Finger-Strecksehnenabriss

VON T. PILLUKAT, M. BEHRENDT UND J. VAN SCHOONHOVEN

Einer 42-jährigen Frau fiel nach einem Bagateltrauma (Einstecken der Bluse in die Hose) auf, dass sie plötzlich das Endgelenk des Mittelfingers nicht mehr aktiv strecken konnte (Abb. 1). Das Endgelenk war kaum schmerzhaft. Hier bestand lediglich eine leichte Schwellung.

Abb. 1 Geschlossener Strecksehnenabriss in Höhe des Mittelfinger-Endgliedes.
Abb. 2 Angepasste Lagerungsschiene, die die Beugung im Mittelgelenk ermöglicht.

© (2) M. Behrendt

Klinische Zeichen

- Leitsymptom: fehlende aktive Streckung im Endgelenk, passive Streckung leicht möglich. Die Beugung des Endgelenkes ist nicht beeinträchtigt.
- Beim Versuch, das Endgelenk aktiv zu strecken, kann es zu einer leichten Überstreckung im Mittelgelenk kommen.
- Über dem Endgelenk häufig leichter Druckschmerz und leichte Schwellung. Hämatomverfärbungen eher selten.

Differenzialdiagnostisch denken an:

- Luxation des Endgelenkes
- Basisfraktur des Endgliedes
- Distorsion des Endgelenkes.

Untersuchungen

- Klinische Untersuchung: aktiven und passiven Bewegungsumfang prüfen. Die passive Streckung des Gelenkes durch den Untersucher ist i. d. R. schmerzfrei und vollständig möglich.
- Stabilität der Seitenbänder und der palmaren Platte durch vorsichtige Radial- und Ulnardeviation des Endgliedes prüfen. Dies sollte in vollständiger Streckung und in 30°-Beugung des Endgelenkes (Ausschaltung der Stabilisierung durch die palmare Platte) erfolgen. Hilfreich ist dabei der Vergleich mit dem unverletzten Finger der Gegenseite.
- Eine federnde Fixierung sollte nicht vor der Röntgendiagnostik überwunden werden, da eine Luxation oder Luxationsfraktur vorliegen könnte.
- Röntgendiagnostik: Standardaufnahme in zwei Ebenen (p.a. und streng seitlich). Nur die streng seitliche Aufnahme

kann eine Luxation des Endgelenkes ausschließen. Ansonsten soll das Bild zeigen, ob ein knöcherner Strecksehnenabriss, d. h. eine intraartikuläre Basisfraktur vorliegt oder ob es sich um einen reinen Strecksehnenabriss handelt.

- Weitergehende Diagnostik wie MRT, Sonografie oder Computertomografie nur in besonderen Situationen.

Maßnahmen

- Die Therapie ist konservativ: Anlage einer Lagerungsschiene für das Endgelenk in leichter bis deutlicher Überstreckung. Kurzfristig ist auch eine behelfsmäßige Schienung möglich.
- Entsprechende Lagerungsschienen werden fertig konfektioniert angeboten (Stack'sche Schiene). Auf eine gute Passform ist zu achten. Ggf. sollte eine Maßanfertigung oder Anformung durch den Orthopädiemechaniker oder Ergotherapeuten erfolgen (Abb. 2).
- Schiene acht Wochen lang ständig tragen. Kurzfristiges Entfernen zu Reinigungszwecken etc. möglich. In diesem Zeitraum ist darauf zu achten, dass das Endgelenk vom Patienten passiv gestreckt gehalten wird. Schon eine einmalige Beugung führt zur erneuten Dehnung des Narbenbereiches und stellt den Erfolg der Behandlung infrage.
- Nach Ablauf von acht Wochen: Schiene nur noch zur Nacht für weitere zwei Wochen und bei besonderen Belastungen des Fingers tragen.
- Lediglich bei größeren knöchernen Strecksehnenabrissen mit mehr als 30%

Beteiligung der Gelenkfläche des Endgliedes und Subluxation ist eine offene Fixierung erforderlich.

Woran ist noch zu denken?

- Die konservative Therapie kann auch bei veralteten Fällen noch innerhalb von drei bis sechs Monaten erfolgreich sein. Therapieversager beruhen oft auf einer mangelhaft angepassten Schiene oder inkonsequenter Verwendung.
- Eine anhaltende Schwellung über dem Endgelenk ist Zeichen der Narbenbildung in der Sehne und täuscht leicht eine verbliebende Deformität vor.
- Auch bei einer korrekt durchgeführten Behandlung kann ein geringes Streckdefizit im Endgelenk bleiben, das selten ein funktionelles, sondern eher ein ästhetisches Problem darstellt.

Alternative Verfahren

Operative Verfahren sind im Vergleich zum geschilderten konservativen Vorgehen nicht erfolgreicher und sicherer. Sie kommen als Rückzugsverfahren in erster Linie bei Versagen der konservativen Therapie infrage. Möglich ist eine raffende, die Haut durchgreifende Naht (Dermatotenodese) oder eine Versteifung des Endgelenkes.

Für die Verfasser:

Dr. med. Thomas Pillukat, Klinik für Handchirurgie, Salzburger Leite 1, D-97616 Bad Neustadt an der Saale, E-Mail: t.pillukat@handchirurgie.de

Koautoren: Martin Behrendt, Prof. Dr. med. Jan van Schoonhoven, Klinik für Handchirurgie, Bad Neustadt