



Vrijdag
30 November
2012



Distale Radius Fracturen



Najaarssymposium 30 november 2012

Distale Radius Fracturen

Lokatie: Hotel Breukelen
Tijd: 13.00 uur – 17.00 uur
Zaal open: 12.30 uur
Dagvoorzitter: Gaby van Meerwijk, Fysiotherapeut / Handtherapeut

- 13.00 Opening
- 13.05 **Het polsletsel**
Drs. Marco Waleboer, Traumachirurg, Admiraal De Ruijter Ziekenhuis, Vlissingen
- 13.35 **Richtlijnen nabehandeling distale radiusfracturen Handteam Zeeland (ADRZ/ZHPC).**
Stefanie Knijnenburg, Fysiotherapeut / Handtherapeut CHT-NL, Zeeuws hand en pols centrum, Goes
- 13.55 **Effect van handtherapie en thuisoefeningen volgens protocol na volaire plaatfixatie voor complexe distale radius fracturen.**
Drs. Corine (CKI) van Wijck, ErasmusMC, Rotterdam
- 14.15 Discussie
- 14.25 Pauze
- 15.00 **Als het toch niet goed zit: correctie-osteotomie radius.**
Karin Schoneveld, Fysiotherapeut, Handtherapeut (CTH-NL), MSc., Handencentrum Utrecht, Handtherapie Nederland
- 15.20 **Ulnaire polspijn na een distale radiusfractuur: Laesies van het TFCC; wat doen we ermee?**
Elske Bonhof, Fysiotherapeut / Ergotherapeut / Handtherapeut CHT-NL, Isala klinieken, Zwolle
- 15.40 **“Een stap achteruit...” (casus-presentatie)**
Jomina Aret-van Dam, Ergotherapeut / Handtherapeut, Handtherapie Houten
- 15.50 Discussie
- 15.55 **Posttraumatische afwijkingen na een distale radiusfractuur. Differentiaal diagnose en behandeling**
Dr. Niels Schep, Traumachirurg, AMC, Amsterdam
- 16.25 Discussie
- 16.30 Afsluiting

Effect van handtherapie en thuisoefeningen volgens protocol na volaire plaatfixatie voor complexe distale radius fracturen.

Drs. Corine (CKI) van Wijck, ErasmusMC, Rotterdam

Doel: Het doel van deze studie is om aan te tonen of patiënten na volaire plaatfixatie bij een distale radius fractuur na behandeling volgens een gestandaardiseerd protocol uiteindelijk betere uitkomsten hebben dan patiënten die niet volgens dit protocol zijn nabehandeld.

Patiënten en Methoden: Alle patiënten met een distale radius fractuur tussen begin 2008 en medio 2011 die geopereerd zijn door dezelfde twee traumachirurgen uit het Admiraal de Ruiter Ziekenhuis in Goes of Vlissingen (ADRZ) van ouder dan 18 jaar, die gekomen zijn voor een eindcontrole werden geïncludeerd. Exclusiecriteria waren eerder arm/pols letsel of een operatie hieraan, die de uitkomstmaten konden beïnvloeden. De protocol en de niet-protocol groep werden o.a. vergeleken op basis van leeftijd, geslacht, fractuurklasse en dominante of niet-dominante hand aangedaan. De gebruikte uitkomstmaten van de eindmetingen zijn: Active Range of Motion (AROM), knijpkracht, pincetgreep en sleutelgreep in kg. Verder de scores van de DASH, PRWHE en VAS. Ook werd er gekeken naar de postoperatieve röntgenfoto's ter beoordeling van de radiale inclinatiehoek, palmaire angulatie en de stand van de radius t.o.v. de ulna. Verder werd meegenomen na hoeveel tijd de patiënten aangaven weer begonnen te zijn met werken en wanneer ze weer alles konden met de pols, zoals voor de operatie. De vergelijking werd gemaakt door middel van een retrospectief statusonderzoek.

Resultaten: 96 patiënten voldeden aan de eerste criteria en 65 hiervan waren ook daadwerkelijk op een eindcontrole geweest. 22 uit de uiteindelijke groep waren nabehandeld volgens het protocol en 43 niet. Deze twee groepen waren niet significant verschillend in man vrouw verdeling, fractuurklasse, DRUJ dissociatie, soort werk, dominante hand wel of niet aangedaan, opnameduur, tijd tussen trauma en operatie, roken en soort plaat. Wel was de niet-protocolgroep significant ouder dan de protocolgroep. Postoperatief tonen de röntgenfoto's geen significant verschil in palmaire angulatie en hoogte van de ulna t.o.v. de radius, wel was er een significant verschil in de radiale inclinatiehoek, deze was kleiner in de niet-protocolgroep, maar beide waarden vallen binnen de normale range voor deze hoek. Als we kijken naar de uitkomsten van de DASH, PRWHE, VAS, AROM uitslagen, knijp-, pincetgreep en sleutelgreep kracht en de tijd die het duurde voordat patiënten weer konden gaan werken en weer alles konden met de pols, is er tussen de twee onderzoeksgroepen op geen van deze gebieden een significant verschil aanwezig.

