



MADELUNG DEFORMITÄT

Prof. Dr. Frank Unglaub, Dr. Christian K. Spies

Die Madelung-Deformität, benannt nach dem deutschen Chirurgen Otto Wilhelm Madelung, ist eine seltene Fehlbildung, charakterisiert einerseits durch die verstärkte palmare Inklinat



Abb. 1: Palmare Schnittführung am Radius mit Unterminierung des Vickers' schen Bandes (mit dem Dissektor), kurz vor Durchtrennung bei einem 15-jährigem Patienten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
der heutige HandBrief befasst sich
mit der Madelung Deformität.

Mit kollegialen Grüßen

Frank Unglaub 

Prof. Dr. Frank Unglaub Dr. Christian Spies

und das Team der Handchirurgie in der

Vulpius Klinik

Pathogenese:

Die Ursache der Madelung-Deformität ist unklar. Schlussendlich führt eine osteochondrale Entwicklungsstörung am ulnopalmar

Erweiterung des Gelenkspaltes im distalen Radioulnargelenk. Ein kleiner metaphysärer Sporn am Radius weist röntgenologisch in der Regel auf das Vickers-Band hin, das dann weiter distal in die Handgelenk

Klinisches und röntgenologisches

Erscheinungsbild:

Für gewöhnlich wird die Madelung-Deformität erst während des Wachstumsschubes in der Adoleszenz klinisch apparent. Meist imponiert eine prominente Elle, häufig mit deutlichen Bewegungseinschränkungen des Handgelenkes. Die Deformität tritt meist beidseits auf. Im Röntgenbild erkennt man in der dorso-palmar



Abb. 2: Nativ-radiologische Diagnostik, seitliche Projektion: Typische Madelung-Deformität mit nach palmar verlagert

TERMINHINWEIS
– Rapid Recovery –
Die schnelle Genesung nach Hüft- und Knieendoprothetik
41. Orthopädentreffen
Mittwoch, 22. April 2015,
19:00 Uhr
Burg Ravensburg, Sulzfeld



Abb. 3: Nativ-radiologische Diagnostik; dorso-palmare Projektion: Dreidimensionale Korrekturosteotomie des Radius mit einer winkelstabilen Platte nach Anheben der ulnaren Gelenkfläche des Radius und zusätzlicher Schraubenosteosynthese.

Therapie:

Die operative Therapie der Madelung-Deformität gliedert sich in 3 Bereiche: Während des Wachstums sollte frühzeitig die Durchtrennung des Vickers'schen Bandes erfolgen, um eine weitere Wachstumsfehlbildung des Radius und sekundär der Ulna zu verhindern (Abbildung 1). Im frühen ausgewachsenen Stadium (um das 20. Lebensjahr) empfiehlt sich die Korrekturosteotomie des Radius durch Anheben der palmar- ulnaren Gelenkfläche (Abbildung 3 und 4) oder eine Dome-Osteotomie des distalen Radius. Bei sehr starken Deformitäten muss der Unterarm als „Ganzes“ betrachtet werden und ggf. zusätzlich eine Korrektur im Radiuschaftbereich erfolgen.

Ab dem 30. Lebensjahr ist häufig „weniger mehr“. Hier können Korrekturen am distalen Radioulnargelenk durch die OP Techniken nach Bowers oder Sauve-Kapandji erfolgen. Teilweise sind Korrekturen am Radius noch möglich,

ggf. auch Handgelenksarthrosen. Einige Patienten profitieren auch von einer Freilegung der Strecksehnen im distalen Radius- und Handgelenksbereich. Diese sind, insbesondere bei stark ausgeprägter Madelung-Deformität, in der „Rinne“ zwischen Radius und prominentem Ulnakopf häufig komprimiert und neigen so zu chronischen Entzündungen mit Schmerzsymptomatik.



Abb. 4: Nativ-radiologische Diagnostik; seitliche Projektion: Dreidimensionale Korrekturosteotomie des Radius mit „Reposition“ des Karpus.

Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Montag (Prof. Dr. Frank Unglaub)

7:30 bis 11:00 Uhr

13:00 bis 15:00 Uhr

Dienstag/Freitag (Prof. Dr. Peter Hahn)

7:30 bis 11:00 Uhr

Privatsprechstunde

Prof. Dr. Peter Hahn

Prof. Dr. Frank Unglaub

Donnerstag 13:00 bis 15:00 Uhr

nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-133

Fax 07264 60-257

online unter

www.vulpiusklinik.de



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Prof. Dr. Frank Unglaub, Dr. Christian Spies

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de