

Ergebnisse von Immobilisation und nachfolgender dorsaler Kapselplikaturn bei mediokarpaler Instabilität

von Schroeder HP, Dorsal Wrist Plication for Midcarpal Instability. J Hand Surg Am 2018; 43: 354 – 359

Patienten mit einer mediokarpalen Instabilität leiden an einer therapieresistenten, chronischen, schmerzhaften Subluxation im Mediokarpalgelenk nach palmar und/oder dorsal. Welches therapeutische Vorgehen gewählt werden sollte, wird kontrovers diskutiert. Ein kanadischer Forscher stellt nun die Ergebnisse eines auf der Plikatur der dorsalen Kapsel-Band-Strukturen basierenden Behandlungsansatzes vor.

Die Immobilisierung des Mediokarpalgelenks sowie verschiedene chirurgische Verfahren zur Rekonstruktion der Bandstrukturen führen meist zu keiner ausreichenden Stabilisierung der proximalen Reihe, erklärt Dr. Herbert von Schroeder von der Abteilung für Orthopädische Chirurgie und der Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der Universität Toronto. Er hat untersucht, inwiefern ein Behandlungsalgorithmus aus einem konservativen Vorgehen und einer Raffung der dorsalen Kapsel zu einer mediokarpalen Stabilisierung und Schmerzlinderung führt. Studienteilnehmer waren 25 Patienten (12 Männer) im Alter zwischen 14 und 40 Jahren mit 29 symptomatischen Handgelenken. In allen Fällen zeigte sich klinisch eine mediokarpale Subluxation. Ferner wiesen alle Patienten einen positiven Lichtman-Test auf: Hierbei wird durch die Ultraduktion des Handgelenks eine Reposition der proximalen Reihe ausgelöst, die sich in Form eines pathognomonischen Klickens, des sogenannten „catch-up clunk“, manifestiert. Bei allen Studienteilnehmern erfolgte zunächst die Ruhigstellung der betroffenen Handgelenke über 6 Wochen in einem Gipsverband oder mithilfe einer Orthese. Patienten

mit anhaltenden Beschwerden nach dem konservativen Therapieversuch (Schmerzen, Instabilität, Funktionseinschränkungen) oder klinischen Auffälligkeiten wurde eine operative Therapie angeboten. Diese umfasste die Plikatur der dorsalen Kapsel über dem Mediokarpalgelenk und der extrinsischen Ligamente, gefolgt von einer mehrwöchigen Immobilisierung und schrittweisen Belastungssteigerung unter Anleitung eines Therapeuten. Brachte dieses Vorgehen keine Symptombesserung, bestand als Ultima Ratio die Möglichkeit der mediokarpalen Handwurzelarthrodese mit Exzision des Skaphoids. Vor, während und nach der Behandlung wurden die Griffstärke und die Beweglichkeit im Handgelenk objektiviert. Ferner beantworteten die Patienten wiederholt den „Patient-Rated Wrist Evaluation“-Fragebogen.

Ergebnisse Bei 22 von 29 Handgelenken führte die Ruhigstellung zu einer partiellen Symptombesserung. Unter der anschließenden Mobilisierung kehrten die Beschwerden jedoch zurück. Die übrigen Patienten lehnten nach einer nicht erfolgreichen Immobilisation weitere konservative Therapieversuche ab, sodass bei allen 25 Studienteilnehmern angesichts persistierender Beschwerden die dorsale Plikatur der Kapsel-Band-Strukturen erfolgte. Nach einer Nachbeobachtungszeit von durchschnittlich 35 Monaten konnten 23 Patienten mit 27 operierten Handgelenken untersucht werden. Bei diesen zeigten sich signifikante Verbesserungen der Griffstärke sowie des „Patient-Rated Wrist Evaluation“-Scores in allen Domänen (Schmerz, Aktivitäten). Während die Handgelenkextension in vollem Umfang möglich war, verringerte sich die Flexion von 66 auf 45 Grad. Alle Patienten konnten nach der Operation die Anwendung von Handgelenkorthesen einschränken. Am stärksten profitierten von dem Eingriff Frauen im Alter unter 25 Jahren, die eine bilaterale Bandlaxizität und Hypermobilität aufwiesen sowie Personen ohne traumatische oder arbeitsbedingte Schädigung. Männer im Alter über 25 Jahre mit mäßigem oder schwerem – meist beruflich bedingtem – Trauma und unilateraler Problematik hatten die schlechteste Prognose. Die Behandlung von 20 Hand-

gelenken führte zur Zufriedenheit der Patienten. In 2 Fällen wurde aufgrund einer Rezidiv-Instabilität eine Four Corner Fusion erforderlich.

FAZIT

Bei einer mediokarpalen Instabilität führt eine Immobilisation des Handgelenkes lediglich zu einer vorübergehenden Symptomlinderung, sagt Dr. von Schroeder. Durch eine Plikatur der dorsalen Kapsel-Band-Strukturen ist in vielen Fällen – insbesondere bei jungen Frauen mit bilateraler Hypermobilität – eine nachhaltige Stabilisierung des Handgelenkes möglich. Eine vollständige Schmerzfremheit ist nach seiner Einschätzung jedoch durch keinen Therapieansatz zu erreichen.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell