de gewrichten is het na de operatie niet meer mogelijk om op hakken te lopen. Indien patiënt wel op hakken wil kunnen blijven lopen, kan gekozen worden om de stand van de teen niet vlak, maar in een omhoog gerichte stand te fixeren. Alleen dan is het mogelijk om in de toekomst hakken te dragen. Wij adviseren u om dit vooraf met uw arts te bespreken.



Fig.4: verbandschoen

Voorbereiding

- *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 na 14 dagen toegestaan. De wond kan wat opgezet en gevoelloos of juist gevoelig zijn gedurende enkele weken/maanden. De voet kan na de operatie enkele weken/maanden gezwollen zijn.
- *Medicatie:* U gebruikt paracetamol 1000mg 4x per dag. Hiernaast mag u de voorgeschreven pijnstiller (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 voorvoet ontlastende schoen. 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 voorvoet ontlastende schoen 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. Gemiddeld duurt het 8-12 weken voordat de botten volledig aan elkaar vastgegroeid zijn. In het algemeen duurt de revalidatie ongeveer 12 weken, maar treedt er herstel op tot 6 maanden na de operatie. 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-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: vertraagd (1%) of niet (2-12%) vastgroeien van de botten, infectie (5%), pijn onder de rest van de voorvoet (1-20%) en het niet in de juiste stand vastgroeien van de botten (15%). Verdere mogelijke complicaties zijn: tijdelijk of blijvende beschadiging van een van de gevoelszenuwen van de grote teen en een nabloeding of trombosebeen/longembolie.
 - In ongeveer 3% van de gevallen geven de schroefjes last en moeten middels een 2^e operatie worden verwijderd.
- *Vliegveld:* omdat de schroeven uit metaal bestaan kunnen detectiepoortjes op het vliegveld hierop reageren; in het algemeen gebeurt dit echter niet.
- *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. <http://www.orthopeden.org/uploads/ma/ci/maciSKK46Em0OKWkLvwgww/Conceptractlijn-Hallux-Valgus.pdf>
2. Beertema et al. A Retrospective Analysis of Surgical Treatment in Patients With Symptomatic Hallux Rigidus: Long-Term Follow-Up. *J Foot Ankle Surg.* 2006;45(4): p.244-51.
3. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
4. Maffuli et al. Quantitative review of operative management of hallux rigidus. *British Medical Bulletin* 2011; 98: p.75-98.
5. McNeil et al. Evidence-Based Analysis of the Efficacy for Operative Treatment of Hallux Rigidus. *Foot & Ankle International* 2013; 34(1): p.15-32.
6. Mirmiran et al. Retrospective Analysis of the Rate and Interval to Union for Joint Arthrodesis of the Foot and Ankle. *Journal of Foot & Ankle Surgery* 2014; 53: p.420-5.

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