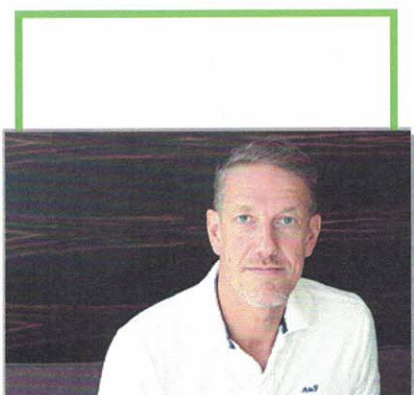


Jedes Quartal ein Krankheitsbild | Ausgabe 4-2019



Liebe Kolleginnen  
und Kollegen,  
in diesem Quartal  
beschäftigt sich unser  
Hand-Letter mit der  
Scaphoidfraktur.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Michael Lehnert  
und die  
Sektion Handchirurgie  
im MVZ Meviva

## Die Scaphoidfraktur - Diagnostik und Behandlung

Die Scaphoidfraktur hat durch die Zunahme der sogenannten Funsportarten in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Mit 82-89% ist die Scaphoidfraktur die häufigste Fraktur der Handwurzelknochen. Die Inzidenz beträgt 46 Frakturen pro 100.000 Einwohner in Deutschland. Das entspricht 36.800 Frakturen pro Jahr. Die Hauptursache des Kahnbeinbruchs ist der Sturz auf das handrückwärts gestreckte Handgelenk. Das Kahnbein bricht nur in 3% der Fälle, wenn der Betroffene auf das nach unten gebeugte Handgelenk stürzt.

Meistens ist das Handgelenk über 95 Grad nach oben gebeugt, so dass das Kahnbein gegen die Gelenkfläche der Speiche schlägt. In diesen Fällen kann das Kahnbein der Krafteinwirkung nicht mehr ausweichen und es kommt zum Bruch des Knochens. Es ist von der exakten Krafteinwirkung abhängig, wie der Knochen bricht.

Wir unterscheiden nach Herbert/Krimmer die stabilen Frakturen Typ A und die instabilen Frakturen Typ B.

## Diagnostik

Die leitliniengerechte Diagnostik umfasst die Röntgenaufnahme in zwei Ebenen. (p.-a. und streng seitlich) Zusätzlich empfehlen wir die sogenannte Stecherprojektion, um das Scaphoid in seiner gesamten Längsachse darzustellen.



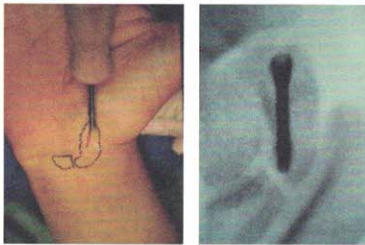
Bis zu 27% der Scaphoidfrakturen sind im konventionellen Röntgen nicht erkennbar. Deshalb wird eine CT zur Diagnostik der Frakturmorphologie und operativen Planung gefordert.

Hier ist oftmals erst das gesamte Ausmaß des Humpback, die Abkippung der Fraktur erkennbar. Der MRT kommt in der Diagnostik der frischen Scaphoidfraktur nur eine untergeordnete Rolle zu, lediglich zur Mitbeurteilung eventueller SL-Bandrupturen kann sie indiziert sein.

## Therapie

Die konservative Therapie mittels Gipsruhigstellung erfolgt bei der nichtdislozierten Fraktur Typ A.

Oberarmgipse haben gegenüber dem Unterarmgips keinen Vorteil und sollten nicht mehr verwendet werden. Typ A Frakturen können grundsätzlich auch minimal-invasiv verschraubt werden. Dieses schonende Verfahren gehört in die Hand eines



Handchirurgen und kann die Ruhigstellungszeit und somit die Rehabilitation deutlich verkürzen, da frühzeitig auf eine Schonung des Handgelenkes in einer Bandage übergegangen werden kann. Typ B Frakturen müssen operativ-rekonstruktiv behandelt werden, damit die anatomisch korrekte Stellung des Karpus wieder hergestellt wird.

Die Verwendung einer Doppelgewindekompressions-schraube modifiziert nach Herbert ist hier "the gold standard".



Die Ruhigstellungszeit bei konservativer Behandlung und bei operativer Behandlung ist abhängig von der Art der Fraktur und deren chirurgischer Versorgung. Als Faustregel kann gelten, dass konservativ behandelte Typ A Frakturen zwischen 4-8 Wochen immobilisiert werden.

Minimal-invasiv versorgte Frakturen werden 2-3 Wochen ruhiggestellt. Die Typ B Frakturen, welche häufig offen-chirurgisch versorgt werden müssen, erfordern eine Immobilisation für bis zu 6 Wochen.

Unabhängig von der gewählten Therapieform ist eine anschließende KG-Behandlung unerlässlich. Werden diese einfachen Grundsätze der Diagnostik und Therapie konsequent ausgeführt, gelingt es, die Pseudarthrose-Rate der Scaphoidfraktur weiter zu senken.

Handsprechstunde  
Montag bis Freitag  
9:00 bis 18:00 Uhr

Anmeldung  
030-318631-11  
oder  
mail@meviva.de  
oder  
www.meviva.de

Sektion  
Handchirurgie im  
MVZ Meviva  
Stuttgarter Platz 1  
10627 Berlin

Impressum  
MVZ Meviva  
Dr. Michael Lehnert  
Stuttgarter Platz 1, 10627 Berlin