Discussie: We hebben geen significante, klinisch relevante uitkomsten gevonden in dit onderzoek. Redenen hiervoor zijn waarschijnlijk de te kleine onderzoeksgroepen en een selectiebias doordat patiënten met ernstige breuken waarschijnlijk sneller naar een gespecialiseerde fysiotherapeut worden gestuurd dan de mensen met meer simpele breuken. Verder waren er in de protocolgroep relatief meer ernstige breuken, was vaker de dominante hand aangedaan en waren er in deze groep meer werkende patiënten en patiënten met zwaar lichamelijk werk. Echter waren deze verschillen niet significant. Dit alles kan invloed hebben gehad op de uitkomstmaten. Ook keken we alleen naar een eindmeting, terwijl de meeste resultaten misschien wel te verwachten zijn in de vroege postoperatieve periode.

Conclusies: Echte conclusies zijn er na dit onderzoek niet te trekken, hiervoor zijn er te weinig duidelijke verschillen gevonden. Beter zou zijn om een grotere, prospectieve studie op te zetten, met randomisatie voor protocol en niet-protocol en dan daarin ook de vroege postoperatieve periode mee te nemen.



“call for abstracts”

graag mailen naar sympcienght@gmail.com

Sportletsels

aan de arm, hand en pols

Vrijdag 31 mei 2013

Wat:

Voorjaarssymposium van het NGHT
en Algemene Ledenvergadering (ALV)

Waar:

Informatie over de lokatie en inschrijving wordt
spoedig bekend gemaakt op de website van het
NGHT.

Wanneer:

Vrijdag 31 mei 2013

Website:

www.handtherapie.com

Posttraumatische afwijkingen na een distale radiusfractuur

Drs. Niels Schep, traumachirurg, AMC, Amsterdam

Posttraumatische klachten na een na een fractuur van de pols komen vaak voor en leiden tot frustratie bij de patiënt en de behandelaar door het intermitterende, chronische en vage karakter. De afwijkingen kunnen worden ingedeeld op basis van anatomie in ossaal, ligamenteair, tendinogeen, neurologisch en vasculair. In de presentatie wordt nader ingezoomd op de ligamenteaire en ossale oorzaken van de klachten.

Ligamenteaire letsels betreffen in de meeste gevallen het Triangular Fibrocartilagenous Complex (TFCC) en het ligamentum scapholunatum (SL). Dit kan resulteren in een instabiel DRU gewricht of een SL dissociatie. Tot de ossale letsels worden de posttraumatische artrose, malunion en non-union gerekend.

Het onderzoek bestaat, naast lichamelijk onderzoek, uit röntgenfoto's, CT-scans, MRI scans en polsvideo's. In veel gevallen blijft de polsartroschopie echter de Gouden standaard. Uit eigen onderzoek is gebleken dat de polsvideo een sensitiviteit en specificiteit heeft van 90 en 97 procent voor het aantonen van een SL dissociatie. De behandeling van een acuut TFCC letsel bij een instabiel DRU bestaat uit een reinsertie van het ligament bij een chronische afwijking wordt vaak gekozen voor een peesplastiek in de vorm van een reconstructie volgen Adams. Wanneer er geen instabiliteit is kan een TFCC letsel artroschopisch worden genoteerd. De behandeling van een acuut SL letsel bestaat uit het hechten van het ligament en tijdelijke fixatie met K-draden. Bij chronisch letsel wordt gekozen voor een reconstructie volgens Brunelli.

De behandeling van posttraumatische artrose kan bestaan uit een partiële artrodese zoals een SHARC procedure (scaphoid hemiresectie and radial carpal arthrodesis) of een artrodese tussen het scaphoid, lunatum en de radius met of zonder triquetrum resectie. Er kan ook worden gekozen voor een complete artrodese, waarbij de gehele carpus aan de radius wordt gefixeerd.

Een malunion van de radius na een polsfractuur is een uitdaging omdat het op basis van conventionele beeldvorming moeilijk is een preoperatieve planning te maken. In het AMC worden met een 3D techniek gewerkt, waarbij het mogelijk is de planning en de operatie nauwkeuriger uit te voeren. De eerste 20 patiënten zijn al met deze nieuwe techniek behandeld.

Als het toch niet goed zit: correctie-osteotomie radius.

Drs. Karin Schoneveld, Fysiotherapeut, Handtherapeut (CTH-NL),
Fysiotherapiewetenschapper (MSc), Handcentrum Utrecht, Handtherapie Nederland

Abstract

Malunion is één van de meest voorkomende complicaties van distale radiusfracturen na zowel conservatieve als operatieve behandeling.

Vaak gaat malunion gepaard met forse ulnaire pijn, beperking van actieve en passieve gewrichtsmobiliteit, verlies van knijpkracht, beperkingen in ADL en deformiteit.

