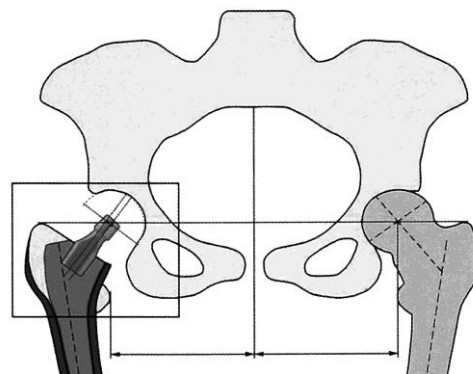


Revalidatie



## DE HEUPKLINIEK

### TOTALE HEUPPROTHESE



# Informatie voor patiënten

AZ OUDENAARDE  
VZW



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

Volg ons op   



# 1. Inleiding

*Welkom in de heupkliniek van het Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde.*

Deze brochure is gemaakt om jouw ingreep en hospitalisatie voor te bereiden. Hoewel de informatie op een eenvoudige manier wordt verwoord, kunnen bepaalde medische termen meer uitleg vergen. Je vindt daarom een verklarende woordenlijst achteraan de brochure waarin de begrippen in de tekst aangeduid met een (\*) verder worden toegelicht.

Als bijlage vind je eveneens een lijst met nuttige telefoonnummers en een actiekaart met een overzicht van de zaken die niet mogen vergeten worden.



**Figuur 1: Multidisciplinaire aanpak**

De heupkliniek werd opgericht om jouw verblijf en herstel op een efficiënte en hoogst professionele wijze te laten verlopen.

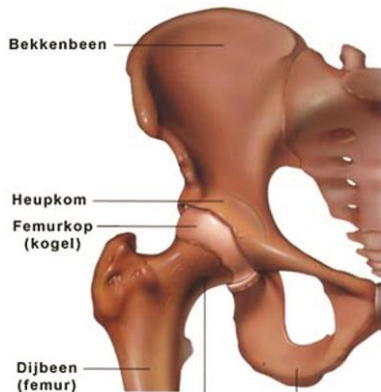
Je zal worden begeleid door een team van specialisten met de nodige expertise in elk aspect dat betrekking heeft op heupoperaties.

De orthopedisch chirurg, de revalidatieartsen, de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen en sociaal assistenten zijn allen gespecialiseerd in de behandeling en opvolging van de patiënt die een heupvervangende ingreep ondergaat. Deze multidisciplinaire samenwerking krijgt concreet gestalte in “de heupkliniek”.



## 2. Algemeen

### 2.1. Het heupgewricht



**Figuur 2: schematische voorstelling van normale heupgewricht**

De heup is een typisch “bol en kom”-gewricht waarbij de bol of de heupkop zich diep in de kom van het bekken bevindt. Beide onderdelen van de heup zijn bedekt met een dikke laag kraakbeen die ervoor zorgt dat het gewricht soepel en pijnloos kan bewegen. Zolang de kraakbeenlaag intact is, zijn er geen problemen.

Naarmate de leeftijd vordert, zien we dat het kraakbeen stilaan brozer wordt. Er treden barsten op in het gladde oppervlak en er beginnen stukjes kraakbeen los te komen. Dit noemt men artrose.



**Figuur 3: Radiologisch beeld van normale heupgewricht**

Eens dit proces gestart is, wordt het kraakbeenoppervlak steeds ruwer omdat de beschadigde oppervlakken op elkaar wrijven. Zo ontstaan er ook irritaties waardoor er vocht in het gewricht komt of waardoor er ontstekingen in het gewrichtskapsel ontstaan. Dit kapsel wordt dan stijver waardoor de beweeglijkheid van de heup mindert.

Na een tijd zien we ook de vorming van botuitsteeksels aan de randen van het gewricht, die scherpe randen kunnen pijn veroorzaken. Er treedt op lange termijn ook een aantasting van de spieren op, ze worden zwakker en verkorten.



## 2.2. Aandoeningen

Bepaalde aandoeningen van de heup geven aanleiding tot pijnklachten. Wij lichten de twee meest voorkomende aandoeningen, met name de artrose\* en de aseptische heupkopnecrose\* hierna verder toe.



Figuur 4: Radiologisch beeld van artrose van een heupgewricht

Het heupgewricht\* bestaat uit een heupkop\* en een heuppan\*. Beide delen zijn bekleed met een dikke laag kraakbeen die een pijnloze beweging van de heup toelaat. Het heupgewricht vormt de schakel tussen het bekken en het dijbeen.

- Bij artrose gaat het kraakbeen verloren met pijn tot gevolg. De oorzaak van deze slijtage is doorgaans de natuurlijke veroudering.
- Bij de aseptische heupkopnecrose (een andere oorzaak van heuppijn) gaat de bloedstroom in de heupkop verloren.
- Een deel van de kop sterft af en verzaakt waardoor de heupkop zijn perfecte ronde vorm verliest. Dit geeft aanleiding tot een onherroepelijke toenemende kraakbeenbeschadiging en pijn.

In beide gevallen kan het aangewezen zijn om de heup te vervangen. Naast deze twee aandoeningen kunnen er nog oorzaken zijn (bv. reumatische ziekten of een vroegere heup- of bekkenbreuk) die het plaatsen van een totale heupprothese\* noodzakelijk maken.



## 3. De heupprothese

### 3.1. De Totale Heupprothese\* (THP)



Figuur 5: Inserts en heupkoppen



Figuur 6: Alle mogelijke 'koppels'

Deze ingreep wordt uitgevoerd met een minimaal invasieve techniek (MIS = minimal invasive surgery). Deze MIS-technieken zorgen ervoor dat de weefsels minimaal beschadigd worden tijdens de ingreep. Deze technieken maken integraal deel uit van de ERAS-principes (Enhanced recovery after surgery) die ontwikkeld zijn om patiënten zo snel en zo comfortabel mogelijk te laten herstellen na een ingreep.

Bij de totale heupprothese wordt zowel de heuppan als de heupkop vervangen. De techniek bestaat in het verwijderen van de versleten heupkop. In de heuppan wordt vervolgens een metalen pan (cup\*) en in het dijbeen een prothesesteel (stem\*) ingebracht. Vervolgens wordt in de metalen heuppan een insert\* geklikt die de pan verkleint tot de diameter van de nieuwe heupkop. Tot slot wordt op de stem een bol geplaatst. De bol en de insert vormen samen het nieuwe gewricht

waarbij de bol beweegt in de insert. De bol en cup worden ook een “wrijvingskoppel” genoemd. De metalen prothese-onderdelen kunnen met of zonder kleefstof in het bot worden bevestigd. Men spreekt van een gecementeerde of een cementloze prothese. De insert en de heupkop zijn de delen waartussen de bewegingen van de nieuwe heup plaatsvinden. Het koppel kan uit verschillende materialen bestaan.



De meest voorkomende combinatie is :

1. Polyethyleen (plastic)pan/metalen heupkop
2. Polyethyleen pan/keramiek kop
3. Keramiek pan/keramiek kop
4. Metalen pan/metalen kop

De keuze van het koppel wordt door de chirurg bepaald en is hoofdzakelijk gebaseerd op de leeftijd van de patiënt. Het leeftijdselement is doorgaans bepalend voor de mate waarin de patiënt lichamelijke actief is. Bij een hoge activiteitsgraad wordt voor een keramiek of metalen koppel geopteerd. Vandaag wordt in ons centrum in 99% van de gevallen een ceramic-ceramic koppel gebruikt.

### 3.2. De resurfacing\* heup



Figuur 5: Radiologisch beeld van resurfacing

Deze prothese wordt voorbehouden voor jonge mannen met een gezonde botkwaliteit. De resurfacing verschilt van de totale heupprothese in twee belangrijke aspecten:

- Het eerste verschil bestaat erin dat de heupkop niet afgezaagd wordt. Nadat de heupkop werd bewerkt tot de juiste vorm, wordt een metalen schelp op de bewerkte heupkop aangebracht zodat de heupkop bedekt is met een perfect rond laagje metaal. In de heuppan wordt een metalen cup ingebracht waarvan de binnendiameter gelijk is aan de diameter van de met metaal bedekte heupkop.



- Een tweede verschil met de totale heupprothese is dat er in de heuppan geen insert meer geplaatst wordt.



**Figuur 6: implantaat dat als materiaal gebruikt wordt**

De heupkop past perfect in de heuppan. Er wordt dus een metaal/metaal koppel gevormd dat de beweging van de heup nabootst. De beide metalen delen passen perfect in elkaar en laten de bewegingen toe. Het gewrichtskapsel\* maakt een klein laagje vloeistof aan dat tussen de

metalen delen voor smering zorgt.

De resurfacing heupprothese, waarbij een grote heupkop wordt behouden in de heuppan, benadert dus meer de normale anatomie van de heup dan de totale heupprothese waarbij men een kleinere heupkop heeft. De selectie van patiënten die in aanmerking komen voor deze techniek is evenwel van essentieel belang voor het slagen van de ingreep. De techniek vereist immers een perfecte botkwaliteit. In elke andere situatie wordt geadviseerd voor een totale heupprothese. De chirurg bespreekt en beslist samen met jou welke prothese het meest geschikt is en met welke oplossing je het beste resultaat bekomt.

### 3.3. Revisie heupprothese



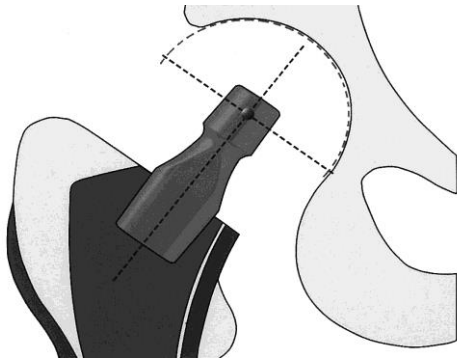
**Figuur 7: Voorbeeld van nieuwste prothese**

Wanneer in het verleden een heupprothese werd geplaatst, kan er slijtage optreden of kunnen bepaalde delen van de prothese los komen te zitten waardoor het gewricht pijnlijk wordt. Soms is het mogelijk slechts een deel van de oude prothese te vervangen. In andere situaties moet de oude prothese volledig vervangen worden door een nieuwe prothese. Het verloop van de revalidatie is in dergelijke situaties sterk afhankelijk van de uitgevoerde chirurgische handelingen.





## 4. Mogelijke complicaties



Figuur 8: Voorbeeld wat gebeurt

Zowel de ingreep als het herstel verlopen doorgaans feilloos.

Evenwel kunnen, zoals bij elke ingreep, risico's of problemen niet volledig worden uitgesloten.

De belangrijkste mogelijke complicaties en preventieve maatregelen worden hierna kort weergegeven.

- Risico's eigen aan de verdoving

Om deze maximaal te beperken, zal de huisarts je preoperatief\* onderzoeken en, indien nodig, doorverwijzen naar de hart- of longspecialist (zie infobrochure anesthesie).

- Risico's eigen aan de ingreep

- Diepe veneuze trombose\* (DVT\*):

Dit is klontervorming in de diepe aders die tot ontsteking in de aders leidt (flebitis\*). Ter voorkoming van deze complicatie krijg je een inspuiting met een antistollingsmiddel en draag je antiflebitiskousen. Deze preventieve behandeling wordt gedurende 4 weken na de ingreep voortgezet.

- Embolie\*:

Een embolie ontstaat wanneer een bloedklonter, zoals bij DVT, loskomt in de bloedvaten en met de bloedstroom mee een kleiner bloedvat verstopt. Hierdoor wordt de bloedvoorziening van een orgaan onderbroken, bv. longembool.



- Infectie van de prothese:

Om dit te voorkomen wordt vóór de ingreep antibiotica toegediend, de patiënt wordt volledig bedekt met steriele doeken, de operatieduur wordt zo kort mogelijk gehouden, op het eind van de ingreep wordt de wonde nagespoeld onder hoge druk met een groot volume vocht. De kans op infectie bedraagt iets minder dan 1%.

- Luxatie\* van de prothese:

Hierbij verspringt de heupkop uit de heuppan en kan je niet meer stappen en is er veel pijn. De kinesisten en ergotherapeuten geven jou doeltreffende richtlijnen en informatie om te voorkomen dat deze complicatie zich voordoet. Het risico op luxatie verkleint na een zestal weken tot drie maanden.

- Zenuwletsel:

Bij het plaatsen van een heupprothese bestaat een geringe kans op de beschadiging van een zenuw. Doorgaans betreft het een tijdelijk letsel met volledig herstel.

