

UNTERSUCHUNGSKURS FÜR HAUSÄRZTE 2015

HANDCHIRURGIE

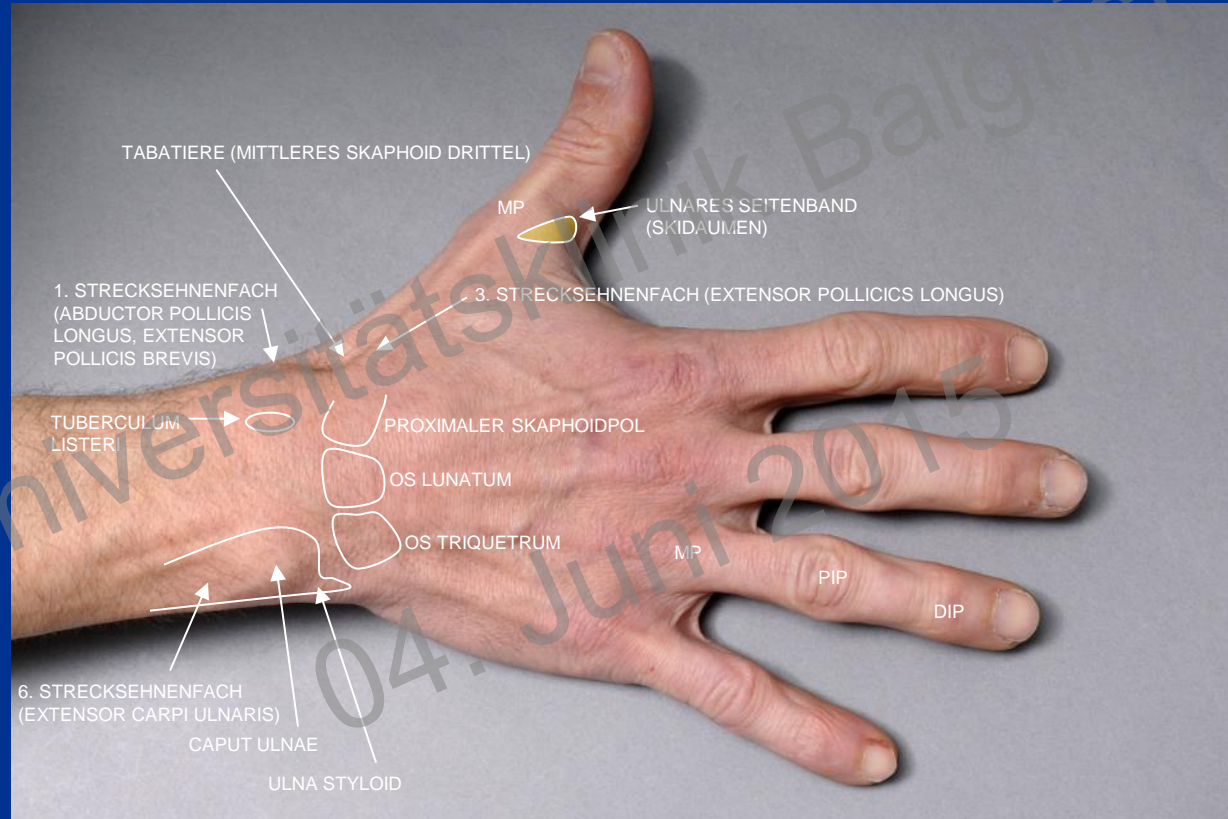
Prof. Dr. med. Ladislav Nagy

Leiter Handchirurgie

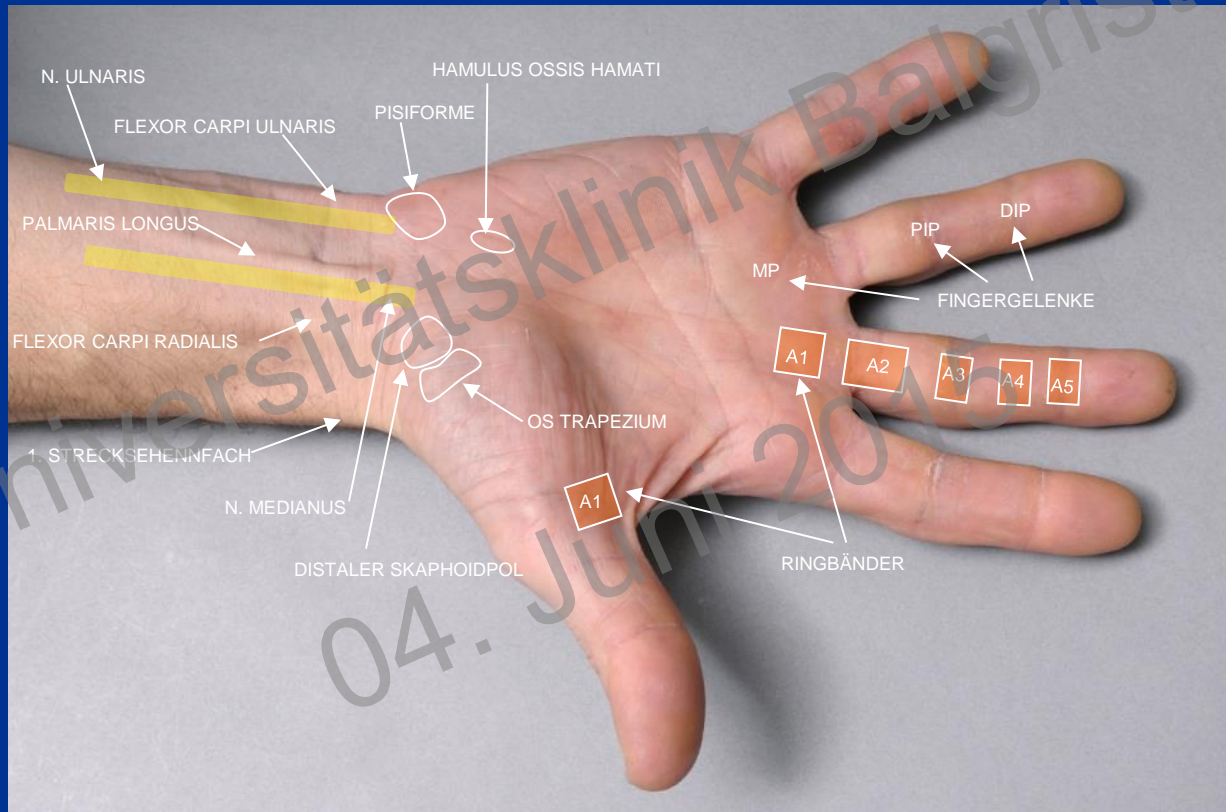
Universitätsklinik Balgrist

4.6.15

ANATOMISCHE LANDMARKEN



ANATOMISCHE LANDMARKEN



„Universitätsklinik Balgrist“
04. Juni 2014

KARPALTUNNELSYNDROM

Definition:

Kompressionschädigung des N. medianus im Karpaltunnel durch Tendosynovitis oder andere Raumforderungen

Klinik:

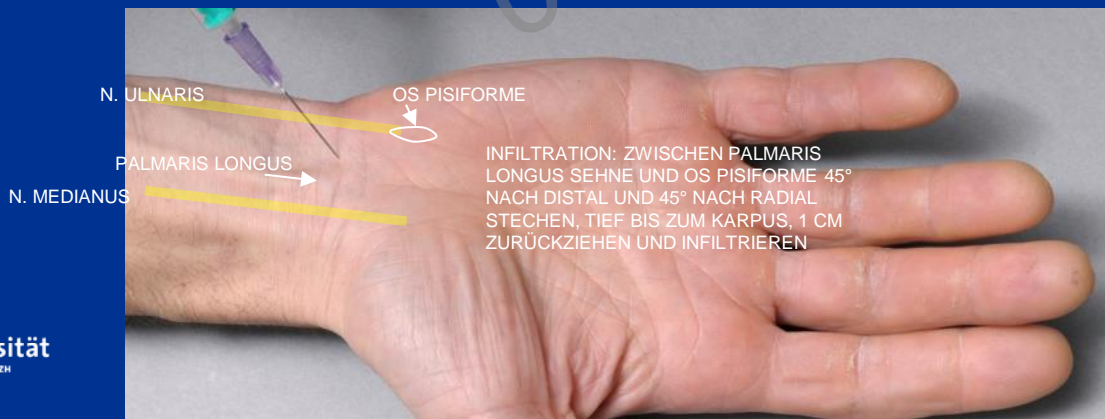
- Intermittierende Parästhesien und/oder Sensibilitätsverlust im Bereich der radialen Handfläche Dig I - III (1/2 IV)
- Schwäche/Atrophie der radialen Thenarmuskulatur (M. abductor pollicis brevis, M. opponens), Test: Palmarabduktion Opponensschwäche/Atrophie
- Sensibilitätsverminderung Dig. I-III: 2-Punkte-Diskrimination, Vibration
- Provokationstests: Auslösung von Parästhesien:
 - Tinelzeichen: Beklopfen im Bereich proximal des Karpaltunnels
 - Phalantest: maximale Handgelenksflexion 60 Sekunden lang
 - Kompressionstest (Durkan): lokaler Druck auf Karpaltunnel
 - Kombination: Flexion Handgelenk und Druck auf den Karpaltunnel

