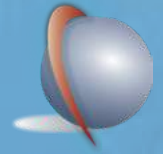




HAPPY 2020

VANWEGE HET OCT



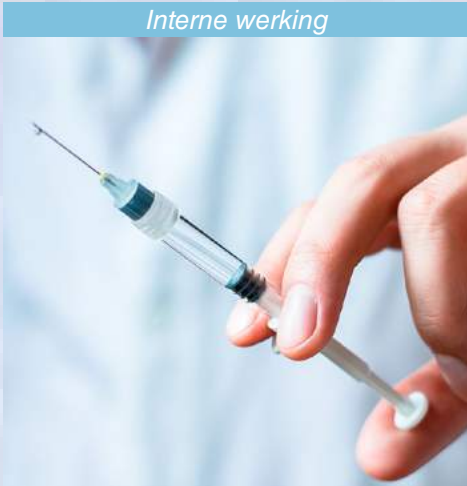


JANUARI 2020

WWW.TURNHOUT-ORTHOPEDIE.BE

HIGHLIGHTS

Interne werking



Dr. Anton Borgers vervoegt het OCT.

Handchirurg dr. Anton Borgers vervoegt in 2020 het Orthopedisch Centrum Turnhout... [lees verder](#)

Xiapex wereldwijd van de markt gehaald

Sinds meer dan 6 jaar gebruikt dr. Mombert met zeer bevredigend resultaat infiltraties met het enzym collage-nase (Xiapex) in de niet-heelkundige behandeling van bepaalde vormen... [lees verder](#)

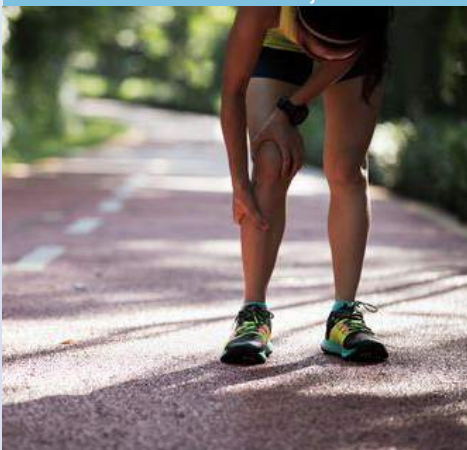
Expert Opinion



Heelkundige toegangswegen voor het plaatsen van een totale heupprothese

Er zijn verschillende toegangswegen naar het heupgewricht. De anterieure toegangsweg werd als eerste in 1947 beschreven voor het plaatsen van een totale heupprothese.... [lees verder](#)

Wat te doen bij?



Wat te doen bij: shin splints?

Een periostitis van het onderbeen, ook wel 'shin splints' genoemd, is een (chronische) ontsteking van het botvlies van de tibia. [lees verder](#)



Handchirurg dr. Anton Borgers vervoegt in 2020 het OCT.

Anton Borgers volgde zijn opleiding tot orthopedisch chirurg via de KU Leuven. Hij werkte 2 jaar in AZ Turnhout tijdens zijn algemene heelkundige opleiding.

Samen met Marc Mombert ontwikkelde hij zijn interesse voor de hand- en polschirurgie.

Tijdens zijn latere opleiding in het AZ Herentals en UZ Leuven investeerde hij via nationale en internationale cursussen in de verdere ontwikkeling van zijn competenties. Momenteel bekwaamt hij zich verder via binnen- en buitenlandse fellowships (AZ Monica Deurne, Ganga medical center India,...). Anton heeft, naast de algemene hand- en polschirurgie, een specifieke interesse in de behandeling van traumatische handletsels, microchirurgie, sportletsels en arthroscopische technieken.

Vanaf februari 2020 zal hij de handchirurgische unit binnen OCT op vrijdag versterken. Full time start Anton in augustus 2020. Afspraken kunnen gemaakt worden via 014/444430 of via de website.





