

Een enkelband reconstructie

Een enkelband reconstructie

Inhoudsopgave

Inleiding

Anatomie van de voet en enkel

Chronische instabiliteit van de enkel

De symptomen

De behandeling

De operatiemethoden

Een standaard enkelbandreconstructie

Een uitgebreide enkelbandreconstructie

Vorbereiding op de operatie

De opname

De operatie

Na de operatie

Weer naar huis

De poliklinische controle na twee weken

De poliklinische controle na zes weken

Het eindresultaat

Risico's en mogelijke complicaties

Het hervatten van werk, autorijden en sporten

Wanneer moet u contact met ons opnemen?

Heeft u nog andere vragen

Notities

Inleiding

Een orthopedisch chirurg houdt zich bezig met aandoeningen van het bewegingsapparaat, bestaande uit botten, gewrichten, spieren en/of pezen. In het Amphia is een grote groep orthopedisch chirurgen werkzaam zodat een ieder zich extra gespecialiseerd heeft in een bepaald gedeelte van het menselijk lichaam. Hierbij moet u denken aan deskundigheid van aandoeningen op het gebied van bijvoorbeeld schouder, rug, knie of voet.

Doordat uw orthopedisch chirurg in het Amphia juist één of twee aandachtsgebieden heeft, zorgt deze superspecialisatie voor een grote kennis van en een ruime ervaring op het gebied van deze aandoeningen. Deze deskundigheid waarborgt een behandeling volgens huidige richtlijnen en algemene inzichten en opvattingen.

Deze patiënteninformatiefolder maakt onderdeel uit van het programma "Voet op Maat". Dit programma is opgezet om patiënten individueel te behandelen met een zo'n optimaal mogelijk resultaat. Immers elke patiënt is uniek, zo ook de afwijking. Hierop moet de behandeling en/of operatie worden afgestemd. De keuze van bijvoorbeeld de juiste operatiemethode is van belang voor het uiteindelijke resultaat. In het Amphia kunnen we dus met recht spreken van een op maat gemaakte individuele behandeling waardoor u als patiënt weer snel op de been bent.

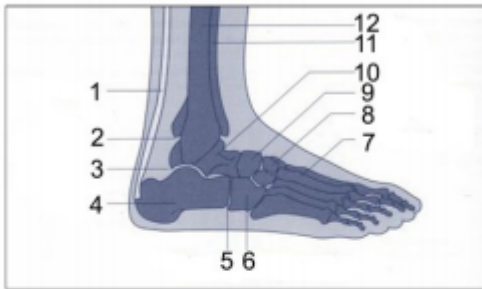
Deze patiënteninformatiefolder geeft uitleg over een reconstructie van de enkelband. Hierin vindt u informatie over het traject dat u doorloopt, van het bezoek op de polikliniek tot aan de controle-afspraken na de opname.

Anatomie van de voet en enkel

De voet van het menselijk lichaam bestaat uit een complexe structuur met een belangrijke functie. Het stelt de mens namelijk in staat om te staan, te lopen, te rennen en te springen. In de voet bevinden zich 26 afzonderlijke botjes die met elkaar verschillende gewrichten vormen (zie figuur 1). Door de vele

stevige bindweefselstructuren (zogenaamde ligamenten) worden de botjes bij elkaar gehouden. Spieren en pezen die aanhechten op bepaalde botjes zorgen ervoor dat de voet kan bewegen. Deze onderlinge relatie is complex en ingewikkeld.

Figuur 1



1. Achillespees
2. Bovenste spronggewricht
3. Onderste spronggewricht
4. Hielbeen
5. Middenvoets gewricht
6. Dobbelsteenvormig beentje
7. Middenvoetsbeentjes
8. Wigvormige beentjes
9. Scheepvormig been
10. Sprongbeen
11. Scheenbeen
12. Kuitbeen

Chronische instabiliteit van de enkel

De stabiliteit van het enkelgewricht is mede afhankelijk van de stabiliteit van een aantal enkelbanden. Samen met de spieren zorgen ze voor de stabiliteit van een enkel en spelen een belangrijke rol in het juist laten functioneren van het enkelgewricht.

Een acuut enkelbandletsel kan ontstaan bij een krachtige, meestal onverwachte verzwikking van de enkel. Dit is één van de meest voorkomende letsels. De helft van deze letsels ontstaan tijdens sport. Afhankelijk van het type trauma en de positie van de voet tijdens het omzwikken betreft het meestal een letsel van de voorste (zogenaamd ATFL ligament) en/of middelste enkelband (zogenaamd CFL ligament (zie figuur 2). De achterste enkelband (zogenaamd PTFL ligament) blijft vrijwel altijd intact.

Een jaar na een scheur van het enkelband blijkt ongeveer 30% van de patiënten nog klachten te hebben. Eén van de klachten is het gevoel van instabiliteit. Dit kan gepaard gaan met herhaaldelijke verzwikkingen zelfs al bij een kleine misstap. Dit wordt chronische instabiliteit van de enkel genoemd.

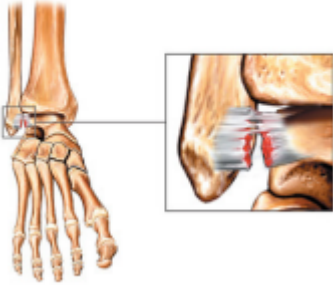
Figuur 2



De symptomen

De ernst van het letsel varieert van een overrekking tot een volledige scheur van de enkelbanden (zie figuur 3). Veel mensen met een acuut enkelbandletsel hebben na een jaar weinig of geen klachten meer van de enkel. Vandaar dat een operatieve behandeling in de acute fase niet automatisch nodig is. Bij ongeveer 30% van de patiënten ontstaan echter blijvende klachten van de enkel. Eén van de klachten is het gevoel van instabiliteit. Dit kan gepaard gaan met herhaaldelijke verzwikkingen en in wisselende mate met pijn, zwelling en stijfheid.

Figuur 3



Meerdere factoren blijken hierbij van belang te zijn. Naast de enkelbanden is ook een goed functioneren van het spierstelsel, de zenuwgeleiding en het evenwicht belangrijk.

De behandeling

De behandeling van een acuut enkelbandletsel is altijd een behandeling zonder operatie, ook wel conservatieve behandeling genoemd. De therapie bestaat uit het aanleggen van een drukverband met een korte periode van rust waarna een snelle hervatting van het staan en lopen moet volgen. Na een scheur wordt vaak een tapebandage of enkelbrace aanbevolen.

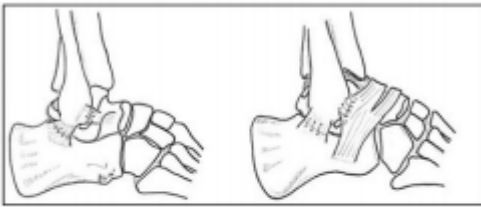
Ter preventie van herhaaldelijk verzwikken is het verder van belang de spierkracht en het evenwicht te trainen, veelal onder leiding van de fysiotherapeut.

De spieren en pezen spelen namelijk een actieve rol in het stabiliseren van het enkelgewricht. Wanneer sprake is van letsel aan de enkelbanden zal door het verbeteren van de spierkracht en het evenwicht, de enkel niet meer verzwikken, zodat enkelbanden beter kunnen genezen. Uiteindelijk zullen klachten hiermee in belangrijke mate verminderen. Voor een operatieve behandeling van chronische instabiliteit van de enkel wordt gekozen wanneer sprake is van blijvende klachten ondanks een adequate conservatieve behandeling. Bij een operatieve behandeling wordt gebruik gemaakt van verschillende operatiemethoden om een zo'n optimaal mogelijk resultaat te bereiken. De keuze van de juiste operatiemethode hangt onder andere af van de mate van de instabiliteit en eventuele afwijkingen op de röntgenfoto. Ook wordt hierbij de leeftijd van u als patiënt, uw beroep en sportactiviteiten meegenomen.

