

# Totale heupprothese: de posterieure/laterale aanpak vs de nieuwe anterieure aanpak

## Inleiding

In deze brochure wordt beschreven wat het verschil is tussen de anterieure techniek t.o.v. de posterieure en de laterale benadering bij een totale heupprothese en wat eventueel de voordelen, nadelen, complicaties en impact op de revalidatie kunnen zijn tussen deze verschillende benaderingen.

Zoals hierboven vermeld, zijn er verschillende chirurgische benaderingen van het heupgewricht. De plaats van de snede (de incisie), en dus van het latere litteken, hangt af van de benadering die uw orthopedisch chirurg hanteert.

Ouder gebruikte benaderingen zijn:

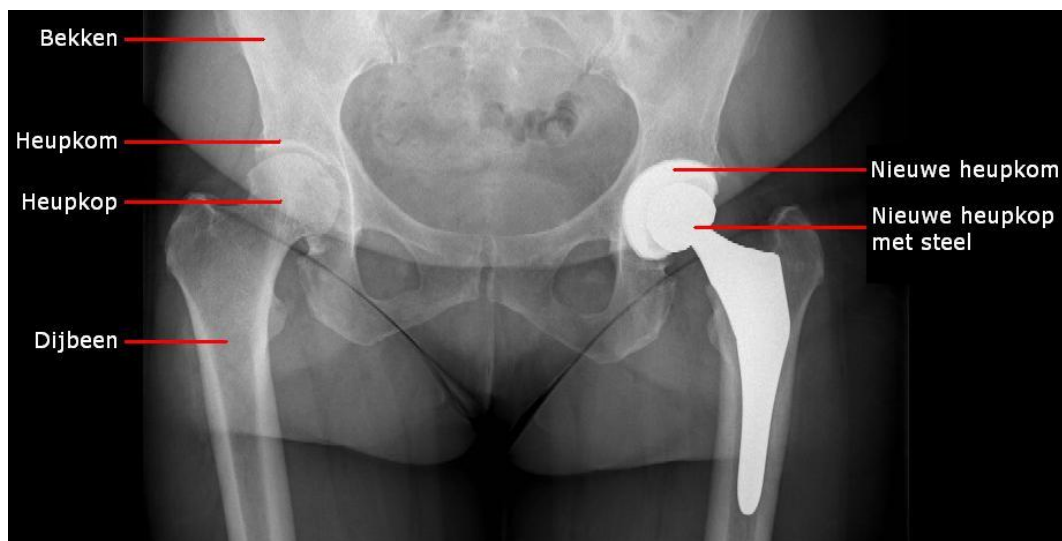
- De posterieure/posterolaterale waarbij de heup vanaf de achterzijde wordt benaderd, onder de bilspier door. Er worden een drietal kleine spieren ingesneden, die aan het einde van de operatie weer worden gesloten.
- Direct (antero) lateraal waarbij de heup via de zijkant wordt benaderd

Een recent nieuwer gebruikte benadering (sinds 2013 in Belgische ziekenhuizen, internationaal sinds 2005) is:

- De anterieure waarbij de heup vanaf de voorzijde van de lies wordt benaderd. Hierbij wordt er geen enkele spier doorgesneden en er wordt tussen 2 zenuwvlakken in gesneden, waardoor ook de zenuwen in en rond de heup meestal niet worden aangetast.

## Anatomie

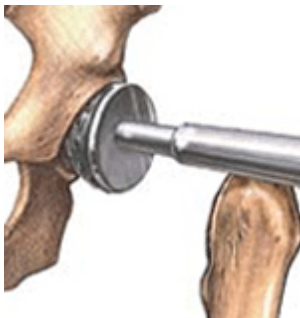
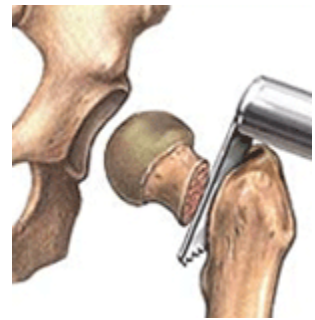
Het heupgewricht bestaat uit een kop en een kom. De kom bevindt zich in het bekken, de kop aan de bovenzijde van het dijbeen. De kop en de kom zijn bedekt met kraakbeen waardoor dit gewricht bij veel mensen tot op hoge leeftijd pijnloos kan functioneren. Door het heupgewricht kan uw been naar alle kanten worden gedraaid. Een stevig omhulsel, het kapsel, houdt de botdelen van het gewricht op hun plaats.