Diagnose:

- Klinische Diagnose
- EMG/ENG, Ultraschall

Therapie:

- Nächtliche Handgelenkmanschette
- Infiltration Karpaltunnel (Steroid, Kenakort 10-40mg, ideal während Schwangerschaft)
- Offene oder endoskopische Karpaltunnelspaltung, evt. Sehnentransfer >> Opposition



SCHNELLENDER FINGER Der Balgrist

Definition:

Passagestörung der Beugesehne durch das Ringband-System infolge Kalibersprung in der Sehne (Knötchen) und Degeneration des ersten (A1) Ringbandes bedingt durch chron. Tenosynovitis

Klinik:

Schnellender Finger, Schnappen im PIP oder IP Gelenk

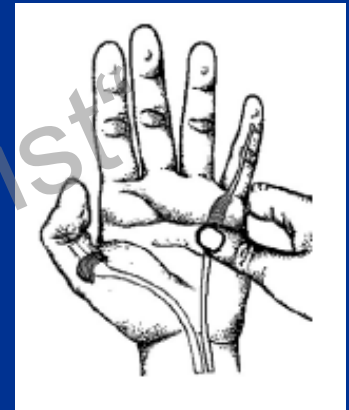
Bei schwerer Ausprägung fixierter/steifer Finger in Flexion oder Extension

Diagnose:

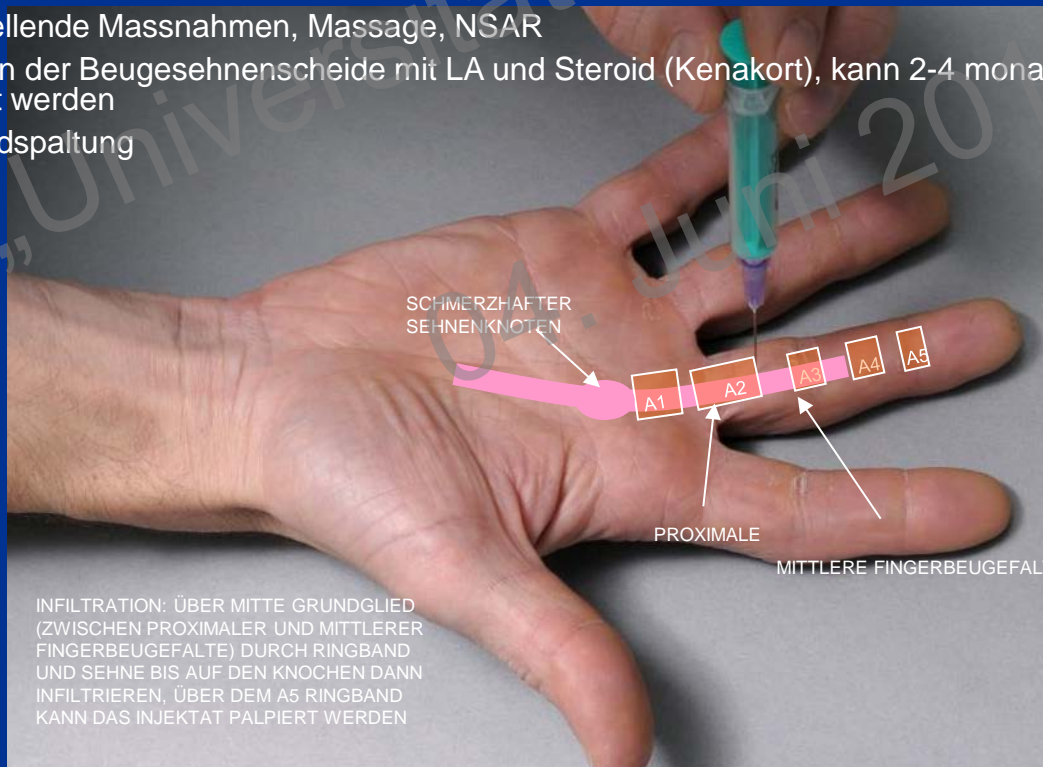
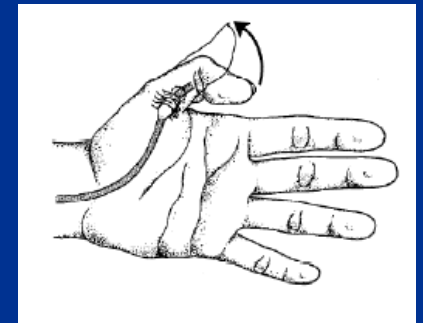
- Druckdolenz über A1 Ringband
- Palpation und Visualisation des Triggerphänomens (Daumen IP Gelenk, andere Finger PIP und DIP Gelenk) und der verdickten Sehne / Sehnenknoten palpabel

