

Richtlijnen 'MCP1 artrodese' (chirurgisch)

*Auteurs: Stefanie Janse, fysiotherapeut, handtherapeut CHT-NL
Beatrijs Kakebeeke, fysiotherapeut, handtherapeut
Marlein van Es, fysiotherapeut, handtherapeut
Marjan van Wensen, ergotherapeut, handtherapeut*

Evaluatoren: H.P. van Not, plastisch chirurg ADRZ

Akkoord door verwijzers en behandelaars per: januari 2022

Evaluatiedatum: januari 2026

Dit is een publicatie van
Hand & Pols Revalidatie Nederland



WWW.HPRN.INFO



Beleid behandeling

Deze richtlijn is bedoeld om de individuele behandeling vorm te geven. Wanneer het beloop bij de individuele patiënt daar aanleiding toe geeft wordt de behandelaar geacht op basis van zijn professionaliteit de behandeling aan te passen. Beschrijf hierbij goed waarom en hoe de behandeling is aangepast.

Uitgangspunten

Een artrodese wordt over het algemeen gezien als een salvage-procedure die wordt toegepast wanneer andere, reconstructieve ingrepen falen. De stabiliteit van het MCP1 gewricht is functioneel belangrijker dan de mobiliteit. Een artrodese is daarom een goede optie bij pijn, instabiliteit/deformiteit of verlies van de EPB-functie op basis van een recidiverende artritis bij MCP1 artrose. Een arthroplastiek en/of wekedelen reconstructie herstelt de stabiliteit bij deze klachten in veel gevallen immers onvoldoende en wordt geassocieerd met een grotere kans op complicaties en met name pijnklachten.

Operatie

Via een dorsale incisie over het MCP 1 gewricht wordt het kapsel in de lengte geopend, waarbij getracht wordt het extensormechanisme zo min mogelijk te beschadigen en de RSNR te sparen. Vervolgens wordt de incisie doorgezet tussen de EPL en de EPB. Het RCL en UCL worden doorgenomen. Vervolgens worden de gewrichtsoppervlakken van de basis van de proximale phalanx en van de kop van de metacarpale met behulp van een zaagje verwijderd en wordt het gewricht middels twee K-snaren vastgezet in 15-25 graden flexie*. Middels een cerclagedraad (Zuggertung) worden de botdelen gecompriëerd. Wanneer de pinnen klachten geven kunnen ze na 3 maanden verwijderd worden. Als ze geen klachten geven mogen de pinnen blijven zitten. De cerclagedraad wordt in principe niet verwijderd. Postoperatief krijgt de patiënt voor 5-7 dagen een gipsspalk.



* Indien CMC1 stabiel: MCP1 in 15 graden flexie, 15 graden abductie en 15 graden interne rotatie. Indien CMC1 instabiel: MCP1 in 25 graden flexie, 15 graden abductie en 15 graden interne rotatie.



Handtherapeutische behandeling

Preoperatief (1/2 u HT)

- Intake (o.a. medische voorgeschiedenis, nevendiagnose, medicatie, intoxicaties, dominantie).
- Protocolaire meting (zie bijgevoegd meetprotocol).
- Voorlichting over de (chirurgische en handtherapeutische) behandeling.
- Voorlichting over belastbaarheid na de operatie en advies m.b.t. ADL, werk en hobby's.
- Eventueel uitproberen artrodese spalk in het kader van verwachtingsmanagement.
- Rokers worden geadviseerd 8 weken voor de operatie te stoppen met roken.
- Meegeven informatiebrief met daarin de besproken informatie en oefeningen voor de eerste 6 weken postoperatief.

Postoperatief, start 1 week na de operatie

Informatie van chirurg

- Bijzondere peroperatieve bevindingen of niet standaard procedures.
- Indien van toepassing: gewenste afwijkingen van deze richtlijn beschrijven en motiveren.

Doelen/aandachtspunten behandeling

- Immobiliseren MCP1 gewricht in de eerste 6 weken.
- Voorwaarden creëren voor optimaal wondherstel:
 - Oedeembestrijding -> o.a. hooghoudinstructie, zo nodig sling.
- Pees glijden EPL/FPL.
- Mobiliteit IP1 gewricht, vingers en pols.
- Herstel van functionele inzet.

Complicaties

- Infectie
- Non union
- Hinder OSM
- TVS
- Adhesies

Wat te doen bij complicaties?

De patiënt wordt geïnformeerd dat hij bij een bloeding of koorts binnen kantoortijden contact dient op te nemen met de behandelend arts en buiten kantoortijden met de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Bij een verminderd of prikkend gevoel of problemen die samenhangen met de handtherapeutische behandeling, dient patiënt contact op te nemen met het HPC (voor dringende problemen is het HPC ook buiten kantoortijden bereikbaar).

Pijn

In principe dient de pijn na 5 dagen duidelijk minder te worden. Indien dit niet het geval is wordt patiënt geadviseerd contact op te nemen met de behandelend chirurg of het HPC.



0-6 weken postoperatief

Spalk

Postoperatief krijgt de patiënt voor 5-7 dagen een gipsspalk. Dit gips wordt na 5-7 dagen op de gipskamer vervangen door kunststofgips (model wackeldaum). 10-14 dagen postoperatief worden de hechtingen verwijderd, er vindt dan ook gipswissel plaats. Indien nodig vindt er later in het traject opnieuw gipswissel plaats wanneer door afname van zwelling te veel ruimte in de spalk ontstaat.