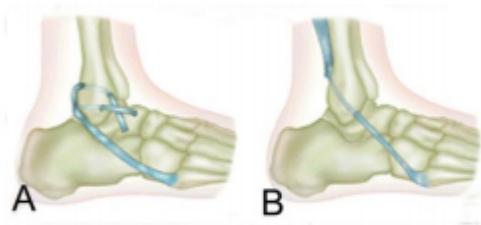
Kortom, de juiste behandeling van enkelbandletsel wordt afgestemd op het klachtenpatroon en de mate van de instabiliteit. Uiteindelijk leidt dit tot een individuele behandeling met een zo'n optimaal mogelijk resultaat.

De operatiemethoden

Veelgebruikte methoden ter correctie van chronische instabiliteit van de enkel in Amphia zijn de verschillende operaties zoals een "standaard reconstructie" en een "uitgebreide reconstructie" van een de enkelband. In Amphia wordt gebruik gemaakt van de modernste technieken waardoor er zo min mogelijk weefselschade is en het herstel na een operatie zo spoedig mogelijk verloopt. De twee meest gebruikte methoden worden hierna nader toegelicht.



Figuur 4



Figuur 5

Een voorbeeld is een loszittende trapeleuning. Deze kunt u dan nog zoveel mogelijk weghalen of aanpassen.

Om de kans op complicaties na de operatie te verminderen, raden wij u sterk aan om niet te roken tenminste enkele weken voorafgaand aan de operatie tot aan enkele weken na de operatie. De reden hiervoor is dat roken de wond- en botgenezing vertraagd. Door middel van het stoppen met roken vergroot u dus de kans op een voorspoedig herstel.

Wanneer u geopereerd wordt, is het belangrijk dat uw voeten goed schoon zijn. Nagels dienen kortgeknipt te zijn en eventuele nagellak dient verwijderd te zijn.

Dit kunt u nog thuis doen. Hierbij moet u wel oppassen dat er geen wondjes ontstaan, aangezien deze de kans op een infectie na de operatie vergroten zodat de operatie zelfs mogelijk moet worden uitgesteld.

De opname

Op de dag van de operatie wordt u opgenomen op één van de verpleegafdelingen Orthopedie. Neem de elleboogkrukken mee naar het ziekenhuis. Eenmaal op de afdeling heeft u een gesprek met een verpleegkundige die u informeert over de gang van zaken. Samen met deze verpleegkundige wordt onder andere de te opereren enkel gemarkeerd met een pijl. Op die manier bent u goed voorbereid en helemaal klaar om geopereerd te worden.

De operatie

U wordt gebracht naar de voorbereidingskamer op de operatie afdeling. Hier wordt gecontroleerd of de geplande operatie bij u juist is. Ook wordt een infuus ingebracht zodat later tijdens de operatie vocht en/of medicatie kan worden gegeven. Als alles gereed is, wordt u naar de operatiekamer gebracht. Hier doorloopt u samen met de orthopedisch chirurg en het operatieteam een laatste veiligheidschecklist. Deze procedure is er ter optimalisering van de patiëntveiligheid. Vervolgens wordt u aangesloten op de bewakingsapparatuur. Uw lichaamsfuncties als ademhaling, polsslag en bloeddruk worden hiermee

gedurende de hele operatie gecontroleerd door een gespecialiseerde anesthesie medewerker. Als alles in orde is, begint de anesthesist met het uitvoeren van de vooraf afgesproken verdoving. Ook wordt meestal een zogenaamde bloeddrukband om het bovenbeen aangelegd om tijdens de operatie de bloedvaten in het been tijdelijk te kunnen dichtdrukken. Op die manier kan het operatieteam de operatie goed uitvoeren zonder hinder van veel bloedverlies. Wanneer de verdoving goed is ingewerkt, start de orthopedisch chirurg samen met het operatieteam met de operatie. De operatie duurt ongeveer 30 minuten.

