

# ***Richtlijn conservatieve behandeling UCL-letsel (Skiduim)***

**Auteurs:** Marjolein Wind MSc. Ergotherapeut / handtherapeut CHT-NL  
Mijke Poldervaart  
Sjoukje van Tienhoven

**Evaluatoren:** Mick Kreulen. Plastisch chirurg RKZ

**Akkoord door verwijzers en behandelaars per:** 1-1-2019

**Evaluatiedatum:** 1-1-2023

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

Onder een 'skiduim' wordt verstaan een laesie van het ulnaire collaterale ligament (UCL) van het metacarpophalangeale (MCP) gewricht van de duim. Bij acuut letsel is er sprake van een plotselinge krachtige radiaal deviatie van het MCP I gewricht. Bij skiërs wordt het letsel vaak veroorzaakt door een val, waarbij de duim achter de skistok blijft hangen (afbeelding 1). Bij balsporten kan dit letsel ontstaan door een bal met hoge snelheid tegen een uitgestrekte duim te krijgen. Afhankelijk van de aard van het letsel kan er een overrekking, een partiele of een volledige ruptuur van het ligament optreden, vaak gepaard met een avulsiefractuur aan de ulnaire basis van de proximale falanx. De oorzaak van het chronische letsel ligt in de repetitieve rek. Uiteindelijk leidt uitrekking van het ligament tot een instabiel MCP I gewricht. Hierdoor kunnen degeneratieve veranderingen aan het gewricht ontstaan, wat tot pijnklachten en functiebeperking kan leiden.

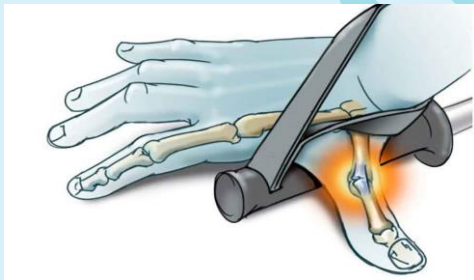
In literatuur worden 3 'graden' onderscheiden (Avery III et al. 2015):

Graad I: ligament verrekt, maar stabiel, mogelijk conservatieve behandelen bij klachten

Graad II: partieel letsel, conservatieve behandeling geïndiceerd

Graad III: volledige ruptuur en/of Stener laesie, chirurgie is vereist waarna nabehandeling

Deze richtlijn geldt voor de **conservatieve behandeling** van een ski duim.



Afbeelding 1

## Onderzoek

### Lichamelijk onderzoek

Testen van mogelijke instabiliteit door middel van de valgus stress test. Omdat het UCL bestaat uit twee delen, het accessoire collaterale ligament (ACL) en het proper collaterale ligament (PCL), wordt deze stress test uitgevoerd met MCP I in twee posities: in extensie en in 30 graden flexie. Bij laxiteit van MCP I in flexie is er sprake van een geïsoleerd PCL letsel (partieel letsel), bij laxiteit van MCP I in flexie en in extensie is er letsel van zowel PCL als ACL (volledige ruptuur).

Valgus stress op het UCL geeft pijnklachten. Tevens is er een toenemende hoek in vergelijking met de contralaterale zijde. Deze mag in totaal niet meer dan 30 graden zijn of



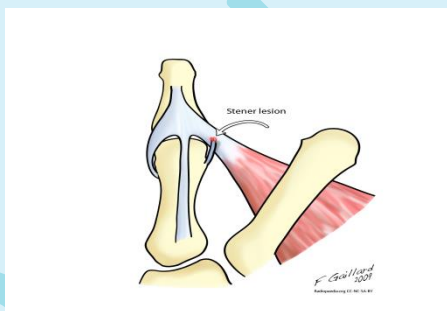
niet meer dan 15 graden in vergelijking met de andere duim. Mocht deze hoek groter zijn of er een te grote mate van instabiliteit bestaan, dan is een verwijzing naar de handchirurg noodzakelijk.

## Aanvullend onderzoek

In sommige gevallen zal er op de Spoedeisende Hulp of via de huisarts een röntgenfoto gemaakt zijn om een avulsiefractuur uit te sluiten of te bevestigen (afbeelding 2). Daarnaast kan er een echografie van het UCL worden verricht bij verdenking van complete ruptuur waarbij er gekozen wordt voor een conservatieve behandeling. Dit om een mogelijke Stener laesie uit te sluiten, welke de kans op herstel bij conservatieve behandeling sterk vermindert. In geval van een Stener laesie is het distale deel van het UCL onder de aponeurose van de m. adductor pollicis vandaan geluxeerd. Bij repositie zal dit deel van het UCL niet meer kunnen herstellen (zie afbeelding 3).



Afbeelding 2



Afbeelding 3

## Handtherapeutische behandeling

### Indicaties voor conservatieve behandeling

Voor conservatieve behandelingen komen in aanmerking:

- Incomplete UCL rupturen
- Graad I en II UCL letsels

### Behandelfrequentie

De behandelfrequentie is o.a. afhankelijk van de therapietrouw, het begrip van de patiënt en het behandelverloop. In de eerste fase zal de behandelfrequentie lager kunnen zijn dan tijdens de fase waarin oefentherapie gestart wordt.

