

Vortrag am 9. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Handrehabilitation, 5. November 2005

Adresse der Autorin:
Katrin Pfannenstiel, dipl. Ergotherapeutin
REHAB Basel
Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte
Im Burgfelderhof 40
4025 Basel
Tel. ++41/61 325 01 71

Die Besonderheiten der postoperativen ergotherapeutischen Nachbehandlung nach CTS-Spaltung bei Rollstuhlfahrern

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Der 9. Kongress der schweiz. Gesellschaft für Handrehabilitation neigt sich dem Ende zu. Wir werden gleich alle unsere Taschen nehmen und ganz selbstverständlich zu Fuss aus diesem Saal laufen.

Wären wir querschnittgelähmt, würden unsere Hände zum Antreiben des Rollstuhls unsere Füsse ersetzen, um den Heimweg antreten zu können. Jegliche Einschränkung der Handfunktion und Verletzung der Hände hat eine enorme Einschränkung der Mobilität des Rollstuhlfahrers zur Folge.

Im Langzeitverlauf kommt es bei Querschnittgelähmten bzw. Rollstuhlfahrern im Vergleich zu Fussgängern vermehrt zu einer Kompressionsneuropathie am Handgelenk und als Komplikation zum endgültig manifesten CTS mit Ausfällen, zu beobachten auch bei inkomplett querschnittgelähmten Patienten, die zur Fortbewegung Gehhilfen oder einen Rollator benutzen.

Beachtet man, in welcher Stellung das Handgelenk bei der Fortbewegung steht, wird man feststellen, dass es meist dorsalflektiert ist.

Es wird auch bei Fussgängern vermutet, dass Patienten mit häufig dorsalflektiertem Handgelenk eher zur Entwicklung eines CTS neigen.

Die durchschnittliche Rollstuhl- bzw. Gehhilfen-Abhängigkeit der 21 bei uns im REHAB Basel nachbehandelten Patienten nach Carpalkanal-Spaltung liegt bei etwa 12 Jahren mit einer Range von 2 Jahren bei einem Patienten, der vor dem Unfall als Gärtner seine Hände extrem belastet hat, und einer Dame, die seit 36 Jahren im Rollstuhl sitzt, die im Folgenden auch mehrfach zu sehen sein wird.

Es gibt intraoperative Unterschiede zwischen Fussgängern und Rollstuhlfahrern: bei letzteren sind makroskopisch die betroffenen Nerven zum OP-Zeitpunkt schon stärker befallen. Eine mögliche Erklärung ist, dass Rollstuhlfahrer stärker angewiesen sind auf die Funktion der Hände und deshalb eine Einschränkung lieber negieren und später zur Abklärung kommen.

So liegt nach Erfahrungen im REHAB bei $\frac{1}{4}$ aller Fussgänger ohne Gehhilfen eine OP-Indikation bei Auftreten von CTS-Symptomen vor, $\frac{3}{4}$ können konservativ behandelt werden (durch Ruhigstellung, Triggerpunktbehandlung etc.)

Bei Rollstuhlfahrern ist das Verhältnis: 1/3 Operationen zu 2/3 konservativen Behandlungen.

Bei Rollstuhlfahrern kommt es verglichen mit Fussgängern eher seltener zu postoperativen Komplikationen.

Etwa 1/6 der operierten Hände gehören Tetraplegikern. Es gibt aber die Vermutung, dass weitaus mehr Tetraplegiker ein CTS aufweisen, dieses sich aber aufgrund der gestörten Motorik und Sensibilität nicht bemerkbar macht und elektrophysiologisch nicht genügend oft gesucht wird.

Ich spreche von einzelnen Händen, da bei weniger als der Hälfte der operierten Patienten nur eine Hand betroffen war. In 2 Fällen wurden beide Hände in einer Sitzung operiert.

Unsere anfängliche These, dass v. a. aktive und sportliche Männer betroffen sind, konnten wir nach genauer Recherche nicht halten: die Geschlechterverteilung ist ca. 1 zu 1.

Die Carpaltunnel-Spaltung ist in der Regel für Handchirurgen eine Routine-Arbeit, genau wie die Nachbehandlung in Handtherapiepraxen zur nicht zeitintensiven Routine gehört. Deshalb zeigen sich Versicherungen – ohne den paraplegiologischen Zusammenhang zu kennen – erstaunt und oft ablehnend, wenn für Querschnittgelähmte eine Kostengutsprache für 4 Wochen postoperativen stationären Aufenthalt erbeten wird.

