INFORMATIE OVER

Heup, gebroken

U bent opgenomen in het ziekenhuis met een gebroken heup. In deze folder leest u meer over de behandeling, operatie en revalidatie.

De gebroken heup

U bent mogelijk gevallen en hierdoor is uw heup gebroken. Een operatie vindt meestal binnen 24 of 48 uur plaats. We noemen dat een spoedoperatie. Tot de operatie proberen we de pijn te verlichten met pijnstilling. En om u voor te bereiden op een (eventuele) operatie.

Een gebroken heup is een groot gezondheidsprobleem. Meestal komt dit voor bij ouderen. Het herstellen duurt bij sommige patiënten lang. Voor een goed herstel is het daarom belangrijk dat u snel in goede conditie komt.

Het heupgewricht

Het gewricht is de (beweeglijke) verbinding tussen twee botten. Het heupgewricht bestaat uit een kop en een kom. Bij het lopen en bewegen draait de kop van het dijbeen soepel in de kom van het bekken. De heupkop gaat over in de hals. Via een tweetal verdikkingen (trochanters) waaraan krachtige spieren vastzitten, zit de hals vast aan het dijbeenbot (femur). Meestal is dit tijdens een val losgeraakt.

Diagnose

Een gebroken heup is zeer pijnlijk. Erop staan is meestal niet meer mogelijk. Vaak ligt het been naar buiten gedraaid. En uw been lijkt korter. U krijgt hiervoor pijnstilling.

Uw arts neemt röntgenfoto's van uw heup om te zien waar het bot gebroken is en hoever de verschillende stukken uit elkaar staan. Het komt wel eens voor dat de breuk niet zichtbaar is op de röntgenfoto. Als wij toch het vermoeden hebben dat het gebroken is, maken we een scan. Soms maken we na een week opnieuw een foto.

Behandeling

Bij de behandeling van een gebroken heup is het belangrijk dat u snel weer op beide benen kan staan en lopen. Ook als het bot nog geneest. We noemen dit een oefen- en belasting stabiele situatie.

Voor uw genezingsproces is het belangrijk dat u snel weer uit bed komt. Door bijvoorbeeld op een stoel te zitten.

In enkele gevallen is de conditie van de patiënt zo matig tot slecht dat het beter kan zijn om geen operatie uit te voeren. Meer informatie vindt u onder het kopje ‘Niet-operatieve behandeling’.

Operatie

Om de breuk te herstellen, kiezen we bijna altijd voor een operatie. Ook als de conditie matig is. We plaatsen de botten weer aan elkaar of plaatsen een prothese. De operatie vindt meestal op korte termijn plaats. Soms zijn er redenen om de operatie uit te stellen, bijvoorbeeld als u bloedverdunnende medicijnen gebruikt. In enkele gevallen opereren we niet, maar altijd in overleg met u en/of de familie. De patiënt krijgt dan voldoende pijnstilling toegediend.

De verpleegkundige krijgt bericht als u de operatiekamer op kan. U gaat dan naar de voorbereidingskamer. Dit is naast de operatiekamer. De anesthesioloog geeft u de verdoving. Daarna gaat u naar de operatiekamer. De operatie duurt ongeveer anderhalf uur.

Bespreken complicaties bij ouderen

Gelukkig komt het niet vaak voor, maar tijdens de operatie kunnen er complicaties ontstaan. De arts bespreekt vooraf met u en de familie hoe we hiermee omgaan. Soms zijn er bepaalde wensen. Hierover gaan we graag in gesprek. Meestal is uw huisarts op de hoogte.

Patiëntveiligheid

Regelmatig doen wij controles. Onze medewerkers vragen regelmatig naar uw naam, geboortedatum en controleren of alle gegevens juist zijn en of alle handelingen zijn uitgevoerd. Ook als u van de operatieafdeling naar de verpleegafdeling terug gaat, doen we deze controle.

We opereren vaak op drie manieren:

Operatietechnieken bij een dijbeenhals-fractuur

Bij jonge patiënten proberen we de heupkop te behouden. We zetten er dan schroeven en/of een plaat in. Om de doorbloeding van de heupkop niet in gevaar te brengen, moet dit zo snel mogelijk gebeuren. Toch bestaat er een kans dat de heupkop alsnog afsterft. Vaak is de doorbloeding na de breuk slechter. Dit kan na enkele jaren klachten geven.

