



AZ JAN PALFIJN
GENT



BANKART ingreep

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN



Dr. Harth A.
rug-, heup- en kniechirurgie
www.harth-orthopedie.be



Dr. Depaep Y.
schouder- en kniechirurgie
www.depaepe-orthopedie.be



Dr. De Bo T.
heup-, enkel- en voetchirurgie
mcavlaanderen.wordpress.com



Dr. Moens K.
knie-, heup-, pols- en handchirurgie
www.doktermoens-orthopedie.be



Dr. Van Parys M.
schouder-, elleboog-, pols-
en handchirurgie



Dr. Lauwagie S.
kinder- en neuro-orthopedie

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

1. Anatomie van het normale schoudergewricht	4
2. De instabiele schouder	5
3. De Bankart ingreep	7
4. De voorbereiding op de operatie	8
5. Opname in het ziekenhuis	8
6. De operatiezaal	9
7. Na de ingreep	10
8. Het verdere verblijf op het dagziekenhuis	10
9. Het ontslag	11
10. De revalidatie	12
11. Tot slot	13

INLEIDING

Welkom in het AZ Jan Palfijn Gent. We hopen dat uw verblijf bij ons zo aangenaam mogelijk verloopt.

Deze brochure dient om u voor te bereiden en de nodige informatie te bezorgen over uw **BANKART ingreep**.

Wenst u nog bijkomende informatie voor uw ziekenhuisopname, dan kan u contact opnemen met de raadpleging orthopedie (09 224 87 96).

Indien u tijdens uw verblijf in het ziekenhuis vragen hebt, aarzel niet om deze te stellen aan de verpleegkundigen, kinesitherapeuten of uw behandelend arts. Wij zijn er om u te helpen.

Het volledige team wenst u een spoedig herstel en een vlotte revalidatie toe.

1. ANATOMIE VAN HET NORMALE SCHOUDERGEWRICHT

De schouder is een complex gewricht met de grootste beweeglijkheid van alle gewrichten van het menselijk lichaam.

Het schoudergewricht bestaat uit twee beenderen: de kom (of pan) van de schouder (glenoid), die deel uitmaakt van het schouderblad, en de bol van de schouder (caput), die deel uitmaakt van de bovenarm. De schouder is een kogelgewricht waarrond verschillende grote schouderspieren vasthechten, waardoor u de arm kan bewegen.

Zowel de kom als de bol zijn bedekt met een laag kraakbeen om een soepele en pijnloze beweging tussen de twee botuiteinden mogelijk te maken.

Om in dit beweeglijk gewricht de bol van de schouder op zijn plaats te houden zijn naast de vorm en grootte van de kom ook de stabiliserende meniscus ('labrum') en de diepliggende schouderspieren ('rotatoren manchet' of 'rotatorcuff') van groot belang. Het labrum remt op een passieve wijze, als een soort bumper, de beweeglijkheid van de bol in zijn extremen en zorgt tevens voor het relatief dieper maken van de kom wat extra stabiliteit oplevert. Daarbovenop is er ook nog het stevig vlies rond de schouder (kapsel) met daarin sterke verstevigingsbanden (gewrichtsbanden) die mee de stabiliteit verzorgen.

Het zijn dan uiteindelijk de rotatorcuff spieren die op een actieve wijze bijdragen aan de dynamische stabiliteit.

