

## Jong en een totale heupprothese

# Hoe te revalideren?

Er is een groeiende populatie jonge patiënten met een secundaire coxartrose bij wie een totale heupprothese (THP) wordt geplaatst. Deze jonge patiëntengroep vraagt een andere insteek van postoperatieve oefentherapie dan de oudere patiënt met een THP. Wij beschrijven in dit artikel de problemen waar jonge patiënten en fysiotherapeuten tegenaan kunnen lopen tijdens de revalidatie, en doen aanbevelingen om hierin samen een weg te vinden.

Tekst: John Reijnen, Anouk Puts, Wim Rijnen

Een totale heupprothese is een van de meest succesvolle operaties in ons gezondheidszorgsysteem.<sup>1</sup> Aanvankelijk werd de THP met name bij oudere patiënten uitgevoerd, maar het percentage patiënten onder de 50 jaar met een THP neemt gestaag toe.<sup>2-4</sup> De resultaten zijn bij deze jongere patiënten echter duidelijk minder goed dan bij patiënten ouder dan 50 jaar. Jonge patiënten overleven hun primaire prothese en hebben een hoger revisiepercentage.<sup>5-6</sup> Dit komt voor een belangrijk deel omdat jongere patiënten actiever zijn, waardoor een THP sneller faalt bij een proces van slijtage. Een ander belangrijk aspect is de onderliggende pathologie van de heup, waardoor er primair vaak een meer uitgebreide operatie uitgevoerd moet worden. In combinatie met een daarbij langer bestaand afwijkend looppatroon en verminderde functie en conditie van de gluteaal musculatuur, betekent dit vaak ook een langere duur van revalidatie.

In het Radboudumc zien we een relatief grote groep jonge patiënten bij wie een THP geplaatst wordt. Er is een jarenlange expertise in het herstel van botdefecten bij primaire en revisiechirurgie.<sup>7-8</sup> Er wordt gebruikgemaakt van de zogenaamde bone impaction grafting (BIG), waarbij botchips worden geïmpacteerd in het botdefect. Bij alle jonge patiënten wordt aan de acetabulaire zijde gebruikgemaakt van een BIG (zie figuur 1a en 1b). Hierdoor is de levensduur van de cup van de THP langer en wordt er een uitgangssituatie gecreëerd voor revisies in de toekomst.<sup>9</sup>

Figuur 1a



Röntgenfoto van een patiënte met secundaire coxartrose op basis van een onderliggende heupdysplasie. Kort na haar geboorte is er een onbloedige repositie van de heup uitgevoerd met een adductoren tenotomie. Op een latere leeftijd is er een proximale femurostomie en weer later een epifysiodese van de trochanter major gedaan.

### Postoperatieve revalidatie

Postoperatief mogen patiënten vijftig procent belasten bij een relatief beperkt defect. Als er sprake is van een groter defect en daarbij een meer uitgebreide reconstructie, wordt er postoperatief gestart met tien procent belast mobiliseren. Dit gebeurt op basis van de inschatting van de orthopedisch chirurg. Vervolgens kan de belasting worden uitgebreid naar functionele revalidatie met als doel houding en looppatroon te optimaliseren.

Bij patiënten ouder dan 50 jaar is er in het algemeen vaker sprake van een primaire coxartrose. Bij jonge patiënten gaat het eigenlijk altijd om een secundaire coxartrose. De oorzaken hiervoor zijn een onderliggende heupdysplasie, posttraumatische afwijkingen of een

Figuur 1b



Röntgenfoto, één jaar postoperatief na het plaatsen van een THP met reconstructie van het acetabulum. Er is een titanium mesh geplaatst over het superolaterale defect van het acetabulum. Deze mesh is gefixeerd met schroeven. Aan de binnenzijde zijn botsnippers, uit caput femoris van patiënte, geïmpacteerd. Hierin is een polyethyleen cup gecementeerd.

osteonecrose door een onderliggend ziektebeeld. Met name patiënten met een heupdysplasie hebben vaak al vele jaren klachten als een afwijkend looppatroon, soms met een beenlengteverschil, stijfheid van het heupgewricht en een matige conditie van de gluteaal musculatuur. Deze combinatie maakt dat de postoperatieve revalidatie vaak meer gecompliceerd verloopt dan bij oudere patiënten met een primaire coxartrose.

### Verwachtingen

Daarbij is het verwachtingspatroon van jongere patiënten anders dan van oudere. Om dit concreter te maken, is door de afdeling Orthopedie van het Radboudumc een enquête afgenomen onder jonge patiënten van de patiëntenvereniging (Vereniging Afwijkende

Heupontwikkeling). Deze enquête bestond uit uiteenlopende vragen om meer inzicht te krijgen in de thema's die spelen in het dagelijks leven van deze patiëntengroep.

Naar aanleiding van de enquête zijn er interviews afgenomen en contactavonden georganiseerd. Op een eerste contactavond zijn thema's besproken als: leven met een beperking, impact op het sociale leven, emotie en relaties. Vervolgens is er een inventarisatie geweest van de manier waarop de zorg voor jonge patiënten met een heupafwijking verbeterd kan worden. Er is een projectgroep (HYPS) gevormd met hulpverleners én patiënten. Het resultaat is een verbeterde website, mogelijkheid voor lotgenotencontact, een multidisciplinaire poli specifiek voor jonge patiënten en een aanpassing van de voorbereiding op operaties. Op volgende contactavonden met patiënten is de voortgang van het project geëvalueerd en bijgestuurd naar aanleiding van input van patiënten. Het Radboudumc gaat nu concreter in gesprek met patiënten over hun verwachtingen. Dit om de verwachtingen een belangrijke rol te laten spelen bij de keuze voor een operatie.

Een ander belangrijk punt dat naar voren kwam, is dat jonge patiënten met een THP aangeven dat de fysiotherapeut bij wie ze starten met postoperatieve oefentherapie, vaak geen of onvoldoende expertise heeft met jonge patiënten. Ze voelen zich niet gehoord en vinden dat de mate en snelheid van herstel hierdoor te wensen overlaat. Patiënten wisselen daarom regelmatig van fysiotherapeut en zoeken zelf naar expertise.

### Toepassing

Tijdens de klinische revalidatie wordt de patiënt zo snel mogelijk gemobiliseerd volgens het beter-uit-bedprincipe.<sup>10-11</sup> Hierbij zien we de patiënt niet als een zieke, maar als een persoon met een blessure. Het doel van de klinische revalidatie is dat de patiënt zo snel mogelijk zijn basis ADL-vaardigheden uit kan voeren. Op de dag van de operatie start de patiënt, onder begeleiding van een verpleegkundige, met zitten op de bedrand. Indien mogelijk maakt de patiënt een transfer naar de stoel en start hij met lopen met behulp van een looprek. Vanaf dag één postoperatief komt de fysiotherapeut in consult. Deze geeft

uitleg over de structurele en tijdelijke leefregels. Wat betreft de structurele leefregels: de patiënt mag geen beweging maken waarbij de geopereerde heup, met de knie in flexie, endoroteert in combinatie met een heupflexie van meer dan negentig graden. Met deze leefregel zal de patiënt altijd rekening moeten houden. De tijdelijke leefregels (zie onder tussenkopje 'leefregels'), voor minimaal de eerste zes weken postoperatief, zijn bedoeld om de hoeveelheid belasting op het geopereerde been te verminderen tijdens het opstaan, gaan zitten en bij het maken van een bukbeweging. Naast de instructie over de leefregels, zal het mobiliseren verder uitgebreid worden. Indien mogelijk start de patiënt met lopen met behulp van elleboogkrukken (EBK). Daarna zal, zonodig, het traplopen geoefend worden. De fysiotherapie is coachend en gericht op functioneel herstel. Oefenen in een open keten is in de eerste zes weken niet toegestaan.

### Leefregels

Voor patiënten met een primaire THP met BIG geldt:

#### Structurele leefregel:

- Gecombineerde flexie van meer dan negentig graden, adductie en endorotatie van de heup dienen vermeden te worden.

