

# Amputatie van een been

Informatie over de procedure bij de  
amputatie van een (deel van een) been



# Amputatie van een been

## Informatie over de procedure bij de amputatie van een (deel van een) been

Met deze folder geven wij u informatie over wat er allemaal gebeurt bij de amputatie van een (deel van een) been. Uw behandelend arts heeft u deze operatie voorgesteld. Misschien bent u met spoed opgenomen. Het kan ook zijn dat het plan om te amputeren pas tijdens de opname is ontstaan. Het is goed u te realiseren dat uw persoonlijke situatie anders kan zijn dan zoals beschreven in deze folder. Als u na het lezen van deze folder vragen heeft, stel ze dan gerust aan de arts of verpleegkundige.

### Een amputatie

Onder amputatie wordt verstaan: het afzetten van een deel van het menselijk lichaam. Bijvoorbeeld een teen, voet, been, vinger, hand (of een deel ervan). Met een amputatie wordt afstand gedaan van een deel van het lichaam. Dit is een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt, diens familie en omgeving, maar ook voor de arts. Daarom wordt een dergelijke operatie pas na zeer zorgvuldige overweging voorgesteld.

### Wanneer is een amputatie nodig?

De redenen om een amputatie te adviseren kunnen verschillend zijn. Toch komen ze in feite allemaal op hetzelfde neer. Er is meestal een zodanige weefselschade (beschadiging of versterf) dat het niet-amputeren ernstige gevolgen kan hebben voor het verdere leven.

Er zijn verschillende oorzaken waardoor een lichaamsdeel kan zijn beschadigd. Meestal zijn er problemen met de bloedvaten, bijvoorbeeld door (slag)aderverkalking of suikerziekte (diabetes mellitus). Wanneer er geen of onvoldoende bloed meer stroomt naar bijvoorbeeld een (deel van een) been, kan dit leiden tot ernstige weefselschade. Allereerst zal de chirurg alles in het werk stellen om met een vaatoperatie te proberen de bloeddorstrooming van het betreffende (deel van het) been te herstellen. Helaas slaagt zo'n operatie niet altijd. De operatie kan mislukken door technische problemen, door de aard en ernst van de ziekte, door het optreden van complicaties of door een combinatie van deze factoren. Ook kan het wel eens van tevoren al duidelijk zijn dat een vaatoperatie geen kans van slagen heeft. Er moet dan van zo'n operatie worden afgezien.

Wanneer er sprake is van ernstige weefselschade, is de kans op een voortschrijdende infectie erg groot. Zeker als daarbij bijvoorbeeld ook nog suikerziekte een rol speelt. Een amputatie kan dan de enige kans zijn om het leven te behouden.

Ook ondraaglijke pijnklachten, bijvoorbeeld veroorzaakt door een ernstige zenuw- of vaatschade, kunnen aanleiding zijn om het aangedane (deel van een) been te amputeren.

Bij een ongeval kan er zodanige weefselschade optreden dat het leven slechts kan worden gered met een amputatie.

### **De operatie**

Acute, levensbedreigende situaties, waarbij vóór de operatie vaak geen of onvoldoende overleg heeft kunnen plaatsvinden, worden in het onderstaande buiten beschouwing gelaten. Onder normale omstandigheden neemt de arts de gang van zaken rond de amputatie uitgebreid met u door.

Wat de chirurg amputeert en tot hoever, is van een aantal factoren afhankelijk. Vóór de operatie wordt het amputatieniveau besproken; vaak in overleg met de revalidatiearts. Bij amputatie van een deel van het been wordt het amputatieniveau niet zozeer bepaald door het niveau van de weefselchade, maar door de plaats waar na de operatie een prothese moet worden aangebracht. Zo kan bijvoorbeeld bij een ernstige infectie van de voet het amputatieniveau niet bij de voet of enkel komen te liggen, maar een handbreed onder de knie. Onder dat niveau is namelijk geen goede en stabiele prothesevoorziening mogelijk en een amputatie bij de enkel zal te dicht bij de infectie liggen. Het amputatieniveau ligt altijd in gezond weefsel om de wondgenezing een goede kans te geven. Over het algemeen wordt de operatiewond gesloten, maar bij een groot risico op infectie kan het verstandig zijn om de wond pas later te sluiten. In dat geval wordt de stomp pas na een paar dagen gecorrigeerd en de wond gesloten; op het moment dat de infectieverschijnselen onder controle zijn.