- Verkalking rond de prothese:

Soms ontstaat er verkalking ter hoogte van de nieuwe heup, meestal is dit onschuldig en geeft dit geen klachten. Ter voorkoming wordt, zo mogelijk, gedurende 8 dagen na de operatie ontstekingsremmers toegediend. In een zeldzame situatie wordt de te opereren heup éénmalig bestraald. Zeer uitzonderlijk moet de verkalking verwijderd worden.

- Verschil in beenlengte:

Door de ingreep is het mogelijk dat het geopereerde been iets langer of korter is geworden. Soms bestond er een verschil in beenlengte vóór de ingreep. Meestal blijft dit verschil onopgemerkt. Indien nodig kan dit opgevangen worden door een ophoging te verwerken in het schoeisel.



- Fractuur

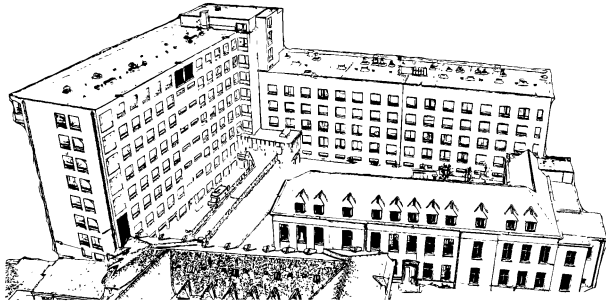
Een barst of breuk kan ontstaan tijdens de ingreep. Dit is sterk afhankelijk van de botkwaliteit van de patiënt en niet echt te voorkomen. Indien er een fractuur ontstaat heeft dit zelden nadelige gevolgen voor het eindresultaat. Hoogstens verloopt de revalidatie iets trager, maar eens de breuk geheeld is, zijn er geen verdere gevolgen voor de patiënt.



## 5. Voorbereiding van de opname

Je wordt gehospitaliseerd op de afdeling algemene heelkunde.

Voorlichting en begeleiding verbeteren de zorgverlening: een goede voorbereiding van de opname en de optimale nazorg zal jouw herstel optimaliseren. In deze bundel besteden we de nodige aandacht aan deze aspecten.



Figuur 9: Lijntekening van het ziekenhuis

De brochure en jouw opnamemap krijg je overhandigd op het secretariaat orthopedie, van zodra de ingreep wordt vastgelegd.

### 5.1. Peroperatieve onderzoeken

De huisarts vervult hierin een zeer belangrijke rol. Vanaf het moment dat de operatie is gepland, neem je contact op met de huisarts. Hij voert de testen uit die hij nodig acht (bloeddruk, ECG, bloedonderzoek, kruisproef\*...) en verwijst je, indien nodig, naar het ziekenhuis voor verder onderzoek (bv. longarts, cardioloog).

### 5.2. Infosessie

In de heupkliniek van het Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde worden informatiemiddagen gehouden voor patiënten en hun familie. Je ontvangt op dat moment uitgebreide informatie van de orthopedist, de anesthesist, een verpleegkundige, een kinesitherapeut, een ergotherapeut en een sociaal assistent. Voor een goed verloop van de opname is het wenselijk dat jij en je partner vooraf zo goed mogelijk ingelicht worden.

Je hebt dan ook de gelegenheid om uitgebreid vragen te stellen.



### 5.3. Preoperatieve sessie



**Figuur 10: Vanaf de dag na de operatie gaat de revalidatie door in de kinesitherapiezaal**

Op de afgesproken datum kom je terug naar het ziekenhuis met je opnamemap, resultaten van de onderzoeken en krukken. De patiënten worden in twee groepen verdeeld.

De eerste groep gaat bij de kinesitherapeut en de ergotherapeut. Die zullen jou een aantal basisvaardigheden aanleren zoals trappen lopen, in en uit bed stappen, in en uit de wagen stappen, krukken gebruiken,... Het is de bedoeling dat je de krukken, die je tijdens en na de opname zal gebruiken, op dat moment meebrengt. De kinesitherapeut controleert de krukken op hun degelijkheid en stelt ze af op jouw maat. Krukken kan je huren bij het ziekenfonds.

De andere groep wordt door de verantwoordelijke verpleegkundige opgevangen die jouw opnamemap overloopt, medische gegevens naziet en medicatie controleert. Desgevallend kan er contact opgenomen worden met de anesthesist bij onduidelijkheden.

### 5.4. Thuiszorg

De standaardduur van het verblijf in het ziekenhuis is vastgelegd door het RIZIV\*, op basis van de aard van jouw aandoening en gezondheidstoestand. Dit kan variëren per patiënt. Indien de verblijfsduur onvoldoende is om een goed ontslag naar huis te waarborgen, bestaat de mogelijkheid tot een verlengde opname op de afdeling revalidatie.

Een goede voorbereiding van je thuiskomst is van groot belang. Je kiest zelf, eventueel in samenspraak met de huisarts, een kinesitherapeut



voor de verdere behandeling thuis. Indien gewenst kan je een beroep doen op de dienst ambulante revalidatie van het AZ Oudenaarde. De sociale dienst kan ondersteuning, bemiddeling, advies en informatie bezorgen over thuiszorg (aanvraag thuisverpleging, poetshulp, gezins- en bejaardenhulp, maaltijden aan huis,...), hulpmiddelen (aanvraag ziekenhuisbed,...), herstelverblijven, kortverblijven, dagopvang en revalidatiecentra.

Tijdens je verblijf kan je nog bijkomende vragen hebben voor de sociale dienst. Aarzel niet om rechtstreeks of via de hoofdverpleegkundige contact op te nemen. De sociaal assistenten helpen je graag verder.



## 6. Opname

Afhankelijk van wat afgesproken werd, word je de avond voor de ingreep of de dag van de ingreep opgenomen. Je meldt je rechtstreeks op de afdeling algemene heelkunde aan.

Op de afdeling zal de verpleegkundige je begeleiden naar de kamer en jou de nodige peroperatieve zorgen toedienen. Om infectie te voorkomen, is het van belang dat je je de dag voordien grondig wast met zeep.

