

Richtlijn postoperatieve behandeling UCL-letsel (Skiduim)

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

Evaluatoren: Mick Kreulen, plastisch chirurg

*Geschreven in januari 2019
Herzien per **mei 2025***

Evaluatiedatum: 01-05-2030

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 (zie 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.

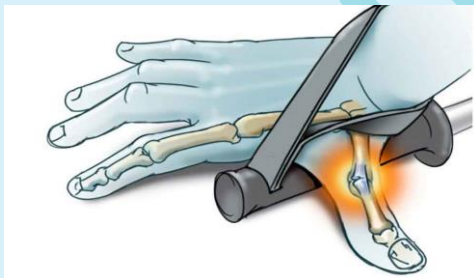
In literatuur worden 3 'graden' onderscheiden (Avery III et al. 2015):

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 graad III letsels waarbij er gekozen is voor de **operatieve** behandeling.



Afbeelding 1

Onderzoek

Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek heeft in veel gevallen pre-operatief plaatsgevonden door de medisch specialist. De instabiliteit wordt getest door middel van de valgus stress test. Valgus stress op het UCL geeft pijnklachten en daarnaast is er een toenemende hoek in vergelijking met de contralaterale zijde. Er is verdenking voor een ruptuur van het UCL als deze hoek meer dan 30 graden is, of meer dan 15 graden in vergelijking met de andere duim. Er kan ook sprake zijn van een 'leeg' eindgevoel.

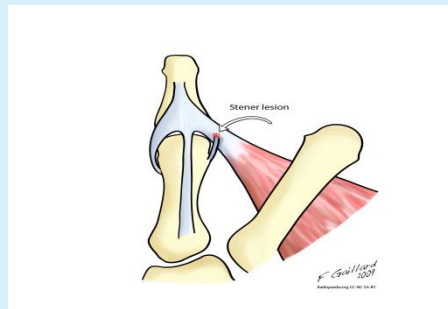


Aanvullend onderzoek

Op de Spoedeisende Hulp of via de huisarts is een röntgenfoto gemaakt 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 operatieve behandeling

- Een volledige ruptuur van het UCL: bij een instabiliteit van het gewricht van meer dan 30 graden of bij een verschil van meer dan 15 graden tussen het aangedane en het contralaterale gewricht.
- Een 'Stener laesie'. Hierbij ligt de aanhechting van de m. adductor pollicis tussen de 2 delen van het volledig geruptureerde UCL.
- Een gedisllokeerde avulsiefractuur groter dan 15% van het gewricht.

Beoogd resultaat

- Goede stabiliteit MCP I gewricht
- Goede belastbaarheid en inzetbaarheid van de duim

Complicaties

- Persisterende instabiliteit en pijn
- Stijfheid MCP I en IP
- Zenuwshade
- CRPS

Behandelfrequentie

De behandelfrequentie is afhankelijk van de therapietrouw en 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 voorkomen moet worden
- 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

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 voor pols indien vrij en de vingers / rest van de keten.

Spalk

- 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)
- Mits meteen postoperatief verwezen kan in overleg met de verwijzer gekozen worden voor een gemodificeerde spalk (Rocchi et al. 2013, Sollerman et al. 1991) welke flexie en extensie van het MCP I toelaat maar deviaties voorkomt (zie afbeelding 6). Het MCP I gewricht kan 's nachts en tijdens risicovolle handelingen vastgezet worden.
- De spalk wordt alleen afgedaan tijdens de behandeling



Afbeelding 4



Afbeelding 5



Afbeelding 6

Litteken

In geval van een afneembare spalk, dan kan er in deze fase aandacht zijn voor het litteken in de vorm van rustige littekenmassage.



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

- 5x per dag: flexie / extensie IP, TGE's vingers en flexie /extensie, radiaal en ulnair deviatie pols
- In geval van gemodificeerde spalk: naast bovengenoemde oefeningen ook rustige flexie / extensie van het MCP I gewricht

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 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 (zie afbeelding 5 of 6). Op geleide van de pijn en onder begeleiding van de handtherapeut wordt gestart met oefenen. In geval van een al aanwezige thermoplastische spalk wordt deze voortgezet.

Litteken

Als littekenmassage al gestart is, wordt deze voortgezet. Mocht er sprake zijn van een hypertrofisch litteken, dan kan er gestart worden met een siliconenpleister of medical taping technieken.

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	