

Operatieve correctie - scheefstand van de grote teen

Een hallux valgus operatie

Inhoudsopgave

	Pg.
Inleiding	1
Anatomie van de voet en enkel	2
De Hallux valgus	2
De symptomen	2
De behandeling	3
De operatiemethoden	3
Een hallux valgus correctie volgens Chevron	4
Een hallux valgus correctie volgens Scarf	4
Vorbereiding op de operatie	5
De opname	5
De operatie	5
Na de operatie	6
Weer naar huis	6
De poliklinische controle na twee weken	7
De poliklinische controle na zes weken	7
Het eindresultaat	7
Risico's en mogelijke complicaties	8
Het hervatten van werk, autorijden en sporten	8
Vragen?	9
Notities	10

Inleiding

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

Doordat uw orthopedisch chirurg van 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.

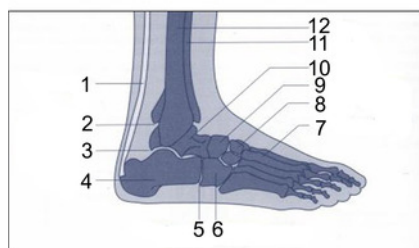
Deze patiënteninformatiefolder maakt onderdeel uit van het programma "Voet op Maat". Dit programma is opgezet om patiënten individueel te behandelen met een zo optimaal mogelijk resultaat. Immers elke patiënt is uniek, zo ook de afwijking. Hierop moet de behandeling en/of operatie worden afgestemd. Een goede keuze voor bijvoorbeeld de operatiemethode is van groot belang voor het uiteindelijke resultaat. Bij 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 hallux valgus operatie. 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.



De voet wordt verdeeld in drie gebieden, te weten:

- De voorvoet; bestaat uit vijf middenvoetsbeentjes en alle teenkootjes.
- De middenvoet; bestaat uit vijf voetwortelbeentjes zoals het scheepvormig beentje.
- De achtervoet; bestaat uit het sprongbeen en het hielbeen. Het sprongbeen is verbonden met het scheen- en kuitbeen middels het enkelgewricht.

De hallux valgus

Hallux is de Latijnse naam voor grote teen en valgus betekent naar buiten wijzen. Een hallux valgus is dus een voetafwijking met een scheefstand van de grote teen. Door de scheefstand steekt het middenvoetsbeentje steeds meer aan de binnenkant uit. Dit veroorzaakt een opgezette, pijnlijke knobbel, ook wel "knok" of "bunion" genoemd (zie figuur 2). De huid die er over heen zit kan dik, rood en gevoelig worden door een lokale irritatie van de onderhuidse slijmbeurs.

Een hallux valgus is een veelvoorkomende aandoening. Naar schatting komt het bij tien procent van de Nederlandse bevolking voor en vaker bij vrouwen dan bij mannen.

Hoe een hallux valgus precies ontstaat is vooralsnog onduidelijk. Waarschijnlijk spelen meerdere factoren een rol. Van belang zijn erfelijkheidsfactoren zoals een voet met een lange grote teen, de zogenaamde Egyptische voetvorm. Soms is een hallux valgus familiair bepaald en treedt dan op relatief jonge leeftijd op. Andere belangrijke boosdoeners zijn te nauwe, veelal puntige schoenen of schoenen met hoge hakken.

Figuur 2.



Ook het slapper worden van de gewrichtskapsels in de voet door toename van de leeftijd of het naar binnen kantelen van de voet tijdens lopen draagt bij aan het ontstaan ervan. Door de scheefstand vermindert de steunfunctie van de grote teen en wikkelt de voet over de binnenzijde af. Dit versterkt vervolgens weer de scheefstand van de grote teen.

De symptomen

Veel mensen met een hallux valgus hebben weinig of geen last. Behandeling is dan niet nodig. Hoewel de afwijking in de loop der jaren erger kan worden, is het zogenaamde preventief opereren om de standsafwijking te corrigeren niet nodig. Een operatie blijft later altijd mogelijk wanneer er wél klachten ontstaan bij zowel een milde of ernstige hallux valgus. Die klachten bestaan meestal uit pijn en irritatie aan de knok vooral tijdens het dragen van strak zittend schoeisel.

Door de standsafwijking kan het uitzoeken van de juiste schoenen lastig zijn. Naast een pijnlijke knok kan eveneens pijn ontstaan in de hele voorvoet. Dit wordt veroorzaakt doordat de standsafwijking van de grote teen resulteert in een minder optimale afwikkeling van de voet met als gevolg een overbelasting van de andere tenen, soms resulterend in het ontstaan van zogenaamde hamer- of klauwtenen.

