

Richtlijn behandeling Skiduim

Ton A.R. Schreuders
fysiotherapeut
wetenschappelijk onderzoeker,
afdeling Revalidatie - Erasmus MC
Coördinator Handen Team Zeeland

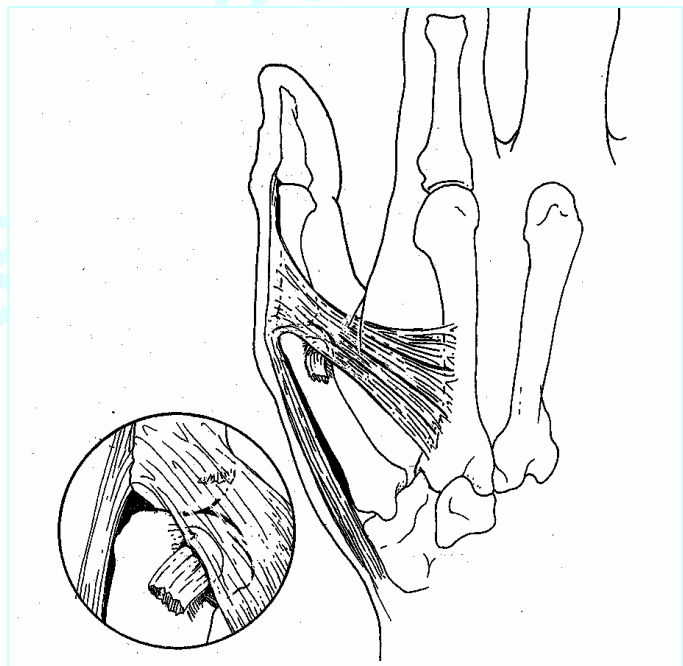


Een laesie van het ulnaire collaterale ligament (UCL) van het metacarpo - phalangeale (MCP) gewricht van de duim komt veel voor en wordt vaak benoemd als skiduim. Andere minder bekende synoniemen zijn: *Wackeldaum* en *Gamekeeper's thumb*. Er is wel een onderscheid tussen deze twee namen die niet altijd even consequent worden gebruikt. De skiduim of *Wackeldaum* is een acute laesie, ruptuur van het UCL van de duim en de chronische aandoening van het UCL is de *Gamekeeper's thumb*; deze naam heeft niets met voetbal te maken, maar met jagers die met een korte duimbeweging de nek braken van de konijnen. Door deze repeterende beweging van een radiaal gerichte kracht op de duim komt, treedt een beschadiging op van het UCL.

Bij een acuut letsel van het UCL is er een onderscheid tussen de partiele en de complete laesies. Bij een complete laesie van het UCL kan de pees van de adductor pollicis tussen de twee uiteinden van het UCL schuiven (zie tekening). Hierdoor zullen de twee uiteinden van het UCL niet meer tegen elkaar aan kunnen liggen; dit wordt een Stener laesie genoemd. (Stener 1963) In deze situatie is alleen operatief herstel mogelijk, bij voorkeur binnen enkele dagen. (Wilhelm et al. 1989) (Husband and McPherson 1996)

Het UCL bestaat uit twee delen, namelijk het *proper* collaterale ligament (PCL) en het *accessory* collaterale ligament (ACL). De ulnaire stabiliteit van het MCP gewricht van de duim wordt niet alleen door de ligamenten bewerkstelligd, maar ook door andere statische componenten als de volaire plaat en het dorsale kapsel. Er is ook belangrijke dynamische *constraint*, namelijk de m. adductor pollicis. (Pechlaner 1999)

Geassocieerde laesies die nogal eens worden gezien bij de UCL laesies zijn: laesies van het ACL, dorsale kapsel, volaire plaat, soms adductor pollicis insertie en proximale falanx fractuur. Bij een UCL letsel kan er ook een avulsie fractuur zijn. (Giele and Martin 2003)



Bij langer bestaande instabiliteit heeft de proximale falanx de neiging naar volair te subluxeren en te roteren.

Onderzoek en test

Er zijn verschillende stress tests van de duim. De meest eenvoudige is het testen van de stabiliteit van het MCP gewricht in extensie: Indien er meer dan 30° radiaire deviatie is, dan moet chirurgie worden overwogen. (Heim 1999) (Abrahamsson et al. 1990)

Vaak wordt de stabiliteit in extensie met die in flexie vergeleken; wanneer er een instabiliteit is in extensie van meer dan 30° en deze neemt toe in flexie stand zou dat ook een aanwijzing zijn van een UCL ruptuur. (Wilhelm et al. 1989)

Bij kadaver onderzoek blijkt dat wanneer het PCL wordt doorgenomen dit een significante toename van valgus instabiliteit veroorzaakte met name bij een 30° flexie stand van het MCP gewricht. In extensie was de valgus instabiliteit minder. Wanneer het ACL en de volaire plaat werden

doorgenomen was er geen verschil in instabiliteit in extensie vergeleken met flexie. Wanneer er bij het testen in extensie een instabiliteit wordt gevonden van meer dan 35°, toont dit aan dat zowel PCL als ACL zijn beschadigd. In een onderzoek werd een Stener's laesie gevonden in 15 van de 17 laesies (87%). (Heyman et al. 1993)

Klinisch wordt ook gekeken naar de aanwezigheid van palpabele ligament uiteinden, maar wanneer er veel zwelling is, is dat vaak niet mogelijk

Behandel Richtlijn Skiduim

Conservatief

Incomplete UCL rupturen en avulsie fracturen waarbij het fragment weinig of niets is verplaatst, kunnen conservatief behandeld worden met:

- een adequate immobilisatie spalk of gips gedurende 3-4 weken.
- het MCP wordt meestal in lichte flexie ingespalkt van zo'n 20° flexie met een lichte druk naar ulnair (adductie) om de stress op het PCL te verminderen. Indien mogelijk moet het CMC wel in volledige palmaire abductie gezet worden.