Bij oudere patiënten proberen we altijd te kiezen voor een direct belastbare oplossing. Bij een verplaatste heupkop vervangen we de heupkop voor een prothese. Meestal alleen van de kop. Als er slijtage is, vervangen we ook de kom.

Operatietechnieken bij een pertrochantere-fractuur

Als het bovenste gedeelte van het dijbeen is gebroken, zetten we de botdelen vast met een mergpen, plaat of schroef. Zo blijft het bot op de juiste plaats. De dijbeenkop kan dan normaal bewegen in de heupkom. Na de operatie kunt u gelijk weer op het been staan.

Operatietechnieken bij een subtrochantere-fractuur

Ook hiervoor zal meestal een (verlengde) mergpen met schroeven worden gebruikt.

Risico’s en mogelijke complicaties

Aan elke operaties zitten risico’s en bestaat er een kans op complicaties. Dat geldt ook voor de heupoperatie. De chirurg en zijn team doen hun best om dit te voorkomen.

Bij een operatie zijn complicaties mogelijk. De breuk en operatie zijn een belasting voor uw hart en longen. Tijdens de operatie kan het voorkomen dat u een wondinfectie oploopt. En

door osteoporose (botontkalking) heeft de pen of schroef mogelijk in het bot niet genoeg grip.

Mogelijke risico's en complicaties zijn:

Osteoporose

Ook met een operatie geneest een breuk soms niet. Of kan het zijn dat de schroef, pen of plaat (het osteosynthesemateriaal) loslaat. Dat komt door een matige botkwaliteit (mede als gevolg van osteoporose)

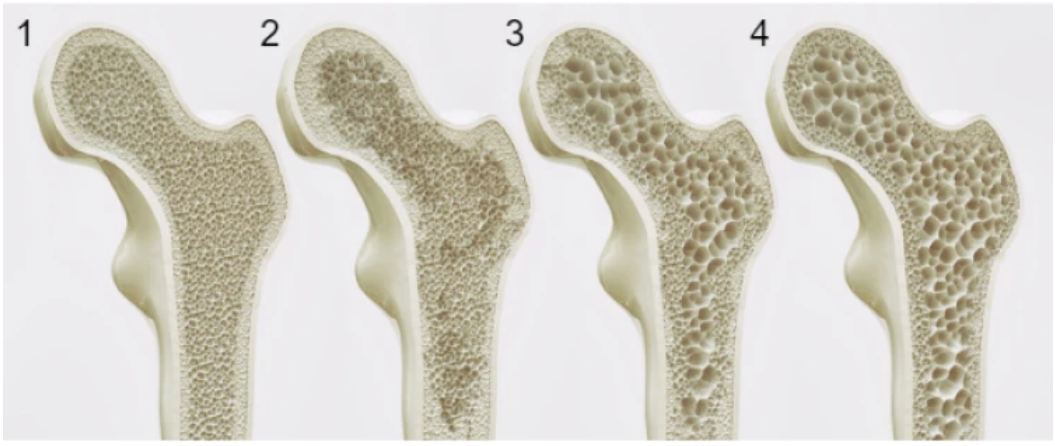
Patiënten van 75 jaar en ouder

Rond uw 40e levensjaar verandert de manier waarop uw lichaam botten vernieuwt. Naarmate u ouder wordt, breekt uw lichaam meer bot af dan het aanmaakt. Hierdoor worden de botten geleidelijk zwakker.

De botten worden minder sterk en minder stevig. Daardoor neemt de kans op een botbreuk toe. Dit is een normaal deel van het ouder worden.

Als er veel botverlies is, spreken we van osteoporose (botontkalking).

Hieronder ziet u een afbeelding van een gezond bot (1) tot een bot met ernstige osteoporose (4). U kunt zien dat de kwaliteit van het bot steeds verder afneemt. Heeft u osteoporose, dan lijkt uw bot op afbeelding 3 of 4.



Van osteoporose merkt u meestal niets. Vaak wordt het pas ontdekt nadat u een bot heeft gebroken.

Heeft u eenmaal een botbreuk gehad, dan is de kans groter dat u opnieuw een bot breekt. Daarom is het belangrijk om osteoporose op tijd op te sporen en te behandelen.

Behandeling met Zoledroninezuur

Als u voldoende vitamine D heeft, of als u extra vitamine D heeft gekregen, kunnen we starten met de behandeling van osteoporose.

