

De mallet finger

Just Eekhof, Arie Knuistingh Neven

Vingers kunnen soms in een vreemde stand komen te staan. Vaak komt dit door stoten. Bij een *mallet finger* of hamervinger is het strekpeesmechanisme aangedaan. Dit kan gebeuren bij het doen van een balsport, maar ook ongemerkt. Met een strekspalk komt de vinger weer in de juiste positie te staan.

Er wordt gesproken van een mallet finger (synoniemen: hamervinger, *baseball finger*) wanneer er een niet-actief te corrigeren flexiestand bestaat van het distale interfalangeale (DIP-)gewricht van een van de vingers. Dit komt door een letsel van het strekpeesmechanisme. De oorzaak is meestal een relatief onschuldig trauma, soms zelfs onopgemerkt. Een bekend trauma is bijvoorbeeld het stoten van een uitgestrekte vinger leidend tot geforceerde flexie, bij een balsport (volleybal, voetbal, basketbal). Het kan, met name bij ouderen, ook een zeer licht stoten zijn geweest, zoals bij het opmaken van een bed. Afscheuren kan optreden in de strekpees zelf, de zogenaamde *soft tissue mallet finger* [figuur 1], of met een avulsiefractuur van een proximale botfragment van de eindfalang, de zogenaamde *bony tissue mallet finger* [figuur 2]. De deformerende stand die vervolgens ontstaat, is het gevolg van ontbreken van een antagonistische activiteit van de pees van de m. extensor digitorum ten opzichte van die van de m. flexor digitorum profundus. Het betreft in het algemeen een van de acht vingers, meestal dig. III of IV. Een malletduim is zeer zeldzaam. De standsafwijking is, evenals het trauma zelf, meestal pijnloos.

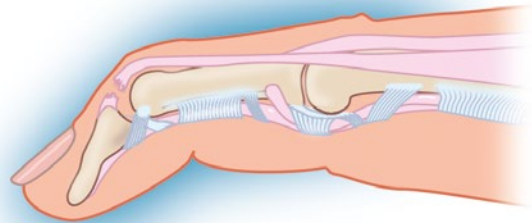
Vaak betreft het een man, zeker bij een hoger energetisch trauma. Bij een mallet finger na een licht trauma betreft het meestal een (oudere) vrouw. Mogelijk bestaat er enige associatie met artrose, diabetes mellitus en corticosteroïdgebruik.

Redenen om een röntgenfoto van de vinger te maken zijn: een mallet finger na een hoog energetisch trauma, een open verwonding, standsafwijkingen, ernstig functieverlies, en een mallet finger bij een kind.

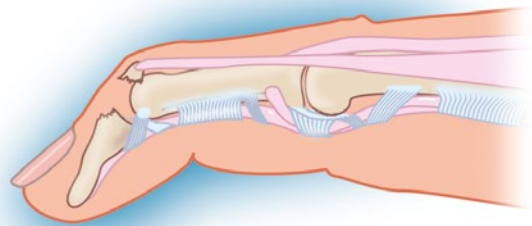
Indicatie voor verwijzing voor chirurgische behandeling is als op een röntgenfoto bij een avulsiefractuur meer dan 30% van het gewrichtsoppervlak is betrokken. De reden hiervoor is de kans op het ontstaan van premature artrose na inadequate conservatieve behandeling.¹

De behandeling is in de meeste gevallen conservatief en bestaat uit repositie en het aanbrengen van een strekspalk. Er zijn diverse typen spalkjes in omloop bestaande uit diverse materialen. De kant-en-klare Stack-spalk is de meest bekende en de meest toegepaste [figuur 3-4].

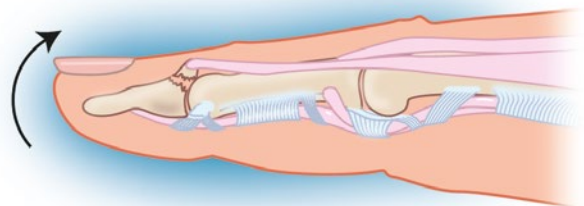
Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3



Figuur 4



Uit een recente systematische review kwam naar voren dat, zowel met chirurgische als met conservatieve behandeling, uitstekende resultaten bereikt worden.² De resultaten zijn wat betreft gunstige effecten gelijkwaardig. Conservatieve behandeling van de mallet finger geeft in meer dan driekwart van de gevallen een bevredigend resultaat. Belangrijkste beperkingen van een strekspalk zijn het ongemak van acht tot tien weken dragen van het spalkje en mogelijke huidirritatie door de pleister. Chirurgische behandeling geeft vaker ernstigere complicaties (zoals infecties, huidnecrose en aanhoudend pijn). Wanneer bij conservatieve behandeling verbetering uitblijft, kan alsnog voor chirurgische behandeling worden gekozen.³

INDICATIES EN CONTRA-INDICATIES

Bespreek met de patiënt of behandeling gewenst is, omdat de afwijking niet in alle gevallen functioneel storend is en (gedeeltelijk) herstel mogelijk spontaan kan optreden.

In vrijwel alle gevallen van een mallet finger bij een volwassene kan worden gekozen voor conservatieve behandeling met een strekspalk.²⁻⁵ Starten van spalken kan nog tot drie maanden na het ontstaan van de mallet finger zinvol zijn.

Een contra-indicatie van een strekspalk is een mallet finger bij een kind waarbij er een avulsiefractuur is ontstaan. Als bij avulsie de epifyse van een vingerkootje is betrokken, bestaat de kans dat de conservatief behandelde mallet finger tot een ontwikkelingsstoornis leidt van de eindfalax.