De behandeling

In principe is de eerste behandeling van een hallux valgus altijd een behandeling zonder operatie, ook wel conservatieve behandeling genoemd. In het beginstadium kunnen pijnlijke drukplekken voorkomen worden door het dragen van wijder schoeisel of het laten oprekken van de schoen ter plaatse van de knok. Viltjes en ringpleisters kunnen hierbij ook helpen.

Wanneer sprake is van een lokale irritatie van de onderhuidse slijmbeurs kunnen medicijnen de oplossing bieden. Veelal worden zogenaamde ontstekingsremmers in tabletvorm voorgeschreven. Het dragen van steunzolen of zelfs semi-orthopedisch schoeisel ter correctie en ondersteuning van de voetbouw en meer ruimte voor de voorvoet is een ander alternatief in de conservatieve behandeling van een hallux valgus. Klachten worden hiermee in belangrijke mate verminderd. Naast deze schoenaanpassingen zijn enkele hulpmiddelen verkrijgbaar zoals teenspalken die de scheefstand van de grote teen tijdelijk corrigeren. De werking van deze hulpmiddelen valt helaas vaak tegen.

Voor een operatieve behandeling van een hallux valgus wordt gekozen wanneer sprake is van blijvende klachten ondanks een adequate conservatieve behandeling. Bij een operatieve behandeling wordt gebruik gemaakt van verschillende operatie-methoden om een zo'n optimaal mogelijk resultaat te bereiken. De keuze van de juiste operatiemethode hangt onder andere af van factoren als de mate van de scheefstand en de afwijkingen op de röntgenfoto. Ook wordt hierbij de leeftijd van u als patiënt, uw beroep en sportactiviteiten meegenomen.

De operatiemethoden

Veelgebruikte methoden ter correctie van een hallux valgus in Amphia zijn de standscorrecties (zoals Chevron, Scarf, Basis en/of Akin correctie) of het vastzetten van gewrichten in de juiste stand (zogenaamde arthrodesen).

De verschillende operatiemethoden hebben met elkaar gemeen dat de pijnlijke knok aan de binnenkant van de grote teen wordt verwijderd via een incisie aan de binnenzijde van de voet. Verder wordt het uitgerekte gewrichtskapsel gecorrigeerd. De methoden verschillen echter van elkaar in de manier van doornemen en vastzetten van het middenvoetsbeentje van de grote teen.

Nadat de stand is gecorrigeerd, wordt het middenvoetsbeentje meestal vastgezet met één of enkele kleine schroefjes en soms met een plaatje met schroeven. Dit is afhankelijk van de gekozen methode. Na het vastzetten is het bot nog niet stevig genoeg om het meteen te belasten. Het duurt minimaal zes weken voordat de gecorrigeerde botdelen aan elkaar vast zijn gegroeid. Een enkele keer is het nodig om de schroef of het plaatje met schroeven in een latere fase te verwijderen. Meestal kan het gewoon blijven zitten aangezien het over het algemeen geen klachten oplevert.

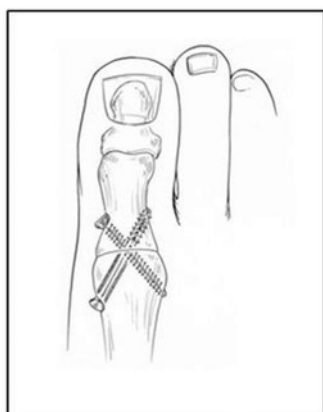
Bij Amphia wordt gebruikt gemaakt van de modernste technieken waardoor er zo min mogelijk weefselschade ontstaat en het herstel na een operatie zo spoedig mogelijk verloopt. De twee meest gebruikte methoden worden hierna nader toegelicht.

Een hallux valgus correctie volgens Chevron

In het algemeen wordt deze methode gebruikt bij een milde tot matige hallux valgus. Hierbij wordt het middenvoetsbeentje van de grote teen doorgenomen onder het kopje middels een V-vormige zaagsnede (zie figuur 3 A-B). Vervolgens wordt het kopje richting de buitenkant van de voet verplaatst en vastgezet met een klein schroefje.