Schauen wir uns an, in welchen Bereichen auf der Aktivitätsebene der CTS-operierte Patient eingeschränkt ist und welche ergotherapeutische Massnahmen erfolgen:

- Mobilität:

Der manuelle Rollstuhl darf postoperativ nicht benutzt werden. Deshalb wird von der Ergotherapie ein Elektrorollstuhl zur Verfügung gestellt.

Nach ca. 2 Wochen dürfen die Patienten beginnen, auf glatten, ebenen Böden ihren eigenen Rollstuhl zu benutzen.

- Transfers:

Diese dürfen Anfangs nicht selbständig durchgeführt werden, d. h. der Patient wird vom Pflegepersonal vom Bett in den Rollstuhl usw. transferiert.

Nach Absprache mit der Operateurin kann nach ca. 10 Tagen bis 2 Wochen ein vorsichtiges selbständiges Transferieren beginnen, allerdings sollte der Transfer mit einem Rutschbrett erfolgen und die Hände dürfen dabei nicht dorsalflektiert werden: Der Patient muss sich mit der geschlossenen Faust stützen.

Die volle Belastung bei den Transfers erfolgt nach ca. 3 Wochen, schwierige Transfers wie z. B. in die Badewanne dürfen erst nach weiteren 4 Wochen erfolgen. Die Ergotherapeutin unterstützt den Patienten deshalb beim Anmieten eines Badelifters für die erste Zeit nach dem Austritt.

- Stützen im Rollstuhl:

Das sich hochstützen im Rollstuhl ist nicht erlaubt, wäre aber enorm wichtig für die Dekubitusprophylaxe. Zur Entlastung der Haut muss daher ein spezielles Sitzkissen, z. B. ein Rohokissen, zur Verfügung gestellt werden.

Eine teilweise Entlastung kann ausserdem durch Seitwärtsneigung im Rollstuhl erfolgen.

- ADL`s:

Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Belastung sollten schon am Operationstag ausgeführt werden:

Das selbständige Essen, Zähneputzen, Waschen und Anziehen des Oberkörpers, Kämmen und Rasieren, ev. mit Griffverdickung, von Anfang an sind ideale Massnahmen zur Adhäsionsprophylaxe.

Beim Blasen- und Darmmanagement sind die Patienten in den ersten 2-3 Wochen auf Hilfe angewiesen.

- Haushaltsführung:

Diese ist ohne Belastung anfangs unmöglich und daher nicht erlaubt.

Als ergotherapeutische Massnahme zur Belastungssteigerung können aber z. B. Küchenaktivitäten zum Einsatz kommen, ev. unter Verwendung von Adaptationen

Neben der ergotherapeutischen Arbeit auf der Aktivitätsebene, wie eben erläutert, erfolgen die bekannten Massnahmen auf der Körperfunktionsebene:

- Sehnengleitübungen werden gezeigt, auch mit Therapieknete
- Ödemprophylaxe und Behandlung wird durchgeführt inkl. Lagerung, Ausstreichen etc.
- bei Adhäsionen wird Narbenmassage durchgeführt, z. T. mit der Vakuumpumpe
- Bei Schmerzen wird gekühlt
- Auf Verordnung der Handchirurgin können Ultraschall- und Laser-Behandlungen angewendet werden

Take home message

1. Die Versicherungsträger müssen wissen:
CTS beim Querschnittgelähmten ist invalidisierend und im Vorfeld der Hospitalisation keine Banalität.
2. Therapeuten und Ärzte müssen wissen:
CTS bei Querschnittpatienten erfordert grundsätzlich andere postoperative Nachsorgemassnahmen.
3. Das bedeutet: eine strikte Entlastung, ermöglicht durch mindestens 4 Wochen Hospitalisation in einer spezialisierten Querschnitt-Klinik, ansonsten sind sekundäre Schmerz- und andere Probleme vorprogrammiert.

All diese Massnahmen führen dazu, dass der Patient nach etwa 4 Wochen unsere Klinik selbständig auf 4 Rädern fahrend verlassen kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.