# Handtherapeutische nabehandeling trapeziectomie resectieplastiek met slingstabilisatie

## ASSESSMENT Pre-operatief / intake

* AROM CMC-1 (palmaire en radiale abductie), oppositie en indien beperkt AROM MCP-1 en IP gewricht duim
* Pijn (NRS min. en max.)
* Beperkingen in activiteiten (Quick-DASH en/of PSK)
* Pinchkracht (pincetgreep, sleutelgreep)
* Knijpkracht (stand 2)

## POSTOPERATIEVE BEHANDELING

Na het verwijderen van het gips wordt op geleide van pijn en zo nodig onder begeleiding van de handtherapeut, gestart met oefenen. De oefentherapie is gericht op

* Het herwinnen van mobiliteit
* Het verkrijgen van goede coördinatie en actieve stabiliteit van de duim, zonder pijn
* Het voorkomen of behandelen van een contractuur m. adductor pollicis (evt. m.b.v. een spalkje: ‘web-spacer’)

### 0 – 4 weken postoperatief

* *Spalk*
	+ Twee weken immobilisatie van de duim en pols d.m.v. gips gevolgd door twee weken afneembare verlengde vlinderspalk. Deze moeten continu gedragen worden tot 6 weken na de operatie
	+ Positie in gips:
		- Dig II-V vrij vanaf MCP-lijn
		- Pols in 20gr dorsaaflexie
		- Duim in ontspannen palmair abductiestand van MC-1 met licht gebogen MCP-1.
		- Het IP gewricht en de vingers vrij.
		- Pinchgrip I-II moet mogelijk zijn
* *Oefenadvies*
	+ TGE vingers + IP
	+ Mobiliserende oefeningen elleboog en schouder
	+ oedeem preventie: tijdens de gipsperiode de aangedane hand regelmatig hooghouden/leggen en gedurende de dag het topje van de duim en de overige vingers veelvuldig bewegen.

### 5 – 8 weken postoperatief

* *Spalk*
	+ Afneembare korte duimspalk (vlinderspalk (incl IP) of Spica). Deze moeten continu gedragen worden en mag alleen worden afgedaan om de duim te oefenen
* *Wondgenezing*
	+ Masseren van het littekengebied evt gebruik crème en/of siliconezalf/-pleisters.
* *Therapie*
	+ Actieve en passieve mobilisatie van de pols.
	+ Rustige actief mobiliserende oefeningen voor de duim: abductie, extensie en oppositie (*niet verder dan Kapandji-score 4 -top dig.3-).*
	+ Vermijd in deze fase flexie en adductie van het metacarpale-1 om onnodige belasting van het gereconstrueerde ligament te voorkomen.
	+ Rustige isometrische weerstandsoefeningen van intrinsieke duimspieren die een stabiliserende functie hebben op het CMC-1 gewricht: m. opponens, m. interosseus dorsalis-I en m. abductor pollicis longus.
	+ Rekken / masseren van de m. adductor pollicis. Deze spier kan bij verkorting of hoge tonus de neiging tot zigzag-deformiteit van de duim versterken
	+ Aanleren / optimaliseren van de actieve stabiliteit met de duim in een goede duimboogpositie (figuur 3). Met name bij pinchgrepen is dit van belang.
	+ Advisering ten aanzien van belasting-belastbaarheid en ADL

### 9 – max 12 weken postoperatief

* *Spalk*
	+ Spalk geleidelijk afbouwen bij lichte activiteiten
	+ Veelal is het nodig om de spalk te blijven gebruiken bij specifieke belastende activiteiten.
	+ Beoordelen of duurzame spalk nodig is voor belastende activiteiten.
* *Wondgenezing*
* Continueren littekenmassage.
* *Oefentherapie*
* Optimaliseren van de actieve stabiliteit van de duim (geen zigzag deformiteit maar goede duimboog)
* Optimaliseren van de kracht (tweepunts/driepuntsgreep, lateraalgreep en knijpkracht) van vingers en duim (kneedputty, knijpers, e.d.)
* 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.

# ASSESSMENT 3 maanden, (bij voorkeur 6 maanden, 1 jaar)

* AROM CMC-1 (palmaire en radiale abductie) en indien beperkt MCP-1 en IP gewricht duim
* Pijn (NRS min. en NRPS max.)
* Beperkingen in activiteiten (Quick-DASH en/of PSFS)
* Pinchkracht (pincetgreep, sleutelgreep)
* Knijpkracht (stand 2)