



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der heutige HandBrief befasst sich mit dem „Skidaumen“ - der ulnaren Seitenbandläsion am Daumengrundgelenk.

Mit kollegialen Grüßen

H. Müller Frank Unglaub

Holger Müller Prof. Dr. Frank Unglaub
und das Team der Handchirurgie in der
Vulpus Klinik

DIE ULNARE SEITENBANDLÄSION AM DAUMENGRUNDGELENK („DER SKIDAUMEN“)

Die traumatische Ruptur des ulnaren Kollateralbandes des Daumengrundgelenkes ist eine der häufigsten Bandläsionen der Hand. Sie tritt zehnmal häufiger auf, als die radialseitige Bandverletzung. Ursächlich hierfür ist meist ein Sturz auf die ausgestreckte Hand mit abduziertem Daumen, bei dem es dabei zu einer forcierten Radialabduktion im Daumengrundgelenk kommt.

Diagnostik:

Grundsätzlich sollte vor der Daumenuntersuchung eine nativradiologische Untersuchung in zwei Ebenen erfolgen, um knöcherne Bandausrisse zu detektieren und knöcherne Begleitverletzungen auszuschließen.

Durch die technische Entwicklung lassen sich Bandrupturen immer besser sonographisch oder mittels MRT darstellen, jedoch bleibt die klinische Untersuchung weiterhin das probateste Mittel zur Diagnosefindung.

Bei der klinischen Untersuchung liegt die Schwierigkeit darin, zwischen einer Distorsion, einer partiellen Ruptur oder einer kompletten Ruptur zu unterscheiden. Hierbei ist v.a. die Stabilitätsprüfung

hinweisgebend auf eine Ruptur:

- Fehlender Anschlag bei der Radialabduktion im Grundgelenk in Streckung und 40° Beugung des Grundgelenkes
- Ulnare Aufklappbarkeit bei gestrecktem Grundgelenk von über 30° im Vergleich zur Gegenseite
- Ulnare Aufklappbarkeit bei 40° gebeugtem Grundgelenk (Ausschaltung der akzessorischen Kollateralbänder) von über 30° im Vergleich zur Gegenseite

Bei der „Stener“-Läsion (Abb.2) schlägt der meist distal abgerissene Bandstumpf des ulnaren Kollateralbandes nach proximal über die M.adductor-pollicis-Aponeurose um, was eine Adaptation der Bandstümpfe und somit die Heilung verhindert. Folglich besteht hierbei eindeutig die Indikation zur Operation. Da eine „Stener“-Läsion bei der klinischen Untersuchung nie gänzlich ausgeschlossen werden kann, empfiehlt sich im Zweifel die Indikation zur Operation bei bestehender Instabilität großzügig zu stellen, auch um eine chronische Instabilität zu verhindern.

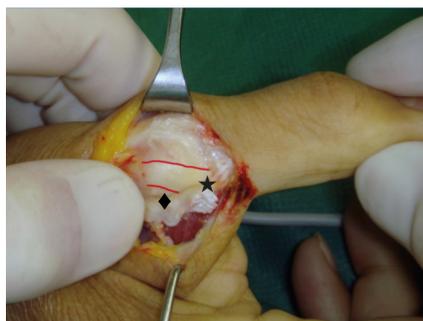


Abb. 1: Daumen rechts
★ ulnares Seitenband,
◆ akzessorisches Band

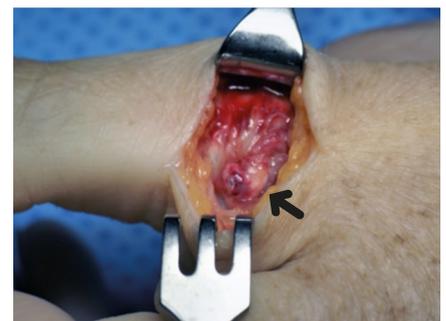


Abb. 2: „Stener“-Läsion mit ulnarem Bandstumpf (Pfeil) über der Adduktor-Aponeurose



Abb. 3: knöcherner Bandausriß (Pfeil) mit 2 K-Drähten refixiert

Operatives Vorgehen:

Über eine leicht geschwungene Inzision an der ulnaren Grundgelenksfacette und unter Schonung des Ramus superficialis nervi radialis unter Lupenbrillenvergrößerung wird die M.adductor-pollicis-Aponeurose dargestellt und entlang der Sehne des M. Extensor pollicis longus durchtrennt. Dabei sollte ein ausreichend breiter ansatznaher Aponeurosestreifen zur späteren Refixation erhalten bleiben. Der Kapsel-Band-Apparat kann nun dargestellt und inspiziert werden. Hierbei können sich Begleitverletzungen, wie Risse der dorsalen Gelenkkapsel, sowie der palmaren Platte zeigen. Wichtig ist daher, die Ansatzregion des Seitenbandes und den ulnaren Rand der palmaren Platte darzustellen. Gegebenenfalls kann die Durchführung einer Arthrotomie zur Beurteilung der Knorpelverhältnisse notwendig sein.

Die verschiedenen lokalisierten Bandrupturen werden dann wie folgt versorgt:

Intraligamentär: Stumpf-zu-Stumpf Adaptation mittels Matratzennaht

Ansatznaher Ausriß: Debridement, Refixation mittels Ankernaht, welcher palmar distal der Bewegungsachse in der Basis der Grundphalanx platziert wird

Knöcherner Ausriß: Debridement, Refixation mittels Schraube oder Kirschner-Drähten (Abb.3), bei zu kleinen Fragmenten erfolgt die Exzision und Bandrefixation mittels Ankernaht

Wichtig bei allen Verfahren, ist eine möglichst anatomische Rekonstruktion zu erreichen. Die dorsale Gelenkkapsel und die M.adductor-pollicis-Aponeurose sollten präzise verschlossen werden.

Die Nachbehandlung erfolgt mittels Ruhigstellung in einer Daumengipsschiene für 6 Wochen, das IP-Gelenk wird dabei frei gelassen. Alternativ kann nach Fadenzug auf eine Daumenorthese, welche nur das Grundgelenk fixiert, gewechselt werden. Die Metallentfernung erfolgt frühestens nach 3 Monaten nach Durchbauung.

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

Holger Müller, Assistenzarzt Handchirurgie

Quellangaben: C.K. Spies, M. Langer, L.P. Müller, J. Oppermann, S. Löw, F. Unglaub Ligamentäre Verletzungen und Bandinstabilitäten der Fingergelenke

Der Orthopäde epub 2017 sowie Stener B. „Displacement of the ruptured ulnar collateral ligament of the metacarpo-phalangeal joint of the thumb: a clinical and anatomic study.“ J Bone Joint Surg Br 1962; 44: 469/879

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de