Deze behandeling bestaat uit een infuus met het medicijn Zoledroninezuur. U krijgt dit infuus één keer op de verpleegafdeling, meestal op de derde of vierde dag na uw operatie. Dit kan alleen als uw nieren goed werken.

Zoledroninezuur helpt om de afbraak van bot te remmen. Hierdoor wordt verder botverlies tegengegaan en blijft de botkwaliteit zo goed mogelijk behouden. Het zorgt ervoor dat de balans tussen botopbouw en botafbraak weer beter wordt.

Uit onderzoek blijkt dat deze behandeling de kans op een nieuwe botbreuk met ongeveer 50% vermindert.

Voordat de behandeling start, meten we de hoeveelheid vitamine D in uw bloed. Dit gebeurt meestal al tijdens uw opname met een bloedonderzoek.

In de ontslagbrief aan uw huisarts vermelden we dat u deze behandeling heeft gekregen. We vragen de huisarts ook om ongeveer één jaar later een DEXA-scan (botdichtheidsmeting) aan te vragen. Met dit onderzoek wordt gekeken hoe sterk uw botten zijn.

Als uit de uitslag blijkt dat uw botmassa nog te laag is, kan de huisarts in overleg met u de behandeling voortzetten. In veel gevallen kan dit met tabletten uit dezelfde medicijngroep (bisfosfonaten).

Verwardheid (of delier)

Dit komt erg vaak voor. Na de operatie beoordelen we of u hier last van heeft. De specialist ouderenzorg (geriater) is tijdens de opname beschikbaar en zorgt voor behandeling.

Wondinfectie

Een klein percentage van alle patiënten heeft na de operatie last van een wondinfectie. Dit behandelen we met medicijnen. Dit helpt niet altijd. Het komt voor dat we opnieuw moeten opereren om de wond te spoelen.

Beenlengte

Na de operatie bestaat er een kleine kans op een verschil in beenlengte.

Anesthesie

Bij de anesthesie kunnen complicaties voorkomen. Hebt u in het verleden complicaties gehad met verdoving? Informeer de anesthesioloog hierover.

Trombose

Na de operatie heeft u een verhoogde kans op trombose. Dit betekent dat er in de bloedbaan een stolsel wordt gevormd. Om trombose te voorkomen, krijgt u tot een maand na de operatie één keer per dag een injectie. Op deze manier verkleinen we de kans op trombose.

Algemene complicaties

Na de operatie kunnen er ook andere complicaties ontstaan, zoals vaat-, pees-, zenuw-, letsel-, hart- longproblemen of een blaasontsteking.

Medicijnen

- Na de operatie krijgt u een aantal medicijnen voorgeschreven. Ze zijn vooral om pijn, infectie en trombose te voorkomen.
- Om trombose te voorkomen, krijgt u tot vier tot zes weken na uw operatie medicijnen. Dit zijn prikken. Tijdens uw verblijf krijgt u informatie en instructie over het injecteren van dit medicijn. Het is de bedoeling dat u dit zelf leert.
- De kans op een ontsteking willen we voorkomen. U krijgt daarom rondom de operatie een antibioticum toegediend.
- Afhankelijk van hoe u zich voelt, kunt u pijnstillers krijgen en een medicijn om misselijkheid te voorkomen.

Na de operatie

Na de operatie brengen we u naar de uitslaapkamer. De behandelend arts belt uw eerste contactpersoon om te vertellen hoe de ingreep is verlopen. Afhankelijk hoe u zich voelt, blijft u daar één of twee uur. Daarna verplaatsen we u naar de verpleegafdeling op de 3e etage (west). U hebt dan nog een infuus, een blaaskatheter en soms een drain. Via het infuus krijgt u vocht en een antibioticum. De blaaskatheter zorgt voor de afvoer van urine. De drain is een slangetje dat wondvocht afvoert.

Een verpleegkundige komt regelmatig vragen hoe u zich voelt. Ook controleert de verpleegkundige uw bloeddruk, polsslag, lichaamstemperatuur, operatiewond en de

hoeveelheid vocht die door de drain is afgevoerd. De verpleegkundige vraagt ook naar uw pijn. Hiervoor wordt een score gebruikt, de zogenaamde pijnmeting (0-10). Deze controles voeren we de dagen na de operatie regelmatig uit.

Als u weer op de verpleegafdeling bent, belt de verpleegkundige naar uw contactpersoon. U mag dit eventueel ook zelf doen. Afhankelijk van hoe u zich voelt, mag u ook weer normaal eten.

