

# Der posttraumatische karpale Kollaps – Verlauf und Therapiekonzept

**P**osttraumatische Veränderungen am Handgelenk werfen häufig Fragen hinsichtlich Ursache und therapeutischer Konsequenz auf. Die Analyse der Biomechanik der Handwurzel liefert die Basis für die stadienorientierte Entstehung der arthrotischen Veränderungen nach einer knöchernen oder ligamentären Kontinuitätsunterbrechung der proximalen Handwurzelreihe. Langfristig resultiert hieraus fast immer ein fortgeschrittener karpaler Kollaps mit Arthrose im radioscaphoidalen und mediokarpalen Gelenkabschnitt.

Zur Vermeidung dieser Spätfolgen hat sich bei den früher nahezu ausschließlich konservativ behandelten Frakturen des Kahnbeins ein differenziertes Behandlungskonzept mit Einteilung nach Stabilitätskriterien durchgesetzt.

Als Konsequenz werden instabile Frakturen grundsätzlich operativ versorgt.

Die Tragweite von Verletzungen der skapholunären Bandverbindung erfährt zunehmende Akzeptanz. Die diagnostische Problematik hat durch den vermehrten Einsatz der Handgelenksarthroskopie einen deutlichen Fortschritt erfahren und erlaubt neben der Frühdiagnose eine exakte Analyse von Spätschäden, so daß eine angepasste Therapie möglich wird.

Trotz all dieser Fortschritte sehen wir noch eine Vielzahl an Patienten mit den klinischen und radiologischen Zeichen eines fortgeschrittenen karpalen Kollaps. In diesen Fällen sind rekonstruktive Maßnahmen zum Scheitern verurteilt. Als Rettungsoperation wurde bisher meist die Arthrodesis

des Handgelenkes durchgeführt, durch die der Patient allerdings eine erhebliche Einschränkung erfährt. Der prothetische Gelenkersatz bleibt wegen Stabilitätsproblemen auf eine Minderheit beschränkt. Die mediokarpale Teilarthrodese des Handgelenkes basiert auf der Erkenntnis, daß auch beim fortgeschrittenen karpalen Kollaps nicht alle Gelenkabschnitte von der Arthrose betroffen sind. In diesen kann nach Ausschaltung der arthrotischen Gelenkflächen eine Restbeweglichkeit aufrechterhalten werden mit vergleichbarer Schmerzreduktion wie bei einer Totalarthrodese.



Hermann Krimmer