## De operatie

Er wordt een insnede gemaakt aan de heup, deze is ongeveer 10 tot 15 cm lang, bij magere patiënten kan deze insnede zelfs nog korter zijn. Er worden spieren losgemaakt van het bot en vervolgens wordt het kapsel van de heup ingesneden.

De slechte heupkop wordt verwijderd (foto rechts) samen met een deel van het kapsel.

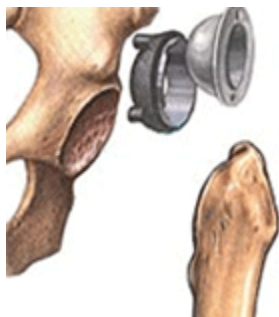


Daarna wordt de kom van de heup bewerkt door middel van sferische raspen die de kom van de heup perfect uitfrezen zodat er een prothesecomponent kan geplaatst worden. (foto links)

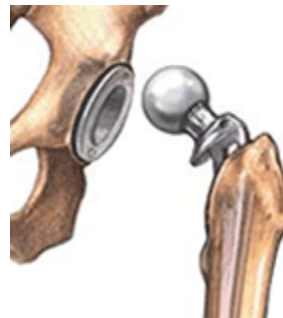
Vervolgens wordt het kanaal in het bovenbeen uitgeriemd tot we eveneens een perfect aansluitende prothese krijgen, er wordt in het bekken en in het bovenbeen een proefprothese geplaatst en de stabiliteit van de nieuwe heup wordt getest.

Indien de opstelling met de proef prothesecomponenten aan alle voorwaarden voldoet worden de definitieve componenten geplaatst. De spieren worden terug op het bot gefixeerd en de wonde wordt gesloten, met het achterlaten van een fijn buisje waardoor het overtollige bloed uit de wonde wegkan.

Actueel wordt er naar gestreefd een grote diameter kop te plaatsen, dit geeft een veel betere mobiliteit en veel minder risico op luxatie of ontwrichting van de heupprothese.



*stap drie: plaatsen van de cup in het bekken*



*stap vier: uitriemen van de steel en plaatsen van de prothese*

## Traditionele complicaties

Complicaties na een totale heupprothese zijn eerder zeldzaam. Toch kunnen ze voorkomen. Enkele mogelijke verwickelingen zijn:

- Infectie
- Bloedklonters
- Luxatie van de prothese
- Voortijdig slijtage
- Beenlengteverschil
- Spierschade

Het succes van een totale heupprothese is zeer hoog. Bij sommige patiënten zullen klachten van pijn en stijfheid nochtans aanhouden. Om de kans op complicatie zo klein mogelijk te maken zijn er enkele zaken die moeten gebeuren zoals: preoperatief nazicht en bloedverdunnende medicatie na de ingreep.

### (Antero)lateraal

Hoewel de twee traditionele toegangswegen (antero)lateraal en posterieur of posterolateraal op lange termijn dezelfde resultaten opleveren, blijkt er in de eerste weken en maanden na de operatie wel degelijk een verschil te zijn voor de patiënt: "Wanneer de chirurg opteert voor de laterale manier, maakt hij de abductoren (musculus tensor fascia lata en de gluteus medius, deze zorgen dat het been zijwaarts kan bewogen worden) van de heup gedeeltelijk los. Aan het eind van de operatie wordt de spierlaag weer gesloten, maar die heeft uiteraard tijd nodig om te genezen. Doordat het revalideren van spiertrauma trager verloopt, zal de patiënt zes weken op krukken moeten lopen. In het eerste jaar na de operatie is er meer kans op gangafwijkingen en grote trochanterpijn.

