Handgelenkseingriffe

Nachdem im Herbst 2009 ein Themenheft „Handgelenkseingriffe“ erschienen ist, beinhaltet das vorliegende Heft der Zeitschrift *Operative Orthopädie und Traumatologie* erneut einen – wenn auch mit drei Arbeiten kleinen – Schwerpunkt „Handgelenkseingriffe“.

Das distale Radioulnargelenk (DRUG) galt lange Zeit als ein „vergessenes Gelenk“ und dies, obwohl es keineswegs ein Gelenk ist, das leicht „vergift“ wird. Es wundert deshalb nicht, dass eine Vielzahl der uns zur Problembehebung am DRUG zur Verfügung stehenden Operationen keinen rekonstruktiven Charakter haben, sondern in die Rubrik „Rettungsoperationen“ fallen. Sowohl die Ulnakopfhemiresektion nach Bowers [2] als auch die Arthrodese des DRUG mit gleichzeitiger Ellensegmentresektion nach Kapandji [1], also „die“ Rettungsoperationen am DRUG, führen in aller Regel durch Verbesserung der Unterarmdrehung, Reduktion der Schmerzen und Verbesserung der Belastbarkeit zu befriedigenden bis guten Ergebnissen, leider jedoch nicht in allen Fällen. Bei fortbestehenden Beschwerden nach Bowers- und Kapandji-Operation war bis zur Einführung der Ulnakopfprothese durch Herbert kaum noch eine befriedigende Situation zu erzielen. Durch Implantation der Ulnakopfprothese wird einerseits die parallele Führung von Elle und Speiche wiederhergestellt und somit das schmerzhaft Impingement des distalen Ulnastumpfes gegen den Radius beseitigt. Zum anderen wird der Karpus auf der Ellenseite wieder abgestützt, was zu einer mehr physiologischen Lastübertragung am Handgelenk beiträgt (vgl. Beitrag von Mühldorfer-Fodor et al „Die Rekonstruktion des distalen Radioulnargelenks mit der Herbert-Ulnakopfprothese“ in dieser Heftausgabe). Ich war lange Zeit skeptisch, ob die Implantation einer Ellenkopfprothese wirklich die fortbestehenden, oft gravierenden Probleme nach

einer Rettungsoperation am DRUG beseitigen kann, ist sie doch letztlich nur ein Platzhalter. Doch die Ergebnisse haben anscheinend nicht nur mich überzeugt, wie sich an dem Umstand ablesen lässt, dass heute neben der Herbert-Ulnakopfprothese mehrere andere Prothesen auf dem Markt sind.

Die Ulnaverkürzungsosteotomie beseitigt zuverlässig die mit einem idiopathischen oder posttraumatischen Ulna-Impaktion-Syndrom einhergehenden ulnokarpalen Schmerzen. Dabei darf sie bei einer fehlverheilten Radiusfraktur nicht als konkurrierendes Verfahren zu einer Radiuskorrekturosteotomie verstanden werden, sondern ist nur dann indiziert, wenn der Radius lediglich eine geringe Verkippung in der Sagital- und Frontalebene aufweist [3]. Auch wenn sich im letzten Jahrzehnt dank speziell für die Ulnaverkürzungsosteotomie entwickelter Platten die Zahl der Pseudarthrosen deutlich verringert hat, so ist doch das Risiko einer Pseudarthrosenentstehung nach Verkürzungsosteotomie der Ulna, im Vergleich z. B. zum Radius mit seiner günstigeren Relation von spongiosen zu kortikalem Knochen im Bereich der distalen Metaphyse, hoch. Durch eine streng parallele Schnittführung bei der Osteotomie als Voraussetzung für eine suffiziente Kompression der Fragmentenden lässt sich die Pseudarthrosengefahr weiter reduzieren. Das Parallelsägeblatt ist hierbei ein hilfreiches Instrument, wobei es nicht nur eine streng parallele Osteotomie ermöglicht, sondern in Verbindung mit der entsprechenden Platte und Sägelehre auch eine exakt definierte Verkürzung erlaubt (vgl. Beitrag von Mühldorfer-Fodor et al „Das Parallelsägeblatt“ in dieser Heftausgabe).

Zur Behandlung des karpalen Kollapses infolge einer Kahnbeinpseudarthrose oder skapholunären Dissoziation hat sich seit langem die mediokarpale Teilverstei-

fung, also die Verblockung von Kopfbein, Mondbein, Hakenbein und Dreiecksbein, bei gleichzeitiger Exzision des Kahnbeines bewährt und ist vielerorts, wenn immer möglich, die Methode der Wahl. Häufigste postoperative Komplikation ist auch hier die Falschgelenkbildung mit einer Rate bis zu 10% [4]. Durch Verwendung der jetzt von verschiedenen Anbietern zur Verfügung stehenden winkelstabilen Platten für die mediokarpale Teilversteifung scheint die Pseudarthrosenrate rückläufig (vgl. Beitrag von Friedel et al „Die mediokarpale Teilarthrodese des Handgelenks mittels Spiderplatte“ in dieser Heftausgabe). Im Gegenzug erlaubt dies eine kürzere Ruhigstellung des Handgelenks als bei Verwendung von Kirschner-Drähten. Dies wiederum lässt auf eine noch bessere Restbeweglichkeit nach der mediokarpalen Teilversteifung hoffen.

Karl-Josef Prommersberger

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K.-J. Prommersberger
 Klinik für Handchirurgie, Röhn-Klinikum
 Salzburger Leite 1, 97615 Bad Neustadt
 kjpro@t-online.de

Literatur

1. Haferkamp H. Die Arthrodese des distalen Radioulnargelenkes mit gleichzeitiger Ellensegmentresektion nach Kapandji. *Oper Orthop Traumatol* DOI: 10.1007/s00064-010-8044-7
2. Pillukat T, van Schoonhoven J (2009) Die Hemiresektions-Interpositionsarthroplastik des distalen Radioulnargelenks nach Bowers. *Oper Orthop Traumatol* 21:484–497
3. Prommersberger KJ, van Schoonhoven J (2007) Korrekturingriffe nach distaler Radiusfraktur. *Unfallchirurg* 110:617–630
4. Prommersberger KJ (2009) Komplikationen bei Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen der Hand. In: Wirth CJ, WE Mutschler, HP Bischoff, H Püschmann, Neu. Komplikationen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Thieme, Stuttgart:417–438