

Handbrief 1-2002

Priv.-Doz. Dr. P. Hahn
hahn@vulpiusklinik.de

Skaphoidfraktur

Die Fortschritte sowohl in der Röntgendiagnostik als auch der Therapie haben in den letzten Jahren zu einem Wandel in der Therapie der Skaphoidfrakturen geführt. Dank exakter Diagnostik und stadiengerechter Therapie können langdauernde Immobilisationen vermieden werden. Der Oberarmgips ist unnötig und gefährlich. Die **Therapie der frischen Skaphoidfraktur** hängt von der Frage ab, ob die Fraktur stabil oder instabil ist.

Stabil sind nur nicht dislozierte Frakturen, ohne Trümmerzone, die nicht im proximalen Drittel liegen.

Bei klinischem Verdacht: Trauma, Druckschmerz über dem Skaphoid erfolgt die **konventionelle Röntgendiagnostik**: Handgelenk in 2 Ebenen. Hierzu ist die korrekte Positionierung der Hand wichtig !

Diese Positionen gelten für alle Handgelenksaufnahmen !



Handgelenk p.a in 90 ° Abduktion des Oberarm

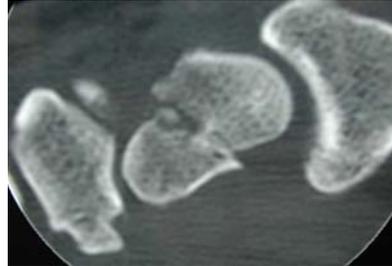


Handgelenk seitlich bei adduziertem Oberarm



Zusätzlich bei V.a. Skaphoidfraktur:
Stecher-Aufnahme in maximaler Ulnardeviation und Faustschluss. Nur so ist eine sichere Beurteilung des Handgelenks möglich. Das alte Kahnbeinquantett ist nicht mehr notwendig.

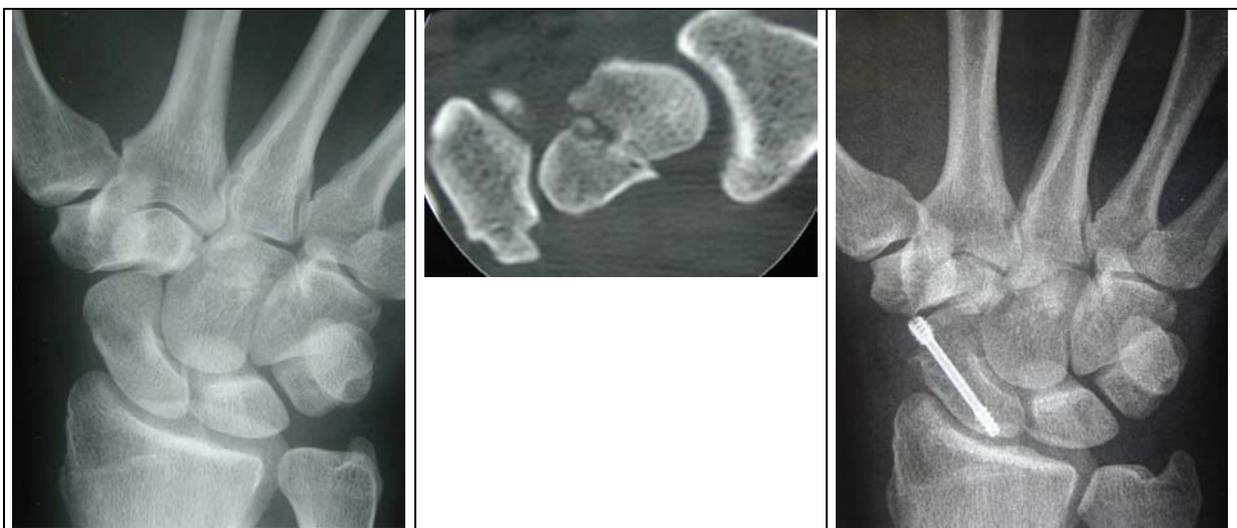
- Ist die Fraktur **primär disloziert**, oder es liegt ein **kleines proximales Fragment** vor dann steht bereits jetzt die Indikation zur **Verschraubung**.



- Wenn im Röntgen keine Dislokation sichtbar ist dann muss vor konservativer Behandlung ein CT erfolgen
 - (44% der scheinbar stabilen Frakturen sind im CT disloziert und damit instabil !!)
- CT-Diagnostik :**
Nur schräg-sagittale Schichten des Skaphoid bringen eine Aussage.

MRT: Die MRT ist zu sensitiv (bone-bruise) und erlaubt keine Aussage über die Knochenstruktur (Dislokation, Trümmerzone), daher unnötig !
Erst wenn die CT keine Dislokation und keine Trümmerzone bei Fraktur im mittleren Drittel aufweist, darf eine konservative Behandlung begonnen werden.
Die konservative Behandlung besteht in der 6-wöchigen Gipsruhigstellung im Unterarmgips mit Einschluss des Daumengrundgelenks. Die Finger bleiben frei.

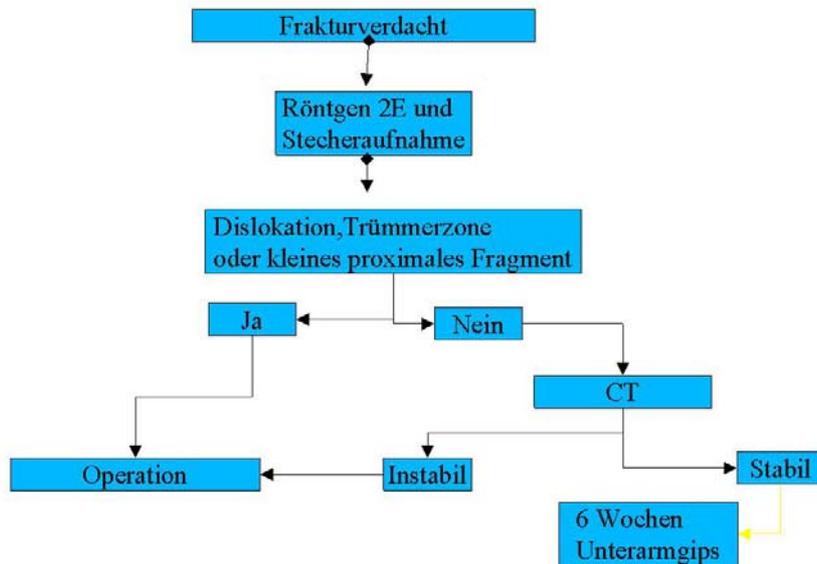
Auch die vom Patienten gewünschte **Frühmobilisation** kann eine Indikation zur Verschraubung des **Skaphoid** sein.
Die Verschraubung mit einer kanülierten Herbert-Schraube (HBS) kann in der Regel ambulant erfolgen. Der Zugang ist minimal.
Kleine proximale Fragmente weisen eine hohe Pseudarthrosenrate auf und sind daher immer von dorsal zu verschrauben.



Handbrief 1-2002

Priv.-Doz. Dr. P. Hahn
hahn@vulpiusklinik.de

Skaphoidfraktur



Mit gezielter Diagnostik lassen sich Kosten sparen, Heilverläufe abkürzen und Folgeschäden vermeiden.