Therapie:

- Abschwellende Massnahmen, Massage, NSAR
- Infiltration der Beugesehnenscheide mit LA und Steroid (Kenakort), kann 2-4 monatlich wiederholt werden
- Ringbandspaltung



TRIGGERPHÄNOMEN



INFILTRATION: ÜBER MITTE GRUNDGLIED (ZWISCHEN PROXIMALER UND MITTLERER FINGERBEUGEFALTE) DURCH RINGBAND UND SEHNE BIS AUF DEN KNOCHEN DANN INFILTRIEREN. ÜBER DEM A5 RINGBAND KANN DAS INJEKTAT PALPIERT WERDEN



TENDINITIS DE QUERVAIN Der Balgrist

Definition:

Irritation (Tenosynovitis) der Sehne des M. extensor pollicis brevis und M. abductor pollicis longus bei der Passage der entzündlich verdickten Sehne durch das dann relativ enge erste Strecksehnenfach

Klinik:

Schmerzen, Schwellung, Druckdolenz (nur ausnahmsweise Krepitation) über dem ersten Strecksehnenfach, selten Blockade in Extension/Flexion, Kraftverlust und Schmerz bei z.B Pfannenheben, Säugling tragen (baby wrist)

Diagnose:

- Lokalisation (Radiusstyloid), Druckdolenz
- Finkelstein-Test positiv
- Eichhoff-Test positiv
- schmerzhafte Abduktion und / oder MP-Extension gegen Widerstand (Brunelli-Test)
- Probeinfiltration spricht an

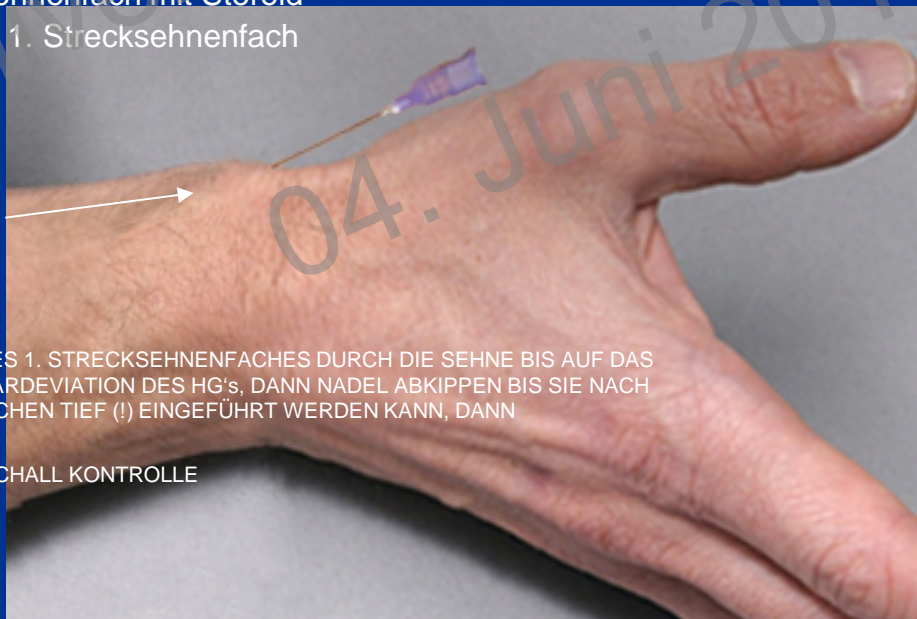
Therapie:

- Ruhigstellung mittels Handgelenksmanschette mit Daumen, lokale und systemische NSAR
- Infiltration 1. Strecksehnenfach mit Steroid
- Spaltung/Erweiterung 1. Strecksehnenfach

1. STRECKSEHNENFACH
(RADIUSSTYLOID, EXTENSOR
POLLICIS BREVIS, ABDUCTOR
POLLICIS LONGUS)

INFILTRATION : DISTAL DES 1. STRECKSEHNENFACHES DURCH DIE SEHNE BIS AUF DAS RADIUS-STYLOID, IN ULNARDEVIATION DES HG's, DANN NADEL ABKIPPEN BIS SIE NACH PROXIMAL AUF DEM KNOCHEN TIEF (!) EINGEFÜHRT WERDEN KANN, DANN INFILTRIEREN

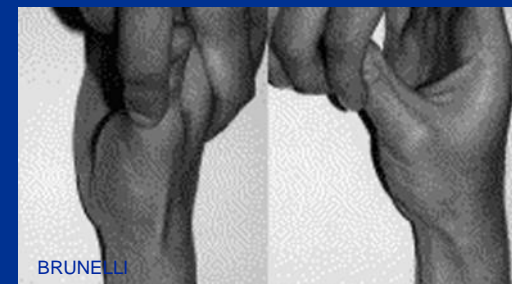
ALTERNATIV MIT ULTRASCHALL KONTROLLE



FINKELSTEIN



EICHHOFF



BRUNELLI

RIZARTHROSE

Definition:

Degenerative und schmerzhafte Erkrankung des Daumen-Sattelgelenkes (=Trapeziometakarpal Gelenk = TMC)

Klinik:

- Schmerzen bei Belastung des Daumens (Schlüsselgriff) und Abspreizung des Daumens (Ergreifen grosser Gegenstände wie Flaschen oder Büchsen-Deckel etc.)
- Periartikuläre Weichteilschwellung
- Kraftverlust und Bewegungseinschränkung > Adduktionskontraktur
- Kompensatorische Überstreckung und Instabilität im MP Gelenk

Diagnose:

- Lokaler Druckschmerz an palmar-radialer Ecke des TMC Gelenkes
- Schmerz bei Subluxation - Provokation Basis MC I nach palmar radial
- Achsenstauchschmerz mit Krepitieren bei Drehbewegung (Mahltest)
- Arthrosezeichen im Röntgenbild

Therapie:

- Ruhigstellung in kurzem Daumenkanal (ohne Handgelenk), lokale und systemische NSAR
- Infiltration CMC I Gelenk mit Steroid (Kenakort) und LA, kann 2-4 monatlich wiederholt werden
- Operation: Trapezektomie, Suspensions- / Interpositionsarthroplastik



SENSITIVSTER DRUCKSCHMERZPUNKT
BEI RHIZARTHROSE (PALMAR - RADIAL)



INFILTRATION: AM DISTALEN ENDE DER TABATIÈRE
GELENKSPALT PALPIEREN UND MARKIEREN, 3 MIN.
DESINFEKTION, AM DAUMEN ZIEHEN (GELENKSDISTRAKTION)
MIT NADEL 45° NACH DISTAL GELENKSPALT PALPIEREN, BIS
KLAR INTRAARTIKULÄR, INFILTRIEREN VON KENAKORT UND LA

SKIDAUMEN

Definition:

Ruptur/Teilruptur des ulnaren Kollateralbandes und/oder des akzessorischen Seitenbandes/der palmaren Platte. Verursacht durch traumatische, massive Radialdeviation des Daumengrundgelenkes (=MP I)

Kollateralband gewährleistet Seitenstabilität des MP-Gelenkes in Flexion

Akzessorisches Seitenband/ Palmare Platte sorgt für Seitenstabilität in Extension und limitiert Extension

Klinik:

Schmerzen, Schwellung, Druckdolenz, Aufklappbarkeit, Überstreckung

Diagnose:

Prüfung der Bandstabilität durch Radialdeviation der Grundphalanx in 30° und 0°

Beurteilung des Ausmasses der Aufklappbarkeit und der Qualität des Bandanschlags im Seitenvergleich.