### 6.1. Wat breng je mee ?

- Identiteitskaart en hospitalisatieverzekeringsdocumenten
- Leesbril
- Slaapkledij en toiletgerief
- Comfortabele kledij
- Gesloten pantoffels of sportschoeisel
- Krukken (te huur bij de mutualiteit)
- Thuismedicatie in originele verpakking
- Formulier 'verzoek tot ingreep'
- Peroperatieve uitslagen, indien niet in het ziekenhuis uitgevoerd.
- Anti-flebitiskousen (steunkousen), indien je deze reeds bezit.
- Tandprothesen, juwelen, nagellak en make-up worden verwijderd.
- Waardevolle voorwerpen laat je best thuis.

### 6.2. Bezoek

Ter bevordering van een goede en intensieve revalidatie, worden in de loop van de dag twee oefensessies gepland, onderbroken door een noodzakelijke en verdiende rustpauze tijdens de middag. Er is doorlopend bezoek tussen 14u en 20u, maar door het drukke revalidatieschema is het best om het bezoek tot een minimum te beperken. Jouw partner is welkom op de kamer, tijdens de normale bezoeken.



### 6.3. Anesthesie\*

De anesthesist is de arts die instaat voor de narcose\* tijdens de ingreep. De arts zal in samenspraak met jou beoordelen welk type anesthesie het meest geschikt is; een narcose of een epidurale verdooving\*.

Bij de epidurale verdooving of ruggenprik\* worden enkel de benen verdoofd. Er wordt eventueel een slaapmiddel toegediend, maar je blijft spontaan ademen.

Een volledige narcose brengt je in een toestand van diepe slaap. Je wordt beademd door een beademingstoestel.

Tijdens de peroperatieve sessies – of eventueel voor de ingreep - kan je nog vragen stellen aan de anesthesist. Desgevallend herinner je de anesthesist eraan dat je normaal bloedverdunnende medicatie inneemt.

### 6.4. De pijnstilling

De pijnmedicatie wordt de eerste 24 uur voorgeschreven door de anesthesist en via een infuus toegediend. Nadien wordt de pijnmedicatie in de vorm van pillen verder gegeven.

### 6.5. De operatie

Voor de ingreep mag er zeker 6 uur voordien niet meer gegeten worden, maar er mag wel tot 2 uur voor de ingreep heldere dranken (zwarte koffie, water,...) gedronken worden.

Ongeveer een uur voor de operatie brengt de ziekenvervoerder je naar de operatiezaal waar de verpleegkundige je begeleidt naar de operatietafel. Eerst wordt een infuus geplaatst. De ingreep duurt gemiddeld 1 uur. De operatiewonde wordt beschermd door pleisters. Het kan voorvallen dat de wonde nalekt. Dit is een normaal en tijdelijk fenomeen dat spontaan stopt.





## 6.6. Medicatie

Om het infectierisico te vermijden, krijg je tijdens de eerste 24 uur antibiotica toegediend. Na 24 uur wordt het infuus verwijderd en pijnstillende medicatie in de vorm van pillen ver gegeven. Gedurende 4 weken na de ingreep krijg je inspuitingen in de buikwand om een trombose te voorkomen, tenzij je reeds voor de ingreep bloedverdunnende medicatie nam.

## 6.7. Na de operatie



**Figuur 11:**  
Radiologisch beeld  
van het nieuwe  
heupgewricht

Na de ingreep wordt een radiografie genomen. In de loop van de dag helpen de verpleegkundige en kinesitherapeut je uit bed naar de zetel en begeleiden je bij de eerste stappen.

Je mag het geopereerde been onmiddellijk belasten met behulp van krukken. De dag na de ingreep wordt het infuus verwijderd. Onder leiding van de kinesitherapeut en ergotherapeut zet je de revalidatie verder en wordt jouw ontslag naar huis of revalidatie vastgelegd, meestal 1 à 2 dagen na de ingreep.



## 7. Ontslag

De huisarts wordt in kennis gesteld van jouw ontslagdatum. Hij zal de thuiszorg desgewenst verder coördineren.

Indien er uitwendige hechtingen gebruikt werden, worden die na 2 weken door de thuisverpleging of huisarts verwijderd. Indien de hechting onderhuids is, moeten er geen hechtingen verwijderd worden. Bij ontslag uit het ziekenhuis zal je over de nodige voorschriften beschikken voor medicatie, thuisverpleging en kinesitherapie aan huis.

Tevens wordt een datum afgesproken voor een controleafspraak bij de chirurg, 6 weken na de ingreep.

Het is ten stelligste aangeraden om thuis de aangeleerde oefeningen zorgvuldig te onderhouden. De revalidatiearts en paramedici zullen jou aangeven welke oefeningen het meest aangewezen zijn en met welke frequentie je deze best beoefent.

Indien je volgende klachten ondervindt, moet je contact opnemen met de huisarts :

- kortademigheid
- pijn in de borst bij het ademen
- glanzend, dik onderbeen
- koorts
- roodheid van de wonde



## 8. Revalidatie

### 8.1. Week voor de operatie: voorbereiding

Tijdens de informatiebijeenkomst maak je kennis met de kinesitherapeut en de ergotherapeut. Het is de bedoeling dat je na de operatie zo snel mogelijk terug actief bent en zij zullen je daarbij helpen.

Je krijgt vooraf aangeleerd hoe je best in en uit bed stapt, hoe je met krukken de trap op en af stapt,... er worden een aantal leefregels uitgelegd (zie ook achteraan in dit boekje).

Jouw thuissituatie wordt besproken zodat eventuele hulpmiddelen vooraf kunnen aangeboden worden. Aan de hand van de resultaten van de testen van je beweeglijkheid en kracht zal worden nagegaan welke mogelijkheden er zijn. Breng dus jouw krukken mee naar de bijeenkomst zodat deze op de juiste lengte kunnen worden gezet en ermee geoefend kan worden.

### 8.2. Opname: dag per dag

#### 8.2.1. DAG 0 (dag van de operatie)

De ergotherapeut komt bij jou langs om de leefregels die eerder werden aangeleerd en die ook in het boekje staan, te overlopen. De kinesitherapeut zal vóór de operatie je ademhaling controleren en circulatie-oefeningen voor de benen (oef. 1) aanleren. Daarnaast worden ook oefeningen voor de bovenbeenspieren (oef. 2 en 3) aangeleerd. Afhankelijk van het tijdstip van de operatie komt de kinesitherapeut voor of na de operatie langs. Na de operatie mag je met behulp van de kinesitherapeut en de ergotherapeut uit bed komen. Je mag direct met je volle gewicht op het geopereerde been steunen (oef.5). De ergotherapeut zal ook de correcte werkwijze hiervoor aanleren. (tr.1) Voorzie gesloten pantoffels (liefst met antislipzolen) en vergeet je krukken niet.