XIAPEX WERELDWIJD VAN DE MARKT

Xiapex wereldwijd van de markt gehaald

Sinds meer dan 6 jaar gebruikt dr. Mombert met zeer bevredigend resultaat infiltraties met het enzym collagenase (Xiapex) in de niet-heelkundige behandeling van bepaalde vormen van de ziekte van Dupuytren.



Ondanks een gelijk recidief risico in vergelijking met open chirurgische fasciectomie heeft het product als voordeel dat er weinig tot geen bijwerkingen of risico's aan verbonden zijn.

Recent echter meldt de Belgische verdeler dat het Amerikaans farmaceutisch moederbedrijf beslist heeft het middel buiten de Verenigde Staten en Canada van de markt te nemen.

Via de firma vernemen we dat de oorzaak niet medisch is, maar enkel commercieel. De patiënten die nog gepland staan voor een infiltratie met collagenase zullen waarschijnlijk nog kunnen doorgaan maar nieuwe patiënten zullen geen Xiapex behandeling meer kunnen krijgen.

Bij relatief lichte vormen van de ziekte van Dupuytren zal zolang geen gelijkwaardig middel (het patent loopt nog een drietal jaar) op de markt komt een mini fasciotomie onder lokale anesthesie voorgesteld worden.



HEELKUNDIGE TOEGANGSWEGEN VOOR HEUPPROTHESE

Heelkundige toegangswegen voor het plaatsen van een totale heupprothese.

Er zijn verschillende toegangswegen naar het heupgewricht. De anterieure toegangsweg werd als eerste in 1947 beschreven voor het plaatsen van een totale heupprothese.

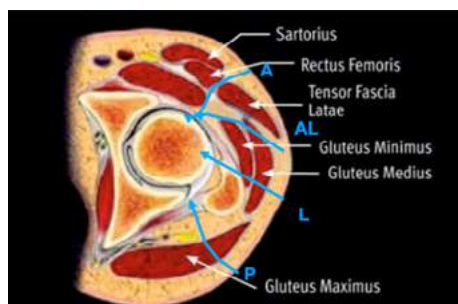
Nadien in de jaren '60- 70 werden andere toegangswegen ontwikkeld en werden deze de standaard manier om het heupgewricht te benaderen.

Met de opkomst van de minimaal invasieve chirurgie werd de anterieure toegangsweg opnieuw populairder en recente gegevens tonen aan dat momenteel in België 52% van de totale heupprothesen via deze benadering wordt geplaatst.

Elk van de toegangswegen heeft zijn voor- en nadelen maar ook zijn specifieke indicaties. Daarom een kort overzicht van deze toegangswegen. We kunnen deze toegangswegen onderscheiden naargelang de toegepaste benadering.

De meest gebruikt toegangswegen voor het plaatsen van een totale heupprothese zijn:

- Anterieure benadering **A**
- Anterolaterale benadering **AL**
- Laterale benadering **L**
- Posterieure benadering **P**



Daarnaast kunnen we een onderscheid maken tussen standaard en MIS (minimal invasive surgery) of minimaal invasieve toegangswegen. Minimaal invasief duidt hierbij niet op het feit dat er een kleine incisie gebruikt wordt maar wel op het feit dat er geen spieren worden losgemaakt

Standaard toegangswegen:

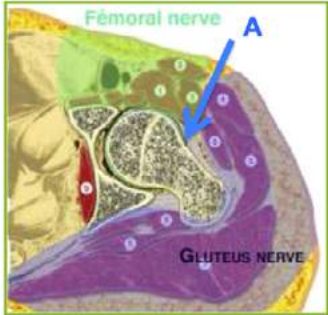
- Laterale toegangsweg
- Posterieure toegangsweg

Minimaal invasieve toegangswegen:

- Anterolaterale toegangsweg
- Anterieure toegangsweg

De minimaal invasieve toegangswegen kunnen niet enkel intermusculair zijn maar ook internerveus.

