

Amputatie van een (deel van een) been

Binnenkort ondergaat u een operatie waarbij een (deel van) uw been geamputeerd zal worden. In deze folder leest u over de voorbereiding op deze operatie, de operatie zelf, de nazorg en het ontslag.

Wat is een amputatie

Onder een amputatie wordt verstaan het verwijderen van een deel van het menselijk lichaam, in dit geval (een deel van) het been. Een beenamputatie is meestal het gevolg van een vaataandoening. Andere oorzaken kunnen zijn: diabetes mellitus, tumoren, infectie of een ernstig ongeluk. Vaak is er sprake van zodanige weefselschade (beschadiging en/of versterf) dat het niet amputeren ernstige gevolgen heeft voor het verdere leven. Een amputatie is een ingrijpende gebeurtenis. Zowel voor u als voor uw familie en/of omgeving. De chirurg stelt pas na zeer zorgvuldig afwegen een dergelijke operatie voor.

Verskillende niveaus van amputatie van het been

Onderbeen amputatie.

Ongeveer tien tot vijftien centimeter onder de knie wordt het onderbeen verwijderd. Dit gaat door het scheenbeen (tibia) en kuitbeen (fibula) heen. Het voordeel van deze amputatie is dat u uw kniegewricht nog behoudt en dat leren lopen met een prothese makkelijker zal zijn dan met een amputatie door de knie of het bovenbeen.

De lengte van uw onderbeen wat nog blijft zitten is van belang om te zijner tijd een eventuele prothese aan te bevestigen.

Through-knee amputatie

Bij dit niveau wordt uw gehele onderbeen verwijderd vanaf het kniegewricht. De botten van uw bovenbeen blijven intact. Het voordeel van deze amputatie is, dat wanneer de wond genezen is er vaak heel hele mooie stabiele stomp overblijft die goed belastbaar is. Het vermogen van buigen en strekken van uw knie is er niet meer. Door in een

eventuele prothese een gewricht te plaatsen kunt u wel uw prothese buigen.

Bovenbeen amputatie

Indien de situatie het niet toe laat om uw onderbeen en gehele bot van uw bovenbeen te sparen zal de dokter een amputatie uitvoeren boven de knie, door het bot van het bovenbeen (femur) heen. Bij deze amputatie zal gepoogd worden het bovenbeen zolang als mogelijk is te behouden. Hoe langer het bovenbeen hoe beter een eventuele prothese past en hoe makkelijker en stabiel men kan lopen. Want ook na een bovenbeenamputatie is het mogelijk om weer te leren functioneren met een prothese, mits u vooraf al over bepaalde vaardigheden zoals kracht en balans op het goede been en conditie beschikt.

Voorbereiding op de operatie

Ter voorbereiding op de operatie krijgt u een afspraak bij de pre-operatieve screening. Hier krijgt u instructies over het nuchter zijn op de dag van de operatie, de wijze van anesthesie en instructies omtrent medicatiegebruik. Wanneer u bloed verdunnende medicatie gebruikt is het van belang om dit te vermelden. Verder wordt u gedeeltelijk lichamelijk onderzocht. Het onderzoek kan uitgebreid worden met een bloedonderzoek, ecg (hartfilmpje) en/ of een longfoto. Soms kan het nodig zijn dat andere specialisten uw conditie beoordelen bijvoorbeeld een internist, cardioloog of longarts. Op de operatiedag meldt u zich op het afgesproken tijdstip op de verpleegafdeling. Hier krijgt u, nogmaals, een kort gesprek met de verpleegkundige. Eventuele vragen kunt u ook hier stellen. Zij zal u voorbereiden op de operatie.

De operatie

In het geval van een geplande amputatie neemt de chirurg de procedure rond de operatie met u door. Voorafgaand aan de operatie wordt met u besproken tot hoe hoog uw been geamputeerd moet worden, veelal in overleg met de revalidatiearts. Hierbij wordt vooral gekeken naar de mate van uitbreiding van beschadigd en/of versterft weefsel en hoe goed de doorbloeding is. Na de amputatie vouwt de chirurg de huid rondom de wond dicht. Om de wond komt, meteen na de operatie een wonddrukverband en in de loop van de opname meestal gips of een zwachtel. Zo ontstaat een stevige stomp die eventueel goed in een prothese past. Bij een ernstige infectie sluit de chirurg de wond later en corrigeert hij of zij de stomp zodra de infectie onder controle is. De operatie duurt ongeveer één uur.