Na deze periode kan de stabiliteit worden getest. Indien er voldoende stabiliteit:

- een afneembare spalk voor 2-4 weken gedragen
- dagelijks de spalk enkele keren (5x) af voor therapie:
 - duim voorzichtig bewegen gedurende 5-10 minuten.
 - geen pijn, beetje spanning mag
 - krachttraining in pincet greep, let op de stand van het MCP gewricht; het metacarpaal moet in een lijn staan met de proximale phalanx. (Foye 2004)
- corrigeer en voorkom houdingen waarbij het gewicht van het voorwerp op de duim hangt.
- instrueer juiste grepen bij vasthouden van grote voorwerpen en pincetgreep

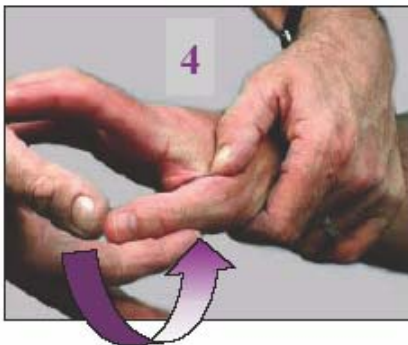
Nabehandeling chirurgische ingreep

Na 3-4 weken gips kan gestart worden met therapie. Een afneembare spalk wordt dan meestal gemaakt. Afhankelijk van instrueerbaarheid en activiteiten van de patiënt wordt gekozen voor een korte of lange onderarms spalk.

- Oefeningen gericht op voorzichtige toename ROM en glijden van EPL, EPB.
- Opbouwen kracht (spierkorset MCP gewricht; pincetgreep)

Volledig belasten pas na 12 weken. (Fricker and Hintermann 1995)

Bij hervatten van de sport kan eventueel een buddy tape naar de wijsvinger ter bescherming worden gebruikt, of een tape zoals op onderstaande foto.



Er is onderzoek gedaan naar het effect van een dynamische nabehandeling na een UCL herstel operatie. (Sollerman et al. 1991) De spalk liet een flexie-extensie toe van het MCP en voorkwam dat er ulnaire en radiale deviatie van de duim optrad. Het resultaat gaf geen verschil w.b. de stabiliteit, range of motion, kracht en ziekteverzuim. Patiënten prefereerden wel de dynamisch spalk op basis van meer comfort

Outcome na chirurgie

De uitkomstmaten voor de behandeling van deze aandoening zijn: pijn, stabiliteit, kracht (mn pincetgreep) en functioneren in ADL. (Zeman et al. 1998)

In een studie werd beschreven dat er een verzwakte pincetgreep en stijfheid werd gevonden in een klein deel (<5%). Pijn was afwezig of mild in 99%. Van deze groep was 96% tevreden met de resultaten. Wanneer er in 2e instantie wordt geopereerd zijn de resultaten minder goed. (Derkash et al. 1987)

Codering en registratie

Alle skiduimen krijgen de ICD-10 code van S 63.6. (WHO 2003)

Referenties

- Abrahamsson SO, Sollerman C, Lundborg G, Larsson J, Egund N. Diagnosis of displaced ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *J Hand Surg [Am]* 1990;15(3):457-460.
- Derkash RS, Matyas JR, Weaver JK, Oden RR, Kirk RE, Freeman JR, Cipriano FJ. Acute surgical repair of the skier's thumb. *Clin Orthop Relat Res* 1987(216):29-33.
- Foye PM. Skier's Thumb. www.emedicine.com/sports 2004.
- Fricker R, Hintermann B. Skier's thumb. Treatment, prevention and recommendations. *Sports Med* 1995;19(1):73-79.
- Giele H, Martin J. The two-level ulnar collateral ligament injury of the metacarpophalangeal joint of the thumb. *J Hand Surg [Br]* 2003;28(1):92-93.
- Heim D. The skier's thumb. *Acta Orthop Belg* 1999;65(4):440-446.
- Heyman P, Gelberman RH, Duncan K, Hipp JA. Injuries of the ulnar collateral ligament of the thumb metacarpophalangeal joint. Biomechanical and prospective clinical studies on the usefulness of valgus stress testing. *Clin Orthop Relat Res* 1993(292):165-171.
- Husband JB, McPherson SA. Bony skier's thumb injuries. *Clin Orthop Relat Res* 1996(327):79-84.
- Pechlaner S. [Post-traumatic palmar instability of the thumb metacarpophalangeal joint. The "other skier's thumb"]. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1999;31(1):3-9.
- Sollerman C, Abrahamsson SO, Lundborg G, Adalbert K. Functional splinting versus plaster cast for ruptures of the ulnar collateral ligament of the thumb. A prospective randomized study of 63 cases. *Acta Orthop Scand* 1991;62(6):524-526.
- Stener B. Skeletal injuries associated with rupture of the ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb. A clinical and anatomical study. *Acta Chir Scand* 1963;125:583-586.
- WHO. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10th Revision). <http://www.who.int/classifications/icd/en/> 2003.
- Wilhelm K, Kreusser T, Euler E. [Skier's thumb]. *Orthopade* 1989;18(4):273-282; discussion 283.
- Zeman C, Hunter RE, Freeman JR, Purnell ML, Mastrangelo J. Acute skier's thumb repaired with a proximal phalanx suture anchor. *Am J Sports Med* 1998;26(5):644-650.