Figuur 3A



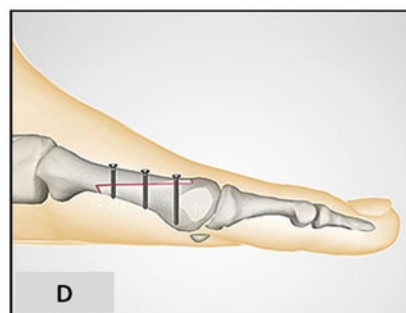
Figuur 3B

Een hallux valgus correctie volgens Scarf

Wanneer sprake is van matige tot ernstige hallux valgus wordt gekozen voor een correctie volgens Scarf. Bij deze methode wordt het middenvoetsbeentje doorgenomen middels een Z-vormige zaagsnede (zie figuur 4 C-D). Vervolgens wordt de standscorrectie verkregen door beide botdelen ten opzicht van elkaar te verplaatsen. Het handhaven van de verkregen stand gebeurt met meestal een of twee kleine schroefjes die in het bot worden ingebracht. Aangezien de standsafwijking fors kan zijn, is het in sommige gevallen nodig een extra incisie te maken aan de bovenzijde van de voet tussen de eerste en tweede teen om het kapsel te kunnen openen zodat een grotere correctie mogelijk is.



Figuur 4C



Figuur 4D

Vorbereiding op de operatie

Tijdens uw bezoek op de polikliniek bespreekt de orthopedisch chirurg samen met u de operatie en de daaraan verbonden verwachtingen en risico's. Wanneer besloten is tot een operatieve correctie gaat u naar het voorbereidingsplein waar u aanvullende informatie over de opname in het ziekenhuis krijgt. Vervolgens bespreekt een anesthesie medewerker de mogelijke manieren van verdoving tijdens de operatie. Deze verdoving kan bestaan uit een algehele narcose of een ruggenprik.

Daarnaast wordt bij veel operaties aan voet en/of enkel aanvullende verdoving gegeven zoals een zenuwblokkade. Meer informatie over deze verschillende vormen van verdoving en pijnbestrijding kunt u vinden in de anesthesie folder.

Gebruikt u bloedverdunners? Als u bloedverdunners (antistollingsmedicatie) gebruikt, meld dit dan aan uw behandelend arts. Hij/ zij bespreekt met u of en wanneer u moet stoppen met deze medicijnen.

Het is verstandig om in de periode voorafgaand aan de operatie alvast twee elleboogkrukken te halen bij de thuiszorgwinkel. Deze heeft u namelijk nodig in de herstelfase na de operatie. Verder is het van belang om voor de operatie al te kijken of er mogelijke obstakels in en om uw huis aanwezig zijn die na de operatie hinder kunnen geven. Een voorbeeld is een loszittende trapleuning. 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 voet 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. Indien nodig zal vervolgens aanvullende verdoving worden toegediend. 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 anesthesiemedewerker. Als alles in orde is, begint de anesthesist met het uitvoeren van de vooraf afgesproken algehele narcose of ruggenprik. 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 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 u indien nodig pijnstillers. Heeft u aanvullende verdoving gekregen dan neemt deze gedurende ongeveer 8 tot 24 uur na de operatie een groot deel van de pijn weg. Gedurende de dag die volgt, herstelt u van de operatie.

Wanneer u weer fitter bent, wordt later op de dag een röntgenfoto gemaakt om te zien of de standscorrectie geslaagd is.



Figuur 5A



Figuur 5B

Ook 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 afhankelijk van de uitgevoerde procedure hierbij meestal gedeeltelijk belast worden. Juiste instructies hieromtrent ontvangt u op de afdeling. Tijdens de operatie wordt de operatiewond ingepakt in een drukverband. Diezelfde dag wordt meestal een verbandschoen (fig 5A) en soms een gipsschoen (fig 5B) aangelegd om de standscorrectie van de geopereerde voet te beschermen. Deze verbandschoen of gipsschoen om de voet laat u dan zitten tot de eerstvolgende controle.

