



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der heutige HandBrief befasst sich mit Bagatellverletzungen der Hand.

Mit kollegialen Grüßen

P. Hahn A. Ziener

Prof. Dr. Peter Hahn & Astrid Ziener
und das Team der Handchirurgie in der
Vulpius Klinik

‘BAGATELL- VERLETZUNGEN’ DER HAND:

Wunden an der Hand machen einen Großteil aller offenen Verletzungen aus. In den USA waren über einen Zeitraum von 10 Jahren 35% aller Wunden, welche in einer Notaufnahme behandelt wurden, an der Hand.

Die Hand ist eine hochkomplexe Struktur, welche im Vergleich zum restlichen Körper von einem eher schmalen Weichteilmantel bedeckt wird. Darunter finden sich wichtige Strukturen wie Nerven, Gefäße, Sehnen und Gelenke, welche verletzt werden können. Doch nicht jede Wunde lässt anhand des äußeren Erseindrucks abschätzen, wie schwer die darunterliegende Verletzung

tatsächlich ist. Häufig finden sich äußerlich nur kleine ‚Bagatellverletzungen‘ unter welchen sich eine Nerven- oder Sehnedurchtrennung findet. Es besteht die Gefahr, dass die Verletzung als ‚leicht zu behandeln‘ eingestuft wird und eine Läsion der tiefen Strukturen übersehen wird. Nur eine genaue Kenntnis der Anatomie der Hand sowie eine gründliche Untersuchung lassen dies vermeiden.

Eine detaillierte Anamnese mit Klärung des exakten Unfallmechanismus gibt Hinweise auf die mögliche Verletzung tiefer Strukturen. Die sorgfältige klinische Untersuchung bei allen hier aufgeführten Fällen, hätte das Ausmaß der Verletzung offenbart.

Bis auf wenige Ausnahmen gilt die Regel: Liegt eine Verletzung an der Hand über einer anatomisch definierten Struktur, so ist sicherzustellen, dass die Struktur unverletzt ist.

Fallbeispiel 1:

Ein 34-jähriger Patient war bei der Arbeit mit einem kleinen Schraubenzieher abgerutscht und hatte sich dabei eine kleine Stichwunde beugeseitig an der Basis des linken Daumens zugezogen, welche extern



Abb. 1: Kleine Narbe nach Stichverletzung beugeseitige Daumenbasis



Abb. 2: Darunter liegende Durchtrennung radialer Daemnerv N1

mit 1 Naht versorgt worden war.

Er stellte sich erstmalig 14 Tage nach der Verletzung bei uns vor.

Bei der klinischen Untersuchung fand sich eine reizlose in Abheilung befindliche Wunde (Abbildung 1). Der Daumen konnte im Grund- und Endgelenk frei bewegt werden. Die Sensibilität war distal der Wunde radial vermindert mit einem Kribbeln an der Daumenkuppe. Ulnar war die Sensibilität intakt.

Bei der operativen Revision fand sich eine vollständige Durchtrennung des radialeseitigen Nerven. Die begleitende Arterie war intakt (Abbildung 2). Der Nerv wurde mit einer epineuralen Nervennaht versorgt (Abbildung 3).



Abb. 3: Mit epineuraler Naht versorgter radialer Daemnerv



Abb. 4: 2 Wochen alte Stichwunde mit Austernmesser linker Daumen

Fallbeispiel 2:

Ein 70-jähriger Patient war am Heiligen Abend beim Öffnen einer Auster mit dem Austernmesser abgerutscht und hatte sich am linken Daumen ein Stichwunde zugezogen, welche extern mit Klammerpflastern versorgt worden war.

Er stellte sich erstmalig 17 Tage nach der Verletzung bei uns vor.

Bei der klinischen Untersuchung fand sich eine reizlose in Abheilung befindliche Wunde (Abbildung 4). Der Daumen konnte im Endgelenk nicht mehr aktiv gebeugt werden. Die Streckung war frei. Das Grundgelenk war frei beweglich. Die Sensibilität distal der Wunde war nicht vermindert. Bei der operativen Revision fand sich eine vollständige Durchtrennung der Sehne des M. flexor pollicis longus (Abbildung 5), welche genäht wurde.

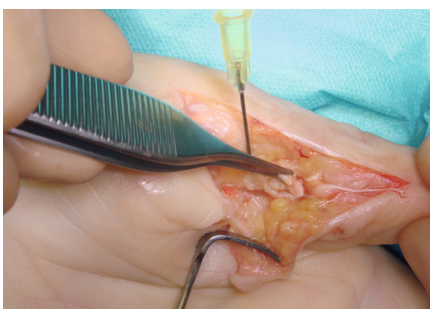


Abb. 5: Darunter liegende veraltete Durchtrennung der Sehne des Flexor pollicis longus



Abb. 6: Kleine Narbe in der Hohlhand

Fallbeispiel 3:

Eine 72-jährige Patientin hatte sich eine Schnittverletzung in der Hohlhand zugezogen. Die Wundversorgung erfolgte extern durch Wundklebung ohne Revision.

Die Patientin stellte sich nach 1 Jahr bei uns vor.

Bei der klinischen Untersuchung fand sich eine reizlose Narbe in der Hohlhand (Abbildung 6). Der Zeigefinger war taub, die Hautleisten am Finger waren verstrichen. Die Bewegung in allen Fingergelenken war frei.

Bei der operativen Revision fand sich ein Neurom nach Schnittverletzung im Bereich der Teilungsstelle des Nervus medianus in die Fingeräste N3+N4 (Abbildung 7). Es erfolgte die Neuromresektion und Transplantation des N. cutaneus antebrachii medialis als Nerveninterponat (Abbildung 8).



Abb. 7: Neurom nach Schnittverletzung im N. medianus im Bereich der Teilungsstelle



Abb. 8: Nerveninterponat im N. medianus nach Neuromresektion

Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Montag (Prof. Dr. Frank Unglaub)
7:30 bis 11:00 und 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



www.tuev-sued.de/ms-zert



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH
Prof. Dr. Peter Hahn, Chefarzt Handchirurgie und Astrid Ziener, Fachärztin | Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau
handchirurgie@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de
Literatur:

Giustini M, de Leo A, Acciaro AL, et al. Incidence estimates of hand and upper extremity injuries in Italy. Ann Ist Super Sanità 2015; 15(4): 305-12
Haas EM, Volkmer E, Holzbach T, et al. Über Versorgungsstrukturen und Möglichkeiten der Optimierung durch Vernetzung bei schweren Handverletzungen und Replantationen. Handchir Mikrochir Plast Chir 2013; 45(6): 318-22
Larsen CF, Mulder S, Johansen AM, Stam C. The epidemiology of hand injuries in The Netherlands and Denmark. Eur J Epidemiol 2004; 19(4): 323-7
Singer AJ, Thode Jr HC, Hollander JE. National trends in ED lacerations between 1992 and 2002. Am J Emerg Med 2006; 24: 183-8
Weigel B, Nerlich M. Praxisbuch Unfallchirurgie. 2. Auflage. 2011