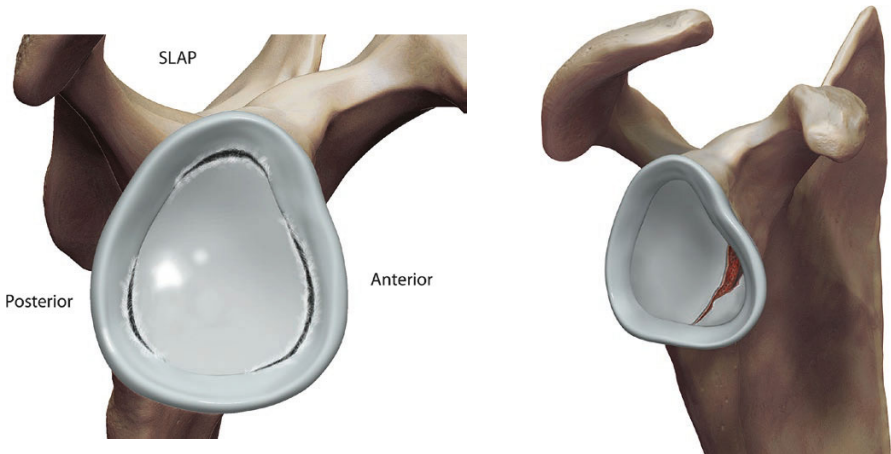
2. DE INSTABIELE SCHOUDER

Instabiliteit is de onmogelijkheid om de bol van de schouder ('humeruskop') gecentreerd te houden in de kom ('glenoid'). Als het gewricht instabiel is, leidt dit tot een ontwrichting ('luxatie') van de schouder. Soms dreigt de schouder ook uit de kom te gaan, maar leidt dit niet tot een volledige ontwrichting ('subluxatie').

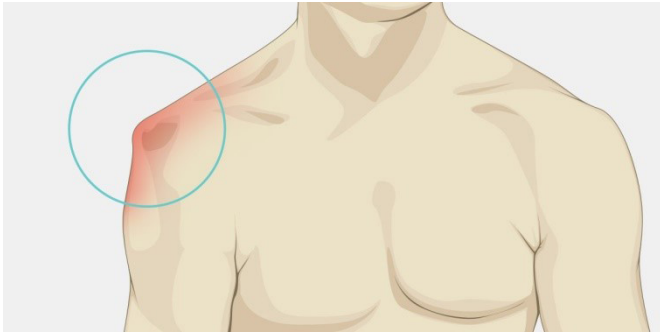
Het stabiliserende geheel kan worden verstoord door een trauma (blijven haperen met de arm tijdens een val, na een hevige trekbeweging, een slag krijgen op opgeheven arm...).

In het merendeel van de instabiele schouders schiet zo de bol van de schouder naar voor en onder ten opzichte van de pan.

Tijdens dit traumatische gebeuren, kan de bol van de schouder 2 soorten schade veroorzaken aan de voorzijde van de schouderkom. Ofwel scheurt daar een deel van het labrum los of kan een stukje bot loskomen, meer specifiek vooraan aan de onderkant van de pan. Dit heten we respectievelijk een Bankart en een beenderig Bankart letsel.



De klacht bij een schouderontwrichting is een plotse, helse pijn zonder de mogelijkheid om de schouder te bewegen. De vorm van de schouder wijzigt en ziet er "abnormaal" uit.



Bij een gedeeltelijke ontwrichting (subluxatie) voelt dit meestal aan als een vage pijn, gepaard gaande met een klik. Het uitzicht van de schouder wijzigt hierbij normaal niet.

Op spoedopname of in het operatiekwartier wordt de schouder terug op zijn plaats gezet ('gereduceerd'), al dan niet onder een lichte verdoving. Patiënten met een chronische, recidiverende instabiliteit, zijn vaak in staat om de schouder zelf terug op zijn plaats te duwen.

Na de reductie zal een schouderbrace worden aangelegd, meestal voor een drietal weken. In deze periode wordt er een afspraak voorzien bij uw schouderspecialist.

Als eerste behandeling is kinesitherapie noodzakelijk om de beweeglijkheid te herwinnen en voor het aanleren van spierversterkende oefeningen.

De verdere behandeling is afhankelijk van verschillende factoren zoals o.a. het eventueel recidiverend karakter, leeftijd van de patiënt, sportieve ambities, vastgestelde letsels op de beeldvorming.