### Aandachtspunten / Doel

- Bescherming van het UCL, waarbij radiaal deviatie van het MCP I gewricht voorkomen wordt
- Het verkrijgen van een goede coördinatie en actieve stabiliteit van de duim
- Normaliseren van de mobiliteit (ROM) van de duim
- Normaliseren / optimaliseren van de kracht en belastbaarheid van de duim
- Normaliseren volledige inzetbaarheid van de duim / hand tijdens ADL, werk, hobby



## Complicaties

- Persistierende instabiliteit en pijn
- Stijfheid MCP I en evt. IP

De patiënt wordt geïnformeerd dat hij bij problemen die samenhangen met de handtherapeutische behandeling, zoals drukplekken van de spalk, direct contact moet opnemen met het HPC.

## 0-4 weken

### Intake

Voorlichting over aandoening en behandeling:

- Voorlichting over belastbaarheid en advies m.b.t. ADL, werk en hobby's
- Meegeven informatiebrief, samenvatting en stencil met de eerste oefeningen

### Spalk

- Graad II: Vier weken immobilisatie van het MCP I gewricht van de duim
- Positie in de spalk / gips: MCP I gewricht in 20 graden flexie en milde ulnaire deviatie om spanning op het ligament te voorkomen (zie afbeelding 4 en 5). CMC I in milde oppositie.
- De spalk wordt alleen afgedaan tijdens de behandeling
- Bij een Graad I letsel kan het gewricht eventueel worden ingetaped door buddytape naar de wijsvinger



Afbeelding 4



Afbeelding 5

### Oedeem

Tijdens de immobilisatieperiode wordt de patiënt geïnstrueerd de aangedane hand regelmatig hoog te houden/leggen. Zo nodig worden er oedeemmaatregelen doorgenomen, zoals zelfmanagement technieken, medical taping en coflex.

### 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 therapeut.

### Oefeningen

- Flexie / extensie IP
- Tendon Gliding Exercises (TGE) vingers



- Flexie / extensie / deviaties / circumductie pols
- Mobiel houden van gewrichten in de keten: elleboog en schouder

## Functionele inzet

De hand mag met de spalk om 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.

## Wat te doen bij afwijkend beloop

Ondanks de immobilisatieperiode zou er toch een te grote laxiteit kunnen blijven bestaan van het ligament. De draagtijd van de spalk zou verlengd kunnen worden met twee weken. Mocht er dan nog steeds onvoldoende stabiliteit zijn en twijfel bestaan, dan is een consult bij de handchirurg gewenst.

## 4-6 weken

### Spalk

In geval van gipsimmobilisatie, wordt er een in deze fase een afneembare thermoplastische spalk gemaakt (afbeelding 5). Op geleide van de pijn en onder begeleiding van de handtherapeut wordt gestart met oefenen. Afhankelijk van het klinisch beeld kan gekozen worden het gips / de spalk nog 2 weken voort te zetten en de oefeningen later te starten.

### Oefeningen

- 5x per dag de spalk af om te oefenen
- Rustige actief mobiliserende oefeningen voor de duim (abductie, extensie, oppositie), vermijd in deze fase maximale radiale abductie om onnodige belasting van het aangedane ligament te voorkomen
- Bij voldoende stabiliteit en weinig pijn de afneembare spalk na 2-4 weken afbouwen en de belasting rustig opbouwen
- Vermijd houdingen en activiteiten waarbij er belasting/gewicht op de duim 'hangt'
- Advisering omtrent het inschakelen van de duim/hand tijdens dagelijkse activiteiten en werk, waarbij belastende activiteiten evt. nog met spalk worden uitgevoerd

## 6-8 weken

- De therapie kan eerder afgerond worden bij voorspoedig herstel en voldoende mobiliteit, stabiliteit en kracht
- Optimaliseren van de kracht (pincetgreep, sleutelgreep, knijpkracht) van duim en vingers (kneedputty, knijpers etc.)
- Optimaliseren van de belastbaarheid en inzetbaarheid van de duim en de gehele extremiteit (functionele oefentherapie)
- Advisering omtrent het inschakelen van de duim/hand tijdens dagelijkse activiteiten en werk.



- Bij risicovolle sporten het MCP I eventueel beschermen met een (confectie) brace of een buddy tape naar de wijsvinger.

## Metingen

	intake	3 maanden
Algemene gegevens:	Naam Geb. dat. Aangedane zijde Dominantie Beroep/hobby's Zelfredzaamheid	
Medisch overig	overige aandoeningen roken ja/nee	
Volgens richtlijnen behandeld		Ja/nee + reden.
Vragenlijst HPRN	+	+
Pijnscore (NRS 0-10)	+	+
Mobiliteit (AROM)	+	+
Dynamometrie		Grip strength (Jamar stand 2), pinch, lat. Pinch
volumetrie	indien van toepassing	indien van toepassing
PSFS	+	+
COPM	indien van toepassing	