Kommentar

zur Arbeit von F. Nienstedt: Die distale, intraartikuläre Radiusfraktur mit palmarer Fragmentdislokation

Die anatomische Rekonstruktion des distalen Radius gibt die beste Gewähr für ein gutes funktionelles Resultat. Diese Erkenntnis beginnt sich heute glücklicherweise durchzusetzen. Insbesondere die Flexionsfrakturen hinterlassen bei verbliebener Fehlstellung erhebliche Einschränkungen der Handumwendbewegung, da sie ja meistens nicht nur das Radiokarpalgelenk, sondern auch das distale Radioulnargelenk betreffen. Es ist deshalb sehr verdienstvoll von Herrn Dr. Nienstedt, dieses besonders schwierige Kapitel aufzugreifen und Lösungsmöglichkeiten anzugeben.

Jede Fraktur der distalen Radiuskonsole ist als Individuum aufzufassen, gleich, nach welcher Klassifikation sie eingeordnet wird. Inwieweit der „einfache“ Zugang für bestimmte Frakturformen ausreichend ist, sei dahingestellt. Wir verwenden einen ähnlichen Zugang, allerdings Y-förmig nach distal erweitert, für die Radius-Korrekturosteotomie. Auf den Nervus cutaneus antebrachii radialis, seine zahlreichen Variationen und Geflechtbildungen mit dem Ramus superficialis nervi radialis ist dabei besonders zu achten. In den meisten Fällen vorzuziehen erscheint mir der „erweiterte palmare Zugang“ mit Eröffnung des Karpalkanals. Nur hierdurch lassen sich Beuge-sehnen und Nervus medianus weit und schonend genug zur Seite halten, um einerseits einen guten Überblick zu gewährleisten, andererseits keine zusätzlichen Schäden zu setzen. Nie verkehrt ist es, den Nervus medianus dabei im Karpalkanal zu entlasten.

Wichtig erscheint mir der Hinweis des Autors, daß eine gewisse Gefahr besteht, daß die ursprünglich nach pal-

mar gekippte Fraktur nach der Reposition nach dorsal disloziert. Ein zweiter Zugang von dorsal wird in solchen Fällen nicht zu umgehen sein, um entweder mit einem kortikospongiösen Knochenblock die zersplitterte dorsale Kortikalis zu unterstützen und/oder eine dorsale Abstützplatte anzulegen. Derartige Doppelplattenversorgungen sind bei entsprechend schonender handchirurgischer Technik durchaus möglich und sinnvoll.

Schließlich ist zu beachten, daß das axiale Trauma, das zu einer „die punch“-Fraktur führt, einen ausgeprägten Knorpelschaden bewirkt, der nicht folgenlos ausheilen kann. Immerhin hat man mit einer möglichst stufenfreien Rekonstruktion der Gelenkfläche die Chance, daß die zunächst entstehende Arthrose nicht weiter progredient ist. Die Erfolge der Denervation sind deshalb in diesen Fällen positiv.

Abschließend muß die ernste Warnung ausgesprochen werden, derartige Frakturen mit dem nötigen Respekt anzugehen: Die Situation, intraoperativ eine Kapitulationserklärung abgeben zu müssen, weil die Fragmente unter den Augen des Operators zerfallen, muß unbedingt vermieden werden.

*Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. Ulrich Lanz
Klinik für Handchirurgie
Bad Neustadt
Salzburger Leite 1
D-97616 Bad Neustadt*