Dit betekent dat ook de bezenuwing van de spieren wordt gerespecteerd. De enige intermusculaire en internerveuze toegangsweg is de anterieure toegangsweg.

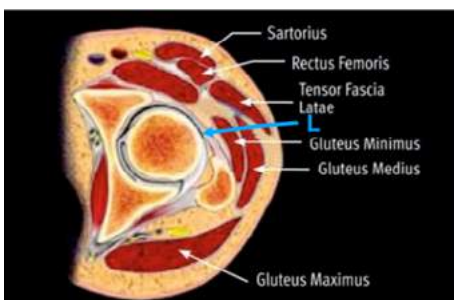


Hier volgt een kort overzicht van de toegangswegen naar het heupgewricht:

Standaard toegangswegen:

Lateraal: L

Na losmaken van een klein deel van de musculus gluteus medius en minimus wordt het anterieure heupkapsel geopend.



Deze benadering wordt gebruikt in onze dienst bij het plaatsen van een bipolaire heupprothese, bij plaatsen van een THP ingeval van een bijkomende anterieure gluteus medius-scheur of eventueel bij een revisie van een THP geplaatst via een laterale toegangsweg.

Voordelen:

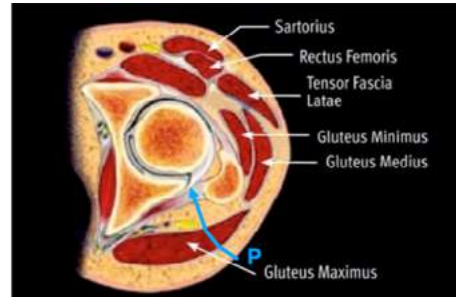
- Goed zicht
- Laag risico op luxatie

Nadelen:

- Schade aan de gluteus medius spier
- Trochanter pijn
- Meer kans op heterotopie calcificaties

Posterieur: P

Na splitsen van de musculus gluteus maximus worden de externe rotatoren doorgenomen en het kapsel wordt posterieur geopend.



Deze benadering wordt in onze dienst gebruikt indien een grote gluteus medius-scheur aanwezig is zodat indien nodig via een peestransfert een reconstructie van de abductoren kan worden uitgevoerd. Verder is de toegangsweg ook aangewezen wanneer er femoraal of acetabulair grotere osseuze reconstructies noodzakelijk zijn en bij grotere revisies.

Voordelen:

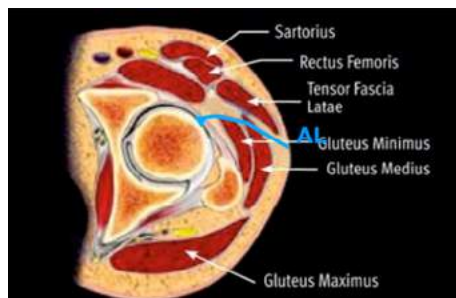
- Goed zicht
- Relatief gemakkelijke uitbreiding van de incisie en toegangsweg naar proximaal en distaal.

Nadelen:

- Hoger risico op luxatie, doch dit kan opgevangen worden door gebruik van een double mobility cup.

Anterolateraal: AL

Benadering tussen de musculus tensor fasciae latae en de musculus gluteus medius en minimus. Het anterieure heupkapsel wordt





geopend.

Deze benadering wordt in onze dienst niet meer gebruikt.

Voordelen:

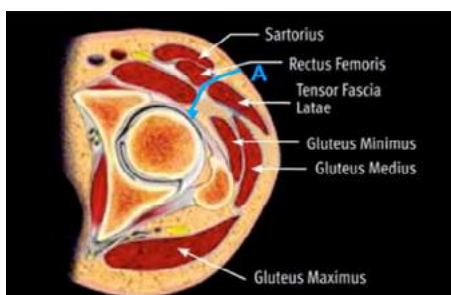
- Laag risico op luxatie
- Intermusculair

Nadelen:

- Niet internerveus wat het risico op denervatie van de musculus tensor fasciae latae verhoogt
- Meer kans op heterotopie calcificaties

Anterieur: A

De benadering verloopt via het interval van de musculus tensor fasciae latae en de musculus sartorius, vervolgens onder de musculus rectus femoris waarna het anterieure heupkap-



sel wordt geopend.

