

Een enkelprothese

INLEIDING

De orthopedisch chirurg heeft met u besproken dat u in aanmerking komt voor een enkelprothese. In deze folder kunt u lezen wat dat inhoudt. De informatie is algemeen van aard. Als u naar aanleiding hiervan nog vragen hebt over uw persoonlijke situatie, dan kunt u deze bij uw volgende bezoek aan de arts stellen. U kunt uw vragen ook opschrijven en meenemen.

HET ENKELGEWRICHT

Het enkelgewricht maakt beweging mogelijk tussen het onderbeen en de achtervoet en wordt ook wel het bovenste spronggewricht genoemd. Het enkelgewricht bestaat uit drie botstukken. Dat zijn de uiteinden van het onderbeen: het scheenbeen (tibia), het kuitbeen (fibula) en één botstuk uit de achtervoet, het sprongbeen. Het onderste spronggewricht ofwel voetwortelgewricht wordt gevormd door twee gewrichtsvlakken onder het sprongbeen en twee gewrichtsvlakken aan de bovenzijde van het hielbeen.

Een gezond enkelgewricht maakt bewegingen in verschillende richtingen mogelijk. Zo kan de voet 20° omhoog bewegen en 30° naar beneden. Ter hoogte van het onderste spronggewricht kan de voet 30° naar binnen draaien en 20° naar buiten.

OORZAKEN VAN ENKELPROBLEMEN

Pijnklachten van het enkelgewricht ontstaan doorgaans door slijtage (arthrose) van het enkelgewricht. Deze arthrose kan het gevolg zijn van reumatische gewrichtsontstekingen. Arthrose komt ook voor bij vroeger doorgemaakte enkelfracturen, vooral als het fractuur in een afwijkende stand is geheeld. Verder kan er artrose ontstaan na veelvuldig 'zwikken' van de enkel waardoor de enkelbanden door onvoldoende werking overrekt zijn (chronische enkelbandinsufficiëntie). Gewoonlijk worden deze pijnklachten eerst conservatief behandeld. Dat wil zeggen met behulp van pijnstillers en een steunzool of steunkous.

INDICATIE VOOR EEN ENKELPROTHESE

Als conservatieve therapie onvoldoende helpt kan een operatieve ingreep nodig zijn om de pijnklachten te verhelpen. Er kan worden gekozen voor het vastzetten van de enkel (arthrodese). Arthrodese wordt op dit moment veelal gezien als een standaard behandeling. Als deze operatie succesvol is ontstaat hiermee een pijnvrije en goed belastbare situatie. Dit gaat echter ten koste van de beweeglijkheid van het gewricht, wat op langere termijn tot klachten van overbelasting in de voetwortel kan leiden. De beweeglijkheid van de enkel kan behouden blijven door het plaatsen van een enkelprothese. Met de 2^e generatie prothesen zijn goede middellange termijnresultaten beschreven. Een belangrijke voorwaarde daarbij is, dat er tijdens de operatie ook een goede stand van de enkel en de achtervoet bereikt kan worden.

Om voor een operatie in aanmerking te komen gelden de volgende indicaties:

- Het enkelgewricht reageert niet op conservatieve behandeling;
- De röntgenfoto laat een duidelijk aangetast enkelgewricht zien;
- De pijn is van dien aard dat lang staan (meer dan 15 minuten) zonder steun niet mogelijk is, het lopen beperkt is tot minder dan 1000 meter en er, ook in rust, sprake is van pijn.

In onderstaande situaties is er sprake van contra-indicaties, waardoor men niet in aanmerking komt voor een enkelprothese:

- Als er sprake is van een infectie in het operatiegebied of elders;
- Bij een slechte doorbloeding;
- Bij een ernstig tekort aan botsubstantie in het te opereren gebied;
- Bij niet behandelbare afwijkingen aan de heup of het kniegewricht;
- Bij niet te corrigeren standsafwijkingen van de enkel of de voetwortel.

WAARUIT BESTAAT DE PROTHESE?

De enkelprothese heeft een mobiel lager en bestaat uit een drietal onderdelen: een metalen tibiacomponent, (boven) een metalen taluscomponent (onder) met daartussen een lager van polyethyleen.



