

Aanlegstoornis van het been

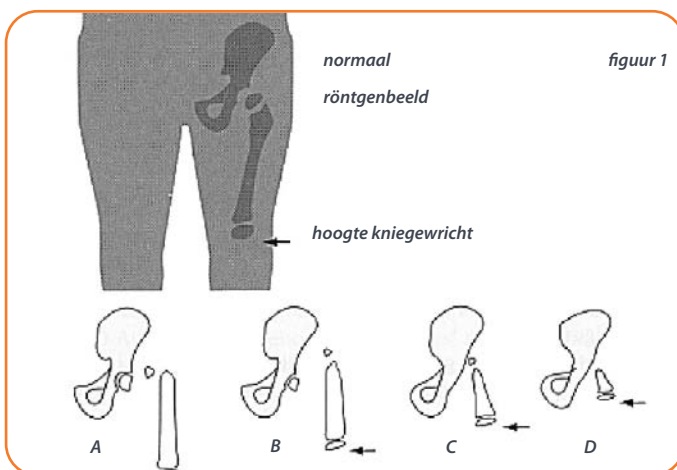
PFFD type B

Proximale Focale Femur Dysplasie

Een PFFD betekent dat er sprake is van een verkorting van het bovenbeen. De oorsprong zit bovenin (=proximaal) het bovenbeen (=femur) en is plaatselijk (=focaal). De heup is niet goed aangelegd (=dysplasie) en de ernst wisselt van een geringe afwijking van de heup tot het volledig ontbreken van het heupgewricht.

PFFD is een onderdeel van het zogenoemde post-axiaal reductiedefect. Dat wil zeggen dat buitenkant van het gehele been minder goed ontwikkeld is (in meer of mindere mate).

We onderscheiden 4 types PFFD. Zie hiervoor figuur 1 (overgenomen uit het boek Kinderrevalidatie, onder redactie van Meihuizen-de Regt, de Moor, Mulders, 1996):



Kenmerken PFFD type B

- De voet van het verkorte been bevindt zich tussen 1/3 tot 2/3 van het normale onderbeen.
- De heupontwikkeling is matig: er is geen stevige benige verbinding tussen de heupkop en het bovenbeen. Het bovenbeen neigt naar varus (=verkleining van de hoek tussen de heupkop en het bovenbeen).
- De knie is vaak instabiel als gevolg van het ontbreken van de kruisbanden.
- Het onderbeen en de voet kunnen afwijkend zijn aangelegd; het kuitbeen (=fibula) is bijv. niet goed aangelegd en/of er ontbreken een paar stralen van de voet.

Behandeling

De behandeling is afhankelijk van:

- De stabiliteit van de heup en de knie.
- Het beenlengteverschil.

Stabiliteit van heup en knie

Vanwege de kraakbenige verbinding tussen het bovenbeen en de heupkop, gaan de meeste kinderen met een PFFD type B in eerste instantie lopen met een verlengingsprothese (zie foto 2). Veelal is een operatie nodig om de stabiliteit van de heup te verbeteren.

Het kniegewricht kan een afwijkende vorm hebben, waardoor een X-stand (=valgusstand) van de knie ontstaat. Deze stand kan 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.

Het ontbreken van één of beide kruisbanden in de knie, leidt eigenlijk nooit tot problemen omdat de spierkracht rondom de knie vaak goed genoeg is om voldoende stabiliteit aan de knie te geven.

Mocht de knie toch instabiel zijn dan kan er een bovenbeenkap op de verlengingsprothese geplaatst worden (zie foto 1).

Foto 1: verlengingsprothese met bovenbeenkap

Foto 2: verlengingsprothese met scharnierfunctie enkel

Foto 3: Prothese na omkeerplastiek



Beenlengteverschil minder dan 20-30% en voldoende stabiliteit van heup en knie

De behandeling richt zich op een operatie om het been te verlengen. Tot de operatie wordt het beenlengteverschil opgeheven door middel van een verlengingsprothese met scharnierfunctie van de enkel (zie foto 3).

Beenlengteverschil meer dan 20-30% of onvoldoende stabiliteit van heup en knie

Er zijn meerdere opties mogelijk:

1. Verlengingsprothese met opvang van de voet, met of zonder scharnier.
2. Omkeerplastiek. Dit is een operatie waarbij het onderbeen mét voet 180 graden gedraaid wordt t.o.v. het bovenbeen. De loopfunctie met de prothese verbetert hiermee doordat de voet actief wordt ingezet als kniegewricht (zie foto 3). De cosmetiek verandert doordat de voet niet meer uitsteekt en het zitcomfort neemt toe.
3. Amputatie van de voet waardoor de prothesefitting en de cosmetiek verbeteren. De keuze van de prothese is in dit geval afhankelijk van de stabiliteit van de heup en knie.
4. Soms is gedeeltelijke verlenging van het bovenbeen mogelijk om het zitcomfort te verbeteren. Opvang van het resterende beenlengteverschil blijft dan nodig.



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.

Prothese maken

De eerste 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 prothesen 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 haar-tjes 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. Als het nodig is, nemen we de maat van de andere voet om de maat van de prothese-voet 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.