



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der heutige HandBrief befasst sich mit der Korrekturosteotomie an Finger und Mittelhand.

Mit kollegialen Grüßen

Frank Unglaub

Prof. Dr. Frank Unglaub
und das Team der Handchirurgie in der
Vulpius Klinik

KORREKTUROSTEOTOMIE AN FINGER UND MITTELHAND



Abb. 1: In Fehlstellung verheilte subkapitale MHK-V-Fraktur mit Torsionsabweichung aus [1].

Finger und Mittelhandfrakturen gehören zu den häufigsten Verletzungen überhaupt. Ein Großteil dieser Brüche kann konservativ therapiert werden und erreicht gute funktionelle Ergebnisse. Im Verlauf der konservativen Therapie, selten auch nach operativer Therapie, können sich aber Fehlstellungen einstellen, die die Funktion der Hand deutlich einschränken. Folgende Fehlstellungen werden unterschieden:

- Torsionsabweichung („Rotationsfehler“)
- Achsendeviation nach radial und ulnar
- Achsendeviation nach palmar und dorsal
- Knochenverkürzung
- Spornbildung
- Kombinationsdeformitäten

Diagnostik: Die klinische Untersuchung beinhaltet den beidseitigen langsamen Faustschluss. Hierbei lassen sich Torsionsabweichungen am besten detektieren. Die Ausrichtung des Fingernagels im Vergleich zu den nicht verletzten benachbarten Fingernägeln bei gestreckten Fingern kann ebenfalls Hinweise auf einen Abweichung geben [1]. Gelenk- oder Sehnenverklebungen sollten klinisch ausgeschlossen oder entsprechend therapiert werden [2]. Nach der klinischen Untersuchung erfolgt die bildgebende Diagnostik. Hierbei sollte der betroffene Finger in drei Ebenen geröntgt werden. Bei Fehlstellungen der Mittelhand erfolgt eine



Abb. 2: Mehrdimensionale extrafokale, frakturernahe Korrektur und Reposition durch eingebrachte K-Drähte als Joy-Stick, sowie winkelstabiler Plattenosteosynthese aus [1].



Abb. 3: Aufhebung der Torsionsabweichung und Längengewinn durch dreidimensionale Korrektur aus [1].

Mittelhandaufnahme in drei Ebenen. Bei intraartikulärer Fehlstellung oder unklarer Konsolidierung ist eine Dünnschicht-CT indiziert. Die MRT-Diagnostik ist nur ganz speziellen Fragestellungen vorbehalten und spielt eine untergeordnete Rolle in der Diagnostik von Fehlstellungen. Nach klinischer Untersuchung und Bildgebung erfolgt die genaue Analyse der Fehlstellung. Eine Indikation zur Korrektur besteht nur bei Funktionseinschränkung der Hand, meist bei Torsionsabweichung oder Achsendeviation. Knochenverkürzungen werden häufig gut toleriert, Spornbildungen ebenfalls, außer sie schränken den Sehnengleitvorgang ein oder führen zur Blockierung eines Gelenkes.

Operative Therapie: Eine Korrektur im Frühstadium der Konsolidierung (bis zur 10. Woche) lässt in der Regel eine intrafokale Korrektur durch Eröffnung des Frakturspalts zu. Hierbei wird der Kallus debridiert und nach Reposition eine übungsstabile

Osteosynthese durch eine „low-profile“ Platte oder Schrauben angestrebt. Bei älteren konsolidierten Frakturen ist meist eine extrafokale, frakturnahe Korrektur notwendig [Abb. 1-3]. Durch die Entwicklung von winkelstabilen Platten [Abb. 2] und frühfunktioneller Beübung, häufig noch am OP-Tag unter Plexuskatheteranlage, haben sich die Ergebnisse der Korrekturosteotomie verbessert [3]. Komplikationen wie Implantatversagen, postoperative Sehnen- und Gelenkverklebungen und Entwicklung einer Pseudoarthrose sind im Verlauf jedoch möglich und müssen zusammen mit dem Patienten abgewogen werden [1].



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

Dienstag 13:00 bis 14:45 Uhr

Prof. Dr. Frank Unglaub

Mittwoch 13:30 bis 14:45 Uhr

nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-120

Fax 07264 60-257

online unter

www.vulpiusklinik.de

Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Prof. Dr. Frank Unglaub, Chefarzt Handchirurgie

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de

Literatur:

1. Unglaub F, Langer MF, Unglaub JM, Spies CK.

[Corrective osteotomy of the hand]. Unfallchirurg. 2018; 121: 657-668.

2. Unglaub F, Hahn P, Cakmak F, Spies CK

Die Tenolyse der Finger nach operativer Versorgung von Sehnenverletzungen. Handchirurgie Scan 2015;4:221-233

3. Freeland AE, Lindley SG. Malunions of the finger metacarpals and phalanges. Hand Clin. 2006 Aug; 22(3):341-55.