

SI (Sacro-Iliacale) stabilisatie met iFuse implantaten

Stabilisatie van het bekkengewricht (achterzijde)

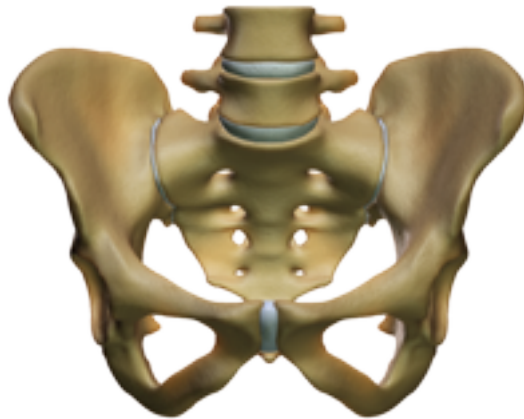
Orthopedie, Medisch Spectrum Twente.

C11, Koningsplein

Patiënten informatie en instructies na de operatie

Inleiding

Het SI-gewricht is het gewricht tussen het heiligbeen (sacrum) en bekkenvleugel (ileum) aan de achterzijde van het bekken. Tijdens het belasten worden enorm grote krachten door deze gewrichten vanuit de heupen naar de wervelkolom geleid. Het SI-gewricht kan verschillende pijnklachten veroorzaken, bij het gewricht zelf, maar het kan ook uitstralen naar bil, lies of bovenbeen.



Oorzaken SI-dysfunctie

Klachten van het SI-gewricht kunnen ontstaan na een ongeval, tijdens of na een zwangerschap, bij bindweefselaandoeningen, bij scoliose, na het operatief vastzetten van lende wervels, bij een groot verschil in beenlengte of bij een abnormaal looppatroon. Soms is er geen duidelijke oorzaak aan te wijzen. Klachten komen veel vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

Klachten en symptomen

Het belangrijkste symptoom is pijn ter hoogte het SI-gewricht en de lage rug, met soms uitstraling in bil, de buitenzijde van het bovenbeen of de lies. De pijn ontstaat vooral bij druk op het gewricht zoals bij langdurig zitten, tillen, lopen en rennen, maar ook tijdens het slapen op de pijnlijke zijde. Soms kunnen er knakkende sensaties voelbaar zijn bij het SI-gewricht. De pijn kan aan beide kanten voorkomen. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de pijn veroorzaakt door het SI-gewricht vaak erg lijkt op pijn die patiënten ervaren bij andere lage rugproblemen.

Diagnose en onderzoek

De diagnose SI-syndroom kan worden gesteld op basis van anamnese en na lichamelijk onderzoek van de rug, SI-gewrichten en heupen. Er bestaan een aantal SI-bewegingstesten die uw arts, fysiotherapeut of manueel therapeut kan uitvoeren om de diagnose te stellen.

De aandoening is meestal niet te herkennen op een röntgenfoto, CT-scan of MRI-scan. Meestal zal wel radiologisch onderzoek van het bekken en/of de rug worden gemaakt om andere aandoeningen uit te sluiten.

Vorbereidend onderzoek

De ziektegeschiedenis en een gedegen lichamelijk onderzoek zijn essentieel, waarbij niet altijd een zekere diagnose gesteld kan worden. Met name indien er verdenking bestaat op lage rug problemen c.q. een hernia kan het stellen van de diagnose lastig zijn en is nadere analyse ter aantoning of uitsluiting van eventuele rug afwijkingen noodzakelijk. Daarnaast kan het onder doorlichting lokaal verdoven van het SI gewricht in een aantal gevallen nuttige informatie geven over de kans van slagen van de ingreep. Dit gebeurt door het pijnteam van de afdeling anesthesie.

Resultaten

De gedachtegang dat een operatief vastzetten van de pijnlijke bekkendelen dan de oplossing zal zijn lijkt logisch. Echter blijvende resultaten van deze operatie zijn niet altijd voorspelbaar.

De resultaten zijn in het merendeel van de gevallen zeer hoopvol (75% duidelijke verbetering). Echter bij 15% is er geen verbetering.