Indien er reeds meerdere ontwrichtingen plaatsvonden of hoe jonger de patiënt bij de eerste ontwrichting, hoe groter de kans is op nieuwe ontwrichtingen. Bovendien is geweten dat hoe groter het aantal ontwrichtingen hoe hoger de kans op schade in het gewricht en hoe groter de kans op artrose op latere leeftijd. Ook sport- of beroepsactiviteiten kunnen u meer vatbaar maken voor nieuwe ontwrichtingen en kunnen beslissend zijn voor de verdere behandeling (bv. bij een rugbyspeler is de kans op nieuwe ontwrichting groter dan bij een looper).

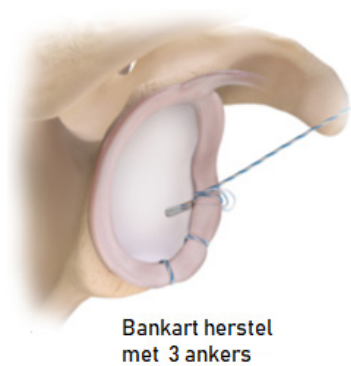
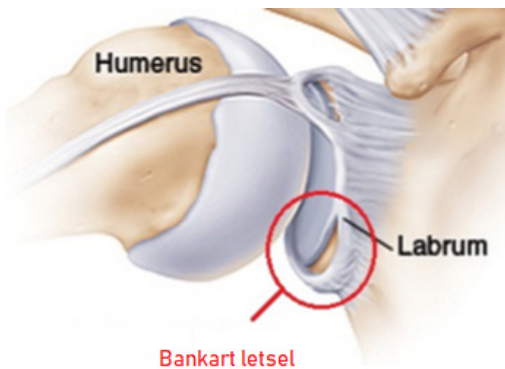
De doelstelling van verdere behandeling is de ontstane schade herstellen, maar evenzeer ervoor zorgen dat een nieuwe ontwrichting kan vermeden worden.

3. DE BANKART INGREEP

Afhankelijk van de leeftijd, sportieve ambities, al dan niet beenderige schade in de schouder, voorafbestaande laxiteit en vroegere chirurgie kan worden gekozen voor een Bankart ingreep.

De chirurgische behandeling dankt zijn naam aan de Engelse chirurg Arthur Bankart die als eerste het letsel beschreef en de noodzaak tot herstel ervan duidelijk maakte. Het is pas later, in 1980, dat voor het eerst een herstel werd uitgevoerd met een kijkoperatie. Hoe meer de technieken evolueerden hoe duidelijker de voordelen waren van een kijkoperatie versus een open ingreep (bv. kortere ziekenhuisopname en sneller herstel).

Deze ingreep gebeurt middels enkele kleine insneden rondom de schouder waarbij met behulp van een camera en instrumenten binnenin de schouder de labrum scheur opnieuw wordt opgehecht op de schouderkom (glenoid). Met behulp van enkele ankertjes die in het bot worden verankerd wordt het labrum terug vastgemaakt aan zijn anatomische plaats.



4. DE VOORBEREIDING OP DE OPERATIE

Na de beslissing om een **Bankart ingreep** te doen, wordt u verwezen naar de **preoperatieve raadpleging** in het ziekenhuis om u optimaal voor te bereiden op uw ziekenhuisopname.

Een **toestemmingsformulier** (informed consent) wordt ingevuld.

Er worden zo nodig **preoperatieve onderzoeken** uitgevoerd, zoals een bloedafname, een electrocardiogram (EKG) en een radiografie van de longen. Deze kunnen zowel via de huisarts uitgevoerd worden, als via de preoperatieve raadpleging. Indien nodig worden aanvullende preoperatieve consultaties bij de cardioloog, de anesthesist... gepland om de ingreep in de meest optimaal voorbereide omstandigheden te laten doorgaan.

Neemt u **bloedverdunners** of hebt u **allergieën**, dan meldt u dit best meteen hier.

Indien u thuis alleen bent en weinig sociale hulp hebt, kan het aangewezen zijn om tijdelijk op onze revalidatie-afdeling te verblijven of naar een revalidatiecentrum te gaan om verder te herstellen tot u voldoende zelfredzaam bent. Het is belangrijk dit VOOR de operatie te bespreken met uw arts, zodat dit voor de operatie reeds kan gepland worden.