### 8.2.2. DAG 1 (dag na de operatie) en DAG 2

Dag 1 wordt gestart met een volledig oefenschema, samengesteld door de kinesitherapeut. Dit schema bevat circulatie-oefeningen, spierversterkende oefeningen, elektrostimulatie, passieve mobilisaties en ademhalingsoefeningen. De actieve oefeningen worden uitgebreid met het optrekken van de knie in de richting van de borst (oef. 4).

Vanaf dag 1 vindt de therapie plaats in de oefenzaal. De ergotherapeut zal, eventueel met hulp van de kinesitherapeut, helpen om met krukken te stappen (oef. 5). Transfers\* worden ook ingeoeffend (tr.2).

Van de kinesitherapeut krijg je een standaard oefenpakket. Sommige patiënten kunnen het ziekenhuis verlaten op dag 1.

Zo nodig op dag 2 wordt dit pakket uitgebreid met volgende oefeningen: het strekken van de knie in zit (oef.6), het heffen van het been in zit (oef.7) en het naar buiten draaien van de knie in zit (oef.8).

### 8.2.3. DAG 3 en verder

Indien nodig kan je verlengd verblijven op de revalidatie-afdeling waar de oefeningen worden voortgezet.

## 8.3. Terug thuis

Voor verdere revalidatie na het ziekenhuisverblijf, heb je volgende mogelijkheden :

- Je vraagt een kinesist aan huis.
- Verwittig voor je naar het ziekenhuis komt de kinesitherapeut. De arts in het ziekenhuis verstrekt een voorschrift.
- Je hebt ook de mogelijkheid om ambulantly naar het ziekenhuis te komen voor verdere revalidatie.
- Je kan op de revalidatie-afdeling verblijven waar je intensief revalideert.



## 8.4. Oefenschema

X = oefening die je mag uitvoeren




Omschrijving oefening	Dag 0	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Voeten bewegen (oef. 1)	x	x	x	x
Bilspier aanspannen (oef. 2)	x	x	x	x
Bovenbeenspier aanspannen (oef. 3)	x	x	x	x
Knie optrekken in de richting van de borst (oef. 4)	x	x	x	x
Stappen met loopkader of krukken (oef. 5)	x	x	x	x
Knie strekken in zit (oef. 6)			x	x
Been heffen in zit (oef. 7)			x	x
Knieën naar buiten in zit (oef. 8)			x	x
Transfer: in en uit de zetel (tr.1)	x	x	x	x
Transfer: in en uit bed (tr.2)	x	x	x	x
Transfer: trap op en af (tr.3)				x
Been naar buiten bewegen (oef.9)				x
Been naar achter bewegen (oef.10)				x



Been gebogen opheffen (oef. 11)				x
Fietsen (oef. 12)				x

### 8.4.1. Oefeningen

De geopereerde heup wordt steeds aangeduid met een gele stip.

Oef. 1		<p>Voeten optrekken en wegduwen.</p> <p>Alleen de voeten bewegen, de benen blijven stil liggen.</p>
Oef. 2		<p>Uitgestrekt in ruglig liggen en de bilspieren opspannen.</p>
Oef. 3		<p>Het been gestrekt neerleggen, waarbij je de knieholte naar beneden drukt en zo de bovenbeenspieren aanspant.</p>



Oef. 4



De knie rustig optrekken in de richting van de borst.

Niet verder dan 90° buigen in de heup.

Oef. 5



Stappen met een loopkader of 2 krukken.


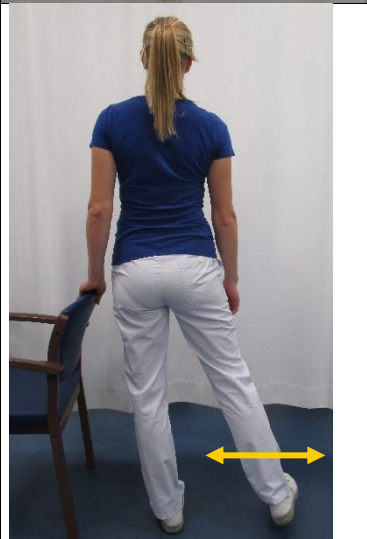
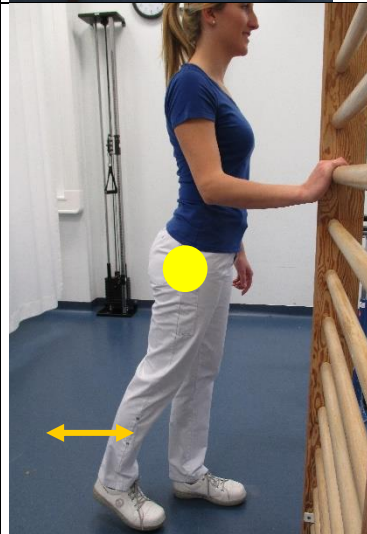
Het loopkader vooruit plaatsen, steun nemen op het loopkader en daarbij het geopereerde been een stap naar voren brengen. Daarna het niet-geopereerde been bijplaatsen.



Oef. 6	 A woman with blonde hair, wearing a blue t-shirt and white pants, is sitting on a wooden chair. She is smiling and looking towards the camera. Her legs are extended straight out in front of her, demonstrating a knee extension exercise.	Vanuit een zittende positie de knie strekken.
Oef. 7	 A woman with short brown hair, wearing a white medical uniform, is sitting on the edge of a bed. She is looking directly at the camera. Her right leg is bent at a 90-degree angle, with her foot flat on the floor. A yellow arrow points upwards from the floor towards her knee, indicating the direction of the lift. Her left leg is also bent at a 90-degree angle, with her foot flat on the floor.	Vanuit een zittende positie, de knie een beetje heffen. De voet komt juist van de grond.  Opgelet! Niet verder dan 90° buigen in de heup.