(let op, het IP gewricht dient vrij te zijn)

Behandelfrequentie

Het uitgangspunt is:

Start dag 5-7 met 1 u HT.

NB. Wanneer er sprake is van een normaal beloop zal de inbreng van de handtherapeut bij een MCP I artrodese zeer beperkt zijn. Na het eerste postoperatieve consult zal er na de tweede gipswissel contact plaatsvinden met de patiënt, fysiek dan wel een (beeld)bel consult.

De patiënt wordt in de loop van het traject gezien door zowel de ergotherapeut als fysiotherapeut (beiden gespecialiseerde handtherapeuten).

Onderdelen van de behandeling zijn:

- Beoordelen mobiliteit pols, IP I gewricht en vingergewrichten en zo nodig oefeningen geven om de mobiliteit te verbeteren.
- Begeleiden bij het opbouwen van de functionele inzet bij ADL, werk en hobby's in de vorm van specifieke oefeningen, adviezen en zo nodig hulpmiddelenadvies.
- Ergonomische adviezen.
- Oedeemmanagement.

Oedeem

Patiënt wordt geadviseerd om de eerste 2 weken de arm regelmatig op bijvoorbeeld een kussen of bankleuning te leggen en (alleen zo nodig) buitenshuis een sling te dragen. Zo nodig worden er aanvullende oedeemmaatregelen toegepast, zoals zelfmanagement technieken, medical taping en coflex. Wanneer daar aanleiding toe is kan verwijzing naar een oedeemtherapeut worden overwogen.



Oefeningen

Oefeningen zijn met name gericht op het soepel houden van het IP gewricht, verglijding van de EPL/FPL en het soepel houden van de vingers (TGE's) en de pols. Er is hierin ruimte voor individuele inbreng van de behandelaar.

Oefeninstructies

- Oefen in een rustig tempo. Oefeningen mogen gevoelig zijn maar niet pijnlijk (pijn mag in ieder geval niet langer dan een uur aanhouden).
- Frequentie oefeningen 6 keer per dag.
 - Wanneer na het oefenen het oedeem toeneemt dient men te beoordelen of de intensiteit waarmee geoefend wordt te groot is.

Zodra hand functioneel kan worden ingeschakeld kan de oefenfrequentie omlaag.

Functionele inzet

De hand mag vanaf 1 week worden ingeschakeld bij lichte ADL-activiteiten. Krachtige pincetgrepen en zwaar tillen dienen te worden vermeden. Zo nodig worden er adviezen gegeven ten aanzien van (tijdelijke) hulpmiddelen of compensatietechnieken.

Inzet maatschappelijk werk/arbeidscoach en/of psycholoog

Wanneer daar aanleiding toe is kan de maatschappelijk werker/arbeidscoach en/of psycholoog worden ingeschakeld. Denk hierbij aan participatieproblemen of wanneer psychische problemen het herstel lijken te belemmeren of de beperkingen juist leiden tot psychische klachten.

6 weken postoperatief

Controle door chirurg 6 weken na de operatie

Beoordelen stabiliteit MCP1 gewricht

- Röntgenfoto
- Indien onvoldoende stabiliteit: opnieuw kunststofgips voor 3-6 weken.

Spalk

Bij een normaal beloop en goede stabiliteit mag de therapie zonder restricties worden voortgezet. Er wordt in dit geval geen spalk aangemeten. Indien de patiënt nog pijnklachten ervaart, kan ervoor worden gekozen een tijdelijke afneembare spalk aan te meten.

Littekenzorg

Zo nodig wordt littekenmassage, medical taping en/of gebruik van siliconenpleisters ingezet.

Functionele inzet

Opbouwen naar volledige belastbaarheid (waaronder werkhervatting en hobby's) vanaf 8 weken. Wanneer de patiënt zwaar belast werk heeft of zijn hand/pols intensief belast tijdens hobby's beoordeelt de handtherapeut of deze activiteiten haalbaar zijn en zo ja, wanneer deze mogen worden hervat.



Literatuur

1. Green's operative hand surgery, fifth edition, volume 2
2. Rehabilitation of the hand and upper extremity, sixth edition, volume 2
3. 'Not all non-rheumatoid patients are satisfied with thumb metacarpophalangeal joint arthrodesis' J Plast Surg Hand Surg. 2013 Apr;47(2):144-6. Rigó IZ¹, Røkkum M
4. Die Arthrodese des Daumengrundgelenks durch Plattenosteosynthese, M.F. Langer
5. Arthrodesis of the thumb metacarpophalangeal joint: conventional open technique with a locking plate or compression pins versus minimally invasive technique with compression pins or screws. Swaisi M.

HPRN



Metingen

	preoperatief	3 maanden	6 maanden	12 maanden
Algemene gegevens:	Naam Geb.dat. Aangedane zijde Dominantie Beroep/hobby's Zelfredzaamheid			
Medisch overig	-overige aandoeningen -intoxicaties			
Volgens richtlijnen behandeld		Ja/nee + reden.		
pijnscore (NRS 0-10)	+	+	+	+
Mobiliteit (AROM) CMC1, IP	+	+	+	+
Dynamometrie	Grip strength (Jamar stand 2), pinch, lat. pinch	Grip strength (Jamar stand 2), pinch, lat. pinch	Grip strength (Jamar stand 2), pinch, lat. Pinch	Grip strength (Jamar stand 2), pinch, lat. Pinch
PSFS	+	+	+	+
HPRN-vragenlijst	+	+	+	+