Veel patiënten vinden het spannend om geopereerd te worden. Dat is een normaal gevoel en heeft bijna iedere patiënt. Goede voorlichting zorgt ervoor dat angst rondom een operatie wordt verminderd. Mocht u na het lezen van deze patiënteninformatiefolder nog vragen of onduidelijkheden hebben, laat het ons weten. Op die manier gaat u met een gerust hart de operatie tegemoet.

Na de operatie

Na de operatie gaat u naar de uitslaapkamer. Gespecialiseerde verpleegkundigen houden u hier zorgvuldig in de gaten. Met behulp van bewakingsapparatuur worden uw lichaamsfuncties als ademhaling, polsslag en bloeddruk gecontroleerd. Zodra u weer voldoende wakker bent en uw algemene conditie stabiel is, gaat u terug naar de verpleegafdeling.

Eenmaal terug op de verpleegafdeling volgt het verdere herstel. Een verpleegkundige controleert opnieuw uw lichaamsfuncties en geeft pijnstillers mocht u wondpijn krijgen na de operatie. Gedurende de dag die volgt, herstelt u van de operatie en de verdoving. Wanneer u weer fitter bent, komt de fysiotherapeut enkele instructies geven met betrekking tot het mobiliseren. Het lopen met twee elleboogkrukken wordt dan bijvoorbeeld met u geoefend. Het geopereerde been mag hierbij niet belast worden.



Figuur 6

Tijdens de operatie wordt de operatiewond ingepakt in een drukverband. Diezelfde dag wordt door de gipsmeester een onderbeengips aangelegd (zie figuur 6). Dit gips is bedoeld om de enkelband-reconstructie te beschermen zodat het goed kan genezen. Het gips laat u zitten tot de eerstvolgende controle.

Tromboseprofylaxe

Om de kans op trombose (ongewenst bloedstolsel in een bloedvat) te verlagen krijgt u in sommige gevallen gedurende en / of na de opname een spuitje met bloedverdunner toegediend die de stolling van het bloed vermindert of vertraagt. Indien dit voor u van toepassing is zal uw behandelend arts dit met u bespreken.

Weer naar huis

Als alles verloopt volgens plan kunt u in principe op het einde van de dag van operatie al weer naar huis. Soms is het nodig om te overnachten in het ziekenhuis om dan de volgende ochtend huiswaarts te kunnen gaan. De reden hiervan kan zijn dat de operatie bijvoorbeeld in de middag plaatsvond waardoor

de nodige nazorg later op de dag of eventueel nog de volgende ochtend verricht moet worden. Als alles geregeld en in orde is mag u naar huis en worden allerlei formulieren meegegeven die nodig zijn voor de poliklinische controles.

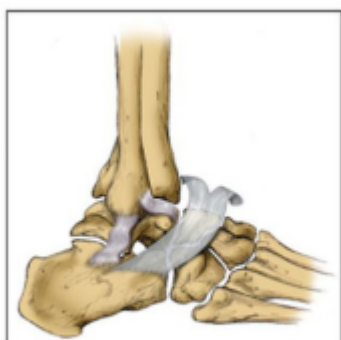
Enmaal thuis is het belangrijk dat u de voet goed hoog houdt om de zwelling na de operatie zoveel mogelijk te voorkomen. De eerste twee weken mag het geopereerde been niet belast worden. Tijdens deze periode adviseren wij u met behulp van elleboogkrukken te lopen. De eerste dagen na de operatie kan u last hebben van wondpijn. Naast het hoog houden van de voet kan het nodig zijn pijnstillers te nemen. Deze medicijnen kunt u halen met het recept dat u meegekregen heeft bij ontslag uit het ziekenhuis.

