Kahnbeinfraktur

VON P. KOKOTT

Beim Sturz auf das Handgelenk kann es zu einer Fraktur des Os scaphoideum kommen, einer der häufigsten Frakturen der Handwurzel. Das Os scaphoideum ist ein zentraler und stark beanspruchter Handwurzelknochen, der bei Handgelenksbewegungen nach radial sowie palmar und dorsal Rotationsbewegungen ausführt. Eine unerkannte Fraktur führt – besonders bei Brüchen mit kleinem proximalem Fragment und längsverlaufender Frakturlinie – in aller Regel zur Entwicklung und Ausbildung einer Pseudoarthrose. Daraus resultieren Beschwerden und Funktionseinschränkungen.

Foto: Du Cane Med. im/SPL/Agentur Focus

Skaphoidfraktur an der rechten Hand.

Situation und Symptomatik

Eine Kahnbeinfraktur (Skaphoidfraktur) entsteht meist durch Sturz auf die ausgestreckte und dabei leicht dorsalextendierte Hand (dorsal-flektiertes, ulnarduziertes Handgelenk). Betroffen sind zu 90% Männer zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. 80% der Frakturen sind im mittleren Drittel lokalisiert.

Charakteristisch für die Kahnbeinfraktur ist klinisch

- ein Druckschmerz in der Tabatière,
- ein Stauchungsschmerz des Daumens,
- eine Schmerzverstärkung durch Radialabduktion,
- ein Bewegungsschmerz im Handgelenk, u. U. verbunden mit einer Schwellung im dorsalen Handwurzelbereich.

Sofortdiagnostik

Frakturen der Handwurzelknochen gehören hinsichtlich ihrer Heilungstendenz zu den ungünstigsten Brüchen. Deshalb sollte der Arzt bei entsprechenden Verdachtsfällen nach direkter oder indirekter Gewalteinwirkung auf das Handgelenk gleich welchen Ausmaßes (Distorsionen und Kontusionen des Handgelenks) den Patienten einer Röntgenuntersuchung zuführen:

- Röntgen in zwei Ebenen und
- Kahnbeinquartett: d. p. mit geballter Faust, streng seitlich, 45° Supination, 45° Pronation.

Therapie

Selbst bei negativem Röntgenbefund, insbesondere bei fehlender Dislokation, jedoch bei entsprechendem Verdacht, ist

eine präliminare Ruhigstellung des Handgelenks durch eine volare Gipsschiene von der Palmarfalte der Hand bis zwei Querfinger distal der Ellenbeuge immer richtig.

Eine Röntgenkontrolluntersuchung nach ca. 10–14 Tagen bringt dann gelegentlich doch eine abgelaufene Fraktur zur Darstellung.

Konservative Therapie

- Bei nicht oder wenig dislozierten Frakturen Ruhigstellung im Unterarm-Kahnbeingips – der Oberarmgips ist obsolet – mit Einschluss des Daumengrundgelenks bis zu zwölf Wochen, je nach Lokalisation der Fraktur und radiologisch gesicherter Konsolidierung (Röntgenkontrolle alle drei Wochen).
- Bei verzögerter Frakturheilung und radiologisch nicht sichtbaren Durchbauungszeichen nach sechs Wochen MRT-Kontrolle und ggf. Umstieg auf die operative Therapie.

Operative Therapie

Bei dislozierten Frakturen des Tuberkulums und dislozierten Schräg- und Querfrakturen offene Reposition mit Kompressionsschraubenosteosynthese (z. B. Herbert-Schraube) unter Ruhigstellung in dorsaler Gipsschiene für drei Wochen. Danach Bewegungsübungen unter Vermeidung von Belastungen für weitere acht bis zehn Wochen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Paul Kokott,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Stormstraße 21,
D-38226 Salzgitter