Operatieve correctie middels een correctie-osteotomie van de radius wordt beschouwd als een goed geaccepteerde reconstructieve procedure in het geval van een symptomatische malunion. De doelen van een correctie-osteotomie zijn pijnreductie, het verbeteren van zowel de bewegingsuitslag als de kracht en het verbeteren van de architectuur van de distale radius middels het corrigeren van de deformiteit op het niveau van de oude fractuurplaats. De latere gevolgen van een malunion zoals carpale instabiliteit, radiocarpale en radioulnaire artrose of instabiliteit en TFCC-problematiek worden middels een dergelijke ingreep mogelijk voorkomen.

Er bestaan meerdere chirurgische correctieve technieken die resulteren in een aantoonbare verbetering van zowel radiografische als functionele uitkomstmaten. Eén van deze technieken is de open wedge correctie-osteotomie bij een extra-articulaire malunion.

In Handtherapie Nederland bestaat de post-operatieve nabehandeling van deze techniek uit een gipsperiode van twee weken, gevolgd door een spalkperiode van vier weken. Vanaf twee weken post-operatief start men met actieve mobilisaties van de pols, echter met actieve pro- en supinatie start men pas vijf weken post-operatief.

Littekenbehandeling, oedeempreventie en -reductie, peesglijdoefeningen en het mobiliseren van aangrenzende gewrichten behoren in de eerste zes weken na de operatie ook tot de handtherapeutische interventies, evenals advisering ten aanzien van ADL, werk en ontspanning. In de zevende week na de operatie wordt naast het verder opbouwen van de mobiliteit en kracht gewerkt aan de coördinatie, belastbaarheid en functionaliteit van de pols.

Referenties

1. Haase SC, Chung KC. Management of malunions of the distal radius. Hand Clin. 2011 may; 28(2):217-16.
2. Cooney WP, Dobyns JH, Linscheid RL. Complications of Colles' fractures. J Bone Joint Surg Am 1980; 62: 613-619.
3. Spaans AJ, Moojen TM, Slijper H, Feitz R. Open wedge correctie-osteotomie voor malunited extra-articulaire distale radiusfracturen. Ned Tijdschr Plast Chir. 2010;1: 6-20.
4. Lozano-Calderon SA, Brouwer KM, Doornberg JN, Goslings JC, Kloen P, Jupiter JB. Long-term outcomes of corrective osteotomy for the treatment of distal radius malunion. J Hand Surg 2010;35E: 370-380.

Laesies van het TFCC, wat doen we ermee?

Instabiliteit van het DRU gewricht na een distale radiusfractuur; het TFCC nader bekeken
Elske Bonhof, Fysiotherapeut/Ergotherapeut/Handtherapeut CHT-NL, Isala Klinieken, Zwolle

Fracturen van de distale radius zijn meestal het gevolg van een val op een gestrekte arm. De incidentie van deze fracturen varieert van 195 tot 400 per 100.000 personen (Richtlijn Distale radiusfracturen, 2010). Bij distale radius fracturen komen laesies van het Triangulair Fibro Cartilage Complex (TFCC) zeer frequent voor, maar worden met regelmaat niet primair gediagnosticeerd. Volgens Richard (1997) is er bij 35% van de intra-articulaire radiusfracturen en bij extra-articulaire fracturen zelfs 53% sprake van TFCC letsel. Uit onderzoek van Lindau (2002) blijkt dat 10 tot 30% van deze TFCC letsels leidt tot instabiliteit van de pols.

Het distaal radioulnair gewricht (DRU) maakt samen met het proximale radioulnair gewricht en het membrana interossea het pro- en supineren van de onderarm mogelijk. Het TFCC verbindt de ulna met de radius en de pols. Het heeft een schokdempende werking en stabiliseert de beweging van de radius om de ulna in het distale radioulnaire gewricht (DRU). Het triangulair fibrocartilage complex (TFCC) speelt een belangrijke rol in de stabilisatie van het DRU-gewricht. Het TFCC bestaat uit stabiliserende ligamenten die de ulna met de radius verbinden en een centrale, fibrocartilage, discus en een meniscus. Naast deze intrinsieke stabilisatoren van het DRU-gewricht functioneren de M. Pronator Quadratus en de M. Extensor carpi ulnaris als extrinsieke stabilisatoren .

TFCC letsels worden volgens de Palmer classificatie beschreven. Type 1B, en zeldzamer 1D, kunnen een instabiele en pijnlijke pols tot gevolg hebben. De complexiteit van de anatomie en biomechanica van het distale radio-ulnaire gewricht en het TFCC maakt dat er nog veel vraagtekens zijn over de nabehandeling van TFCC letsels waarbij DRU instabiliteit aan de orde is.

In de presentatie wordt aandacht middels een casuïstiek besteedt aan de complexe anatomie van het DRU gewricht en het TFCC maar ook de biomechanica, stabiliteit en de wijze waarop een TFCC laesie kan worden gediagnosticeerd en behandeld.

Een stap achteruit... (casuspresentatie)

Jomina Aret – van Dam, Ergotherapeut/Handtherapeut, Handtherapie Houten

Een stap achteruit in de gymzaal resulteert in een distale radiusfractuur. De moeizame progressie die gedurende de therapie wordt gemaakt, kent onderweg tevens een aantal stappen achteruit in de vorm van complicaties.
Lukt het mevrouw om een sprong voorwaarts te maken?