

Zip, zip, total hip

Kijken naar de totale heuparthroplastiek

W. J. VAN 'T VEER EN C. VAN BOVEN

Ook al is de totale heuparthroplastiek bijna gemeengoed geworden, toch wordt in de praktijk pas tot een operatie geadviseerd, als de patiënt min of meer aan zijn stoel gekluisterd dreigt te raken. Hoe het de patiënt na de operatie vergaat, wordt besproken in de volgende bijdrage.

Inleiding

De eerste totale heuparthroplastiek, waarbij kop en kom van het heupgewricht door een prothese worden vervangen (*total hip*) is in 1983 uitgevoerd in Engeland, door Philip Wiles. In 1967 werd de eerste Nederlandse *total hip* ingebracht. Thans vindt deze operatie regelmatig plaats. Het nut van de operatie is onomstreden.

Als groep huisartsen in Noordwest-Friesland proberen wij geregeld een onderwerp uit te diepen volgens de projectmethode. Zo hebben wij in 1984/1985 geprobeerd meer duidelijkheid te brengen in de wijze waarop wij omgaan met coxarthrosis en de indicatiestelling voor een heupvervangende operatie (*kader op pag. 23*). Deze besprekingen waren voor ons aanleiding te onderzoeken, hoe het onze patiënten na een *total hip*-operatie is vergaan.

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd door zeven huisartsen van wie er twee werkzaam zijn in een dubbelpraktijk. De totale praktijkpopulatie bedraagt 15.000 patiënten, van wie 15 procent ouder is dan 64 jaar.

Uit de kaartenbakken werden de dossiers gelicht van alle patiënten die voor 1 februari 1985 een of meer malen een heuparthroplastiek hadden ondergaan. Patiënten die waren overleden of inmiddels in een verpleeghuis waren opgenomen, werden aldus buiten beschouwing gelaten.

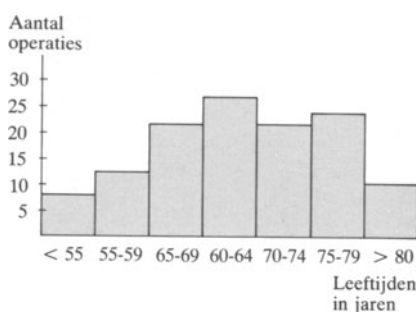
Deze patiënten werden in februari en maart 1985 tijdens een huisbezoek onderzocht aan de hand van een vragenlijst.

Resultaten

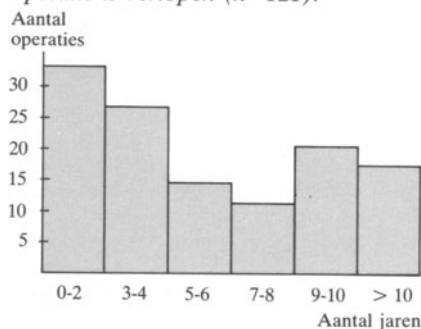
Alle geopereerde patiënten werden bezocht: 77 vrouwen en 13 mannen. Van hen waren 54 vrouwen en 5 mannen aan één heup geopereerd, en 23 vrouwen en 8 mannen aan beide heupen. Het totaal aantal geopereerde heupen bedraagt dus 121.

Uit *figuur 1* blijkt dat de leeftijd ten tijde van de operatie meestal tussen de 60 en 79 jaar lag. Ongeveer de helft van

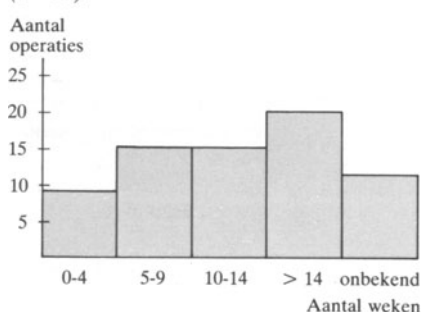
Figuur 1. De leeftijd van de patiënten ten tijde van de operatie (n=121).



Figuur 2. Het aantal jaren dat sinds de operatie is verlopen (n=121).



Figuur 3. Duur van de fysiotherapie (n=70).



de operaties was langer dan vier jaar geleden (*figuur 2*).

Complicaties. Aan vroege complicaties (binnen een half jaar na de operatie) noteerden wij driemaal een trombose, eenmaal een longembolie, eenmaal een fissuur van het femur en eenmaal een zeer groot hematoom.