De poliklinische controle na twee weken

Na twee weken is een eerste poliklinische controle-afspraak gemaakt op het gipskamer spreekuur. Het gips dat is aangelegd na de operatie wordt nu verwijderd. De operatiewond wordt beoordeeld en de hechtingen worden verwijderd. Meestal wordt een nieuw onderbeengips met loopzool aangelegd, soms een kunststof onderbeenspalk (zogenaamde Walker). Afhankelijk van de uitgevoerde operatiemethode mag het been nu voorzichtig toenemend belast worden. Om de enkelbandreconstructie goed te kunnen laten genezen zal het gips meestal aangelegd blijven tot zes weken na de operatie.

De poliklinische controle na zes weken Onafhankelijk van de operatiemethode wordt zes weken na de operatie een poliklinische controle-afspraak gemaakt bij uw behandelend orthopedisch chirurg nadat het gips bij de gipskamer is afgehaald. Samen bespreekt u het beloop van de behandeling.

Wanneer de enkel nog fors gezwollen is zal een steunkous (zogenaamde tubigrip) worden aangelegd. Meestal kan vanaf zes weken na de operatie de belasting van het geopereerde been worden uitgebreid.



Figuur 7A (vóór de reconstructie)



Figuur 7B (na de reconstructie)

Het opnieuw trainen van de spierkracht, het evenwicht en de beweeglijkheid van de enkel is van belang.

Meestal gebeurt dit onder leiding van een fysiotherapeut. Het tijdelijk dragen van een beschermende enkelbrace kan soms nodig zijn. Mocht het nodig zijn, dan komt u na drie maanden nog een laatste keer terug om het eindresultaat te bespreken.

Het eindresultaat

Het doel van de operatie is om chronische instabiliteit van de enkel te corrigeren zodat weer een fraaie stabiliteit van de enkel ontstaat (zie figuur 7A en 7B). Het resultaat is dat de enkel weer goed belastbaar is en niet meer verzwikt tijdens dagelijkse bezigheden. Uit onderzoek blijkt dat uiteindelijk ongeveer 85% van de patiënten tevreden is met het eindresultaat.

Risico's en mogelijke complicaties

Een operatieve behandeling van chronische instabiliteit van de enkel is bij de meeste patiënten succesvol. Desondanks zitten er ook risico's aan en kunnen er complicaties optreden. Algemene risico's zijn onder andere de kans op een nabloeding, infectie of trombosebeen.

Om de kans hierop te verminderen raden wij u sterk aan om niet te roken tenminste enkele weken voorafgaand aan de operatie tot aan enkele weken na de operatie. De reden hiervoor is dat roken de wonden botgenezing vertraagd. Om de kans op een infectie te verkleinen wordt voorafgaand aan de operatie eenmalig antibiotica toegediend. De kans op een trombosebeen wordt verkleind door het toedienen van antistollingsmedicatie gedurende de periode van het immobiliseren van het onderbeen in onderbeengips.

Specifieke risico's bij een operatieve behandeling van chronische instabiliteit van de enkel zijn overcorrectie of ondercorrectie. Ook is er een kans van ongeveer 5% dat na een fraaie correctie de instabiliteit terugkomt. Verder kan door de operatie een huidzenuwtje gekneusd worden of verkleefd raken in het litteken. Er ontstaat dan een tintelend gevoel van de huid of juist een gevoelloos plekje op de huid van de voet. Dit kan zich doorgaans in de loop van de tijd herstellen, tot zelfs 1 jaar na de operatie. Verder kan een verminderde beweeglijkheid van de enkel optreden doordat rond het kapsel van het enkelgewricht soms littekenweefsel ontstaan. Deze beweeglijkheid van de enkel zal bij de meeste patiënten in de loop van de tijd alsnog geleidelijk verbeteren.