## **Vorbereiding**

De chirurg bespreekt met u welke aanvullende onderzoeken vóór de operatie eventueel noodzakelijk zijn. De anesthesist overlegt met u welk soort verdoving u krijgt. Ook ontvangt u vóór de operatie instructies over onder andere eten en drinken en uw medicijngebruik vóór de operatie.

### *Eten en drinken*

Op de dag van de operatie, maar soms ook de avond ervoor, volgt u de instructies die de anesthesist en/of chirurg u heeft gegeven over eten en drinken. Op het moment van de anesthesie moet uw maag in ieder geval leeg zijn.

### *Roken*

Roken beschadigt de wanden van de bloedvaten. Dit kan leiden tot vernauwing of dichtslibben van de bloedvaten. Bovendien is roken slecht voor de wondgenezing en voor de longen. Daarnaast geeft het een verhoogd risico op kanker. Wij adviseren u om te stoppen met roken.

Ook verzoeken wij u dringend om in ieder geval op de dag van de operatie niet te roken. Roken prikkelt de longen en beïnvloedt de werking van de maag, waardoor de vertering van voedsel minder snel verloopt.

### *Medicijngebruik*

Met de anesthesist en/of chirurg heeft u afgesproken welke medicijnen u blijft gebruiken tot vlak vóór de operatie, welke u het beste kunt staken en welke u ter voorbereiding op de operatie moet innemen. Zo geeft hij/zij onder meer advies over het gebruik van plaspillen. Met het innemen van bloedverdunnende medicijnen die u krijgt van de Trombosedienst moet meestal vóór de operatie worden gestopt. Als dit bij u het geval is, bespreekt de anesthesist dit met u. Als voorbereiding op de operatie dient de verpleegkundige u een klysma toe. Via de anus brengt hij/zij een vloeistof in om de darmen leeg te spoelen. Dit is nodig om ontlasting tijdens de operatie te voorkomen. Verder krijgt u een injectie om bloedstolsels (trombose) te voorkomen. Deze injectie krijgt u ook dagelijks na de operatie; tot u weer mobiel bent of tot het moment dat de bloedverdunnende medicijnen weer goed zijn ingesteld.

### **Dag van de operatie**

De avond vóór de operatie kunt u zich douchen of wassen. Op de dag van de operatie kunt u zich nog opfrissen. Sieraden, make-up, contactlenzen en kunstgebit moeten worden verwijderd. Daarna kunt u de operatiekleding aandoen. Dit is meestal een jasje waarbij de achterkant losjes vastzit. Uw onderbroek kunt u aanhouden. Soms krijgt u ongeveer een uur vóór de operatie als voorbereiding op de narcose (anesthesie) een rustgevend medicijn.

Een verpleegkundige brengt u van de verpleegafdeling naar de operatieafdeling. Daar krijgt u een infuus. Patiënten met suikerziekte hebben op de afdeling al een infuus gekregen om de bloedsuikers onder controle te houden. Als de operatie plaatsvindt onder plaatselijke (epidurale) verdoving, dan krijgt u op de operatieafdeling

de ruggeprik toegediend. Na ongeveer een half uur brengen de operatiekamerassistenten u dan naar de operatiekamer. Het kan ook zijn dat de operatie plaatsvindt onder algehele anesthesie (narcose). Het 'onder narcose brengen' gebeurt dan op de operatiekamer zelf.

De operatie zelf duurt ongeveer één uur; afhankelijk van het gedeelte van het been dat wordt geamputeerd. Na de operatie gaat u naar de uitslaapkamer (recovery) waar u bijkomt uit de narcose. We controleren uw bloeddruk en polsslag. Meestal mag u na een uur weer terug naar de verpleegafdeling. Ook op de afdeling houden de verpleegkundigen u nauwlettend in de gaten. U heeft nog een infuus in uw arm. Hierdoor worden vocht en voedingsstoffen in uw bloed gebracht, omdat u kort na de operatie nog niet mag eten en/of drinken. In het wondgebied heeft de arts een drain achtergelaten. Dit is een slangetje waardoor wondvocht wordt afgevoerd. De arts bepaalt wanneer de drain wordt verwijderd. Meestal is dat na twee dagen. Het kan zijn dat u een blaaskatheter heeft gekregen, omdat het soms moeilijk is om te plassen na de operatie. Deze katheter mag na enkele dagen worden verwijderd.

