Rund ums Handgelenk

Diskussion mit dem Auditorium

Schmerzen im Bereich des Handgelenkes, seien sie verletzungs- oder erkrankungsbedingt, stellen den Handchirurgen immer wieder vor Probleme, die sich oft nur mit großem diagnostischem Aufwand, nicht allzu selten aber auch überhaupt nicht lösen lassen. Mit umso größerer Spannung wurden die angekündigten Präsentationen zum obigen Thema erwartet.

In allen Vorträgen beeindruckten die übersichtliche Darstellung, die Stellungnahme zu den entscheidenden Fragen und die Korrektheit bezüglich der medizinischen Nomenklatur. Mehr als 54 Jahre nach Erscheinen der Pariser Nomenklatur sollte z. B. der Kahnbeinbruch der Hand wirklich nicht mehr als Navikularefraktur (Os naviculare: Fußwurzelknochen), sondern als Skaphoidfraktur bezeichnet werden. Die Negativbeispiele, die uns täglich in der medizinischen Korrespondenz, aber auch in Lehrbüchern überraschen, könnten fortgesetzt werden!

Wie ein „roter Faden“ zog sich durch die Präsentationen die Aufforderung zu einem Vorgehen „streng nach Schule“. Mit einer exakten Anamnese, gefolgt von einer genauen klinischen Untersuchung und einer standardisierten Röntgenuntersuchung sei in den meisten Fällen bereits die Diagnosestellung möglich. Dies kann ich aus meiner inzwischen 30-jährigen handchirurgischen Tätigkeit nur unterstützen.

Vortrag 1 – diagnostischer Algorithmus beim schmerzhaften Handgelenk

Dieser Vortrag von Herr Dr. Pfau, Tübingen, gab einen guten Überblick über

den diagnostischen Ablauf beim Handgelenkschmerz. Insbesondere sei hier auf die Unterteilung der klinischen Untersuchung hingewiesen:

- klinische Untersuchung Teil 1 (Inspektion, Palpation),
- Röntgenbasisuntersuchung und
- klinische Untersuchung Teil 2 (aktives und passives Bewegen, Stabilitätsprüfung).

Hält man sich nicht an diese Vorgehensweise, kann aus einer rein konservativen Behandlungsindikation ggf. eine Operationsindikation werden (z. B. Dislokation eines nicht dislozierten knöchernen Seitenbandausrisses).

Besonders hingewiesen wurde auch auf den Untersuchungsstandard und die Dokumentation der Untersuchung. Der untersuchende Radiologe ist verpflichtet, seinen Bildern auch einen schriftlichen Befund beizufügen.

Eine Frage aus dem Auditorium bezüglich der CT-Geräte-Qualität (CT: Computertomograph) wurde dahingehend beantwortet, dass es neben der Qualität des Geräts insbesondere auf die des Untersuchers ankomme.

Ein weiteres Problem des Klinik- und Ambulanzalltags seien die Qualität und die Lesbarkeit der digitalen Datenträger. Dieses Problem wird uns sicher noch längere Zeit verfolgen. Papiausdrucke von Röntgenbildern sind z. T. in der Qualität sehr schlecht. Digitale Röntgen-, MRT- (Magnetresonanztomographie) und CT-Daten auf CD sind nicht allzu selten von den Computern in anderen Kliniken und Ambulanzen nicht zu lesen bzw. überfordern durch die Datenmenge die vorhandenen PC-Kapazitäten. Hier sind aus mei-

ner Sicht Gesetzgeber und Industrie gefordert, Software und Hardware so aufeinander abzustimmen, dass diese Daten überall gelesen werden können.

Vortrag 2 – Bildgebung am Handgelenk

Dieser Beitrag von Herrn Dr. Simon, Ludwigshafen, vertiefte das vorangegangene Referat von radiologischer Seite mit einem kurzen Überblick über die zur Verfügung stehenden radiologischen Untersuchungsmethoden.

Ein geschichtlicher Rückblick auf die inzwischen fast 115 Jahre zurückliegende Entdeckung der Röntgenstrahlen (1895) wurde mit der Darstellung der Jubiläumsbriefmarke der Deutschen Bundespost ergänzt. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass zum gleichen Jubiläum auch eine Gedenkmünze herausgegeben wurde.

