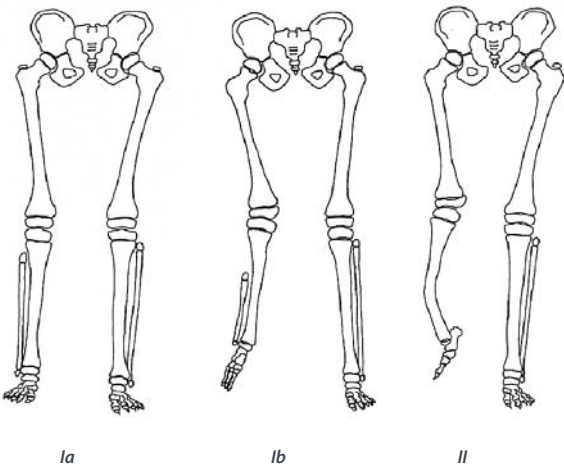


Aanlegstoornis van het been

Fibula-aplasie

Fibula aplasie is een onderdeel van het zogenoemde post-axiaal reductiedefect. Dat wil zeggen dat de buitenkant van het gehele been minder goed ontwikkeld is (in meer of mindere mate). Een fibula aplasie (of dysplasie) betekent dat er sprake is van een afwijkende vorm van het kuitbeen (= fibula). Deze is niet goed aangelegd en dat kan zich op verschillende manieren uiten (figuur Ia, Ib en II).



Classificatie van fibula aplasie volgens Achterman en Kalamchi.

Behalve dat het kuitbeen een andere vorm heeft, is vaak ook het scheenbeen (= tibia) verkort en deze staat soms gebogen naar voren (= bowing, figuur II).

De mate van afwijking wisselt van een lichte beenverkorting, zonder bijkomende afwijkingen, tot een ernstige verkorting met afwijkingen van de tibia en ernstige aanlegstoornissen van de knie, enkel en voet:

- De knie kan instabiel zijn doordat de voorste kruisbanden ontbreken.
- Er kan een X-stand van het been ontstaan door een afwijkende vormontwikkeling van de knie.
- Aan de voet kunnen twee of meer tenen en middenvoetsbeentjes ontbreken. De voet is vaak kleiner.
- Het bovenbeen kan licht verkort zijn aan dezelfde zijde (figuur II).

Belastbaarheid enkel en voet voldoende en verkorting minder dan 20-30%

Als de belastbaarheid van de enkel en de voet voldoende is - of door operatieve correctie te verbeteren - én als er sprake is van een verkorting van minder dan 20-30%, adviseren wij een operatie om het been te verlengen. Tot de operatie wordt het beenlengteverschil opgeheven door middel van een zoolverhoging tot max 5-6 cm (foto 1) of een verlengingsprothese met of zonder scharnier (foto 2 + 3).

Belastbaarheid enkel en voet voldoende en verkorting meer dan 20-30%

Als de belastbaarheid van de enkel en voet voldoende is, maar het beenlengteverschil meer dan 20-30%, adviseren wij een amputatie van de voet in het eerste levensjaar. Het beenlengteverschil wordt na de amputatie opgeheven door middel van een onderbeenprothese (foto 4). Als gekozen wordt voor het behouden van de voet, zal het beenlengteverschil ook opgeheven moeten worden. Dat kan met een verlengingsprothese (foto 2 + 3).

1: zoolverhoging

2: verlengingsprothese zonder scharnier

3: verlengingsprothese met scharnier

4: onderbeenprothese



1



2



3



4



Belastbaarheid enkel en voet onvoldoende

Als de belastbaarheid van de enkel en voet niet voldoende is - en door middel van een operatie niet te verbeteren - wordt in het eerste levensjaar amputatie van de voet geadviseerd. Als het kind toe is aan staan en lopen, maken we een onderbeenprothese (foto 4). Als de voet behouden blijft, dan zal het beenlengteverschil opgeheven worden met een verlengingsprothese waarin de voet ondersteund wordt (foto 2 + 3).

Afwijkende vorm en stabiliteit van de knie

- Het kniegewricht kan een afwijkende vorm hebben, waardoor een X-stand (= valgusstand) van de knie ontstaat. Deze stand kan gedurende de groei gecorrigeerd worden. Dit is een milde operatieve ingreep. De groei in één of beide groeischijven rond de knie wordt aan één zijde geremd, waardoor het onderbeen tijdens de groei recht onder het bovenbeen komt te staan.
- Als één of beide kruisbanden in de knie afwezig zijn, hoeft dat niet tot problemen te leiden. De spierkracht rondom de knie is vaak goed genoeg om voldoende stabiliteit aan de knie te geven.

Maken van (verlengings)prothese

De eerste (verlengings)prothese maken we als het kind aanstalten maakt om te gaan staan. Dit kan variëren tussen 1 en 1,5 jaar, afhankelijk van de ontwikkeling van het kind. Het maken van de prothese gebeurt bij de De Hoogstraat Orthopedietechniek en begint met het maken van een gipsafdruk.

Eerst doen we een tricot kous over het been, om te voorkomen dat het gips aan de huid en haartjes vast gaat zitten.

Daarna wordt er een ijzerdraadje over de kous gelegd. Op het been tekenen we eventueel nog wat punten en daarna zwachtelen we het in met gipsverband. Na enkele minuten - als het gips hard is - wordt het gips langs het ijzerdraadje opengemaakt en van het been verwijderd (foto 5). Als het nodig is, nemen we de maat van de andere voet om de maat van de prothesevoet te bepalen.



De eerste passing van de prothese is 1 à 2 weken na het aanmeten. We kijken of deze goed past en hoe lang deze moet worden. Uitgangspunt daarbij is dat het kind symmetrisch staat (met een rechte rug) en dat er geen beenlengteverschil meer is.

De volgende afspraak is 1 à 2 weken later. We voeren dan nog eventuele correcties uit. Het kind kan dan met de prothese oefenen en deze uiteindelijk ook mee naar huis nemen. Tijdens deze afspraak bespreken we ook een schema voor de opbouw van de draagduur van de prothese. Als het kind moeite heeft bij het staan en lopen met de prothese kan het nodig zijn om een paar keer te oefenen met de fysiotherapeut.

Als de prothese na enige weken dragen goed blijkt te zijn, wordt deze ingeleverd en werken we hem af. Na 3 maanden volgt een controleafspraak op het technisch spreekuur. De revalidatiearts, kinderfysiotherapeut en de instrumentmaker kijken dan samen hoe het kind functioneert met de prothese.



Informatie

Anka Michielsen

030 256 1448

a.michielsen@dehoogstraat.nl

www.dehoogstraat.nl

De Hoogstraat
Revalidatie

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

Rembrandtkade 10, 3583 TM Utrecht



Wilhelmina Kinderziekenhuis

Voor meer informatie of lotgenoten-
contact kan je terecht bij de werkgroep
'Op een ander been gezet' via de website
van vereniging KorterMaarKrachtig.