

Onderste Extremiteit

Femur

Bij chirurgische stabilisatie van het proximale femur (met 66% het meest frequent aangedane lange pijpbeen) wordt de laesie al dan niet te gecuretteerd en opgevuld met cement waarna stabilisatie middels plaat of pen osteosynthese volgt. In het geval van multipale laesies wordt het gebruik van een mergpen eventueel met botcement geadviseerd. De toevoeging van botcement aan de osteosynthese verbetert de belastbaarheid stabiliteit en uiteindelijke overleving van de zowel de plaat- als pen-osteosynthese. Hiervoor moet de laesie wel eerst zorgvuldig te worden gecuretteerd. Een extra incisie bij het gebruik van een intramedullaire pen is hiervoor soms noodzakelijk. Met de tegenwoordige moderne intramedullaire pennen lijkt het verstandig om ook het collum femoris te beschermen gebruik makende van een 'interlocking nail' met één of twee schroeven in het collum femoris. Het botcement wordt ook gebruikt om een botdefect te vullen en zo de belastbaarheid en de verankering van het implantaat aan het vaak beschadigde bot te verbeteren.^{9 28 29}

Voordelen van een mergpenfixatie zijn met name de mogelijkheid direct het gehele pijpbeen te stutten en het minimaal invasieve karakter. Verslepning van tumorweefsel door het inbrengen van een intramedullaire pen door de laesie kan veelal worden geaccepteerd. Toch verdient het de aanbeveling, het gehele operatiegebied te bestralen om zo progressie van de laesie te vertragen en eventuele genezing te stimuleren (met name bij sclerotische laesies).³⁰

Voordeel van plaat osteosynthese met botcement is de goede verankering van de schroeven in het cement en minder contaminatie van het mergkanaal.

Bij uitgebreide beschadiging van het proximale femur (perthrochantair, collum en caput femoris) of een verwachte overleving van meer dan 1 jaar is een gecementeerde kophalsprothese of totale heup prothese noodzakelijk (Figuur 3 (zie [bijlage 3](#))). Hiermee wordt het relatief hoge per- en postoperatieve risico van falende osteosynthese verminderd van 12 naar 2%.²³ Bij multipale laesies moet een lange steel worden gebruikt. Houdt hierbij wel rekening met een vergroot risico op een longembolie en peroperatieve bloeddrukdaling. Bij voorkeur verloopt de steel tot >10 centimeter onder de meest distale metastase.

Tibia

Het risico op een pathologische fractuur in de tibia is significant lager vergeleken met het femur. Metafysaire laesies kunnen worden behandeld met curettage en cement (PMMA) opvulling, veelal gecombineerd met een additionele afsteunplaat om inzakking van het tibiaplateau te voorkomen. Indien

meer dan 50% van de metafysaire circumference is gedestruëerd kan beter een megaprothese of PMMA met uitgebreidere osteosynthese worden toegepast.

Voor de diafysaire lesie in de tibia geldt in het algemeen een voorkeur voor intramedullaire fixatie zo nodig met het gebruik van PMMA. Soms kan een diafysaire minimaal verplaatste fractuur, als gevolg van een stralingsgevoelige afwijking, ook conservatief worden behandeld gebruik makende van een Sarmiento brace.