Bij uw opname in het ziekenhuis brengt u de resultaten van de preoperatieve onderzoeken mee.

5. OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

U wordt de dag van de operatie 's morgens opgenomen op de dienst Orthopedie (straat 161) of de dienst Kortverblijf (straat 171). Uitzonderingen worden op de consultatie afgesproken.

Vanuit de dienst Orthopedie wordt gevraagd dat de begeleider die u brengt na een dertigtal minuten de kamer verlaat, dit om de zorg van u en de andere patiënten te kunnen garanderen en de privacy te respecteren. Uitzonderingen hierop worden besproken met de verpleegkundige op de dienst.

Wat brengt u mee:

- ▶ De resultaten van de preoperatieve onderzoeken (bloeduitslag, EKG, beeldvorming...)
- ▶ De ingevulde medische vragenlijst
- ▶ Uw thuismedicatie (+ medicatielijst): in originele blister en/of verpakking (GEEN losse tabletten of vooraf klaargezet in pillendoosje)
- ▶ Kaart of bewijs van hospitalisatieverzekering

's Morgens voor de ingreep:

- ▶ De dag van de ingreep **mag u niets meer eten of drinken vanaf middernacht** om de kans op braken te verminderen.
- ▶ De operatiezone wordt door de verpleegkundige geschoren met een clipper (geen scheermesje). Dit is een soort tondeuse waardoor de kans op letsels door scheren kleiner is.
- ▶ Er wordt gevraagd uw bril of lenzen, juwelen en tandprothesen te verwijderen.
- ▶ Tijdens het transport naar de operatiezaal zullen verschillende personen uw identiteit vragen en uw polsbandje controleren. Dit is voor de patiëntveiligheid.

6. DE OPERATIEZAAL

Alvorens u de operatiezaal zal binnenkomen, brengt u nog een korte periode door in de preoperatieve ruimte. Hier worden een aantal zaken voorbereid.

Er wordt een infuus geplaatst zodat u de nodige pijnstillers kan krijgen.

De anesthesist plaatst nadien een zenuwblok (interscaleen blok) of pijnblok alvorens u zal slapen, zodat u na de operatie minder pijn ervaart. Dit houdt in dat de anesthesist met een echotoestel in de hals zoekt naar de zenuwbundel van de schouder en arm. Rond deze zenuwen wordt lokale verdoving gespoten om de postoperatieve pijn beter te kunnen controleren. Tijdens de prik kunt u elektrische schokjes voelen in de schouder en arm, dit is normaal en wordt uitgelokt door een stimulatie-toestel. Na de prik zult u een zwaartegevoel ervaren van de arm, wat betekent dat het blok reeds werkt.

De behandelende arts zet voor de narcose een pijl op het te opereren lichaamsdeel.

De operatiezaal

Er zal worden gevraagd op uw rug op de operatietafel te liggen. De anesthesist stelt zo nodig nog extra vragen en kan ook die van u beantwoorden. Hij zal u volledig laten slapen, tenzij dit vooraf anders werd afgesproken op de raadpleging. Nadat u verbonden bent met de monitor, zal u een masker met zuurstof voorgehouden worden. De anesthesist geeft ondertussen via uw infuus de producten waarvan u in slaap zult vallen.

Veel mensen hebben meer angst voor de verdoving dan voor de ingreep zelf. Dit komt omdat men zich overgeleverd voelt en geen vat heeft op de situatie. De verdoving gebeurt door ervaren specialisten (anesthesisten) die veilig werken met de beste apparatuur. Via de preoperatieve raadpleging bent u ook optimaal voorbereid op deze ingreep.

7. NA DE INGREEP

Na de operatie ontwaakt u in de ontwaakruimte waar u van nabij zal gevolgd worden en uw pijn onder controle wordt gehouden. U zal de nodige pijnstillers via een infuus ontvangen. U mag echter zeker aangeven indien u nog pijn hebt, zodat er zo mogelijk extra pijnstilling kan toegediend worden.