De tibiacomponent wordt in het scheenbeen geplaatst en de taluscomponent op het sprongbeen. Het polyethyleen lager maakt een vrije beweging mogelijk en is er in verschillende diktes, zodat, door gebruik te maken een zo dik mogelijk lager, de enkelbanden goed op spanning gebracht kunnen worden.

Het maximale bewegingstraject van de prothese is 60° buigen (flexie-extensie) en 30° draaien (axiale rotatie). Het grote contact tussen de onderdelen van de prothese vermindert de kans op slijtage van de prothese. De spanning van de enkelbanden geven de enkel de benodigde stabiliteit.

PEDICURE

Wij verzoeken u, om in de week voorafgaande aan uw operatie, geen behandeling bij een pedicure te ondergaan. Met deze voorzorgmaatregel willen wij voorkomen dat u tijdens de operatie wondjes aan uw voeten heeft.

DE OPERATIE

Om infectie in het operatiegebied te voorkomen worden op de operatiekamer antibiotica via het infuus toegediend.



Op de operatietafel wordt het bovenbeen in een beenhouder gelegd, waarbij de knie ongeveer 60° gebogen wordt en het been zodanig naar binnen kan worden gedraaid dat de enkel en de voet recht naar voren zijn gericht.

Tijdens de operatie staat de orthopedisch chirurg aan het voeteneinde van de operatietafel. Nadat deze op de voorzijde van de enkel een incisie heeft gemaakt kan de voorzijde van het enkelgewricht vrij geprepareerd worden. Vervolgens wordt het te opereren gebied 'bloedleeg' gemaakt. Door de bloedleegte pas aan te leggen nadat het gewricht is geopend kan deze beperkt blijven tot maximaal 1½ uur.

Daarna verwijdert de arts de onderzijde van het gewrichtsvlak van het scheenbeen en streeft daarbij naar een horizontaal vlak met een kanteling van 5-7° naar voren. Nadat ook het sprongbeen pasklaar gemaakt is maakt de orthopedisch chirurg een luikje aan de voorzijde in het midden van het scheenbeen om de steel van het prothesegedeelte in het scheenbeen te kunnen plaatsen. Hierna begint het proefpassen met proefprothesen en proeflagers, waarna de definitieve prothese kan worden geplaatst. De prothese wordt cementloos geplaatst. Daarna worden de diverse lagen gehecht en een gipsverband aangelegd.

Een röntgenfoto met het vooraanzicht van een geplaatste enkelprothese.

REGISTRATIE

Uw operatiegegevens worden geregistreerd in de Landelijke Registratie Orthopaedisch Implantaten. Indien u hier bezwaar tegen heeft kunt u dit kenbaar maken aan uw behandelend specialist.

MEDICIJNEN

Het is belangrijk dat u al uw medicijnen meeneemt als u naar het vooronderzoek op de screeningspoli gaat. U kunt ook een lijstje meenemen waar uw medicijnen op staan of een geneesmiddelen paspoort, als u die heeft.

Als u bloedverdünnende medicijnen, zoals Sintrom(mitis), Marcomar, Aspirine, kinderaspirine of Ascal gebruikt, dient u dit tijdens uw bezoek aan de screeningspoli te melden. U hoort van de arts hoeveel dagen vóór de operatie u met deze medicijnen moet stoppen. Als u niet tijdig gestopt bent met bloedverdünnende medicijnen, loopt u kans dat de operatie, wegens het gevaar van mogelijke nabloedingen, niet op de afgesproken datum door kan gaan.

Met het gebruik van Ascal, Aspirine e.d. mag u in principe dóórgaan, echter het gebruik hiervan dient óók gemeld te worden.

NA DE OPERATIE

Voor de behandeling van de napijn krijgt u eerst injecties en later zepillen. Wanneer u verdoving door middel van een ruggenprik hebt gehad, krijgt u via het slangetje (katheter) in de rug pijnstilling toegediend. Hierdoor kunnen uw benen doof of gevoelloos aanvoelen. Deze katheter blijft maximaal 48 uur zitten.

Na de operatie ligt u nog enkele dagen met het geopereerde been hoog in bed. Nadat de zwelling van de enkel is afgenomen, krijgt u loopgips aan het onderbeen. Hiermee kunt u gedeeltelijk belast met krukken lopen. Na 6 weken worden het gips en de hechtingen verwijderd en start u met fysiotherapie. In het algemeen kan gesteld worden dat 3 - 4 maanden na de operatie een goed functioneel resultaat bereikt is. Het eindresultaat wordt na 6 -12 maanden bereikt.

