

Been: supracondylaire femurfracturen

Indeling:

- supracondylaire femurfractuur bij volwassenen
- supracondylaire femurfractuur bij kinderen

A) SUPRACONDYLAIRE FEMURFRACTUREN BIJ VOLWASSENEN:

FRACTUURINDELING:

- volgens AO (Muller)

Type A: extra-articulair

- A1 extraarticulair éénvoudig
- A2 extraarticulair met metaphysair vlinderfragment
- A3 extraarticulair met comminutieve zôneB1 laterale condylfractuur

Type B: unicondylair (intra-articulair)

- B2 mediale condylfractuur
- B3 condylfractuur in frontale vlak

Type C: bicondylair (intra-articulair)

- C1 T-Y fractuur, articulair en metaphysair éénvoudig
- C2 T-Y fractuur, metaphysair comminutief
- C3 T-Y fractuur, metaphysair en articulair comminutief

-2 Type patiënten met distale femurfractuur:

- Jonge patiënten met een hoogenenergetisch trauma met gecombineerde letsels.
- Oudere patiënten met osteoporotisch bot en medische voorgeschiedenis.

THERAPIE:

Doel van de behandeling: Goede functie zonder pijn .

Te bereiken door: herstel alignement, rotatie, lengte en goed herstel van de intra-articulaire fragmenten gevolgd door snelle mobilisatie van de knie.

Acute operatie: slecht resultaat, door slechte fixatie en infectie. Behalve bij gecompliceerde fracturen.

Tenzij goed debridement dan geen bezwaar tegen acute operatie.

Operatie bij: onstabiele, gedислоceerde distale femurfracturen.

Absolute indicatie voor operatie:

- open fracturen
- ipsilaterale fractuur

- poly-traumata
- vasculaire letsel
- niet reponibele fracturen

Contra-indicatie voor interne fixatie:

Uitgebreide community

Osteopenie

contaminatie van de fractuur

Volgorde bij operatie:

Repositie/fixatie: eerst repositie van de condylen door middel van K-draden, gevolgd door schroeven en dan plaat/pen fixatie. Eerst distale fixatie en dan proximaal.

Keuze tussen intramedulaire versus plaat- en schroeffixatie.

Intramedulair: minder buigzaam dan de plaat, denk aan femuras.

Plaatfixatie: standaard voor operatieve behandeling.

Nadeel van plaatfixatie:

- uitgebreide laterale dissectie
- hoge bloedverlies
- ossale devitalisatie
- hoog risico voor infectie

Voor intra-artculaire exposure een mediale incisie of tenotomie/osteotomie noodzakelijk.

Plaatfixatie is belastingstabiel met een hoog buigmoment. Let op: mediale cortex moet suffiënt zijn, anders geen compressiekracht. Dit resulteert in het falen van het implantaat.

Plaatsen van mediale botgraft of een plaat aan de mediale zijde kan dit voorkomen.

Hoekplaat:

Rigide, door de hoek van 95° rotatie en buigstress te voorkomen.

DCS:

Wordt niet aanbevolen door verlies van metafysaire bot door het boren, minder geschikt voor multifragmentaire fracturen, revisie moeilijk indien noodzakelijk.

Condylplaat:

Wordt gebruikt bij comminutieve fracturen in verschillende vlakken of indien minder bot in de condyl.

Nadeel: minder mechanische stabiliteit, neigt tot variseren.

Intramedulaire fixatie: Kleine exposure.

Flexibele intramedulaire pen: Bij niet intra-artculaire fracturen, bij minder botkwaliteit en bij oudere patiënten.

Fixateur externe:

Bij grote weke delen letsel, vasculaire letsel en bij patiënten met levensbedreigende letsels.

NB: de stalen pen in de condyl als het kan, anders in de tibia.

NABEHANDELING:

- onbelast oefenen met continuous passive motion apparaat (CPM) starten met 0-60° vanaf de dag van operatie, intensieve FT
- indien mogelijk CPM behandeling thuis continueren (iom FT, verzekeraar)
- onbelaste mobilisatie 12 weken

CONTROLE:

klinisch:

- 2, 6, 12, 18 en 26 weken

radiologisch:

- 2, 6 en 12 weken

COMPLICATIES:

- verminderde buigfunctie door adhaesies van het strekapparaat
- Malunion, non-union,
- posttraumatische arthritis.

Bij uit de hand gelopen complicaties de volgende mogelijkheden:

arthrodese

arthroplastiek

amputatie

VERWIJDEREN OS MATERIAAL:

- na 1,5 - 2 jaar

B) SUPRACONDYLAIRE FEMURFRACTUREN BIJ KINDEREN:

FRACTUURINDELING:

- indeling volgens Salter Harris (bijna altijd SH type 2)

THERAPIE:

conservatief:

- onbloedige repositie, bovenbeensgips

operatief:

- indien geen anatomische stand verkregen of behouden kan worden is bloedige repositie en K-snaar fixatie (2mm) vanaf mediaal en lateraal (kruislings) aangewezen, uiteraard in combinatie met bovenbeensgipsimmobilisatie.
- bij grotere kinderen, waarbij een SH type 2 met een groot metaphysair botfragment bestaat kan een schroeffixatie overwogen worden

NABEHANDELING:

- 8 weken gips, tenzij oefenstabiele schroeffixatie, dan als bij volwassene CPM

CONTROLE:

klinisch: 2, 8 en 12 weken

radiologisch: 2, 8 en 12 weken

VERWIJDEREN OS MATERIAAL:

- na 8 weken (poliklinisch, eventueel dagopname)

Voeg een nieuwe reactie toe

[Login](#) [1] of [registreer](#) [2] om te kunnen reageren

Bron-URL: <https://medic4medics.nl/nl/traumatologie/fracturen/been-supracondyiaire-femurfracturen>

Links

[1] <https://medic4medics.nl/nl/user/login?destination=node/%23comment-form>

[2] <https://medic4medics.nl/nl/user/register?destination=node/%23comment-form>