

Hand- en polsaandoeningen bij sporters: een overzicht

Dr. C.K. van der Sluis

Revalidatiearts, Centrum voor Revalidatie, UMCG, Groningen

Ruim 1.1 miljoen Nederlanders hebben jaarlijks vanwege een sportletsel medische behandeling nodig (Dekker, 2004). Hoeveel hand- en polsletsels daarbij geconstateerd worden, is niet exact bekend. In de internationale literatuur worden incidentiecijfers van 3-9% genoemd. (Rettig, 1998). In een recente studie werden echter 47% hand- en polsletsels gediagnosticeerd in een groep sporters die op een spoedeisende hulp werden gezien (Simpson, 2006). Deze (uiteenlopende) cijfers geven weer hoeveel acute sportletsels er plaats vinden, maar ze geven geen inzicht in de chronische sportblessures die medische behandeling nodig hebben. Chronische letsels veroorzaakt door surmenage maken echter wel een substantieel deel uit van de patiënten die door een handrevalidatieteam worden gezien.

De meeste acute hand- en polsletsels worden bij mannen veroorzaakt door voetbal (vooral scaphoid fracturen) en balsporten zoals bijvoorbeeld basketbal leiden tot de meeste hand- en polsletsels bij vrouwen (Choyce, 1998).

Wat is er specifiek aan sportletsels? Elk letsel of aandoening kan immers ook door een andere oorzaak dan sportbeoefening ontstaan. Toch zijn er letsels die relatief vaak worden gezien bij bepaalde sporten, zoals de roeierspols (intersectiesyndroom), de skiduim (letsel van het ulnaire collaterale ligament van het metacarpofalangeaal gewricht van de duim), de wielrennerspols (compressie van de nervus ulnaris in de hypothenar) of de boxersfractuur (fractuur van metacarpale 5). Elke sport kent aldus zijn eigen specifieke letselverdeling en incidentie. Wanneer sporters zich presenteren met een hand- of polsklacht, dient de behandelaar bij zijn diagnostische overwegingen daarom rekening te houden met de sportbeoefening. Ook bij de behandeling van een sportletsel komen vaak sport-specifieke aspecten naar voren. Een snelle terugkeer naar sportbeoefening is enerzijds veelal zeer gewenst, terwijl anderzijds in het geval van surmenage gekeken moet worden hoe een recidief bij hervatting van sportbeoefening voorkomen kan worden. Dit vergt niet alleen specifieke kennis van de handtherapeut over het ontstaan van een sportletsel en de behandeling daarvan, maar vooral ook over het geven van adviezen ten aanzien van secundaire preventie. In de voordracht worden naast bovengenoemde aspecten tevens een aantal specifieke sportletsels van de pols en hand besproken, zoals de wielrennerspols, de roeierspols en de skiduim.

Referenties

Choyce MQ, Potts M, Maitra AK. *A profile of sports hand injuries in an accident and emergency department.* J Accid Emerg Med 1998;15:35-38.

Dekker R. *Long-term outcomes of sports injuries.* Proefschrift, Wageningen, 2004. ISBN 90-6464-4095.

Rettig AC. *Epidemiology of hand and wrist injuries in sports.* Clin Sports Med 1998;17:401-406.

Simpson D, McQueen MM. *Acute sporting injuries to the hand and wrist in the general population.* Scottish Med J 2006;51:25-26.

Gebroken Liefde: een casus

Mw. G. van Meerwijk

Fysiotherapeut/handtherapeut, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

Patiënt

Vrouw, 24 jaar, Dominantie: rechtshandig.

Beroep: deeltijd professioneel snow boardster.

Status na luxatie MCP V en fractuur metacarpale V Rechts.

Anamnese

Het trauma gebeurde tijdens een trainingsstage. Bij het nemen van een bocht raakte zij het voetje van een slalompbaaltje en kwam ten val.

X foto rechterhand

Mid-schacht fractuur van metacarpale V met forse dislocatie ad axis van 45 graden.

Mogelijke bandletsel aan de radiaire zijde van de pink (deze stond aanvankelijk in abductiestand, maar kon actief teruggebracht worden in de neutrale stand).

Twee repositie-pogingen. Palmaire gipsspalk met pols in de neutraalstand, de MCP 's 60° flexie, PIP- en DIP gewrichten in de nulstand. Alleen de duim blijft buiten de spalk.