### Posterieur

Benadert de chirurg de heup langs de achterzijde van de bilspier, dan moet hij de externe rotatoren losmaken. Die spieren zijn echter niet zo krachtig en fungeren meer als stabilisatoren. Concreet betekent dit dat de revalidatie sneller zal verlopen omdat het spiertrauma kleiner is. Maar de keerzijde van de medaille is dat het risico op luxatie groter is en de patiënt bijgevolg beperkt wordt in zijn mobiliteit. Bewegingen als diepe buiging of het been naar binnen draaien moeten vermeden worden.

### Alternatieve optie (direct anterieure benadering)

Elke traditionele toegangsweg heeft dus zijn voor- en nadelen en beide resulteren in een hoge patiënten tevredenheid. Maar er is nog een derde optie. Het spiertrauma wordt geminimaliseerd als men opereert via de direct anterieure toegangsweg. Minimaal spiertrauma is echter niet hetzelfde als mini-incisie. Bij een heel klein sneetje zie je niet wat je doet en dat resulteert net in meer spierschade. De chirurg werkt bij deze techniek meer naar de lies toe. De spieren moeten hierbij niet losgemaakt worden, maar wel het heupkapsel aan de achterkant. Dat lijkt moeilijker, maar deze techniek werkt ook heel goed.

## Nadelen

Aan deze alternatieve toegangsweg zijn ook beperkingen verbonden. Bij zeer gespierde mensen zal de chirurg meer moeite hebben om tussen de spieren door te gaan en ook obesitas is een tegenwerkende factor. Bovendien is het een toegangsweg voor primaire heupprotheses.

Voor grote, zware revisies is de visualisatie en de ruimte onvoldoende. Bij de anterieure benadering kan eveneens de n. cutaneus lateralis femoris worden beschadigd. De direct anterieure toegangsweg kan de traditionele toegangswegen dus niet volledig vervangen.

## Voordelen

Tegenover de beperkingen van de direct anterieure toegangsweg staan talrijke voordelen:

- geen spierheling van minstens zes weken
- minder luxatierisico
- weinig of geen restricties in mobiliseren
- sneller herstel van de quasi normale gang
- minder gangafwijkingen
- minder grote trochanterpijn.

Over de resultaten op lange termijn zijn minder gegevens beschikbaar, maar studies tonen wel aan dat bij deze techniek sprake zou zijn van een betere cuppositie. Maar ook dat op lange termijn (2 maanden) er evenveel vooruitgang zou zijn met de anterieure benadering t.o.v. de andere benaderingen. Hieronder een overzicht van tal van activiteiten met hun hersteltijd.

Activiteit	Typische hersteltijd
looprekje / twee krukken	1-2 dagen
1 kruk of wandelstok	2-4 dagen
Trappen	2-4 dagen
Fietsen	4-7 dagen
Rechtstaan uit stoel of toilet zonder hulp	2-3 dagen
Autorijden – linker heup (automatische versnellingen)	1-2 weken
Autorijden – rechter heup	2-3 weken
Terugkeer naar zittend werk	2-4 weken

## De revalidatie

Onmiddellijk na de operatie wordt gestart met de revalidatie. Het is van belang zo snel mogelijk te bewegen na de ingreep ter bevordering van de bloedcirculatie, om de beweeglijkheid te herstellen en de revalidatie te bespoedigen. Hoe snel u herstelt, wordt sterk bepaald door hoeveel en hoe goed u oefent. Hoe meer u oefent, hoe sneller u vooruitgang boekt in beweeglijkheid en kracht.

Revalidatie is iets wat u zelf moet doen, niemand kan dit voor u doen. Vraag eventueel bijkomende pijnmedicatie zodat u niet te veel pijn krijgt en voldoende kan oefenen. Het is normaal dat uw been na de operatie warm en dik is. Om dit te verminderen kunt u uw been hoger plaatsen en regelmatig ijs leggen.

## Conclusie

De anterieure benadering levert tal van voordelen t.o.v. de andere benaderingen waardoor er sneller vooruitgang kan volgen op korte termijn in de revalidatie (geen spierheling van minstens zes weken, sneller herstel van de quasi normale gang,..). Op langere termijn (2 maanden) zouden de andere benaderingen dan weer evenveel vooruitgang leveren als de anterieure.