De eerste dag na de operatie

We prikken uw bloed en verwijderen de blaaskatheter en drain. Uw wond is afgedekt met verband. Dit blijft nog enkele dagen zitten. Afhankelijk van de uitslag van uw bloedonderzoek, verwijderen we uw infuus. Daarna start de revalidatie. Een fysiotherapeut begeleidt u hierbij en legt uit wat u wel en niet mag. Vanuit uw bed gaat u naar een comfortabele stoel. U zet dan uw eerste stappen. Het is belangrijk om makkelijke kleding te dragen. De dagen na de operatie gaat u steeds meer oefenen onder begeleiding van fysiotherapeuten en verpleegkundigen.

Revalidatie

Uw arts vertelt na de operatie hoeveel u uw been mag belasten. En of u ook direct kunt starten met fysiotherapie. In het begin heeft u nog hulp nodig. Bijvoorbeeld een rekje, elleboogkrukken of een rollator.

De fysiotherapeut kijkt samen met u wat het beste bij u past om te revalideren. U start met oefeningen. Meestal al snel na de operatie. Het is belangrijk dat u snel uit bed komt.

U verblijft vier tot vijf dagen in het ziekenhuis. Vrij snel na de operatie bespreken we met u of u daarna naar huis kan of dat er vervangende opvang nodig is. Bijvoorbeeld in een verpleeghuis. Meestal bent u na het verblijf in het ziekenhuis nog niet helemaal hersteld. Dat geldt vooral voor oudere patiënten.

Het BovenIJ ziekenhuis werkt met verschillende verpleeghuizen samen. U gaat daar intensiever revalideren, zodat u straks weer naar uw eigen huis kunt. Meestal duurt dit enkele weken. Het totale herstel duurt meestal een half jaar. Soms moeten er ook aanpassingen in uw woning komen, voordat u naar huis gaat. Wij adviseren u om dit op tijd met uw familie en/of naasten te bespreken.

Wat neemt uw familie mee naar het ziekenhuis?

Zodra het mogelijk is, gaat u een revalidatieprogramma volgen. Wij adviseren u om makkelijke kleding te dragen die ook goed wasbaar zijn. Uw bovenbeen is na de operatie dikker dan normaal. Ook kan de wond nog nalekken.

Denk in ieder geval aan:

- goed ingelopen stevige schoenen (geen slippers, bij voorkeur dichte schoenen);
- gemakkelijk zittende en wasbare kleding;
- looprek, elleboogkrukken (te leen in de thuiszorgwinkel) of uw eigen rollator.

Ontslag en revalidatie in een andere zorginstelling (indien van toepassing)

Als u uit het ziekenhuis mag, krijgt u een uitgebreide overdracht mee. Hierin staan alle gegevens, die belangrijk zijn voor uw herstel. In overleg met u en uw familie bespreken we hoe u van het ziekenhuis naar een andere zorginstelling gaat.

De hechtingen blijven 13-14 dagen zitten en kunnen door de verpleegkundige op de revalidatieafdeling verwijderd worden. U krijgt een afspraak voor over zes weken mee voor een controlefoto en voor een bezoek aan de (orthopedisch)traumachirurg. Tijdens dit bezoek kijken we hoe de breuk herstelt en of er sprake is van botontkalking. Daarna (na 3 maanden) krijgt u nog een afspraak voor een telefonisch consult. En eventueel daarna nog een keer na een jaar.

Ontslag en thuis revalideren (indien van toepassing)

Voordat u naar huis gaat, komt de fysiotherapeut nog een keer langs. We herhalen alle instructies en oefeningen. Eventueel kunt u dan nog vragen stellen. In de loop van de ochtend verlaat u het ziekenhuis.

De hechtingen blijven 13-14 dagen zitten en kunnen door uw huisarts of zijn of haar assistent verwijderd worden. Deze afspraak met de huisarts moet u zelf maken. U krijgt een afspraak voor over zes weken mee voor een controlefoto en een bezoek aan de (orthopedisch) traumachirurg. Tijdens dit bezoek kijken we hoe de breuk herstelt en of er sprake is van botontkalking.

U krijgt ook een verwijsbrief mee voor fysiotherapie. U kunt zelf contact opnemen met een fysiotherapiepraktijk bij u in de buurt. Bij de eerste afspraak geeft u de verwijsbrief en overdrachtsformulier van de ziekenhuistherapeut aan uw eigen fysiotherapeut. U krijgt

medicatie mee voor thuis.

