

Symposium der modernen Handchirurgie in Berlin

Am 22. November 2019 veranstalteten der Hilfsmittelhersteller Juzo, Aichach, in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Versorgungszentrum „meviva“ das Symposium der modernen Handchirurgie. Dr. med. Michael Lehnert, Berlin, stellt seinen Kollegen Dr. med. Andreas Englert aus dem Zentrum für Gelenkchirurgie in München vor, mit dem zusammen er die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung innehatte. Dr. Lehnert betonte, dass mit Dr. Englert die Nord-Süd-Achse der Handchirurgie gestärkt werden solle.

Mehr als zufrieden waren die wissenschaftliche Leiter, die Referenten und die Veranstalter mit rund 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Gelobt wurde auch die rege Teilnahme an den anschließenden Diskussionen zu den Vorträgen. „Das Symposium fand in einem sehr schönen Rahmen statt. Es wurde sich über den Goldstandard und über Innovationen aus dem handchirurgischen Fachgebiet ausgetauscht und diskutiert. Sowohl Referenten als auch Besucher können von einem Wissenstransfer dieser Art profitieren“, beschrieb Dr. Lehnert die Veranstaltung.

Die Vortragsreihe eröffnete Dr. med. Martin Lautenbach, Berlin, mit einem Vortrag zu Komplikationen nach operativ versorgten distalen Radiusfrakturen. Man müsse zwischen Folgen von Begleiterkrankungen und Folgen der eigentlichen Operation unterscheiden. Wenn man Begleiterkrankungen bei der Behandlung mit bedenke, könnten Komplikationen in der Nachbehandlung deutlich verringert werden. Gerade nach Operationen seien Frühkomplikationen wie Strecksehnenrupturen, Beugesehnenrupturen oder eine Frakturheilung in einer Fehlstellung, zu verhindern. Komplikationen würden häufiger nach einer konservativen Therapie als nach einer operativen Therapie auftreten. Treten welche auf, so sei ein komplexes System von Ärzten, Hand- und Ergotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Sozialdiensten und vielen mehr notwendig, um den Patienten eine vollständige und effektive Genesung zukommen zu lassen. Insgesamt würden aber Komplikationen selten auftreten und seien oft vermeidbar.

Dr. med. Andreas Englert gab ein Update zur Rhizarthrose, welche die häufigste Arthrose der oberen Extremitäten darstelle. Die Rhizarthrose, beziehungsweise Daumensattelgelenksarthrose, lasse sich nach Eaton und Littler in vier Stadien einteilen. Je nach Stadium würden verschiedene sowohl konservative Therapieoptionen, wie z.B. Orthesenversorgung, Medikamente oder intraartikuläre Injektionen, als auch operative Therapieoptionen, wie die Arthroskopie des Sattelgelenks, Arthrodese, Prothese oder Teil- oder Komplettresektion des Trapeziums in Frage kommen. Es sei nicht von der Hand zu weisen, dass konservative Therapien zwar Schmerzen lindern würden, jedoch nicht die endgültige Lösung zur Heilung seien. Der Goldstandard in der Therapie nach Operationen (ab Stadium II nach Eaton-Littler) sei die Resektionsarthroplastik mit oder ohne Sehneninterposition, etwa in der Technik nach Epping oder Lundborg. Egal ob mit einer konservativen oder einer operativen Therapie - es können zwar gute Ergebnisse erzielt werden, eine hundertprozentige Heilung könne aber nie erreicht werden.