Indien een dystrofiebeeld (zogenaamd CRPS) ontstaat, is sprake van een heftige extreme pijn bijvoorbeeld al bij aanraking van de huid. Gelukkig komt deze complicatie heel weinig voor.

Het is normaal dat u na de operatie nog enkele maanden hinder van de enkel kan ondervinden zoals zwelling van de enkel alsook kortdurende steekjes en pijntjes. Hoe lang en in welke mate, hangt af van hoe uitgebreid de operatie was. Deze klachten kunnen een jaar aanhouden en verdwijnen meestal geleidelijk.

Het hervatten van werk, autorijden en sporten

Dankzij de specifieke keuze van behandeling kunt u zo snel mogelijk weer gewoon functioneren. Desondanks moet u er rekening mee houden dat u minder mobiel bent in de eerste periode na de operatie. In deze eerste periode na de operatie is het van belang om de voet zoveel mogelijk hoog te houden ter preventie van zwelling en pijn.

Het moment waarop u weer aan het werk kunt, is afhankelijk van de behandeling en het soort werk wat u verricht. In het algemeen kan aangehouden worden dat werkhervatting voor zittend werk mogelijk is twee weken na de operatie. Voor zwaardere werk waarbij u veel moet lopen, is het raadzaam de hervatting uit te stellen tot de poliklinische controle waar u met uw orthopedisch chirurg overlegt wanneer het werk hervat kan worden.

Met autorijden mag u beginnen als u de auto veilig kunt besturen. Dit betekent in ieder geval zonder

verband of gipsschoen en zonder krukken. U moet ook weer goed en volledig belast kunnen lopen alvorens u achter het stuur mag zitten. In het algemeen kunt u aanhouden dat autorijden weer mogelijk is ongeveer twee maanden na de operatie.

Het weer beoefenen van uw sport is uiteraard afhankelijk van de sport zelf. Meestal is sporten weer mogelijk vanaf drie tot zes maanden na de operatie. Een preventieve tapebandage of enkelbrace is hierbij soms te adviseren.

Wanneer moet u contact met ons opnemen?

Mocht u een mogelijke nabloeding of tekenen van een infectie hebben zoals koorts of een rode, gezwollen, kloppende enkel of voet, neem dan contact met ons op. U kunt ons ook bellen wanneer u ongerust bent of zich zorgen maakt betreffende het beloop van de behandeling na de operatie.

- Algemeen nummer Amphia (076) 595 50 00
- Gipskamer Orthopedie (076) 595 38 28
- Polikliniek Orthopedie (076) 595 30 80

Heeft u nog andere vragen?

Heeft u na uw operatie of opname nog vragen over uw verblijf in het ziekenhuis, neem dan contact op met de verpleegafdeling Orthopedie waar u opgenomen lag. Dit kan rechtstreeks op het telefoonnummer wat u bij ontslag meegekregen heeft of via het algemene nummer van het ziekenhuis. Als u specifieke vragen heeft over het onderbeengips, neem dan tijdens kantooruren gerust contact op met de gipskamer Orthopedie. Heeft u vragen over de poliklinische controles na de operatie, neem dan contact op met de polikliniek Orthopedie.

Heeft u na uw bezoek aan uw behandelend specialist of na het lezen van deze informatiefolder nog vragen over de behandeling van een Haglundse exostose, neem gerust contact op met de polikliniek Orthopedie. Een andere mogelijkheid is uw vragen op de volgende bladzijde te noteren en deze vragen te stellen de volgende keer dat u ons ziet.

Wilt u een afspraak maken?

- (076) 595 10 33
- of orthopedischekliniek@amphia.nl (<mailto:orthopedischekliniek@amphia.nl>)

Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 16.30 uur.

Avondspreekuur

Naast de gebruikelijke spreekuren houden wij ook een avondspreekuur op dinsdagavond van 17.30 tot 20.30 uur.

Bezoekadres
Pasteurlaan 9
4901 DH Oosterhout