### **Mogelijke complicaties**

Geen enkele operatie is vrij van de kans op complicaties. Zo zijn er ook bij deze operatie de normale risico's op complicaties van een operatie, zoals een nabloeding, wondinfectie, trombose en longontsteking. Als gevolg van het vaak grote wondoppervlak en het feit dat veelal weefselschade de reden voor de amputatie is, kunnen nabloedingen en infecties vaker voorkomen.

Het is goed u te realiseren dat de mate van weefselschade vóór de operatie aan de buitenkant niet betrouwbaar is vast te stellen. Het komt daarom wel eens voor dat de arts tijdens de operatie moet besluiten een groter deel te amputeren dan in eerste instantie met u is besproken. Ook kan het voorkomen dat bij nader inzien wordt vastgesteld dat bij de operatie te weinig is geamputeerd.

De wond wil dan niet genezen, de weefselschade kan doorgaan en er is een nieuwe operatie nodig.

### **Pijn en fantoompijn**

U kunt pijn hebben aan de operatiestomp. Dat is na de operatie normaal en u krijgt hier pijnstillers voor.

Verder kunt u last hebben van zogenoemde 'fantoompijn'. Dit betekent dat u pijn voelt in het gedeelte van uw been dat is geamputeerd. De bij de amputatie doorgesneden zenuwen blijven prikkels doorgeven aan de hersenen alsof het geamputeerde lichaamsdeel er nog is. Dat kan vreemd aanvoelen of pijn geven. Vlak na de operatie komt fantoompijn heel veel voor. Bij de ene patiënt trekt de fantoompijn weg, bij de andere blijft de pijn bestaan. Hinderlijke fantoomverschijnselen zijn tegenwoordig met medicijnen en injecties redelijk onder controle te houden. Ook kan het lopen met de prothese de pijn doen verminderen.

Behalve fantoompijn bestaat het zogenoemde 'fantoomgevoel'. U kunt het gevoel hebben dat het geamputeerde lichaamsdeel er nog steeds is. U kunt bijvoorbeeld jeuk of tintelingen aan uw (geamputeerde) voet hebben. Soms kan men het gevoel hebben dat het fantoomdeel beweegt. Soms lijkt het of het fantoomdeel verstijfd of verkrampt is en in een rare stand staat; bijvoorbeeld dwars op het lichaam. De fysiotherapeut kan u bepaalde oefeningen geven waardoor dit gevoel langzaam afneemt, zoals oefeningen waarbij u doet alsof u het geamputeerde lichaamsdeel beweegt.

### **Na de operatie**

De periode na de operatie is gericht op herstel van de wond en de ontwikkeling van de functies in het restant van het geamputeerde lichaamsdeel. De verpleegkundigen helpen u in het begin met hetgeen u zelf nog niet kunt doen. Langzaam maar zeker heeft u steeds minder hulp nodig.

We verbinden de amputatiestomp na de operatie met een zogenoemd 'stompverband'. Dat verband brengen we stevig aan om de stomp goed te kunnen vormen (modellieren) voor een eventuele prothese. Daarnaast heeft het zwachtelen een beschermende functie voor de stomp. Door gewenning aan het zwachtelen kunnen ook meer prikkels worden verdragen. Het verbinden van de stomp kan in het begin gevoelig zijn. Een complicatie die kan ontstaan door het langdurig in dezelfde houding liggen, is de vorming van zogenoemde 'doorligplekken' (decubitus). De verpleegkundige helpt u dit te voorkomen, onder andere door u in de juiste houding in bed of op de stoel te helpen.

Revalidatie en oefentherapie onder leiding van de revalidatiearts en fysiotherapeut zijn van groot belang. De revalidatiearts bekijkt welke revalidatie en prothesevoorzieningen in uw nieuwe situatie mogelijk zijn. De mogelijkheden daartoe hangen sterk af van uw lichamelijke conditie, de aan- of afwezigheid van andere ziekten of beperkingen, het amputatieniveau en de amputatiestomp. Ook de duur van uw verblijf in het ziekenhuis is onder meer afhankelijk van deze factoren.

