



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
 der heutige HandBrief befasst sich mit
 der Kamptodaktylie - einer angeborenen
 Beugefehlstellung des proximalen
 Interphalangealgelenks (PIP-Gelenk).

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Fedaye Cakmak

und das Team der Handchirurgie in der

Vulpius Klinik

KAMPTODAKTYLIE

Die Kamptodaktylie beschreibt eine angeborene Beugefehlstellung des proximalen Interphalangealgelenks (PIP-Gelenk) mit sporadischem Vorkommen oder autosomal-dominantem Erbgang. Klinisch manifestiert sie sich langsam im Kleinkind- oder im Jugendalter.

Am häufigsten ist der Kleinfinger betroffen, gelegentlich tritt diese Fehlbildung auch an anderen Langfingern, meist zusätzlich zum Kleinfinger, auf. Kompensatorisch ist häufig eine Hyperextension des Metacarpophalangealgelenks (MCP-Gelenk) zu beobachten. Die Fehlstellung betrifft überwiegend beide Hände, bei einseitiger Lokalisation ist die rechte Hand bevorzugt (Abb. 1).

In Wachstumsphasen kann es zu einer schubartigen Progredienz kommen. Bei fortschreitenden Fällen kommt eine Innenrotationsfehlstellung des Kleinfingers hinzu. Isolierte Arthrosen des Mittelgelenks werden beschrieben.

Die Pathogenese der Deformität ist ungeklärt. Es existieren zahlreiche Theorien, beispielsweise eine strukturelle oder funktionelle Schwäche der Dorsalaponeurose über dem PIP-Gelenk, Insertionsanomalien des M. lumbricalis oder der Flexor digitorum superficialis Sehne oder eine Abflachung der Gelenkflächen. Veränderungen an der Haut, den Knochen und am Bindegewebe sind sekundäre Erscheinungen.



Abb. 1

Typische Röntgenzeichen sind (Abb. 2):

- eine Flexionsstellung im PIP- Gelenk, fakultativ eine Hyperextension im MCP-Gelenk
- eine palmare Kerbe am Hals der Grundphalanx
- eine verbreiterte Basis der Mittelphalanx
- eine Begradigung des Grundphalanxkopfes palmarseitig

Nach dem Grad der Beugstellung wird die Kamptodaktylie nach Frank et al. in drei Stadien eingeteilt:

Stadium 1: Streckdefizit ohne bzw. mit geringer Verkürzung der Haut

Stadium 2: Beugekontraktur < 50°

Stadium 3: Beugekontraktur > 50° mit Hautverkürzung

Die Indikation zur operativen Therapie richtet sich nach der Ausprägung der Fehlstellung. Milde Ausprägungen werden nicht behandelt. Besteht lediglich ein Streckdefizit können Dehnungsübungen und eine statische und/oder dynamische Schienenbehandlung über mindestens 6 Monate zu einer Verbesserung der Beweglichkeit führen.

Eine operative Therapie kommt bei fehlendem Erfolg der konservativen Therapie und bei Beugekontraktur > 50° in Frage. Sie ist zurückhaltend und nur nach genauer Indikationsstellung angezeigt.

Je nach Ursache und Schwere der Beugstellung im PIP-Gelenk kommen unterschiedliche Operationsverfahren, ggf. auch in Kombination, zum Einsatz:

- Auflösung der Hautkontraktur mittels Z-Plastiken an der Palmarseite



Abb. 2

- Tenolyse und evtl. Desinsertion der Mm. lumbricales
- Extensor indicis proprius Transfer
- Arthrolyse bzw. kombinierte Tenoarthrolyse
- Arthrodesse nur bei äußerst ausgeprägtem Befund

Eine vollständige Beweglichkeit kann in den wenigsten Fällen erreicht werden, dahingehend muss der Patient aufgeklärt werden. Eine intensive Schienentherapie und Handtherapie schließt sich jedem operativen Eingriff an.

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

Mittwoch 13:30 - 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

Dr. Fedaye Cakmak

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiusklinik.de , www.vulpiusklinik.de