Verloop

* Een maand. Controle X foto:

Fractuur metacarpale V, hoekstand van 20° naar ulnair. Nog geen tekenen van callusvorming.

Nieuwe gipsspalk (oranje) waarbij de wijs- en middelvinger vrij gelaten worden.

* Zes weken Slechts geringe botdoorbouw; pseudarthrose ? Start exogene botgroei-stimulatie. Afneembare spalk van thermoplastisch materiaal.

Patiënte maakt een psychische dip door; te omschrijven als *'een gebroken liefde'*.

Zij mist haar snowboard wereld waar zij zo'n fascinatie voor heeft en gaat het toch proberen mét spalk, buddytape rond alle vingers en in een leren want. Het gaat goed.

* Drie maanden: Volledige consolidatie, in matige hoekstand, geen secundair bandletsel mogelijk is dit langs natuurlijk weg genezen door de langdurige immobilisatie.

Patiënte doet mee met de Olympische winterspelen in Turijn.

Is botgroeistimulatie zinnig?

Dhr. D. van Stelten

Gipsmeester Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam

De botgroeistimulatoren worden bij verschillende fracturen gebruikt, alle fracturen laten een vertraagde consolidatie of non-union zien. Afhankelijk van het type botgroeistimulatie is het slagingspercentage 80 %.

Er zijn 2 verschillende type botgroeistimulatoren:

Pemf (pulsed electromagnetic field)

Door druk (stressed) en trek (non-stressed) belasting zijn Fukade en Yasuda (1957) erachter gekomen dat er een piëzo elektrisch potentiaal in botten bestaat. In 1962 bevestigde Basset en Pawluk:

Trekkracht = + potentiaal = osteoclast

Drukkracht = - potentiaal = osteoblast

Hierdoor worden osteoclasten en -blasten geactiveerd, te doen waar ze goed in zijn.

Zodoende zal bot zich remodeleren (vooral bij kinderen goed waar te nemen).

Door Pemf botgroeistim. te plaatsen wordt met een laag frequente stroom een elektromagnetisch veld in de spoel gemaakt die zo het piëzo potentiaal in het bot stimuleert.

Ultrasound

Een ultrasound produceert een akoestische geluidsgolf die micromechanische druk levert op de botbreukzijde. Deze druk heeft tot gevolg dat botcellen sneller en meer calciumionen opnemen en de starheid van het calcium toeneemt, of tewel: uw botbreuk zal sneller genezen.

Hand en vinger blessures bij sportklimmen, diagnose en behandeling

Drs. P.R.M. Dobbelaar, sportarts.

Bondsarts Koninklijke Nederlandse Klim- en Bergsportvereniging

Paul.dobbelaar@nkbv.nl

Sportklimmen is een jongen en snel groeiende tak van sport. Door de aard van de sport levert deze grote belastingen op voor vooral de handen en vingers. Dit uit zich ook in het blessurepatroon: Ongeveer 40% van de sportklimblessures betreffen de hand en vingers.

Bij het sportklimmen zijn een aantal zeer specifieke blessures die (bijna) alleen voorkomen bij sportklimmen. De bekendste hiervan is het ringbandletsel. Goede diagnostiek is van belang voor het instellen van de juiste behandeling. Bij de meeste ringbandletsels volstaat conservatieve behandeling. Indien vooral in het beginstadium een goede behandeling wordt ingesteld. Alleen multiple ringbandrupturen dienen operatief te worden behandeld.

Ook het lumbricalis syndroom is een specifieke sportklim aandoening. Door het specifieke klachtenpatroon en bevindingen bij lichamelijk onderzoek is aanvullende diagnostiek meestal niet nodig. Specifieke behandeling geeft in het algemeen een goed herstel.

Een derde specifieke sportklimblessure die wel tot ernstige blijvende klachten kan lijden is beschadiging van de epifysairschijf. Adequate diagnostiek en rust kunnen blijvend letsel voorkomen.

Medical taping bij sportletsels

Dhr. P. Stam

Fysiotherapeut, Praktijk voor Integrale Fysiotherapie Hilversum

Peter Stam geeft een demonstratie van een behandeling met het Medical Taping Concept, gericht op sportletsels.

Voor informatie omtrent het Medical Taping Concept verwijs ik u naar www.medicaltaping.nl

Een casus

Dhr. N. Bransz

Fysiotherapeut/handtherapeut, Isalaklinieken, zwolle

De casus gaat over een duimfractuur links, opgelopen tijdens een basketbalwedstrijd.