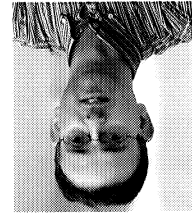


COMPLEXE KEUZES

Bij het behandelen van polsklachten

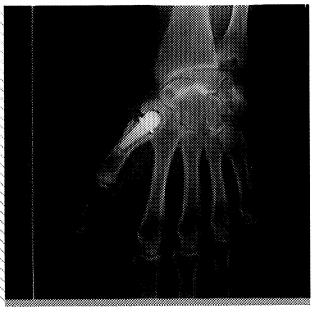
Bij de behandeling van polsklachten vormt niet alleen de complexe operatieve ingreep een uitdaging. Bestuiven welke behandeling het meest geschikt is voor de individuele patiënt kan ook best lastig zijn.



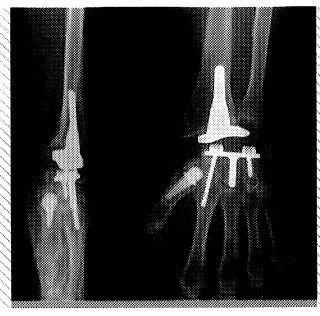
Eric Raven
orthopedisch chirurg
Gelre Ziekenhuis,
Apeldoorn

Eric Raven is orthopedisch chirurg en bekend met de keuzemogelijkheden bij polsklachten. Hij sprak met *Healthshare* over zijn persoonlijke ervaring met de verschillende behandelingsvormen voor dit type klachten. Hij volgde zijn opleiding tot orthopedisch chirurg in een algemeen ziekenhuis in Amsterdam waar, in die tijd, ongeveer de helft van de patiëntenpopulatie bestond uit mensen met reumatoïde artritis (RA). Zo begon hij zich te specialiseren in polschirurgie bij RA, en was hij in de afgelopen negen jaar werkzaam als een van de specialisten in hand- en polschirurgie in Gelre Ziekenhuizen in Apeldoorn.

Over het type patiënt dat hij regelmatig ziet en de wijze waarop de behandeling wordt bepaald zei Raven het volgende: "Ik zie voornamelijk jonge patiënten met sportblessures die wij in de meeste gevallen arthroscopisch behandelen." Daarnaast zijn er de behandelingsvormen die hij regelmatig bij patiënten van middelbare leeftijd of bij traumapatiënten toepast. "Neem bijvoorbeeld een patiënt met een fractuur van het scapoid. Deze fracturen worden niet altijd zichtbaar op de röntgenopname en kunnen makkelijk worden gemist. Als de breuk niet wordt behandeld kan pseudarthrose optreden, wat op de lange termijn aanleiding kan geven tot arthrose van de pols. In



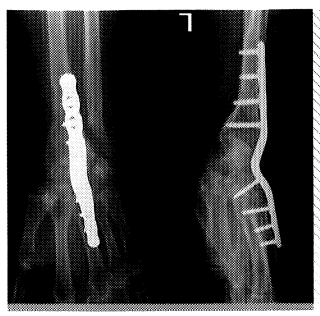
Figuur 1a. Preoperatieve röntgenopname van een 66-jarige vrouw met arthrose van de duim en pols.



Figuur 1b. Postoperatieve röntgenopname van een UNI II-polसारथ्रोप्लास्टiek van de duim en een UNI II-polसारथ्रोप्लास्टiek.



Figuur 2a. Preoperatieve röntgenopname van een 73-jarige vrouw met arthrose van de pols.