#### Tijdelijke leefregels:

- De eerste zes weken alleen bukken met het geopereerde been naar achteren.
- Zolang de geopereerde heup niet volledig belast mag worden, bij het opstaan en het gaan zitten altijd het geopereerde been naar voren plaatsen.

#### Fysiotherapeutische doelen in het ziekenhuis:

- De patiënt kent de leefregels.
- De patiënt maakt zelfstandig goede transfers.
- De patiënt loopt goed en veilig een functionele afstand met een loophulpmiddel.
- De patiënt loopt goed en veilig trap (indien nodig).

Als de patiënt bovenstaande vaardigheden beheerst, de pijn onder controle is en de wondgenezing ongecompliceerd

verloopt, wordt hij uit het ziekenhuis ontslagen. Bij ontslag zal de patiënt een aanvraag fysiotherapie en de overdrachtsbrief meekrijgen.

### Revalidatie in de eerte lijn

Het is belangrijk dat de patiënt comfortabel, binnen de mogelijkheden, beweegt zonder bewegingen te forceren. Eindstandig passief mobiliseren wordt afgeraden.

De tijdelijke leefregels sluiten aan bij de leefregels zoals die in de review van W. van der Weegen et al. worden voorgesteld,<sup>12</sup> maar dienen aangepast te worden aan de mate van postoperatieve belasting die de orthopedisch chirurg aangeeft. Doordat er gebruik wordt gemaakt van een BIG voor de reconstructie van het acetabulum, is het beleid om zes of twaalf weken partieel te belasten met EBK of een ander loophulpmiddel (zie tabel 1 op p. 18). Hierin verschilt de revalidatie duidelijk van die waarbij een primaire THP wordt geplaatst zonder botopbouw. De rol van de eerstelijns fysiotherapeut is in deze fase ook anders. Het primaire behandeldoel is in de eerste twaalf weken het verbeteren van de houding en het looppatroon. De belasting bij het lopen met behulp van EBK wordt, volgens beleid van de orthopedisch chirurg, afgebouwd volgens het schema in tabel 1. Lopen met één EBK wordt afgeraden in verband met de kans op een asymmetrisch looppatroon.<sup>13</sup>

Na de periode van partiële belasting, waarbij er na zes en na twaalf weken een poliklinische controle plaatsvindt, zal een start gemaakt worden met de revalidatie zoals we die gewend zijn bij een primaire THP zonder botopbouw.<sup>14</sup>

Tijdens de revalidatie is specifieke aandacht nodig voor het herstel van een goed looppatroon. Bij de jonge patiëntengroep is vaak sprake van een asymmetrisch looppatroon. Dit is onder andere te wijten aan verminderde kracht van de abductoren. In de revalidatie moet er specifieke aandacht zijn voor het opbouwen van de spierkracht van de glutealmusculatuur en voor het herstel van de romprotatie.<sup>13</sup>

Daarnaast moet functionele oefentherapie worden aangeboden, gericht op houding en looppatroon, activiteiten in het dagelijks leven, werk en sport »

Tabel 1

Fase	Behandeldoelen	Klinimetrie	Weken
Thuisfase	Zelfredzaamheid in de thuissituatie Kwalitatief goed looppatroon met loophulpmiddel Tijdelijke leefregels zijn van toepassing	NPRS HOOS-PS Ganganalyselijst Nijmegen	0-12 weken
ADL-fase	Kwalitatief goed looppatroon zonder loophulpmiddel Hervatting matig intensief werk, hobby's en sport Kracht, mobiliteit, stabiliteit en uithoudingsvermogen is op het niveau om werk, hobby's en sport te kunnen uitoefenen	NPRS HOOS-PS EQ-5D Ganganalyselijst Nijmegen 6MWT	12-24 weken
Belastingfase	Hervatting van intensief werk en hobby's Kracht, mobiliteit, stabiliteit en uithoudingsvermogen is op het niveau om werk, hobby's en sport te kunnen uitoefenen	HOOS-PS EQ-5D Ganganalyselijst Nijmegen 6MWT	24-52 weken