Als latere complicatie zagen wij: acht keer loslaten van het materiaal, twee keer materiaalbreuk en twee keer infectie rond de prothese. In negen gevallen noopte dit tot heroperatie. Als deze late complicaties traden op binnen negen jaar na de operatie. Bij de 17 *total hips* (*figuur 2*) die langer dan tien jaar zijn meegegaan, hebben zich geen complicaties voorgedaan.

Pijn. In 16 gevallen bezorgde de nieuwe heup de patiënt *regelmatig* pijn, in zeven gevallen waren er *veel* pijnklachten. Inverruit de meeste gevallen waren er dus *geen* klachten over pijn. In 21 gevallen werd in verband met de geopereerde heup chronisch gebruik van pijnstillers genoteerd; in de overige 100 gevallen was dit dus niet nodig.

Bewegingsbeperking. Enigerlei vorm van bewegingsbeperking werd gevonden bij ruim 60 procent van de geopereerde heupen: lichte beperkingen in 56 gevallen en ernstiger vormen in 19 gevallen.

Revalidatie. Postoperatief werd tien keer besloten de patiënt voor revalidatie op te laten nemen in een verpleeghuis; 70 keer werd fysiotherapie aan huis gegeven, en in 35 gevallen heeft de patiënt geen fysiotherapie ontvangen. Zes keer was niet precies te achterhalen wat er aan revalidatietherapie was gegeven. De duur van de fysiotherapie varieerde van een of twee weken tot meer dan drie maanden (*figuur 3*).

Looppatroon. Het looppatroon bij de 90 patiënten werd 32 maal als *goed* beoordeeld, en 55 maal als *beperkt*; in drie gevallen liep de patiënt niet.

Deze matige resultaten berusten veelal niet op de toestand van de geopereerde heup. Factoren als de toestand van de andere - veelal pijnlijke en stijve (en nog niet geopereerde) - heup, of een intern of neurologisch lijden, vormen een verklaring voor dit matige resultaat.

Tevredenheid. In 112 gevallen zou de patiënt zich weer laten opereren, in vijf gevallen luidde het antwoord nee, en in vier gevallen bleef de patiënt het antwoord schuldig. De vijf patiënten die nee antwoorden, hadden allen veel pijn.

Interdokter-variantie. In één praktijk werden ruim tweemaal zoveel *total hip*-operaties geteld als de andere, terwijl

Diagnose en beleid

Diagnose

Coxarthrosis is slechts zelden een diagnostisch probleem, en het laten maken van een röntgenfoto is meestal overbodig. Toch kunnen er valkuilen zijn: bekend is dat sommige patiënten met heupklachten alleen klagen over pijn rond de knie of het distale bovenbeen. Differentieel-diagnostisch kunnen wij, zonder volledig te willen zijn, als mogelijkheden noemen:

- coxarthrosis tuberculosa;
- coxarthrosis purulenta, osteomyelitis;
- rheumatoïde arthritis, M. Bechterew;
- myalgie, tendinose, ischialgie;
- fractuur (al dan niet pathologisch - metastasen?);
- hernia inguinalis, vaatstoornissen, buik-aandoeningen;
- osteoporose, cysten.

Voor het aanvaarden van de werkhypothese coxarthrosis zijn minimaal nodig:

- anamnese;
- onderzoek naar de manier van lopen;
- onderzoek naar de passieve flexie en de exo- en endorotatie van het heupgewricht. Aanvullend onderzoek kan een bekkenfoto en eventueel Hb/BSE omvatten.

Conservatief beleid

Ook al is de totale heuparthroplastiek in ervaren handen gemeengoed geworden, toch wordt in de praktijk pas tot een operatie geadviseerd, als de patiënt min of meer aan zijn stoel gekluisterd dreigt te raken. We dienen de patiënt in de eerste plaats te

informerend over de aard en de ernst van de aandoening en over het te verwachten verloop. Voorts moeten we adviseren ten aanzien van zelf te nemen maatregelen: oefeningen, gedoseerde rust en beweging, het juiste gebruik van stok of elleboogsteun, eventueel bejaardengymnastiek, het gebruik van de fiets (vaak gemakkelijker dan de „benenwagen”), en fysiotherapie in de vorm van oefentherapie of sederende applicaties zoals UKG.

Medicamenteus beperken wij ons tot het voorschrijven van NSAID's (*non steroïd anti-inflammatoire drugs*), waarbij interacties met andere geneesmiddelen in het oog gehouden dienen te worden. Voor 's nachts kan gekozen worden tussen een suppositorium en een langer werkzaam middel per os; overdag schrijven wij calcium-carbasalaat poeders voor, en zo nodig krachtiger middelen (indomethacine of een moderner middel, afhankelijk van de bijwerkingen).

