



Standscorrectie van het bovenbeen (supracondylaire femur osteotomie)

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

Standscorrectie van het bovenbeen (supracondylaire femur osteotomie)

Anatomie van het kniegewricht

Het kniegewricht wordt omsloten door het kapsel. De binnenbekleding van het kapsel produceert gewrichtsvocht. Dit vocht zorgt voor voeding en smering van de kraakbeenlaag van het gewricht.

De stabiliteit van het kniegewricht wordt verzorgd door de botten, spieren, menisci, binnen- en buitenband en de voorste en achterste kruisband. De binnen- en buitenmeniscus functioneren hiernaast als schokdempers.

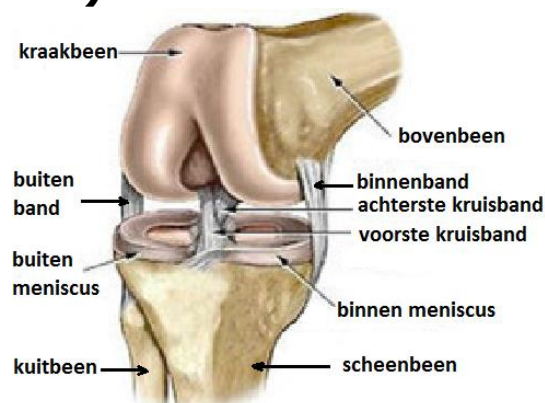


Fig.1: anatomie van de knie

Slijtage van het kniegewricht

Vaak is de oorzaak van de slijtage van het kniegewricht onduidelijk, soms ontstaat het ten gevolge van een vroeger doorgemaakt letsel, eerdere operatie (bv (gedeeltelijke) verwijdering van de meniscus), instabiliteit, een infectie of een auto-immuun aandoening zoals reumatoïde artritis. Ten gevolge van de slijtage wordt het gewricht vaak stijf en pijnlijk. Ook treedt er vaak zwelling op. Indien de slijtage beperkt is tot één zijde van het gewricht (binnen- of buitenkant) en er een afwijkende beenas bestaat (meestal een X-been) kan standscorrectie van het bovenbeen een goede behandeling zijn.

Het doel van de operatie is om de pijn te verminderen/weg te nemen en een eventuele toekomstige knieprothese uit te stellen (50-80% van de patiënten heeft na 15 jaar nog geen totale knieprothese nodig). Dit wordt bereikt door de belasting van de versleten zijde van de knie te verminderen. Na de operatie wordt de goede zijde van het gewricht meer belast. Het kan wel een jaar duren voordat het eindresultaat bereikt is. Het resultaat is onder andere afhankelijk van uw gewicht en leeftijd. Ongeveer 65% van de patiënten kan postoperatief sporten, meestal op recreatief niveau.