Betont wurde die Wichtigkeit der Einstelltechniken mit dem Ziel besserer Bildqualität und niedrigerer Strahlenbelastung (ALARA: „as low as reasonable achievable“). Die Einstelltechnik sollte Routine sein, Routine jedoch droht, langweilig zu werden, darf aber im Interesse der Qualität nicht vernachlässigt werden!

Auch in diesem Referat lautete ein Kernsatz: „Gute Routine ist mit einem guten Untersuchungsstandard und damit guter Qualität gleichzusetzen“.

Aus dem Auditorium wurde eine Frage zum Thema mit der Röntgenuntersuchung nicht beantworteter Fragen, nicht mitgegebener Befunde und schlechtem Kontakt zwischen dem die Röntgenuntersuchung Anfordern und dem diese Durchführenden gestellt. Hier laute-

Trauma Berufskrankh 2009 · 12[Suppl 3]:
313–315
DOI 10.1007/s10039-009-1565-3
© Springer-Verlag 2009

K. Lowka

Rund ums Handgelenk . Diskussion mit dem Auditorium

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird ein Überblick der Vorträge des 5. Hauptthemas der 33. Unfallmedizinischen Tagung in Baden-Baden am 17. und 18.10.2009, Rund ums Handgelenk, gegeben. Insgesamt gesehen zeigte die Sitzung, dass für ein gutes Outcome eine Therapie „streng nach Schule“, ein hoher Standard, eine exakte Dokumentation sowie eine enge Kooperation zwischen dem behandelnden Arzt und dem Radiologen unabdingbar sind. Je besser der Standard und je routinierter der Ablauf, desto besser sind die diagnostischen und damit auch die therapeutischen Ergebnisse.

Schlüsselwörter

Handgelenkverletzung · Outcome · Behandlungsstandard · Dokumentation · Kooperation

All about the wrist. Discussion with the auditorium

Abstract

The present article provides an overview of the lectures held on the 5th main topic at the 33rd trauma medicine conference in Baden-Baden, Germany, on 17th and 18th October 2009, “All about the wrist”. Seen as a whole, the session showed that strict therapy “according to the book”, high treatment standards, accurate documentation as well as close cooperation between the treating physicians and the radiologist are essential for a good outcome. Higher treatment standards and a more practised routine produce better diagnostic and therapeutic results.

Keywords

Wrist injury · Outcome · Treatment standards · Documentation · Cooperation

te die klare Antwort, dass die Untersuchung und der Befund in ihrer Qualität in direkter Abhängigkeit von der Qualität der Anforderung (exakte Fragestellung) zu sehen sind.

Zur Sprache kam die Wertigkeit der bildgebenden Diagnostik bei der Diagnostik der Skaphoidfraktur. Hier dominiert nach Herrn Dr. Simon für die Diagnose bei der Fraktur die MRT-Untersuchung, bei der Pseudarthrose zur Diagnose und zur Therapieplanung die CT-Untersuchung. Nicht unterlassen sollte man aus meiner Sicht die Untersuchung der nichtverletzten Gegenseite mittels konventioneller Röntgentechnik. Zu Zeiten zunehmender Rasanzen sportarten mehrten sich auch die Befunde beidseitig vorliegender Handwurzelverletzungen.

Vortrag 3 – Stellenwert der Arthroskopie

Herr Dr. Bickert, Ludwigshafen, stellte in seinem Referat die Notwendigkeit der Arthroskopie (ASK) als diagnostisches Instrument in der Handchirurgie dar.

Die Indikation zur ASK des Handgelenkes sollte nur nach eingehender klinischer (z. B. Watson-Test) und radiologischer Basisuntersuchung [Standardaufnahmen dorso-palmar und streng seitlich in Neutralstellung, z. B. Bestimmung des SL-Winkels (SL: skapholunär)] erfolgen.

Die Bedeutung der ASK bei der Diagnostik und der Therapieplanung der karpalen Bandverletzungen und der Verletzungen des TFCC („triangular fibrocartilage complex“, triangulärer fibro-kartilaginärer Komplex) wurde hervorgehoben und auf die Möglichkeit der arthroskopischen Operation von TFCC-Verletzungen hingewiesen. Das hierzu gezeigte Bildmaterial war qualitativ hervorragend.

Auch Herr Dr. Bickert kam zu dem Schluss, dass die gute klinische Untersuchung mit strenger Indikationsstellung letztlich die besten Ergebnisse liefert.