Mogelijke complicaties

Bij ieder operatie kunnen complicaties optreden. Om de kans daarop te verkleinen, wordt u voor de operatie onderzocht en worden er eventuele voorzorgsmaatregelen genomen. Als gevolg van het vaak grote wondoppervlak en het feit dat weefselschade meestal de reden is voor een amputatie, kunnen nabloedingen en vooral infecties vaker voorkomen. Het is goed u te realiseren dat de mate van weefselschade voor de operatie aan de buitenkant niet altijd betrouwbaar vast te stellen is. Het komt daarom wel eens voor dat de arts tijdens de operatie moet besluiten een groter deel te amputeren dan in eerste instantie werd gedacht en met u besproken is. Ook kan het voorkomen dat er bij een operatie te weinig geamputeerd is. De wond wil dan niet genezen. Dan zult u opnieuw geopereerd moeten worden.

Daarnaast kunnen de volgende complicaties voorkomen:

- Trombose.
- Dwangstand van het been.
- Fantoompijn.

Pijnklachten

Wondpijn

Zowel voor als na de operatie kunt u pijn ervaren. Pijn voor de operatie komt veelal door de wonden en/of vaatafsluiting die er zijn. Na de operatie kunt u natuurlijk ook pijn krijgen aan de wond die is ontstaan door de operatie. U zult geregeld gevraagd worden om de pijn een score te geven om ze te kijken of u voldoende pijnstilling hebt.

Fantoompijn

Een andere vorm van pijn die kan ontstaan na de amputatie is fantoompijn. Deze pijn kenmerkt zich door pijn in het deel van het been wat u bent kwijtgeraakt. Hoewel dit deel er niet meer is, is er in onze hersenen nog wel een zogenaamd verzorgingsgebied. Als dat gebied hevig of lange tijd gestimuleerd is geweest door het aangedane been kan dit zelfs na het verwijderen van het aangedane been nog pijninformatie blijven geven. Ook hier zal geregeld naar gevraagd worden, of u geeft zelf aan dat u deze ervaring hebt. De vorm van pijnstilling is vaak anders dan de pijnstilling die u voor de wond krijgt. Als de wond herstelt dan zal die pijn afnemen. Ook fantoompijn wordt meestal minder of gaat volledig weg, dit kan wel geruime tijd in beslag nemen.

Mentale aspect

Het verlies van (een deel) een been vraagt naast de medische- en verpleegkundige zorg ook om aandacht voor het mentale aspect. Hoe verwerk ik dit? Hoe ga ik ermee om en wat moet en/of kan ik doen om er goed doorheen te komen? Vragen die tijdens, naast en na de medische behandeling kunnen spelen. Soms kan het helpen om met iemand te praten om alles wat u nu meemaakt te verwerken. Uw behandeld arts en/of de verpleegkundige kan u verwijzen naar een medisch maatschappelijk werker van de ZGT om erover te praten. U kunt uiteraard ook zelf om een gesprek vragen. Er wordt in deze gesprekken onder andere aandacht besteed aan hoe u en uw naasten zich kunnen

aanpassen aan deze verandering. Er wordt samen besproken wat de (on)mogelijkheden na zo'n ingrijpende behandeling zijn. Soms spelen er tijdens de behandeling ook andere zaken in uw leven, die juist nu om extra aandacht vragen. Dan kan het wenselijk zijn en wellicht geïndiceerd om het daar met elkaar over te hebben met als doel extra spanning en stress af te bouwen. Denk dan bijvoorbeeld aan eerdere/andere verliezen die meer kunnen opspelen, zorgen over thuis en andere sociaal-maatschappelijk zaken die spelen. Denk hierbij aan uw werk, contacten met instanties, een goede dag-invulling. Kort samengevat kan de medisch maatschappelijk werker met u proberen uw draagkracht (wat u aankunt), uw draaglast (wat u te verwerken krijgt) en draagvlak (welke steun u hierin uit uw omgeving krijgt) in balans te houden. De hoop is dan onder andere dat u en eventueel uw naasten zich op den duur weer weten aan te passen aan deze veranderde situatie

Wondverzorging

De revalidatie begint met een goede wondgenezing. In principe wordt de wond gehecht, de hechtingen worden na ongeveer twee weken verwijderd. Meestal krijgt u eerste een wonddrukverband, soms wordt de stomp direct op de operatie kamer gegipt of ingezwachteld om zoveel mogelijk zwelling van de stomp door vochtophoping (oedeem) te voorkomen.