Figuur 2b. Postoperatieve röntgenopname van artrodese van de pols.

dat geval is de vraag: artrodese of gedeeltelijke artrodese? Bij jonge patiënten willen we natuurlijk motiliteit in het polsgewricht hebben, maar we moeten er daarnaast voor zorgen dat de kracht ook behouden blijft. Een zeer jonge patiënt van de patiënt is bijna altijd een contra-indicatie voor het plaatsen van een kunstgewricht, omdat we de patiënt dan opzadelen met een blijvende beperking bij het tillen – 3 tot 4 kg is in dat geval ongeveer het maximaal haalbare." De voornaamste facetten bij de behandeling van polsklachten zijn volgens Raven motiliteit en behoud van kracht. "Wanneer deze criteria voor de patiënt van groot belang zijn kunnen een aantal behandelopties worden overwogen. Bijvoorbeeld een LCTH- of partiele polsartrodese van de handwortelbeentjes, waarbij het scapoid wordt verwijderd en vier handwortelbeentjes (lunatum, caputatum, triquetrum en hamatum) aan elkaar worden vastgezet. Het Spider Total Wrist Fusion System® [Smith and Nephew] kan hiervoor worden gebruikt. De onderlinge beweeglijkheid van de handwortelbeentjes gaat hierbij wel enigszins verloren, maar de bewegingsuitslag bij dorsale en palmale flexie is gemiddeld nog 45 graden en de kracht in de pols blijft behouden – het is voor deze patiënten dus mogelijk lichamelijk werk uit te voeren."

Volgens Raven is een totale artrodese echter beter voor patiënten bij wie van de pols fysiek nog meer wordt gevraagd. Na artrodese kan de patiënt de pols niet meer bewegen – dorsale en palmaire flexie zijn beide niet meer mogelijk – maar pronatie-supinatie van de onderarm is nog wel mogelijk en het polsgewricht is zeer sterk. Voor iemand die, laten we zeggen, de hele dag moet timmeren is een totale artrodese dus de ideale oplossing. Er bestaat bij de patiënt vaak een grote weerstand tegen het idee van het opzettelijk vastzetten van het gewricht. In de meeste gevallen is de bewegingsuitslag bij de patiënt die in aanmerking komt voor artrodese bij binnenkomst echter vaak al zeer beperkt.

“Het is belangrijk dat de patiënt goed op de hoogte is van de behandelingen die mogelijk zijn. Daarom moeten we de bestaande en verwachte beweegbaarheid van het polsgewricht open en eerlijk met de patiënt bespreken”

Als de fysieke beweeglijkheid die de patiënt verwacht van de operatie mogelijk is, kunnen we het arthroplastiek plaatsen. Het komt echter wel eens voor dat de verwachtingen van de patiënt niet reëel zijn en in dat geval moeten wij medelen dat het niet haalbaar is. En dat, wanneer toch voor een arthroplastiek wordt gekozen, heroperatie waarschijnlijk eerder noodzakelijk zal zijn, gezien de grote kans op loslating van de prothese. Raven gaat ook in op de huidige technologische status op het gebied van arthroplastiek, allereerst de levensduur van een prothese. “De technologie wordt steeds beter en bij een niet veelzeggende patiënte van bijvoorbeeld 65 jaar kunnen we een kunstgewricht plaatsen en zal de prothese de patiënte overleven.

Maar bij een veelzeggende of complexe patiënt zal het kunstgewricht hooguit zeven of acht jaar meegaan, waarna waarschijnlijk een hersteleoperatie vereist is. Soms vindt de patiënt dat niet voldoende en heeft liever een artrodese. Dus wat betreft de levensduur van het kunstgewricht moeten wij altijd met de patiënt bespreken hoeveel beweeglijkheid in pols vereist is.

Van tijd tot tijd vernieuwt de technologie op het gebied van arthroplastieken zich; soms is dat een welkome verandering die de zaken verbetert, en soms is er juist sprake van het tegendeel. In eerste instantie lijkt elke verandering een verbetering. Na zeven of acht jaar wordt echter pas duidelijk of er inderdaad sprake is van een verbetering, en daar moeten we absoluut rekening mee houden.

Vanneer een nieuwe prothese voor arthroplastiek op de markt komt moet we de patiënt duidelijk uitleggen dat we niet zomaar kunnen roepen dat deze technologische ontwikkeling perfect is voor hem/haar – je moet altijd eerlijk zijn en met de patiënt bespreken wat de daadwerkelijke resultaten op de lange termijn zouden kunnen zijn.”