Vortrag 4 – Bandverletzung am Handgelenk

In dieser Präsentation von Herrn Prof. Dr. Schaller, Tübingen, wurden zunächst in einem geschichtlichen Rückblick die verschiedenen Funktionsmodelle der Hand-

wurzel (z. B. Taleisnik, Lichtmann) dargestellt.

Von großer Bedeutung bei der Diagnostik und Therapie der Bandverletzungen am Handgelenk ist eine Klassifikation der Verletzung, z. B. die Mayo-Klassifikation (CID: „carpal instability dissociative“, CIND: „carpal instability non dissociative“, CIC „carpal complex instability“).

Anhand verschiedener Fallbeispiele wurde die Notwendigkeit einer frühen operativen Versorgung erläutert, eine solche liefere die besseren Ergebnisse. Bei späterer Diagnostik und zur Therapieplanung sei die dynamische Untersuchung unumgänglich. Der Vergleich zur Gegenseite erscheint auch hier unabdingbar, da es auch angeborene karpale Instabilitäten gibt, die nicht notwendigerweise einer operativen Behandlung bedürfen.

Die Prognose der operativen Versorgung von karpalen Bandverletzungen ist vielfach zurückhaltend zu beurteilen, je strenger jedoch die Indikationsstellung und die Aufklärung des Patienten, desto besser sind die Ergebnisse!

Vortrag 5 – Frakturversorgung der karpalen Reihe

Die Präsentationen wurden durch ein Referat von Herrn Dr. Bickert, Ludwigshafen, abgeschlossen.

„Skaphoidfrakturen nehmen 79% aller Frakturen an der Handwurzel ein, bei einer vorgegebenen Redezeit von 10 min dürfe man also 7,9 min über das Skaphoid reden!“

Dieser einleitende Satz von Herrn Dr. Bickert weckte am Ende dieses Vortragsblocks wieder die Aufmerksamkeit der Zuhörer.

Noch immer werden viele Patienten mit Skaphoidfrakturen mit einem Oberarmgips versorgt, dabei ist dies eigentlich seit Jahren nicht mehr als adäquate Behandlung anzusehen. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, wie lange es dauere, bis sich neue Erkenntnisse in der Praxis durchsetzen.

Zur Diagnostik und Therapieplanung bei der Skaphoidfraktur und anderer karpaler Frakturen verwies Herr Dr. Bickert auf die Bedeutung der CT-Untersuchung. Auf eine Frage aus dem Auditorium, ob

diese in jedem Falle, auch bei radiologisch eindeutiger Diagnose, notwendig sei, räumt der Vortragende ein, manchmal sei die CT-Untersuchung auch entbehrlich.

Von besonderer Bedeutung sei bei der operativen Versorgung von Skaphoidfrakturen die intraoperative Kontrolle der korrekten Länge der eingebrachten Implantate mit dem Bildverstärker.

Die zwar seltenen Verletzungen, die perilunäre Luxationsfraktur oder die Lunatumluxation, würden leider recht oft übersehen oder nicht richtig diagnostiziert werden. Auch bei diesen Diagnosen seien eine frühe Diagnosestellung und entsprechend eine frühe operative Versorgung von entscheidender Bedeutung für die Prognose.

Bei jedwedem Verdacht auf eine Fraktur, die sich in der ersten Röntgenuntersuchung nicht dokumentieren lässt, müssen klinische und radiologische Verlaufskontrollen erfolgen! In Diskussionsfragen wurde auf den starken Kostendruck hingewiesen, der zu „mehr Nachdenken“ bei der Anforderung der Röntgenuntersuchung führen muss.

Fazit

Eine Behandlung „streng nach Schule“, hoher Standard, exakte Dokumentation, Kooperation zwischen dem behandelnden Arzt und dem Radiologen, dies waren Aussagen, die sich in allen Referaten wiederholten und eigentlich nicht genug betont werden können.

Je besser der Standard und je genauer die Routine, desto besser sind die diagnostischen Ergebnisse, je exakter die Diagnose, je strenger die Indikationsstellung und die Aufklärung, desto besser die Ergebnisse der Behandlung.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Lowka

Handchirurgie, Zentrum für ambulante Diagnostik und Chirurgie,
Stühlinger Straße 24, 79106 Freiburg
k.u.b.lowka@t-online.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.