Zo snel als mogelijk wordt de zwachtel/ gipskoker vervangen door een stompkous (steunkous) die u dagelijks draagt. Als de wond gesloten is en de hechtingen verwijderd zijn, wordt uiteindelijk een liner (siliconen kous) aangemeten.

Goede hygiëne kan veel problemen voorkomen. Dit houdt in dat de stomp dagelijks gewassen wordt. Het beste tijdstip voor het wassen en verzorgen van uw stomp is in de avond. Als de huid in contact komt met warm water gaan de huidporiën

openstaan. Als u de liner direct hierna zou aandoen kan dit leiden tot huidirritatie en infectie. Als de wond nog niet helemaal dicht is moet deze bedekt worden met een steriele pleister.

Het is verstandig om de huid dagelijks te controleren op drukplekken en wondjes. Bij het gebruik van een liner en/of prothese kunnen de volgende problemen met de huid ontstaan: zweten, allergische reacties, drukplekjes, blaren en/of infecties. Het zweten neemt meestal vanzelf na enige tijd af, als de stomp gewend is aan de liner. Neem bij aanhoudende klachten contact op met uw revalidatiearts.

Prothese

Er zijn verschillende protheses. Het niveau van de amputatie en dus de lengte van uw stomp zijn het meest belangrijk, want hoe hoger uw been geamputeerd is, hoe langer en zwaarder de prothese zal zijn. Maar ook het leren lopen met een kunstmatig kniegewricht bij een bovenbeenamputatie of through knee amputatie is moeilijker dan wanneer uw eigen knie behouden is (bij een onderbeenamputatie).

In de meeste gevallen komt, nadat de wond gesloten en voldoende belastbaar is, een liner. Dit is een siliconen kous om uw stomp en het vormt het zogenaamde ophangmechanisme van de prothese. Overdag draagt u de liner en 's nachts de stompkous. Door de druk wordt de stomp in vorm gebracht voor de toekomstige beenprothese. De stomp moet wennen aan deze druk.

Het is daarom belangrijk dat u het dragen van de liner en later ook van de prothese elke keer in tijd opbouwt. U begint met twee keer één uur per dag achter elkaar dragen. Elke dag kunt u dit met een half uur verlengen. In overleg met de revalidatiearts, instrumentmaker of fysiotherapeut kunt u het opbouwen versnellen.

Uiteindelijk komt aan de liner vaak een pin, of een (vacuüm) ring om zo een stevige verbinding te maken met de koker van uw prothese. De koker is het deel waar uw stomp ingaat. Deze koker is precies op maat gemaakt, van een gipsmal van uw stomp.

De prothese wordt gemaakt door de instrumentmaker. Na enige tijd behoeft de prothese vaak wel een aanpassing, zo wordt in veel gevallen de stomp dunner (door afname van vocht, maar ook doordat de spieren in de stomp ook qua omvang afnemen) of zijn er aanpassingen in uitlijning die het lopen vergemakkelijken. Al deze aanpassingen gebeuren door de instrument maker, al dan niet op een reguliere controle of geïnitieerd door uw revalidatiearts of (fysio) therapeut.

Ergotherapie

Het is mogelijk dat gedurende de opname de ergotherapeut bij u langs komt. Zij zal tijdens de opname met u kijken wat nodig is voor het revalideren vanuit huis. De ergotherapeut kan tips geven hoe uw huis in te richten, zodat u voldoende ruimte hebt om u met een rolstoel thuis te kunnen redden. Eventueel denken ze mee rondom de rolstoelvoorziening en/of andere aanpassingen in huis.

Diëtetiek

Wie ziek is en/of een operatie moet ondergaan, moet extra goed letten op de voeding. Dit geldt voor zowel voor als na een operatie. Het lichaam heeft in dat geval namelijk meer energie (= calorieën) en eiwit (=bouwstof voor onder andere de spieren) nodig dan normaal. Eiwit komt veel voor in: vlees, vis, kaas, ei, (soja)melkproducten, noten, pinda's en peulvruchten. Geen trek, misselijkheid, benauwdheid, nuchter blijven voor allerlei onderzoeken en emoties; er zijn allerlei redenen waardoor u minder eet. Als u hierbij afvalt, verliest u geen vetreserves maar spiermassa. Verlies van spiermassa is niet wenselijk en heeft nadelige gevolgen voor uw conditie, zelfredzaamheid en herstel

na operatie. Tijdens de opname is het mogelijk dat er een diëtiste bij u langs komt.