Oef. 8		<p>Vanuit een zittende positie, de knie naar buiten brengen. De voeten blijven op de grond tegen elkaar staan.</p>
Oef. 9		<p>Neem met beide handen een goede steun. Breng het geopereerde been zijwaarts.</p>
Oef. 10		<p>Neem een goede steun en breng het geopereerde been gestrekt naar achteren.</p>



<p>Oef. 11</p>		<p>Neem een goede steun en hef het geopereerde been geplooid op.</p> <p>Opgelet! Niet verder dan 90° buigen in de heup.</p>
<p>Oef. 12</p>		<p>Fietsen</p>



## 8.4.2. Transfers

Tr.1		<p>Transfer : in en uit de zetel.</p> <p>Kijk eerst of de zetel vast staat, zo niet, zet hem dan vast.</p> <p>In de zetel: Plaats de 2 handen op de armleuning. Zet het geopereerde been vooruit, het niet-geopereerde been mag blijven staan. Ga zachtjes neersitten (niet ploffen) of steun op het niet-geopereerde been om recht te staan.</p> <p>Uit de zetel: ga omgekeerd te werk</p>
Tr.2		<p>Transfer : trap op en af</p> <p>Trap op : Zet het niet-geopereerde been een trede hoger. Neem de leuning hoger vast.</p>





Steun op de leuning en op het niet-geopereerde been.

Zet het geopereerde been en de kruk samen een trede hoger.

Trap af :

Zet het geopereerde been en de kruk samen een trede lager.

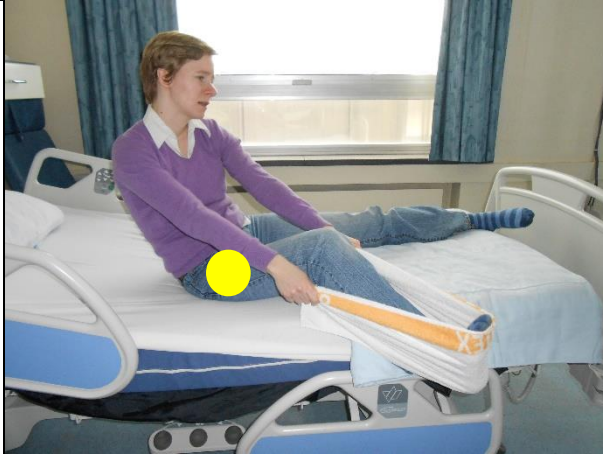
Neem de leuning lager vast.

Zet het niet-geopereerde been bij.

Indien je een tweede kruk nodig hebt bij het stappen, hou die dan horizontaal om ze mee te nemen.



Tr.3



Transfer: in en uit bed

uit bed:

Laat een handdoek in het bed liggen.

Steek de handdoek onder de voet van het geopereerde been.

Trek met beide handen aan de handdoek naar boven en naar buiten zodat het been uit bed komt.

Verplaats ook het niet-geopereerde been uit het bed.

Schuif vooruit tot op de rand van het bed zodat de 2 voeten de grond raken.

Zet het geopereerde been vooruit. Het niet-geopereerde been mag blijven staan.

Steun op de 2 handen en het niet-geopereerde been om recht te staan

In bed: ga omgekeerd te werk

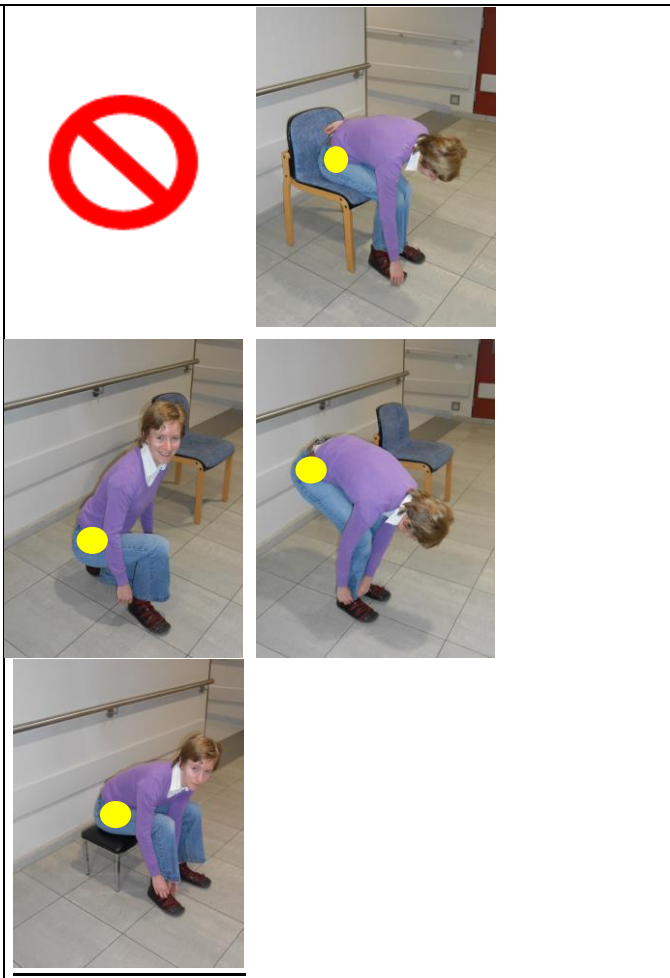



## 8.5. Maatregelen om luxatie te vermijden

Gedurende zes weken na de operatie is het belangrijk dat je een aantal zaken in acht neemt, zodat je voorkomt dat je heupprothese uit de kom schiet.

1		<p>De benen dienen altijd enigszins gespreid te worden, zowel in zit als in lig.</p> <p>Ook bij het slapen op de zij, mag het geopereerde been niet over het andere been vallen. Daarom is het aan te raden om bij het slapen op de zij een kussen tussen de knieën te steken.</p>
2		<p>Je mag <u>niet</u> met de benen over elkaar gaan zitten.</p>



<p>3</p>		<p>De heup mag <u>niet</u> meer dan 90° (= een rechte hoek) gebogen worden.</p> <p>Dit wil zeggen dat je de knie <u>niet</u> naar de neus toe mag trekken; dat je op geen enkele manier mag hurken of bukken vanuit zit; dat je <u>niet</u> op een te lage stoel mag plaatsnemen; dat je zelf je schoenen en kousen <u>niet</u> mag aantrekken en dat je beter <u>niets</u> opraapt van de grond.</p>
<p>4</p>		<p>Je mag bij het steunen op het geopereerde been, <u>geen</u> draaibeweging maken.</p> <p>Bij het stappen moet je erop letten dat je bij het omdraaien kleine stapjes neemt zodat je voeten <u>niet</u> gedraaid staan.</p>



## 8.6. Hulpmiddelen

Er bestaan een aantal hulpmiddelen die het leven met een heupprothese vergemakkelijken. Bij de thuiszorgwinkels van de mutualiteiten kan je deze hulpmiddelen huren of kopen. Best regel je dit vóór de ingreep via de sociale dienst van het ziekenhuis.