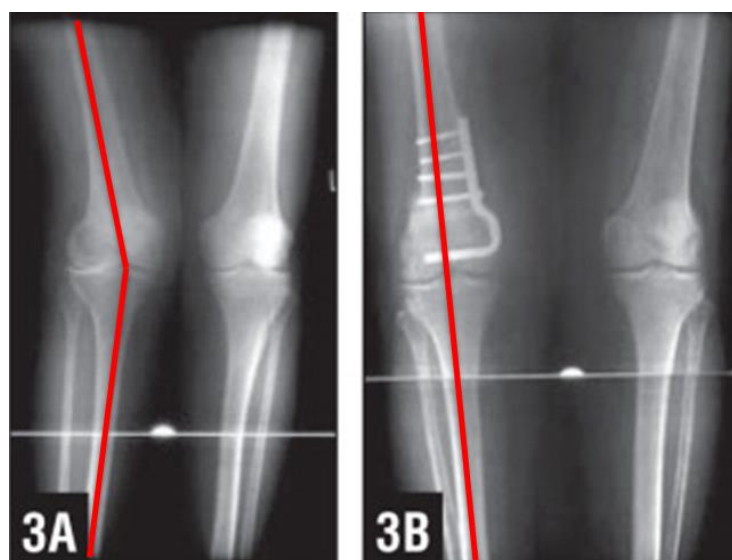


Fig.2: röntgenfotos voor en na correctie van een X-been

Operatie

Er wordt een incisie gemaakt aan de binnen- of buitenzijde van het bovenbeen. De hoogte en richting van de osteotomie wordt met een röntgenfoto gecontroleerd. Het bovenbeen wordt bijna helemaal doorgezaagd. De stand van het been wordt gecorrigeerd. Middels een plaat met schroeven wordt het been in de gecorrigeerde stand vastgezet. De wond wordt gesloten met hechtingen of nietjes. Er wordt een drukkend verband aangelegd, met daaronder eventueel een pleister.

Vorbereiding

- *Hulpmiddelen:* na de operatie loopt u zes weken met krukken. 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, bloedverdunners 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 nog 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 wordt een infuus ingebracht. Er vindt een laatste controle plaats met het hele operatieteam, waarna de verdoving wordt toegediend. U krijgt antibiotica 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:* de totale opnameduur bedraagt maximaal 2 dagen (1 nacht). Hierna 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:* het verband en eventuele pleister dienen 48 uur te blijven zitten, daarna mag u deze 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 wondjes nog niet droog zijn, vanaf het moment dat ze wel droog zijn. In bad/zwemmen is na 14 dagen toegestaan. De knie, het onderbeen en de voet kunnen na de operatie enkele weken maanden gezwollen zijn. Ook kan de knie enkele maanden warm aanvoelen.
- *Medicatie:* U gebruikt paracetamol 1000mg 4x per dag. Hiernaast mag u de voorgeschreven pijnstillers (i.h.a. diclofenac 50mg en oxycodon 5mg) 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. De bloedverdunner (i.h.a. fraxiparine) gebruikt u 1x per dag gedurende 2 weken.
- *Belastbaarheid:* het been is, in principe, direct na de operatie tot 10% ("aantippend") belastbaar. Na 6 weken zullen de krukken worden afgebouwd. De totale revalidatie duurt ongeveer 3-6 maanden. Autorijden mag u weer doen op het moment dat u verantwoord kunt deelnemen aan het verkeer ("noodingreep" kan maken). Volledig strekken van de knie is vaak pijnlijk, maar zeer belangrijk. U mag daarom tijdens het rusten geen kussen onder de knie plaatsen.
- *Fysiotherapie:* fysiotherapeutische begeleiding is gewenst tijdens het revalidatieproces. Verdere informatie vindt u in de folder "fysiotherapie & ergotherapie" die u is verstrekt.
- *Controle-afspraken:* 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 volgende complicaties kunnen optreden: infectie, trombosebeen/longembolie, wondhelingsstoornissen, nabloeding, stijfheid van de knie, verlies van correctie of niet/vertraagd vastgroeien van de osteotomie;
 - het merendeel van de patiënten krijgt last van de plaat en schroeven en deze worden dan ook bij bijna iedereen verwijderd na een minimale periode van 9-12 maanden;
 - de slijtage van het knie kan zich uitbreiden waardoor er opnieuw pijn ontstaat;
 - andere, zeldzame complicaties.
- *Vliegveld:* omdat de plaat en schroeven uit metaal bestaan kunnen detectiepoortjes op het vliegveld hierop reageren.
- *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 06 – 3050 2133. 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. Forkel et al. Midterm results following medial closed wedge distal femoral osteotomy stabilized with a locking internal fixation device. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2014; Mar 28.
2. Haviv et al. The results of corrective osteotomy for valgus arthritic knees. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2013; 21; p.49-56.
3. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
4. Sternheim et al. Distal femoral varus osteotomy: unloading the lateral compartment: long-term follow-up of 45 medial closing wedge osteotomies. *Orthopedics* 2011; 9;34(9); e488-90.

Gegevens kliniek

BeterGezond

Website: www.betergezond.net

E-mailadres: contact@betergezond.net

Kromgouw 78
1352 BH Almere
06 – 3050 2133

Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar via 06 – 3050 2133