Schematische weergave postoperatieve fysiotherapie

NPRS: numeric pain rating scale; HOOS-PS: hip disability and osteoarthritis outcome score-physical function short form; EQ-5D: euroqol-5D; 6MWT: 6 minuten wandeltest

» (tabel 1). Massage, dry needling,<sup>15</sup> taping, fysiotechniek en manuele therapie raden wij in de postoperatieve revalidatie af (voor alle patiënten na een totale heupprothese). Voor deze behandelingen is onvoldoende wetenschappelijk bewijs.<sup>14</sup>

### Resultaat, discussie, aanbevelingen

Het aantal patiënten jonger dan 50 jaar met een THP is klein, maar neemt langzaam toe. Deze groep onderscheidt zich duidelijk van de oudere patiënten die in verband met een primaire coxartrose op latere leeftijd een THP krijgen. Als behandelend fysiotherapeut van de groep jonge patiënten is het belangrijk te beseffen dat de postoperatieve oefen-therapie anders is dan bij oudere patiënten. In het algemeen is het functionele resultaat na een THP bij patiënten jonger dan 50 jaar minder goed dan bij oudere patiënten. Dit heeft in veel gevallen te maken met onderliggende pathologie van de heup, die vaak al langer bestaat. Het is zaak hiervan op de hoogte te zijn en een plan op maat te maken met aandacht voor de verwachtingen van patiënten. Deze verwachtingen hebben onder andere te maken met (on)mogelijkheden op het gebied van studie, werk, sport, hobby's en hangen samen met de fase van het leven waarin de patiënt zich bevindt. De revalidatie van jonge patiënten met een THP neemt vaak meer tijd in beslag

dan die van oudere patiënten. Dit komt enerzijds door de eerder genoemde verwachtingen en revalidatiedoelen, en anderzijds door de onderliggende heuppathologie. Hierdoor zien we dikwijls een al langer bestaand aantal looppatroon en afwijkingen in de statiek. Deze twee punten bepalen nadrukkelijk het beleid in met name de ADL-fase en belastingsfase van de revalidatie. Oefentherapie speelt een centrale rol in de revalidatie. De nadruk ligt op het herstel van een kwalitatief goed looppatroon, opbouw van de lokale en regionale spierkracht van de gluteaal-musculatuur en beenspieren en verbetering van de balans en proprioceptie. We zien regelmatig dat patiënten na een succesvolle revalidatie af en toe terugkeren voor kortdurende fysiotherapeutische behandeltrajecten. In onze ervaring zoeken patiënten naar mogelijkheden om hun leven te leiden met hun THP en de daarbij horende beperkingen. De beperkingen hebben vaak te maken met pre-existente beperkingen van hun heupgewricht die ook na de THP-operatie voor een deel persisteren. Nader onderzoek is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de ervaringen en om uitspraken te kunnen doen over evidence based practice bij deze jonge patiëntengroep. Aangezien het aantal patiënten relatief beperkt is, is het essentieel hiervoor samen te werken in een netwerk.

Zoals eerder aangegeven, zoeken patiënten naar expertise in de revalidatie na een THP-operatie. Hiervoor zou de netwerkfunctie bij uitstek gebruikt kunnen worden. Een prospectief cohortonderzoek, waarbij reguliere fysiotherapie na een primaire THP wordt vergeleken met reguliere fysiotherapie en functionele looptraining, strekt tot aanbeveling.



**John Reijnen**, fysiotherapeut, klinisch gezondheidswetenschapper i.o., Medical Training Malden.

**Anouk Puts**, fysiotherapeut, afdeling Revalidatie, Radboudumc, Nijmegen.



**Wim Rijnen**, orthopedisch chirurg, afdeling Orthopedie, Radboudumc, Nijmegen.



john.reijnen@mtm-fysiotherapie.nl



Literatuur:  
[www.kngf.nl/fysiopraxis](http://www.kngf.nl/fysiopraxis)