Wel of niet een operatie?

En dan de vraag: „Wat wilt u zelf?” Het antwoord daarop blijkt vaak sterk meegekleurd door de ervaringen van kennissen, familieleden of medebewoners van het bejaardenhuis. Omdat er nu steeds meer mensen met „nieuwe heupen” rondlopen, lijkt het erop dat de coxarthrosis-patiënt positiever ten opzichte van heupvervangende operatie staat dan vroeger het geval was. Overigens dient men zich te realiseren dat een *total hip*-operatie bij tegelijkertijd

bestaande degeneratieve afwijkingen in de wervelkolom of de kniegewrichten niet altijd de verwachte vermindering van pijn en toename van de mobiliteit brengt.

Contra-indicaties worden gevormd door toevallig aanwezige infecties (luchtwegen, urinewegen, huid), niet alleen vanwege de morbiditeit op zichzelf, maar ook wegens het risico van bacteriëmieën, en daarmee de kans op infectie rond de prothese - een schrikbeeld voor de operateur.

Weer thuis

Na thuiskomst wordt de patiënt opgezocht en wordt bekeken wat er wel en niet geregeld is: fysiotherapie, eventuele hulpmiddelen in huis, zoals elleboogsteunen en looprekje, de revalidatie in het ziekenhuis en de wenselijkheid om de wijkverpleegkundige in te schakelen. Verder zal de medicatielijst kritisch bekeken moeten worden. Bij onderzoek wordt gelet op de bewegingsmogelijkheden, het lopen, een eventuele oedeem. Afhankelijk van deze bevindingen is het nuttig de voortgang van de revalidatie te blijven volgen.

Een omstrepen punt is de preventie van bacteriëmie bij kleine ingrepen en infecties, ten einde het risico van late infectie van de heup te verminderen. Dit beleid is ontleend aan het endocarditis-profylaxeschema. Bij onze patiënten wordt deze profylaxe niet geadviseerd door de orthopedisch chirurgen en bijgevolg ook niet toegepast.

het aantal bejaarden in deze praktijk niet groter was. Wij menen dat de oorzaak hiervan gezocht moet worden in het ontbreken van verzorgingstehuizen in het gebied van deze praktijk. Kennelijk gaat het hier om een groep bejaarden die relatief gezond en mobiel zijn en voor wie mobiliteit ook een vereiste is. De patiënt *moet* zich kunnen redden.

Beschouwing

De verschillen in revalidatie en duur van de fysiotherapie bleken vooral samen te hangen met het verschil in beleid van de orthopedisch chirurg. In de ene praktijk kreeg iedereen standaard drie maanden fysiotherapie, terwijl in de andere praktijk in principe niet verwezen werd naar de fysiotherapie, tenzij daartoe speciale

redenen waren. De patiënten die geen fysiotherapie hebben gehad, bleken echter wat betreft het looppatroon, de bewegingsbeperkingen en de mate van pijn niet slechter af te zijn. Overigens bleek tijdens de interviews dat de huisarts soms niet wist dat een patiënt nog steeds fysiotherapie kreeg.

Gezien deze onduidelijkheden lijkt het zeer gewenst dat de huisarts de revalidatie van zijn patiënt volgt. Of en hoe lang fysiotherapie wordt gegeven, behoort niet alleen af te hangen van het beleid van de orthopaed; ook de huisarts kan beoordelen welke patiënten wel of niet fysiotherapie nodig hebben. Het automatisch voorschrijven van fysiotherapie lijkt in ieder geval ongewenst.

Op grond van de overwegend positieve reacties zijn we na dit onderzoek sneller

geneigd een *total hip*-operatie te adviseren - dit ondanks de 10 procent late complicaties. Ook de patiënten die een heroperatie hadden ondergaan (een nieuwe *total hip*); beantwoordden de vraag „zou u het weer doen?” met een overtuigend ja (waarbij moet worden aangetekend dat deze patiënten in feite weinig keus hadden).

Gezien het grote aantal geopereerde patiënten in de praktijk zonder verzorgingstehuizen, lijkt de operatie bovendien de zelfredzaamheid te bevorderen.

Dankbetuiging

Met dank aan de medeleden van de projectgroep, J. Bennema, L. H. J. Bogstra, A. F. J. Savenije, H. Post Uiterweer, C. W. A. Wiemer en R. J. Wijbenga.