De operatie

In principe zal via een minimaal invasieve ingreep, met een klein sneetje (4 cm) aan de buitenzijde van de bil een fixatie van het SI gewricht bewerkstelligd worden met (meestal 3) iFuse implantaten. Dit zijn speciaal daarvoor ontwikkelde driehoekige staafjes

De implantaten, die onder röntgendoorlichting worden ingebracht geven door zijn vorm (driehoekig) al een goede stabiliteit. De bekleding van het implantaat is dusdanig dat bot ingroeit vanuit beide zijden van het SI gewricht optreedt. Dat ziet er dan uiteindelijk zo uit:



Risico's van de ingreep

De stabilisatie aan de achterzijde met de iFuse brengt een mogelijke risico met zich mee. Deze techniek moet onder zeer precieze röntgendoorlichting plaatsvinden, waarbij de implantaten exact op de juiste plek moeten worden geplaatst. Indien dit niet correct gebeurt kan er *beschadiging van zenuwen* naar de bil en het been optreden met soms blijvende gevolgen.

De gevolgen van een eventuele zenuwbeschadiging kunnen zijn:

- gevoelsstoornissen van de buitenzijde van de kuit en de voet, alsmede de voetrug en aan de onderzijde van de bil
- krachtsverlies van voetheffers en teenstrekkingen of kuitspieren
- pijnklachten met uitstraling naar het been

Indien er sprake is van zenuwbeschadiging is het mogelijk dat het implantaat, die de oorzaak is van de klachten, moet worden teruggetrokken of vervangen

Andere mogelijke complicaties die kunnen optreden zijn: nabloeding, wondinfectie, trombose, fissuur/fractuur heiligbeen.

Na de operatie

Op de dag zelf of de dag na de operatie begeleidt de fysiotherapeut u met het mobiliseren. Er zal worden uitgelegd hoe u het beste uit bed kunt komen. De eerste keer gaat u onder begeleiding van een verpleegkundige of fysiotherapeut uit

bed. Ook krijgt u instructies over hoe u het beste kunt bewegen, lopen met een loophulpmiddel en traplopen. Hierbij mag uw been aan de geopereerde zijde in principe volledig belast worden. (behalve als de operateur anders heeft geadviseerd). Aangezien de implantaten door de bilspier worden ingebracht en men de bilspier nodig heeft om goed op het been te kunnen steunen, is het wenselijk om ongeveer twee weken met twee krukken te lopen. (i.v.m. wondpijn van de bil). Meestal kunt u na deze periode zonder loophulpmiddel lopen. Het kost ongeveer 6 weken voordat de implantaten goed zijn ingegroeid. Het is dan ook aan te raden om de 1^e 6 weken niet te veel te belasten en geen lange afstanden te lopen.

[Zie: leefregels na een stabilisatie van het bekkengewricht met iFuse.](#)

Het is mogelijk dat u de eerste dagen nog pijn heeft en de klachten niet meteen weg zijn. Een goede pijnbestrijding is belangrijk voor het genezingsproces. Daarom is het raadzaam dat u eventuele pijn met pijnstillers onderdrukt.

In overleg met de fysiotherapeut en de verpleegkundige wordt bepaald of aanpassing van de thuiszorg wenselijk is. Gestreefd wordt naar een opnameduur van 1 nacht.

De dag na de operatie zal een CT-scan van het bekken gemaakt worden om de positie van de iFuse implantaten nauwkeurig vast te leggen.

Nazorg

- 2 weken na de operatie krijgt de patiënt een telefonische afspraak met een verpleegkundige van de polikliniek. De (telefonische) controle met de operateur vindt plaats na ongeveer 8 weken.
- De fysiotherapeutische behandeling zal gericht zijn op versterken van spiergroepen en uitbouwen van belastbaarheid. De duur van de fysiotherapie zal afhankelijk van het beloop 6 weken tot 6 maanden bedragen.
- Voor meer informatie betreft revalidatie kan de 1^e lijns fysiotherapeut gewezen worden op:

<https://si-bone.com/support/patient-resource-library/rehabilitation-for-si-joint-pain-and-or-dysfunction>

Belangrijke telefoonnummers / contactgegevens;

- 053 - 4872670 Klinische afdeling Orthopedie B4/C4
- 053 – 4872920 Klinische afdeling paramedische zorg MST (fysiotherapie)
- 053 – 4872740 Polikliniek Orthopedie C11

Aanvullende informatie

Heeft u vragen over uw operatie, dan kunt u een afspraak maken met uw orthooped op de polikliniek.

<https://www.mst.nl/p/aandoeningen/si-syndroom/>

<https://www.mst.nl/p/behandelingen/si-syndroom-behandeling/>

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de fysiotherapeut of arts dan om nadere uitleg.

De afdeling orthopedie en fysiotherapie wensen u een spoedig herstel.