

60. Zur Behandlung des geschlossenen Strecksehnenabrisses am Fingerendglied

Von

H. GEORG-Heidelberg

Der Strecksehnenabriß am Fingerendglied ist der häufigste aller Sehnenrisse. Er kann zustande kommen entweder durch direkte Gewaltwirkung, Quetschung oder Schlag, oder indirekt durch plötzliche Überbeugung des Endgliedes bei angespanntem Streckapparat.

Diese relativ geringfügige Verletzung führt doch zu einer beachtlichen Funktionsstörung der ganzen Hand und wird als sehr störend empfunden. Durch den Ausfall des Streckapparates und den kräftigen Zug der tiefen Beugesehne gerät das Endglied in volle Beugstellung und kann aktiv nicht mehr gestreckt werden. Der Streckausfall führt bei vielen Tätigkeiten zu einer starken Behinderung. Maschinenschreiben, Greifen kleiner Gegenstände oder das Anziehen von Handschuhen ist sehr erschwert. Auch die Stereognostik ist insofern gestört, als jeder ergriffene Gegenstand größer erscheint als er ist. Es sind zahlreiche Behandlungsmethoden beschrieben, die jedoch nur selten zu guten funktionellen Resultaten führen.

Die Fixierung des Endgliedes für 4—5 Wochen in Streckstellung durch Gips-, Plastik- oder Schienenverbände ist technisch schwierig, für den Patienten lästig und führt oft zu Drucknekrosen der Haut oder Teilversteifung nicht beteiligter Gelenke. Zu verwerfen ist jede Methode, die den ganzen Finger in Überstreckstellung fixiert oder gar das Handgelenk noch mit einbezieht. Auch die Naht des Streckapparates kann den Streckausfall nur selten beheben. Die Aponeurose reißt so gut wie immer unmittelbar am Endgliedknochen ab. Ihre Reinsertion ist technisch schwer durchführbar, da die Nähte in der dünnen Aponeurose leicht ausreißen und die Fixierung am Endgliedknochen kaum möglich ist. Vielfach wird die ausziehbare Naht nach Durchbohrung des Endgliedes empfohlen. Aber auch bei dieser Methode schneiden die Fäden leicht durch, der funktionelle Erfolg ist zweifelhaft.

Eine weit bessere Möglichkeit der vollkommenen und absolut sicheren Ruhigstellung des Endgelenkes bietet die sog. „innere Fixierung“ im Sinne einer temporären Arthrodesen durch zentralen Bohrdraht. Beim frischen Strecksehnenabriß bis etwa zum 8. Tag bringt diese Methode nach unseren Erfahrungen durchweg gute funktionelle Ergebnisse.

Wichtig ist die Fixierung ausschließlich des Endgelenkes, Grund- und Mittelgelenk sollen frei bleiben. Das abgerissene Sehnenende kann sich nur 2—3 mm zurückziehen, da der Streckapparat durch seine Ansätze am Grund- und Mittelglied gehalten wird. Auch die aus den

Sehnen der Lumbricales und Interossei gebildeten Seitenzügel hängen innig mit der Streckaponeurose zusammen und können nicht weiter zurückweichen. Es genügt also allein eine mäßige Überstreckung im Endgelenk, um das abgerissene Sehnenende wieder mit der Endgliedbasis in Kontakt zu bringen. In dieser Stellung wird ein Bohrdraht von der Fingerkuppe her durch den Endgliedknochen und das Endgelenk bis ins Mittelglied eingetrieben. Hierdurch wird isoliert das Endgelenk absolut sicher fixiert, die übrigen Fingergelenke bleiben frei beweglich. Die Hand ist gebrauchsfähig und kann beliebig oft gereinigt werden. Nach etwa 4—5 Wochen wird der Bohrdraht entfernt.

Bei älteren Verletzungen — also nach Ablauf einer Woche — ist die Arthrodesen allein nicht ausreichend. Zwischen Sehnenende und Endgliedknochen hat sich inzwischen eine Narbe gebildet, die eine Annäherung des Sehnenendes verhindert. Für diese veralteten Fälle, welche häufiger zur Behandlung kommen als die frischen Verletzungen, wurde an der Heidelberger Klinik ein operatives Verfahren entwickelt, welches in Kombination mit der temporären Arthrodesen sehr gute Ergebnisse erzielt. Hierbei wird die Narbenplatte, die sich sozusagen als Verlängerung der Sehne gebildet und festen Kontakt mit dem Endgliedknochen erlangt hat, nutzbar gemacht. Die Narbe muß jedoch entsprechend kräftig sein, um der Beanspruchung standhalten zu können. Man sollte deshalb mindestens 3 Wochen nach der Verletzung zuwarten, ohne jedoch irgendwelche fixierenden Verbände anzuwenden.

Nach bogenförmiger Incision und Ablösung der Haut über dem Endgelenk kommt diese Narbe als Verlängerung des Streckapparates zur Darstellung. Die Narbe wird vorsichtig von der Unterlage abgelöst, möglichst ohne das Endgelenk zu eröffnen. Durch eine Raffnaht kann dieser breite Narbenzügel soweit verkürzt werden, daß das Endglied durch den Sehnenzug in Überstreckstellung kommt. Diese Position wird durch die temporäre Arthrodesen mittels eines zentralen Bohrdrahtes erhalten. Der Draht wird unmittelbar an der Fingerkuppe abgezwickelt. Nach 5 Wochen wird er gezogen und mit Bewegungsübungen begonnen.

Bei den so behandelten 14 Fällen konnte mit einer Ausnahme volle Streckfähigkeit erzielt werden. Eine endgradige Beugebehinderung im Endgelenk wird von den Patienten nicht als störend empfunden.

Vorsitzender: Ich danke. Diese kleine Operation scheint mir praktisch wichtig zu sein.

Hat jeder einen Wahlzettel erhalten? — Dann bitte ich, die Wahlzettel einzusammeln. Ich mache aber nochmals darauf aufmerksam, daß wahlberechtigt nur Mitglieder sind.

Wir fahren mit dem wissenschaftlichen Teil fort. Ich bitte Herrn LANG-Innsbruck.