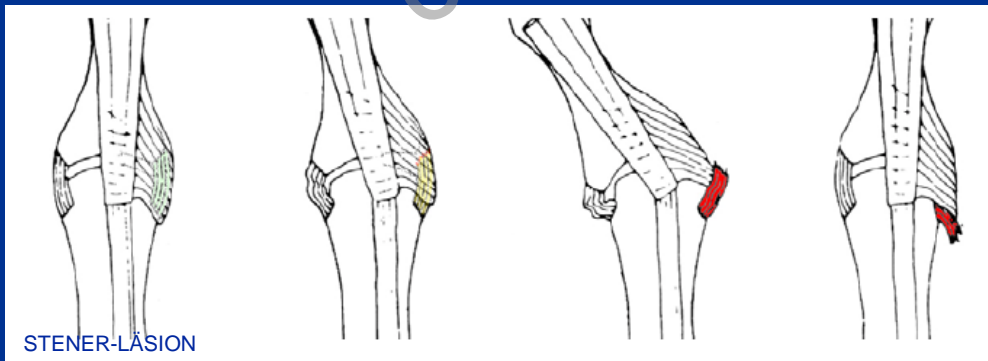
Keine Aufklappbarkeit > keine Läsion

bei Aufklappbarkeit aber festem Anschlag > Dehnung aber erhaltene Kontinuität

bei Aufklappbarkeit und fehlendem Anschlag > Ruptur des getesteten Bandanteiles. CAVE ! Stener-Läsion (siehe unten).

Therapie:

- Wenn Stener-Läsion ausgeschlossen (Ultraschall oder MRI): Absolute Schienenimmobilisation 6 Wochen, danach unbelastete Bewegung aus der Schiene weitere 6 Wochen, dann Freigabe
- Stener-Läsion nachgewiesen oder möglich: Operative Bandnaht. Nachbehandlung wie oben.



HANDGELENKSSCHMERZ Der Balgrist

Klinik

Zusatzuntersuchungen

Radial:

Skaphoidfraktur

DD Tabatière, prox. / dist Skaphoidpol

Röntgen, CT Skaphoid

Skaphoidpseudarthrose

Schmerz in Radialdeviation & Watson-Test

Röntgen, CT Skaphoid

Distale Radiusfraktur

DD: Proc. styl. radii, Schwellung

Röntgen Handgelenk ⊥, (CT)

SLAC

Schmerz in Radialdeviation & Watson-Test

Röntgen Handgelenk ⊥

STT-Arthrose

Schmerz in Radialdeviation

Röntgen Handgelenk ⊥

(Tendinitis De Quervain, Rizarthrose)

Dorsal:

Dorsales Handgelenks-Ganglion

Palpation, Schmerz in Extension

Röntgen ⊥, US Handgelenk

Distale Radiusfraktur

DD: Tuberculum Listeri, Schwellung

Röntgen Handgelenk ⊥

SL-Bandruptur

DD: SL-Spalt & positiver Watson-Test

Röntgen Handgelenk ⊥,
Arthro-MRI

Ulnar:

Ulnokarpale Impaktation

Schmerz in Ulnardeviation

Röntgen Handgelenk ⊥, MRI

TFCC-Ruptur

dito, ev. Instabilität DRUG

Arthro-MRI, ev US

Palmar:

radio-palmare Handgelenks-Ganglion

Palpation

Röntgen ⊥, US Handgelenk

Piso-Triquetral-Arthrose

Pisiforme-Verschiebeschmerz, Krepitus

CT, MRI Handgelenk

Periphere TFCC-Ruptur

DD: Fovea, ev. Instabilität DRUG

Arthro-MRI, ev US

Fraktur Hamulus o.hamati

DD: Hamulus, ev. Schmerz bei Faustschluss

CT Handgelenk

HANDGELENKSSCHMERZ Der Balgrist