- Een ziekenhuisbed

Wanneer je nog moeite hebt om de trap op en af te gaan of je bed thuis te laag is, kan een ziekenhuisbed een oplossing bieden. Je kan je bed ook op een verhoog laten zetten, zodat het bed hoger staat.

- Een toiletverhoog

Wanneer je nog moeite hebt om recht te staan en te gaan zitten of het toilet is te laag, dan kan een verhoog handig zijn. Het verhoog kan op het eigen toilet geplaatst worden en is 10 cm of 12 cm hoog.

- Een douchestoel en antislipmat

Om uitglijden te vermijden kan het handig zijn om al zittend een douche te nemen. Leg voor de veiligheid een antislipmatje.

- Een lange schoenlepel

Wanneer je zelf je schoenen wil aantrekken, doe je dat met een lange schoenlepel. Bij een korte schoenlepel buig je te ver voorover om bij je voeten te kunnen.

- Een extra trapeuning

Zorg dat je ten minste op één kant een vaste trapeuning hebt. Is die er niet, dan kan je die laten monteren.

- Een helping-hand

Dit is een lange stok om lichte voorwerpen van de grond op te rapen. Hij is gemaakt van aluminium en heeft één vaste en één beweegbare grijparm.





Op de top is er een magneetje voor het opnemen van kleine metalen voorwerpen.

- Een personensysteem

Dit is een alarmsysteem zodat je iemand kan verwittigen wanneer je dringende hulp nodig hebt.

- Een voeten- en tenenwasser

De eerste 6 weken mag je de heup niet verder dan 90° buigen waardoor je moeilijk aan je voeten kan. Een voeten- en tenenwasser kan hierbij een hulpmiddel zijn.

## 8.7. Vraag en antwoord

1.		<p><u>Kan ik iets van de grond rapen?</u></p> <p>Neem steun met één hand (op een tafel of stoel). Steek het geopereerde been naar achter (zorg ervoor dat de hoek van de heup groter is dan 90°). Steun op het niet-geopereerde been en buig door de knie om het voorwerp op te rapen. (Je kan ook gebruikmaken van een 'helping-hand', zoals vermeld in de lijst hulpmiddelen).</p>
----	--	--



2.



Hoe geraak ik op een veilige manier in en uit de auto?

In de auto:

Laat een kussen op de autozetel liggen.

Plaats één hand op de zetel en één hand op het dashboard van de auto. Ga zachtjes zitten.

Draai het ene been eerst volledig naar binnen, dan pas het andere been.

Uit de auto stappen: ga omgekeerd tewerk.

Als je het moeilijk vindt om op eigen spierkracht te draaien, laat dan een plastic zak op de autozetel leggen zodat draaien vlotter gaat.



### 3. Vanaf wanneer mag ik weer autorijden?

Wanneer de orthopedisch chirurg toestemming geeft en wanneer je zelf voelt dat je controle hebt over beide voeten, kan je weer autorijden.

### 4. Hoe vaak mag/moet ik de oefeningen thuis doen?

Iedere oefening mag 5 tot 10 keer herhaald worden. Vind zelf geen nieuwe oefening uit! Bespreek de oefening eerst met de kinesitherapeut thuis.

### 5. Vanaf wanneer kan ik terug gaan werken?

De adviserend geneesheer wordt, best vóór de ingreep, op de hoogte gesteld worden van de ingreep. De terugkeer naar het werk zal dan soepeler verlopen. Hij bepaalt wanneer je er klaar voor bent.

### 6. Mag ik thuis naar toilet gaan of heb ik een toiletstoel of verhoog nodig?

Je kan thuis een gewoon toilet gebruiken. Als het gaan zitten of rechtstaan moeilijk gaat, kan je een verhoog laten installeren of een toiletstoel gebruiken (zie lijst hulpmiddelen).

### 7. Moet mijn partner van kant verwisselen in bed of moet ik mijn bed verplaatsen zodat ik langs de twee kanten toegang heb?

Als je de methode zoals bij de transfers beschreven gebruikt, moet jouw partner niet van kant wisselen. In het ziekenhuis wordt de thuissituatie zoveel mogelijk nagebootst bij het inoefenen.

### 8. Hoe kan ik me het best wassen en kleden?

Ga bij wassen en kleden zoveel mogelijk op een stoel zitten. De eerste zes weken na de ingreep kan je niet zelf de voeten wassen, tenzij je een hulpmiddel gebruikt (zie lijst met hulpmiddelen). Hetzelfde geldt voor het aantrekken van kousen en schoenen. Na zes weken kan dit al zelfstandig.



9. Kan ik me nuttig maken in de keuken? (afwas – strijk – stofzuigen - dweilen)

Steun niet te lang op de 2 benen. De eerste 6 weken na de ingreep kan je ook steeds op de achterzijde van de leuning van een stoel steunen als het te belastend is voor de heup. Nadien lukt het zonder.

10. Kan ik in de tuin werken?

Tuinieren is af te raden zolang je met krukken stapt. Daarna moet je bij elke activiteit rekening houden met het geopereerde been. Als je bv. steeds op de knie zit van het geopereerde been, zo heb je een goeie steun op het niet-geopereerde been om terug recht te staan.



## 9. Alfabetische lijst van de meest gebruikte termen en afkortingen

- Anesthesie:

Verdooving waarbij alle pijnprikkels worden uitgeschakeld.

- Artrose:

Slijtage van een gewricht. Het kraakbeen verdwijnt en het gewricht kan pijnlijk worden.

- Aseptische heupkopnecrose:

Ziekte waarbij de doorbloeding (voeding) van de heupkop plots verstopt. Hierdoor sterft de heupkop af. Dit leidt tot artrose.

- Blaassonde:

Buisje dat in de blaas wordt geplaatst om de urine op een gecontroleerde wijze af te voeren in een zakje.

- Cup:

Deel van de totale heupprothese dat in de heuppan wordt geplaatst. Bij de totale heupprothese wordt er nog een insert ingeklikt.

- Diepe veneuze trombose (DVT):

Klontervorming van bloed in een ader.