Adviezen en oefeningen

Alvorens u op een prothese kunt gaan lopen is het belangrijk dat de wond goed hersteld is en dat het meeste vocht (oedeem) weg is. In geval van een onderbeenamputatie is het belangrijk uw stomp recht en hoog te hebben liggen. U krijgt in het ziekenhuis een rolstoel met een steun waar uw stomp op kan rusten. Laat uw stomp niet afhangen, dit om stuwing te voorkomen!

Tevens is deze strekking van de knie belangrijk voor de beweeglijkheid van het kniegewricht. Een verstijfde knie in de buiging kan het leren lopen op een prothese bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken.

Ook bij een amputatie door de knie of bovenbeenamputatie krijgt u een rolstoel verstrekt, deze heeft normaliter geen stompsteun, omdat uw stomp voldoende steun heeft aan het zitvlak en als u goed achterin de stoel zit ook niet af kan hangen. Bij een through knee en bovenbeenamputatie is het belangrijk om met regelmaat op de buik te liggen, of even helemaal plat, zodat de heup goed gestrekt is. Ook hier geldt een beperking van uw heup kan het leren lopen op een prothese bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken!

In de tijd tussen amputatie en volledig herstelde wond zal er al het nodige plaatsvinden aan diverse therapieën. Of u nu revalideert vanuit het verpleeghuis, revalidatiecentrum of vanuit huis.

Tijdens de opname krijgt u al fysiotherapie, hij/zij zal met u oefenen met het uit bed komen, het opstaan op één been, maar ook het huppen met een looprekje, zodat u onder andere naar het toilet kunt komen. In de loop van de opname zal de verpleging u uit bed komen helpen, zodat u alvast op zit als de fysiotherapeut komt, zo houdt u voldoende

energie over om goed te kunnen oefenen. Al naar gelang de ontslagbestemming zal zijn krijgt u nog adviezen hoe u verder zelfstandig te redden. Zo nodig wordt/ kan ook de ergotherapeut en/of maatschappelijk werker ingeschakeld worden

Leefstijl

Roken

Door nicotine trekken bloedvaten samen en wordt de toevoer van voedingsstoffen naar de huid geremd. Hierdoor wordt de genezing van de wond belemmerd. Tevens is roken een belangrijke risicofactor voor het krijgen van hart- en vaatziekten welke vaak een belangrijke oorzaak zijn voor de noodzaak van een beenamputatie. Het advies is dan ook dringend om te stoppen met roken. Heeft u hier hulp bij nodig? Bespreek dit met uw behandelend arts.

Alcoholgebruik

Alcoholconsumptie heeft negatief effect op het wondherstel. Drink bij voorkeur geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.

Bewegen

Probeer de Nederlandse Norm Gezond Bewegen te halen.

- Volwassenen (19 – 55 jaar): dagelijks (zomer en winter) minstens een halfuur minimaal matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf dagen per week. Matig intensief betekent voor volwassen bijvoorbeeld stevig wandelen (vijf kilometer per uur) of fietsen (vijftien kilometer per uur).
- Ouderen (55 plus): een halfuur matig intensief bewegen op minimaal vijf maar het liefst zeven dagen per week. Matig intensief betekent voor ouderen bijvoorbeeld wandelen (drie tot vier kilometer per uur) of fietsen (tien kilometer per uur).

Gezien u uw been gedeeltelijk mist kunt u (tijdelijk) niet meer lopen en fietsen maar u

kunt bijvoorbeeld wel oefeningen vanuit de rolstoel doen of een stuk met uw rolstoel gaan rijden (doormiddel van uw handen of uw been wat u nog wel hebt).

Autorijden

Reed u voor uw amputatie nog auto? Dit kan in veel gevallen ook enige tijd na de amputatie weer. Er moet altijd een melding gedaan worden bij het CBR, doormiddel van een gezondheidsverklaring. Of u al dan niet een rij-test moet, dat blijft de beslissing van het CBR. In de meeste gevallen moet een dergelijk test of contact met de rijsschool van het Roessingh toch plaatsvinden. De revalidatiearts kan u verwijzen. In sommige gevallen is het mogelijk om met uw prothese nog weer te gaan koppelen (links) of gas geven/remmen (rechts), soms is het ook noodzakelijk om over te stappen op een automaat (als u deze nog niet had) en/of deze automaat aan te passen zodat u met uw linker been kunt gaan gas geven en remmen. Voor meer informatie hieromtrent kunt u de fysiotherapeut of de revalidatiearts gerust uw vragen stellen.