Uw huisarts krijgt van uw behandelend specialist een ontslagbrief. Daarin staat een verslag van uw behandeling in het ziekenhuis, uw situatie bij ontslag en de eventuele noodzakelijke nazorg.

Problemen, pijn, koorts

Belangrijk is dat u alert blijft. Ook na uw operatie kunnen er nog complicaties ontstaan. Neem contact met ons op of met uw huisarts als u vermoed dat er een probleem is. U heeft last van een van de volgende symptomen:

- 38,5?C koorts of hoger;
- abnormale roodheid, warmte of vochtafscheiding van de wond;
- meer pijn in uw heup die niet wordt verlicht door pijnstillers;
- meer pijn of zwelling van uw kuit.

Fietsen en autorijden

U mag ongeveer negen weken na de operatie beginnen met fietsen. Let op: wij adviseren u om hier niet eerder mee te beginnen. U oefent dit al bij de fysiotherapeut op de hometrainer. En zorg ervoor dat als u straks echt gaat fietsen, dat het zadel van uw fiets hoog staat, zodat u de heup niet te ver hoeft te buigen.

Zelf autorijden is doorgaans weer mogelijk als u zelfstandig kunt lopen, zonder gebruik van een loophulpmiddel. De keuze om weer zelf auto te rijden, blijft uw eigen verantwoordelijkheid.
Om het instappen in een auto te vergemakkelijken gebruikt u een kussen als extra verhoging op de zitting. Met een glad kussen (eventueel een plastic zak er omheen) maakt u een glijdende draai naar binnen.

Soms geen operatie

Soms is iemand al vóór de heupbreuk in een slechte conditie. Bijvoorbeeld door weinig of slecht lopen, veel vallen, een zwakke gezondheid of ernstige dementie. In zo’n situatie is een operatie niet altijd de beste keuze. Een operatie zorgt dan meestal niet voor een langer of beter leven. Ook komt iemand na de operatie vaak niet meer op het niveau van vóór de breuk.

Verwacht beloop bij geen operatie

Als u niet geopereerd wordt, krijgt u palliatieve zorg. Dat betekent dat we u niet meer beter kunnen maken. We richten ons op het verminderen van klachten en het zo comfortabel mogelijk maken van uw situatie.

Omdat uw gebroken been niet wordt geopereerd, kunt u er niet meer op staan of lopen. U zult daarom in bed moeten blijven, of in een (rol)stoel zitten. We zorgen voor goede pijnstilling en andere zorg die uw klachten verlicht.

Hoe lang iemand nog leeft zonder operatie is voor iedereen anders. Vaak gaat het om een korte tijd: enkele dagen tot weken. Soms leeft iemand iets langer, maar dat gebeurt niet vaak. Uw arts bespreekt met u wat dit in uw situatie waarschijnlijk betekent.

Het is belangrijk dat u deze informatie krijgt. Zo kunt u – samen met uw arts – kiezen wat het beste bij u past. In sommige gevallen helpt een operatie niet. Het kan zijn dat iemand zich er niet beter door voelt, of de operatie niet overleeft.

Voordelen van niet opereren

De voordelen van niet opereren is dat u niet wordt blootgesteld aan de risico’s van de operatie en dat u snel wordt teruggeplaatst naar een vertrouwde omgeving.

Nadelen van niet opereren

Het is voor u niet meer mogelijk om te lopen met een breuk aan de heup zonder operatie. In een rolstoel of gewone stoel zitten is waarschijnlijk nog wel mogelijk.

Pijnstilling

Als tijdens de opname wordt besloten om u niet te opereren, dan krijgt u pijnstilling via een zenuwblokkade. Dit wordt gedaan door de anesthesist. Het heet een permanente zenuwblokkade (fenolisatie) van de heup of het been. Deze behandeling zorgt er in bijna alle gevallen voor dat de pijn goed onder controle is. Zo kunt u comfortabel naar een verpleeghuis of hospice.

Vragen

Hebt u nog na het lezen van deze folder nog vragen? Stel ze aan uw behandelend specialist, verpleegkundige of fysiotherapeut.

Afdelingen

Trauma polikliniek

Telefoonnummer	020-634 6231
Route	41

https://www.bovenij.nl/aandoening-behandeling/heup-gebroken/heup-gebroken
Deze download is gemaakt op 09-09-2026 om 14.51 uur.