- Drains:

Buisjes die in de wonde overtollig bloed en vocht opzuigen.

- Embolie:

Bloedklonter die loskomt en via de aders naar een ander deel van het lichaam gaat en daar de doorbloeding onderbreekt.



- Epidurale verdoving of ruggenprik:  
Anesthesie van het onderlichaam door een inspuiting in de rug.
  
- Ergotherapie:  
Therapie om door spel, arbeid en oefening bepaalde spierfuncties te activeren.
  
- Flebitis:  
Ontsteking van de aders waarbij klontervorming van bloed kan ontstaan.
  
- Gewrichtskapsel:  
Weefselmof rondom het gewricht die een smeerstof produceert, teneinde de wrijvingen in het gewricht te minimaliseren.
  
- Heupgewricht:  
De heupkop en de heuppan vormen het heupgewricht in de lies.
  
- Heupkop:  
Deel van het heupgewricht dat deel uitmaakt van het dijbeen.
  
- Heuppan:  
Deel van het heupgewricht in het bekken.
  
- Insert:  
Wordt in de metalen heuppan geklikt bij een totale heupprothese. Hierdoor verkleint de diameter van de metalen heuppan tot de maat van het heupkopje van de totale heupprothese.
  
- Kruisproef:  
Labotest om te bepalen of een bepaalde bloedvoorraad geschikt is voor de patiënt die de kruisproef liet uitvoeren.



- Mini-lavement:

Toediening van een vloeistof in de aars om de darm te reinigen.

- Luxatie:

Ontwrichting. De heupkop schiet uit de heuppan.

- Narcose:

Verdoving waarbij alle pijnprikkels worden uitgeschakeld.

- Paramedici:

Iemand die een paramedisch beroep (met de geneeskunde samenhangend zonder er echt toe te behoren) uitoefent.

- Pijnpomp:

Toestel dat voortdurend een hoeveelheid pijnstillende medicatie vrijgeeft in de bloedbaan of in de ruggengraat.

- Peroperatief:

De periode voorafgaand aan de ingreep.

- Resurfacing:

Nieuwe heup waarbij de heuppan wordt vervangen en de heupkop wordt bedekt door een metalen kapje.

- Revalidatie:

Het aanleren van de basisvaardigheden na ingreep, ziekte of ongeval varieert sterk naarmate het type letsel.

- Riziv:

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.



– Stem:

De steel van de totale heupprothese die in het dijbeen wordt geplaatst.

– Transfer:

Verplaatsen van de zetel naar stand, bed naar zetel, trappen lopen.

– Transfusie:

Toedienen van bloed of bloedderivaten via een infuus (baxter) in de bloedbaan.

– Totale Heupprothese (THP):

Nieuwe heup waarbij heuppan en heupkop worden vervangen.





## 10. Slot

Deze brochure heeft als doel jou op een bevattelijke wijze alle essentiële informatie aan te bieden omtrent de ingreep die je zal ondergaan en stelt je in de mogelijkheid om dit alles thuis nog eens rustig door te nemen. Uiteraard bevat deze brochure enkel de basisinformatie waarbij ernaar gestreefd wordt jou zo goed mogelijk in te lichten over alle aspecten van de ingreep en de herstelperiode. Het spreekt voor zich dat daaromtrent nog andere vragen kunnen rijzen. Zowel vóór, tijdens, als na de ingreep staan de chirurg, huisarts, verpleegkundigen en paramedici\* ter beschikking voor het beantwoorden van al jouw vragen.

Meer algemene informatie kan je eveneens vinden op de website van het ziekenhuis ([www.azoudenaarde.be](http://www.azoudenaarde.be)) of via [www.orthopedie-vlaamseardennen.be](http://www.orthopedie-vlaamseardennen.be).

Het succes van de ingreep en het optimaal herstel hangen af van vele factoren. Door subspecialisatie heeft de chirurg een bijzondere bekwaamheid verworven in het plaatsen van heupprothesen. Tevens wordt, door een goede multidisciplinaire samenwerking, het herstel bespoedigd waardoor je sneller en beter jouw activiteiten kan hervatten. Tot slot maakt jouw persoonlijke motivatie een niet te miskennen en belangrijk onderdeel uit van een geslaagd herstelproces.



## 11. Lijst met nuttige telefoonnummers

Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde  
Minderbroedersstraat 3  
9700 Oudenaarde  
Algemeen nummer: 055/33 61 11

Secretariaat orthopedie: 055/33 67 45  
Dienst orthopedie: 055/33 66 00  
Dienst revalidatie: 055/33 68 00  
Spoedgevallen: 055/33 63 55  
Sociale dienst : 055/33 66 46  
Radiologie: 055/33 67 51  
Labo: 055/33 67 31  
Secretariaat inwendige ziekten: 055/33 67 61  
Ambulante kinesitherapie in het ziekenhuis: 055/33 64 01

### Contact:

#### Orthopedisch chirurg:

Dr. Van Innis B.  
Dr. De Vos J.

#### Fysiotherapeuten:

Dr. Vanelstraete S.  
Dr. Vandenecker K.  
Dr. Decock M.

#### Hoofdverpleegkundige dienst orthopedie:

Vicky Spileers

#### Hoofd kinesitherapie:

Katrijn Ackaert



**Sociaal assistente:**

Aurélie Delouvroy

Bij vragen na het lezen van de brochure, stel ze vragen gerust aan het team. Wij wensen je veel succes en een spoedig herstel!



## 12. Wat mag ik niet vergeten?

Peroperatieve onderzoeken: (bloeddruk, ECG, bloedonderzoek,...)

Afspraak huisarts preoperatieve onderzoeken :

Infosessie1 :

Infosessie 2 :

Bloedafname labo ziekenhuis (kruisproef) :

Afspraak kinesist aan huis :

Afspraak verpleegkundige aan huis :

Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde

Minderbroedersstraat 3

9700 Oudenaarde

Algemeen nummer: 055/33 61 11

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

Lay-out en fotografie: Meuleman Liesbet

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.





**Heb je nog vragen  
of opmerkingen  
over deze brochure?  
We houden graag  
rekening met jouw  
suggesties!**

## **AZ Oudenaarde vzw**

**AZ OUDENAARDE**  
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

**T** 055 33 61 11 - **F** 055 33 66 95

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

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

AZO/REV/196

Laatst aangepast op 29/06/2023

V.U.: AZ Oudenaarde