Trombose - 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. Eenmaal thuis is het belangrijk dat u de voet goed hoog houdt om de zwelling na de operatie zoveel mogelijk te voorkomen. De belasting van het geopereerde been is afhankelijk van de uitgevoerde procedure. Wanneer u extra verdoving heeft gehad, verminderd dit ongeveer 8 tot 24 uur na de operatie een groot deel van de pijn. Hierbij is het verdoofde voet gevoelloos en bewegingsloos. Doordat de beschermende pijn-reflex afwezig is, is er risico op stoten, vallen en beschadiging van de voet op de plaats van de ingreep. Wees dus voorzichtig met het mobiliseren en belasten van het verdoofde voet. Tijdens deze periode adviseren wij u met behulp van elleboogkrukken te lopen. Ook mag u beginnen met buig- en strekoefeningen van het voet- en enkelgewricht. 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 gipskamersprekeuur. Het verband met verband- of gipsschoen dat is aangelegd na de operatie wordt nu verwijderd. De operatiewond wordt beoordeeld en ook de hechtingen worden verwijderd. Meestal wordt opnieuw de verbandschoen of gipsschoen met een loopzool aangelegd. Afhankelijk van de uitgevoerde operatiemethode mag u nu de voet nu voorzichtig belasten op de hak. Door het nog niet belasten van de voorvoet kan de voorvoet goed genezen.

De poliklinische controle na zes weken

Zes weken na de operatie wordt een poliklinische controle afspraak gemaakt bij uw behandelend orthopedisch chirurg nadat eventueel gips bij de gipskamer is afgehaald en een röntgenfoto is gemaakt. Samen wordt het beloop van de behandeling alsook de gemaakte röntgenfoto besproken. Meestal kan hierna de belasting van de geopereerde voet worden uitgebreid waarbij u weer de eigen schoen mag dragen.

Doordat de voorvoet in deze fase meestal nog enigszins gezwollen is, is het raadzaam hiervoor een voldoende wijde veterschoen of sportschoen te gebruiken.

Verder is het mogelijk dat het gewricht van de grote teen nog wat stijf is. Buig- en strekoefeningen van het grote teen gewricht zijn dan nuttig om de beweeglijkheid langzaam te verbeteren. Mocht het nodig zijn, dan komt u na drie maanden nog een laatste keer terug. Het eindresultaat van de hallux valgus correctie wordt samen besproken.

(Röntgen)foto's voor en na de correctie - figuur 6A, 6B, 6C en 6D



Figuur 6A



Figuur 6B



Figuur 6C



Figuur 6D

Het eindresultaat

Het doel van de operatie is om de knobbel aan de binnenkant van de voet te verwijderen. Daarnaast wordt geprobeerd de scheve stand van de grote teen te corrigeren zodat weer een fraaie voetvorm evenals een goede steunfunctie van de grote teen ontstaat (zie figuur 6). Hierbij is het uiteraard van belang dat na de operatie voldoende beweeglijkheid in het gewricht van de grote teen aanwezig blijft zodat een goede afwikkeling van de voet mogelijk is. Een geringe zwelling van de grote teen in de eerste maanden na de operatie is veel voorkomend. Dit is een normaal verschijnsel en verdwijnt langzaam vanzelf. Uit onderzoek blijkt dat uiteindelijk ongeveer 90% van de patiënten tevreden is met het eindresultaat.

Risico's en mogelijke complicaties

Een hallux valgus correctie 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 wond- en 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 een opname langer dan 1 dag. Verder is het belangrijk buig- en strekoefeningen van de enkel te verrichten.

Specifieke risico's bij een hallux valgus correctie zijn over- of ondercorrectie. Ook is er een kans van ongeveer 5% dat na een fraaie correctie de hallux valgus 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 aan de grote teen. Dit herstelt zich doorgaans in de loop van de tijd, tot zelfs 1 jaar na de operatie. Verder is het mogelijk dat abnormale stijfheid van het gewricht van de grote teen ontstaat. Het verrichten van extra buig- en strekoefeningen van het grote teen gewricht is dan nodig.

Wanneer bij een operatie (doorgezaagd) bot weer aan elkaar gezet is, moet dit weer aan elkaar vastgroeien. Alleen als bot weer één geheel wordt, resulteert dat in een stabiele en pijnloze voet. Een enkele keer groeien de botten niet goed aan elkaar vast en moet het opnieuw worden geopereerd. Indien een dystrofiebeeld (zogenaamd CRPS) ontstaat, is sprake van 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 voet kan ondervinden zoals kortdurende steekjes en pijnnetjes. 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 zwaarder 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 maanden na de operatie.

Vragen?

Wij helpen u graag. Mocht u een mogelijke nabloeding of tekenen van een infectie hebben zoals koorts of een rode, gezwollen, kloppende voet, neem dan contact met ons op:

- Gipskamer (076) 595 40 69 (bij vragen over de verband- of gipsschoen)
- Polikliniek Orthopedie (076) 595 30 80 (bij vragen over controles na de operatie)

