

Die Nachbehandlung der Fingergelenksendoprothetik*



Palmare Cock-up-Schiene (Schulthess-Splint)



Palmare Cock-up-Schiene (Schulthess-Splint)

Die Nachbehandlung unterscheidet sich je nach Patient, Pathologie, Gelenk und Art des postoperativen Eingriffes. Bei einem Gelenk mit rheumatoider Arthritis, Luxation und Instabilität wird die Nachbehandlung i.d.R. eine längere Zeit in Anspruch nehmen als bei einem isoliertem Gelenkersatz wie z.B. nach einem Trauma (Towfigh, Hierner, Langer, Friedel 2011). Primäres Ziel der postoperativen Behandlung ist die Prävention von Adhäsionen im Bereich des Sehngewebes, um im weiteren Verlauf dem Patienten die optimale Funktion seiner Hand zu ermöglichen (Waldner-Nilsson 2009).

Bei der Fingergelenksendoprothetik des PIP-Gelenkes müssen in der postoperativen Versorgung verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Die Wahl des operativen

* Die Akademie für Handrehabilitation hat vom 28.02. bis 02.03.2014 ihr 3. Handsymposium in Bad Pyrmont veranstaltet. In zahlreichen Fachvorträgen, anregenden Diskussionen und praktischen Workshops unter der Leitung von Fachärzten und dem Team der AfH hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, ihr Wissen zu vertiefen und sich auszutauschen. Auf der Homepage der AfH (www.handakademie.de) können alle Vorträge unter dem Link „Symposium“ in voller Länge angesehen werden.

Zuganges (palmar oder dorsal) entscheidet über die therapeutische Vorgehensweise. So kann bei einem palmaren Zugang die Therapie offensiver begonnen werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch die stabile Reflexion des Beugekanals. Bei einem dorsalen Zugang ist u.a. abzuklären, inwieweit Korrekturen einer Hyperflexions- oder Hyperextensionsdeformität durchgeführt wurden (Towfigh, Hierner, Langer, Friedel 2011).

Die Fingergelenksendoprothetik am MCP ist zu unterscheiden in den isolierten und den vielfachen Gelenkersatz. Je nach Pathologie und Eingriff wird der Patient mit einer statischen oder einer dynamischen Schiene versorgt. Beim isolierten Gelenkersatz ohne Strecksehnenrezentrierung besteht die Möglichkeit der Nachbehandlung mittels einer Cock-up-Schiene mit Ausleger (Schulthess-Splint). Hinzu kommen frühzeitige aktive und passive Bewegungsübungen. Beim vielfachen Gelenkersatz erhält der Patient zwei Schienen: eine dynamische Extensionsschiene für sechs Wochen sowie eine Nachlagerungsschiene für drei Monate. Je nach Patient kann im Anschluss an die dynamische Schiene die Versorgung mit einer Antiulnardeviationsspanne notwendig sein (Waldner-Nilsson 2009).

Generell kann und darf bei einer Arthroplastik keine manuelle Therapie durchgeführt werden. Auch sollten bei MCP-Arthroplastiken u.a. Abduktionsbewegungen und Rotationsübungen der Finger vermieden werden, um die Entstehung seitlicher Instabilitäten vorzubeugen (Waldner-Nilsson 2009).

Allgemeine Maßnahmen in der postoperativen Behandlung sind: die Ödemprophylaxe bzw. Reduktion, die Narbenbehandlung und der Einsatz vegetativer Techniken. Weitere individuell angepasste therapeutische Maßnahmen dienen der Erlangung der bestmöglichen Funktionsfähigkeit der Hand. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Widerstände zunächst niedrig gehalten werden; so kann z.B. mit dem Greifen eines Frotteehandtuchs auf dem Tisch begonnen werden. Die Bewegungen sollen physiologisch und im schmerzfreien Bereich sein. Bevor die Kräftigungsübungen gesteigert werden, muss sichergestellt werden, dass der Patient die Gelenke physiologisch bewegt und keine Kompensationsbewegungen entstehen. Auch müssen die Regeln des Gelenkschutzes beachtet werden. Mögliche therapeutische Mittel sind der Einsatz des ZIM-Trainers und das Body-Band-ultra light.

Die Nachbehandlung der Fingergelenksendoprothetik erfordert ein angepasstes Vorgehen aus Immobilisation und Mobilisation. Dies wird durch die Orthesenversorgung und die therapeutische Nachbehandlung ermöglicht. Postoperativ kann ab dem 3. Tag mit aktiven und passiven Extensions- und Flexionsbewegungen der PIPs und DIPs bei einer MCP-Arthroplastik begonnen werden. Nach 2-3 Wochen werden auch die betroffenen MCPs mobilisiert, und i.d.R. kann das Bewegungsausmaß um 20° je Woche gesteigert werden. Alle Bewegungen sind angepasst und dosiert durchzuführen.

Es ist immer zu beachten, dass ein Gelenkersatz nicht die Perfektion der Natur erreichen kann. Jedoch kann der Patient mit einem guten operativen Ergebnis und einer optimalen Nachbehandlung ein zufriedenstellendes schmerzfreies und funktionales Ergebnis erhalten.

Literaturverzeichnis bei der Autorin oder beim Verlag.

Sabrina Steinweiß, Diplom-Ergotherapeutin,
Fachhochschuldozentin der AFH