Revalidatie en ontslag

Als de wond goed herstelt en er zijn geen complicaties dan wordt na enkele dagen het ontslag ingezet. Samen met de betrokken artsen en disciplines zal gekeken worden wat de juiste ontslagbestemming is. Er wordt rekening gehouden met uw doelen/wensen en hoe u zich voor de opname nog kon redden, maar ook bijvoorbeeld of u een steunend netwerk/partner hebt.

Er zijn drie mogelijke ontslagbestemmingen na een amputatie:

- Het verpleeghuis: veel mensen gaan aansluitend op de opname in het ziekenhuis voor geriatrisch revalidatiezorg (GRZ) naar een verpleeghuis. Indien het leren staan/lopen op een prothese wenselijk is en haalbaar lijkt dan zult u met dat doel naar GRZ plek toe gaan. Er zijn ook mensen waarbij een prothese niet haalbaar of wenselijk is. Zij

gaan dan naar een GRZ plek met als doel om te leren hoe zelfstandig te functioneren zonder prothese, dus op één been, vanuit een rolstoel. Bij deze vorm van revalidatie wordt rekening gehouden met 'de ouder wordende mens' en zult u gedoseerde therapieën aangeboden krijgen om uw doelen te behalen.

Een enkele keer is het zelfstandig worden niet meer haalbaar en zal opname op een verblijfspark in een verpleeghuis aan de orde zijn.

- Het revalidatiecentrum: mensen die vanwege hun leeftijd goed belastbaar zijn voor therapie en waarbij het doel leren functioneren met een prothese is, maar waarbij complexe factoren spelen, gaan met ontslag naar een revalidatiecentrum. In de meeste gevallen duurt de opname totdat u een prothese hebt en zich daar thuis mee kunt redden. Vervolg therapie zal plaatsvinden vanuit huis middels poliklinische revalidatie behandeling.
- Terug naar huis: Kunt u zich al snel voldoende zelfstandig redden en hebt u bijvoorbeeld alleen lichte hulp nodig, die gerealiseerd kan worden door een mantelzorger of thuiszorg, dan wordt gestreeft naar ontslag naar huis na de opname in het ziekenhuis. Als er wensen liggen om te leren staan/lopen met een prothese dan zult u voor poliklinische revalidatie behandeling naar ZGT of een revalidatiecentrum in uw buurt gaan. In de meeste gevallen komt u dan twee á drie keer per week voor therapie naar het behandelcentrum. Krijgt u de therapie in ZGT, dan kan uw behandelend fysiotherapeut op de afdeling u alvast meer vertellen.

Na de operatie neemt u bij problemen of een van onderstaande klachten contact op met het ziekenhuis.

- Koorts (38,5 °C en hoger)
- Zwelling en/of knellend gevoel
- Aanhoudende pijn
- Aanhoudende jeuk
- Huidveranderingen: roodheid, korstvorming, wondbeslag, bultjes en/of huidschilfers
- Wanneer er vocht uit uw wond komt kunt u eerst [https://www.thuisarts.nl/wonden/er-komt-vocht-uit-mijn-wond raadplegen](https://www.thuisarts.nl/wonden/er-komt-vocht-uit-mijn-wond-raadplegen).
- Komt u er niet uit neem dan contact met ons op.

Tijdens kantooruren belt u naar de polikliniek heelkunde. Telefoonnummer 088 708 5243.

In zeer dringende gevallen, welke niet kunnen wachten tot de volgende werkdag, kunt u buiten kantooruren bellen met de Spoedeisende Eerste Hulp. Telefoonnummer 088 708 7878.

Check uw dossier op MijnZGT

MijnZGT is het patiënten portaal van ZGT. U kunt op MijnZGT via uw computer, tablet of mobiel delen van uw medisch dossier inzien, persoonlijke gegevens checken, of bijvoorbeeld vragenlijsten invullen die wij voor u hebben klaargezet. Kijk voor meer informatie op: zgt.nl/mijnzgt.

Ontslag