## **Fysiotherapie**

De fysiotherapeut komt bij u langs om samen met u aan het herstel te werken. Dit omvat een aantal punten.

- Leren om in- en uit bed te komen.
- Sta-balanstraining.
- Houdingsinstructie.
- Als dat mogelijk is: leren om te lopen zonder prothese, maar met een hulpmiddel (looprekje).
- Oefeningen doen om het andere been sterker te maken en om de armen meer kracht te geven.
- Oefeningen doen met de stomp om de beweeglijkheid en de spierkracht te onderhouden en te verbeteren.
- Afhankelijk van het soort amputatie dat u heeft ondergaan: oefeningen doen om verkorting van spieren te voorkomen.

Omdat u een deel van het been mist, bent u onbewust geneigd de stomp continu omhoog te houden. Hierdoor kunt u pijn krijgen of kan het knie- of heupgewricht een dwangstand gaan aannemen. Om dit te voorkomen moet u, als uw lichamelijke conditie dat toelaat, twee keer per dag een half uur plat op uw rug of buik liggen.

De ergotherapeut vraagt voor u een aangepaste rolstoel aan.

### **Ingrijpende gebeurtenis**

Een beenamputatie is een ingrijpende gebeurtenis. Vaak zijn er al veel behandelingen achter de rug en is een amputatie het laatste redmiddel. Soms is er ook opluchting dat het meestal erg pijnlijke lichaamsdeel wordt geamputeerd. Het veranderde uiterlijk is voor veel mensen echter moeilijk te accepteren. Een amputatie kan bovendien uw toekomstbeeld en uw zelfbeeld veranderen. De acceptatie van het verlies van een lichaamsdeel wordt vaak vergeleken met een rouwproces. Letterlijk en figuurlijk is het zoeken naar een nieuwe balans. Verpleegkundigen en maatschappelijk werker kunnen u begeleiden bij de persoonlijke beleving en verwerking van de amputatie en de beperkingen die daar het gevolg van kunnen zijn. Ook wordt er aandacht geschonken aan de veranderde omstandigheden voor partner en familie.

### **Na ontslag**

Afhankelijk van de situatie is het mogelijk dat na ontslag uit het ziekenhuis de revalidatie wordt voortgezet in een verzorgings- of verpleegtehuis of in een revalidatiecentrum. Het einddoel van de revalidatie is dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren met de mogelijkheden en beperkingen die u heeft. Wanneer speciale thuishulp nodig is, regelen we dat voor u vanuit het ziekenhuis.

## **Meer informatie en lotgenotencontact**

Mogelijk heeft u behoefte aan meer informatie of aan lotgenotencontact. U kunt daarvoor terecht bij de volgende organisaties.

Landelijke Vereniging van Geamputeerden (LvvG)  
Serenadelaan 4, 3438 TC Nieuwegein  
Telefoon (030) 603 97 73  
[www.lvvg.nl](http://www.lvvg.nl)

Stichting Landelijke Werkgroep van Beenprothesegebruikers  
Hollywoodlaan 2, 1325 HR Almere  
Telefoon (036) 537 65 76  
e-mail: [slwb@planet.nl](mailto:slwb@planet.nl)

Stichting De Benen Nemen  
Parkhaven 67, 8242 PG Lelystad  
Telefoon (0320) 26 15 18  
[www.debenennemen.nl](http://www.debenennemen.nl)

## **Tot slot**

Als u na het lezen van deze folder vragen heeft, stelt u die dan gerust aan de chirurg of de verpleegkundigen. U kunt ons op de volgende telefoonnummers bereiken: de polikliniek Chirurgie (035) 539 17 52 en de verpleegafdeling Chirurgie/A26 (035) 539 10 70.

*Bij de samenstelling van deze folder is gebruik gemaakt van voorlichtingsmateriaal over dit onderwerp van de Commissie Voorlichting van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.*





**Tergooiziekenhuizen**  
**Locatie Blaricum**  
**Rijksstraatweg 1**  
**1261 AN Blaricum**  
**T (035) 539 11 11**  
**[www.tergooiziekenhuizen.nl](http://www.tergooiziekenhuizen.nl)**



[www.tergooziekenhuizen.nl](http://www.tergooziekenhuizen.nl)

**tergooziekenhuizen**