Ook bij een avulsiefractuur waarbij het oppervlak van het botfragment > 30% van het gewrichtsoppervlak is, is niet aangetoond dat operatie werkelijk betere uitkomsten geeft dan conservatieve therapie. De enige indicaties voor operatieve therapie zijn een chronische mallet finger of geen genezing na een spalkbehandeling.

VALKUILEN

Er zijn nauwelijks problemen te verwachten bij conservatieve behandeling met een strekspalk. De patiënt moet goed geïnstrueerd worden dat de therapietrouw van het dragen van de spalk in belangrijke mate bijdraagt aan het uiteindelijke succes van de spalk. Wanneer de patiënt tijdens de behandeling het DIP-gewricht toch buigt moet de behandeling weer van voor af aan worden begonnen.

VOORBEREIDINGEN

Leg de patiënt uit dat het DIP-gewricht gedurende acht à tien weken permanent in extensie moet worden gehouden, gevolgd door twee tot vier weken alleen nachtelijk gebruik van de spalk.^{3,6} Een goede uitleg en goed gebruik van de extensiespalk is essentieel voor het slagen van deze conservatieve behandeling. De sleutel tot het succes van de behandeling ligt in het benadrukken van het belang van het continu dragen van de spalk, en in het aandringen op het absoluut gestrekt houden van de eindfalax bij kortdurend verwijderen van de spalk bij bijvoorbeeld wassen of huidinspectie.^{1,7}

Er bestaan verschillende maten van strekspalken. Zoek de strekspalk die goed om de vinger past. Deze moet niet alleen de beweeglijkheid van alleen het distale kootje voldoende beperken, maar ook een volledige extensiepositie in het DIP-gewricht onderhouden. Let op dat de spalk niet te strak zit, en dat doorbloeding en sensibiliteit optimaal blijven.

STAPSGEWIJZE BESCHRIJVING VAN DE VERRICHTING

- Zoek onder de verschillende strekspalken naar de best passende spalk.
- Leg de strekspalk en pleister klaar [figuur 4].
- Reinig de vinger.
- Schuif de strekspalk om de gestrekte vinger [figuur 5].
- Fixeer de spalk aan de vinger met behulp van de pleister [figuur 6-9].

COMPLICATIES

Geef de patiënt de instructie terug te komen als de spalk te veel knelt of irriteert. Leg ook uit dat langdurig gebruik van een pleister tot huidirritatie kan leiden of tot overgevoeligheid voor specifiek de bruine pleister. Laat de patiënt dan overgaan op een andere pleister die geen huidirritatie geeft.

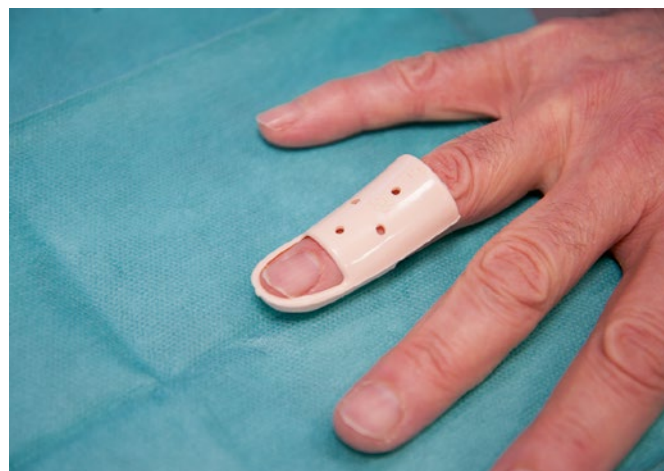
NAZORG

Een strekspalk geeft een goed resultaat bij 77% van de patiënten; 83% van de patiënten is tevreden met het resultaat.³ Bij onvoldoende resultaat moet het spalken met twee tot vier weken worden verlengd. Voorkomen van een recidief mallet finger is bij uitoefenen van balsporten niet of nauwelijks mogelijk.

MATERIALEN

- Streckspalk
- Bruine pleister of andere pleister bij overgevoeligheid voor bruine pleister (zijde- of papierpleister)

Figuur 5



Figuur 6



Figuur 8



Figuur 7



Figuur 9



LITERATUUR

1. Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, et al. NHG-Standaard Hand- en polsklachten. www.nhg.org.
2. Cheung J, Fung B, Yuk Ip W. Review on mallet finger treatment. *Hand Surgery* 2012;17:439-47.
3. Gurnani N, Hoogendoorn J, Rhemrev S. De malletvinger: opereren versus spalken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A6941.
4. Handoll HHG, Vaghela MV. Interventions for treating mallet finger injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3:CD004574.
5. Lin JS, Samora JB. Surgical and Nonsurgical Management of Mallet Finger: A systematic review. *J Hand Surg Am* 2018;43:146-63.
6. Millenaar MI. Mallet finger. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, red. *Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Reed Business Education, 2013;p.716-9.
7. Richards SD, Kumar G, Booth S, Naqui SZ, Murali SR. A model for the conservative management of mallet finger. *J Hand Surg Br* 2004;29:61-3.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. De mallet-vinger. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0164-1. Deze bijdrage is eerder in vrijwel dezelfde vorm gepubliceerd als: Eekhof J, Knuistingh Neven A. Malletvinger. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM [redactie]. *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Houten: Prelum, 2018: p.205-8. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.