Wanneer revalidatie in uw thuissituatie niet mogelijk is kunt u dat vooraf of tijdens uw ziekenhuisopname bespreken met een van ons maatschappelijk werkenden.

TROMBOSE PREVENTIE

Het is belangrijk te voorkomen dat u na de operatie een trombosebeen ontwikkelt. Daarom krijgt u, gedurende de eerste 6 weken, éénmaal per dag, middels een prikje, het medicijn fraxiparine toegediend. Tijdens de opname leert de verpleegkundige u hoe u de fraxiparine thuis zelf kunt toedienen.

MOGELIJKE COMPLICATIES EN RISICO'S

Zoals bij iedere operatie, zijn ook aan het plaatsen van een enkelprothese risico's verbonden. De risico's van de verdoving kunt u bespreken met de anesthesioloog of nalezen in de brochure "Onder Narcose?" Risico's van de operatie zelf zijn:

- stoornissen in de wondgenezing zoals een bloeditstorting of een wondlekkage.
- een klein risico op een wondinfectie. Om dit te voorkomen krijgt iedere patiënt tijdens de operatie antibiotica. Ook op langere termijn kan er een infectie van de enkelprothese optreden.
- een klein risico op zenuwletsel tijdens de operatie waardoor gevoelsstoornissen kunnen ontstaan.
- een klein risico op bewegingsbeperking door vorming van kapselverklevingen. Gemiddeld wordt dezelfde beweeglijkheid bereikt als voor de operatie.
- ondanks de bloedverdünnende medicijnen die u voorgeschreven krijgt is er een klein risico op het krijgen van trombose.
- een klein risico dat de prothese binnen 10 jaar los gaat zitten. Daarna neemt dat risico toe. Dit gaat meestal gepaard met pijnklachten. Ook kan er door een onnatuurlijke belasting in de loop van de tijd instabiliteit optreden.

ZELF RISICO'S BEPERKEN

Onderstaande maatregelen kunnen bijdragen om risico's te beperken:

- Voor een optimale wondgenezing moet er een goede doorbloeding in het enkelgewricht zijn. Deze doorbloeding is bij rokers niet optimaal. Daarom is het zeer belangrijk om ruim van tevoren met roken te stoppen.
- Om de enkel goed te laten genezen adviseren wij om deze tot 6 weken na de operatie niet volledig te belasten. Het nieuwe gewricht is een kunstgewricht en is daardoor altijd kwetsbaar. Zware lichamelijke inspanningen en sport kunnen de levensduur van het nieuwe gewricht bekorten. Bespreek daarom met uw orthopedisch chirurg welke sporten u kunt beoefenen en welke bewegingen u zeker moet vermijden.

- Als er, na plaatsing van een prothese, elders in het lichaam een infectie ontstaat, kan dat een risico zijn voor het ontstaan van een infectie rond de enkelprothese. Antibiotica kunnen in dat geval bescherming bieden. Raadpleeg hiervoor uw huisarts of de orthopedisch chirurg.

ONTSLAG

Wij streven naar een zo kort mogelijke opnameduur in het ziekenhuis. Dat betekent dat u bij een goed verloop na \pm 4 à 5 dagen naar huis kunt. Mocht u na ontslag hulp thuis nodig hebben dan kunt u dat tijdens of voorafgaande aan uw ziekenhuisopname regelen.

Het is heel gewoon dat u zich na ontslag de eerste tijd niet 100% fit voelt. Het lichaam heeft tijd nodig om zich na een operatie te herstellen.

U wordt op regelmatige tijden voor controle teruggezien op de polikliniek orthopedie. Hiervoor krijgt u een afspraak mee.

VRAGEN

Mocht u na het lezen van deze folder nog vragen hebben, aarzel dan niet om die te stellen. Wij adviseren u om uw vragen eventueel op te schrijven en bij uw volgende bezoek mee te nemen.

Bij problemen na ontslag neemt u tijdens kantooruren contact op met de polikliniek orthopedie: 020 – 512 5116 of 512 5125.

In dringende situaties kunt u buiten kantooruren contact opnemen met de afdeling Spoedeisende Hulp en vragen naar de dienstdoende arts-assistent orthopedie telefoon 020 – 512 4113.