



Openen van de peesplaat aan de buitenzijde van de heup (fenestratie van de tractus iliotibialis)

Openen van de peesplaat aan de buitenzijde van de heup (fenestratie van de tractus iliotibialis)

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).

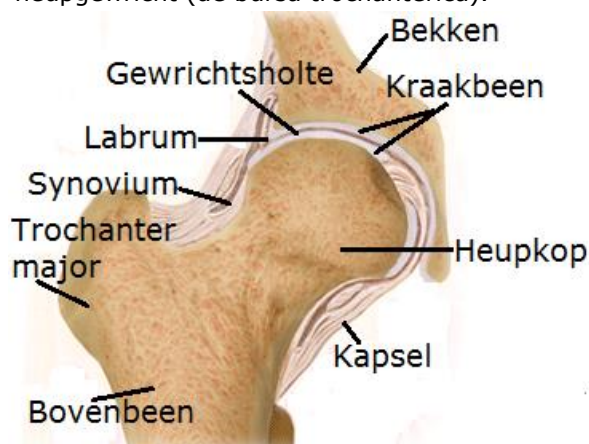


Fig.1: anatomie van het heupgewricht

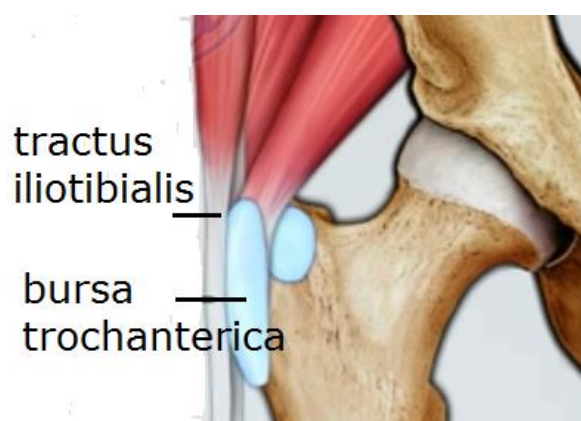


Fig.2: lokatie van bursa trochanterica

Slijmbeurs ontsteking van de heup (bursitis trochanterica)

Vaak is de oorzaak van een slijmbeurs ontsteking van de heup onduidelijk, soms ontstaat het ten gevolge van een letsel (bijvoorbeeld een val op de heup), een standsafwijking van het heupgewricht, een beenlengteverschil, na eerdere operatie (bijvoorbeeld een totale heupprothese) of door chronische overbelasting. De ontstoken slijmbeurs veroorzaakt pijn bij op de heup liggen en bij lopen. Vaak straalt de pijn via de buitenzijde van het bovenbeen door richting de knie.

Het doel van de operatie is om de pijn te verminderen/weg te nemen. Dit wordt bereikt door de ontstoken slijmbeurs te verwijderen en de tractus iliotibialis in te snijden waardoor deze minder strak over de trochanter major loopt en er minder kans bestaat op het terugkomen van de slijmbeursontsteking. Er is slechts beperkte wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de resultaten van deze behandeling. Globaal kan gesteld worden dat de operatie leidt tot aanzienlijke vermindering van pijn en een duidelijke verbetering van functionaliteit. Het merendeel (ongeveer 90-95% van de patiënten is tevreden met het resultaat van de operatie en 70-95% van de patiënten zou de operatie opnieuw willen ondergaan indien nodig.

Operatie

De operatie kan middels een kijkoperatie of middels een "open procedure" verricht worden. Er is geen wetenschappelijk bewijs dat de resultaten met een kijkoperatie beter of slechter zijn dan de resultaten behaald met een "open procedure".

- *Kijkoperatie:* er worden twee incisies van ongeveer 2 cm aan de zijkant van de heup gemaakt. Er wordt een glasvezel kijkbuis (arthroscoop) in de ruimte tussen de tractus iliotibialis en de trochanter major gebracht, die aangesloten is op een camera. De beelden worden zichtbaar op een monitor. Via de andere incisie wordt instrumentarium ingebracht waarmee de slijmbeurs kan worden verwijderd. Via een 3^e incisie wordt de tractus iliotibialis onder camerazicht ingesneden zodat deze minder strak over de trochanter major loopt. De wondjes worden gesloten met een hechting en er worden pleisters aangelegd. Vaak wordt ook een heupverband aangelegd.
- *"Open procedure":* er wordt een incisie van ongeveer 10 cm aan de zijkant van de heup gemaakt. De tractus iliotibialis wordt ruitvormig geopend op de plek waar deze strak over de trochanter major loopt. De slijmbeurs wordt verwijderd. De wond wordt gesloten met hechtingen en er wordt een pleister aangelegd. Vaak wordt ook een heupverband aangelegd.

Vorbereiding

- *Hulpmiddelen:* na de operatie loopt u met krukken zolang u het gevoel hebt deze nodig te hebben. De krukken dient u voorafgaand aan de operatie te verzorgen (via bijvoorbeeld een thuiszorgwinkel) en mee te nemen naar de operatielocatie.
- *Medicatie & pleisters:* voorafgaand aan de operatie heeft u een recept voor pijnstillers, pleisters en eventueel een maagbeschermer thuis gestuurd gekregen. Deze medicatie en pleisters 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.
- *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. Aangepast vervoer is niet nodig. Ook thuis heeft u de eerste nacht een begeleider nodig.
- *Wondzorg:* Vaak produceert de wond de eerste dagen wat bloed en/of wondvocht. Zolang dit het geval is plakt u er een pleister over. 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 heup/het bovenbeen kan na de operatie enkele weken wat gezwollen zijn.
- *Medicatie:* U gebruikt paracetamol 1000mg 4x per dag. Hiernaast mag u de voorgeschreven pijnstillers (i.h.a. diclofenac 50mg) 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:* het been is direct na de operatie volledig belastbaar. De krukken worden afgebouwd op geleide van de klachten. 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 is een nabloeding/ophoping van wondvocht (4-20%). Verdere mogelijk optredende complicaties zijn infectie, trombosebeen en/of wondhelingsstoornissen;
 - bij ongeveer 10% van de patiënten komen de klachten terug.
- *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. Fox, JL. The Role of Arthroscopic Bursectomy in the Treatment of Trochanteric Bursitis. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery* 2002; 18(7): E34, p.1-4.
2. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
3. Lustenberger et al. Efficacy of Treatment of Trochanteric Bursitis: A Systematic Review. *Clin J Sport Med* 2011; 21(5): p.447-53.
4. Strauss et al. Greater trochanteric pain syndrome. *Sports Med Arthrosc Rev* 2010; 18: p.113-9.

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