Deze benadering wordt in onze dienst sinds

2012 toegepast voor het plaatsen van een totale heupprothese en bij relatief eenvoudige heuprevisies. De enige contra-indicatie is de aanwezigheid van een gluteus medius scheur, want het herstel hiervan is via deze toegangsweg niet mogelijk.

In het **Orthopedisch Centrum Turnhout** wordt deze benadering toegepast d.m.v. de AMIS techniek.

Door het gebruik van een aangepaste operatietafel laat deze techniek ons toe om minder ecarteurs te gebruiken en toch een goed zicht te hebben op femur en acetabulum waardoor nog minder spierschade veroorzaakt wordt.

Voordelen:

- Intermusculair
- Internerveus
- Zeer laag risico op luxatie
- Minder spierdegeneratie

Nadelen:

- Learning curve
- Visualisatie van de femur is moeilijker



WAT TE DOEN BIJ ?

Dr. De Wachter Jeroen

SHIN SPLINTS

Wat te doen bij: shin splints?

Wat is het?

Een periostitis van het onderbeen, ook wel 'shin splints' genoemd, is een (chronische) ontsteking van het botvlies van de tibia.

Typisch is er anterieure onderbeenpijn tijdens en/of na het sporten, in het bijzonder bij loopporten.

Diagnose

Deze is te stellen op basis van klinisch onderzoek (lokale drukpijn anterieur en/of mediaal tibiaal middiafysair) en een botscan (differentiatie met acute stressfractuur).

Uitlokkende factoren

Kijk het loopschoeisel na op abnormale slijtage. Ook de voetstatiek zelf checken: Is er overmatig pronatie, achtervoetvalgus, ...?

Is er een foute looptechniek? Op welke ondergrond sport de patiënt (zand, gras, Finse piste, beton, straat,...)?

Al deze factoren kunnen een rol spelen in het ontstaan van een inflammatie van het botvlies. Dit gebeurt door excessieve tractie van de verscheidene spier- en peesaanhechtingen op het onderbeen, of door excessieve stress op het enigszins gebogen tibiale bot, dat zich te traag aangepast heeft aan repetitieve schokabsorptie bij lopen.

Behandeling

Initieel is rust (lees: loopstop!) aangewezen, meestal een lange periode te voorzien.

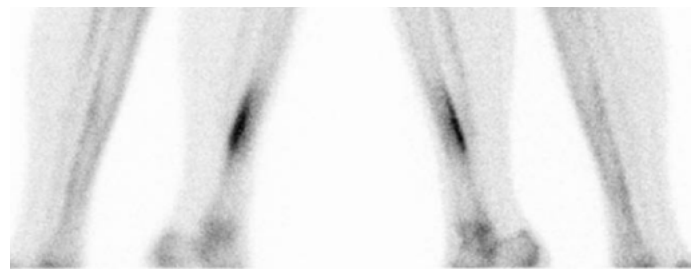
Counseling van patiënt is erg belangrijk.

Lokale behandeling door kinesist (fricties, US, ESWT) is ook zinvol.

Doorverwijzing naar een gespecialiseerde winkel voor de combinatie steunzool met aangepaste loopschoenen is vaak aangewezen, bij voorkeur na loopanalyse met video en RS-scan (dynamische drukmeting).

Een operatieve behandeling is niet nodig.

Bij herstart lopen na genezing: De 10% regel toepassen. Per week de loopafstand met 10% opdrijven om recidief te voorkomen!



A bone scan shows the area of inflammation associated with Posterior Shin Splints