Dem Thema „ergotherapeutische Schienen“ widmete sich Claudia Stapel, Ergo- und Handtherapeutin aus Berlin. Sie betonte, dass die Ergotherapie immer wichtiger werde und ständig im Wandel sei. Als unterstützendes Element in der Therapie würde sich der Schienenbau an die Operationstechniken anpassen. Ein wesentlicher Vorteil beim Schienenbau mit unterschiedlichsten Materialien, wie beispielsweise Holz, sei, dass sich die Schienen flexibel an den Heilungsverlauf anpassen würden und veränderbar seien. Frau Stapel erklärte die Unterschiede zwischen statischen Lagerschienen, Übungs- und Dynamischen Schienen. Neben Lagerung und einer Schutzfunktion für das Gelenk sollen Schienen unter anderem Handfunktionen ermöglichen, verbessern oder ersetzen und den Schmerz lindern. Je angenehmer eine Schiene gebaut sei, desto größer sei die Compliance des Patienten, die in einer erfolgreichen Therapie unbedingt gegeben sein müsste.

Zur Thematik der karpalen Instabilitäten sprach Frau Dr. med. Maryam Wickert, Berlin, und stellte folgende Anforderung an ein Handgelenk: Maximale Beweglichkeit und Stabilität in jeder Position. Diese Funktionen seien aber beeinträchtigt, sobald karpale Instabilitäten auftreten, so Dr. Wickert. Die häufigsten Ursachen für karpale Instabilitäten seien Traumata mit Ruptur der stabilisierenden Bänder und adaptive Fehlstellungen nach Frakturen des Radius. Karpale Instabilitäten lassen sich in vier Typen unterteilen: CID (carpal instability dissociative), CIND (carpal instability non-dissociative), CIC (carpal instability complex) und CIA (carpal instability adaptive). Daneben gäbe es auch einige kombinierte Verletzungen, wie z.B. perilunäre Luxation (lesser arc injury). Eine radiologische Winkelbestimmung des SL- und RL-Bandes sei häufig nötig, um eine klare Diagnose stellen zu können. Je nach Fall müssten möglicherweise diverse Fachzentren hinzugezogen werden, um dem Patienten eine korrekte und effiziente Nachbehandlung garantieren zu können.

Dr. med. Christian Pessenlehner, Berlin, informierte zum Stand der Frakturen des Kahnbeins nach der aktuellen S3 Leitlinie Skaphoidfraktur der DGU und DGH. Zwei Drittel aller Handwurzelfrakturen seien Skaphoidfrakturen die meist durch einen Sturz entstehen. In 90% der Fälle treten diese bei Männern auf. Eine derartige Fraktur könne, abhängig vom Frakturtyp, sowohl konservativ als auch operativ, beispielsweise mittels perkutaner Verschraubung behandelt werden. Bei Frakturen im proximalen Drittel sollte immer über einen dorsalen Zugang operiert und anschließend ruhiggestellt werden. Je nach Art der Fraktur müsse entschieden werden, welche Behandlungsmethode angewandt werden muss. Das Ziel sei immer, die Bildung einer Kahnbeinpseudarthrose und deren Folgen zu verhindern. Rund die Hälfte der Frakturen würden aber nicht erkannt werden, was das Risiko der Ausbildung einer Kahnbeinpseudarthrose deutlich erhöhe.

Den Vortragsnachmittag schloss Dr. med. Michael Lehnert mit einem Update zum komplexen regionalen Schmerzsyndrom, kurz CRPS, ab. Es sei immer noch schwierig, den Patienten mit CRPS zu erklären, an was sie genau leiden würden. Allem voran ist es jedoch bedeutend, dass die behandelnden Ärzte an das CRPS denken, denn nur eine frühzeitig eingeleitete Therapie kann ein erfolgreiches Ergebnis hervorbringen. Dr. Lehnert erläuterte einige Therapieformen, wie zum Beispiel die Behandlung mit Steroiden oder N-Acetylcystein, invasive Therapien oder auch die Gabe von Cortison. Auch Physio- und Handtherapie würden einen großen Stellenwert einnehmen. Dr. Lehnert betonte, dass eine klare Definition für den Patienten wichtig sei und definierte CRPS selbst als „den sichtbar gewordenen Schmerz“. Es sei unbedingt erforderlich, die Patienten in die Behandlung miteinzubeziehen und gegebenenfalls weitere Spezialisten, wie zum Beispiel Neurologen, zu Rate zu ziehen.