Indien uw parameters (bloeddruk, polsslag, ademhaling,...) goed zijn en de pijn goed onder controle is, wordt u opnieuw naar uw kamer gebracht.

Na de operatie en gedurende de eerste nacht zal een verpleegkundige verschillende malen uw bloeddruk nemen en uw pijn bevragen. Na de ingreep krijgt u op uw kamer stap voor stap lichte voeding om misselijkheid/overgeven te vermijden.

Het is belangrijk om voldoende hulp te vragen aan de verpleegkundigen van de afdeling en duidelijk aan te geven hoe u zich voelt en of u pijn heeft, zodat zij u optimaal kunnen helpen.

8. HET VERDER VERBLIJF OP HET DAGZIEKENHUIS

Op het dagziekenhuis zal de verpleegkundige u verder volgen, pijnstilling toedienen en eenmaal de pijn onder controle is, het infuus verwijderen. Na de ingreep krijgt u op uw kamer stap voor stap lichte voeding om misselijkheid/overgeven te vermijden.

Het is belangrijk te begrijpen dat een operatie achteraf pijn doet. Deze pijn wordt bestreden volgens een vaststaand schema. Indien u pijn voelt, moet u vragen naar bijkomende pijnstilling, zodat kan bekeken worden of er extra pijnstillende medicatie kan toegediend worden om u meer comfort te geven. **Het is belangrijk om op vaste tijdstippen pijnstilling te krijgen en in te nemen om geen pijnpiek te laten ontstaan.** Zeker 's avonds en 's nachts kan u best extra pijnstilling vragen. Een goede nachtrust maakt dat u zich de volgende dag beter voelt. **Een goede pijnmedicatie zorgt voor een vlottere revalidatie!**

De doktersronde

Uw behandelend arts komt na de operatie langs om u te ontslaan en de nodige instructies mee te geven.

Het is belangrijk vragen te stellen zodat alles duidelijk is voor u. Eventueel kan u altijd uw vragen opschrijven achteraan in deze brochure en ze stellen op het moment van de ronde van uw behandelend arts.

9. HET ONTSLAG

Wanneer u zich goed voelt, hebt kunnen eten en drinken en hebt kunnen plassen, bent u klaar voor ontslag uit het ziekenhuis, na ontslag door uw behandelend arts.

Ontslagplanning

Wat krijgt u mee bij ontslag:

- ▶ Brief voor de huisarts
- ▶ Voorschrift voor pijnstilling
- ▶ Voorschrift voor kinesitherapie
- ▶ Voorschrift voor thuisverpleging
- ▶ Een controle afspraak

De eerstvolgende raadpleging bij de orthopedist wordt voor u reeds geregeld. Tijdens deze consultatie wordt de verdere evolutie opgevolgd.

10. DE REVALIDATIE

Brace of adductieverband

Gedurende de eerste 4 weken moet het verband dag en nacht strikt gedragen worden ter controle van pijn en zwelling. Nadien wordt het verband nog gedragen gedurende 2 weken 's nachts.

Kinesitherapie

Het voorschrift krijgt u bij de ontslagdocumenten. Wanneer de kinesitherapie moet gestart worden, zal u meegedeeld worden bij ontslag (kan verschillen van patiënt tot patiënt). Meestal wordt er 2 tot 4 weken gewacht alvorens kinesitherapie te starten. De eerste oefeningen worden u al aangeleerd tijdens het verblijf in het ziekenhuis. U kunt zelf enkele malen per dag het verband afnemen om deze oefeningen uit te voeren. De eerste 6 weken mag er absoluut geen zware belasting zijn. U dient alle zware krachtinspanningen te beperken gedurende de eerste 3 maanden.

Wondjes

De wondjes moeten proper en droog gehouden worden. Best kunnen de wondjes 2 tot 3 maal per week ontsmet worden en kunnen de pleisters 2 tot 3 maal per week vervangen worden. U krijgt standaard een voorschrift voor thuisverpleging mee. Indien u wenst kunt u de wondzorg ook zelf doen. In de eerste week na de ingreep is het volkomen normaal dat er nog wat bloederig vocht uit de wondjes kan komen. Kort douchen is toegestaan mits u een afsluitend doucheverband gebruikt (bv. Opsite Postop, Tegaderm...). Na 2 weken kunnen de hechtingen verwijderd worden door de thuisverpleging of uw huisarts.

Pijnstilling

U krijgt een voorschrift voor de pijnstillers Paracetamol en Tradonal Odis. Van het eerste product kunnen 4 en het tweede 3 tabletten per dag worden gebruikt. Deze pijnstillers zijn niet verplicht, maar kunnen u wel meer comfort bezorgen. Ontstekingsremmers worden meestal niet voorgeschreven in het begin. Tevens is het belangrijk om regelmatig ijs te leggen (3x/dag).

Arbeidsongeschiktheid

De duur van de arbeidsongeschiktheid ligt tussen 4 weken en 4 maanden en is afhankelijk van de inhoud van de job. Bespreek dit voor de ingreep met uw arts.

Autorijden

U mag beginnen autorijden wanneer u zelf voelt dat u gemakkelijk kan sturen met beide handen zonder enig probleem. Hiervoor zou u uw arm comfortabel boven schouderniveau moeten kunnen heffen. Voor de meeste mensen is dit ongeveer 6 tot 8 weken na de ingreep.

Sporthervatting

Lopen en fietsen is toegestaan vanaf 6 weken als de eerste pijn en zwelling verdwenen is. Hervatten van andere sporten is individueel verschillend en sterk sport-specifiek. Dit kan besproken worden met uw behandelend arts.

Alarmsymptomen

Bij blijvend lekken van de wondnaad, bij koorts $>38,5^{\circ}\text{C}$ en een toename van pijn aan de geopereerde schouder: contact opnemen overdag met de raadpleging Orthopedie op het telefoonnummer 09 224 87 96. 's Avonds en in het weekend kan u contact opnemen met de spoedgevallen AZ Jan Palfijn Gent op het telefoonnummer 09 224 81 01.

11. TOT SLOT

Vergelijk uzelf nooit met andere pas geopereerde patiënten. Het herstel is sterk variabel van patiënt tot patiënt en de balans wordt pas opgemaakt 6 maanden tot 1 jaar na de ingreep.

Is er nog iets onduidelijk of wenst u meer te weten, aarzel dan niet de dokter of de verpleegkundigen om meer uitleg te vragen.

Hieronder vindt u nog enkele telefoonnummers waar u terecht kan met uw vragen:

- ▶ Consultatie orthopedie: 09 224 87 96 of
raadplegingen.traumatologie@janpalfijngent.be
- ▶ Afdeling orthopedie: 09 224 81 61
- ▶ Spoedopname: 09 224 81 01
- ▶ Preoperatieve raadpleging: 09 224 88 10
- ▶ Fysische revalidatie – dienst kinesitherapie: 09 224 87 78
- ▶ Sociale dienst: 09 224 84 43 of socialedienst@janpalfijngent.be

Het volledige team wenst u een spoedig herstel en een vlotte revalidatie toe.

Associatie Orthopedie - Traumatologie AZ Jan Palfijn Gent

dr. Harth A. - dr. Depaepe Y. - dr. De Bo T. - dr. Moens K. - dr. Van Parys M. - dr. Lauwagie S.
www.orthopedie-gent.be

NOTITIES

Stempel van uw behandelend arts



**AZ JAN PALFIJN
GENT**

Orthopedie en Traumatologie - raadplegingen

T +32 (0)9 224 87 96

Watersportlaan 5 - 9000 Gent

T +32 (0)9 224 71 11 - F +32 (0)9 224 70 42

info@janpalfijngent.be - www.janpalfijn.be