

Fachbericht Handchirurgie

Die distale Radiusfraktur – Aktuelle Behandlungskonzepte ermöglichen immer bessere Therapieerfolge

Die Behandlung der distalen Radiusfraktur hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Winkelstabile Implantate erlauben heute auch beim älteren Patienten mit osteoporotischer Knochensituation eine frühfunktionelle Nachbehandlung und eine schnelle Rückkehr in den Alltag.

Die distale Radiusfraktur (oder der handgelenksnahe Speichenbruch) ist die häufigste Fraktur des Menschen. Die grosse Mehrheit dieser Brüche ist aufgrund des typischen Sturzes auf die offene Hand streckseitig abgekippt und weist vielfach eine Trümmerzone im Knochen auf, was insbesondere bei älteren Patienten mit Osteoporose häufig anzutreffen ist.

Aufgrund der früher oft unbefriedigenden Therapieresultate wurden bei der distalen Radiusfraktur in der Vergangenheit immer wieder neue Behandlungstechniken entwickelt. So reichen die Therapiemöglichkeiten heute von der geschlossenen Reposition mit Einbringung von Drähten und anschliessender Gips-Ruhigstellung über den äusseren Fixateur bis zur Implantation verschiedener Metallplattensysteme. Im Gegensatz zum früher häufig verwendeten externen Fixateur bieten nicht gelenkübergreifende Metallplatten z. B. den Vorteil, dass die Beweglichkeit im Gelenk erhalten bleibt und bei einer übungsstabilen Osteosynthese nach wenigen Tagen eine frühfunktionelle Nachbehandlung von Hand und Handgelenk erfolgen kann.

Bei der bisherigen klassischen Stabilisierung mit einer Metallplatte wurde das Implantat je nach Bruchform entweder auf der Streck- oder auf der Beugeseite eingesetzt. So erfolgte die Implantation bei einem nach hinten gekippten Bruch zur optimalen Stabilisierung auf der Streckseite und umgekehrt bei nach vorne abgekippten Frakturen auf der Beugeseite. Zwar finden sich für die streckseitige Versorgung in der Literatur weitgehend zufriedenstellende Ergebnisse hinsichtlich der Bruchheilung, allerdings sollten Komplikationen an den Strecksehnen aufgrund des direkten Kontaktes zwischen dem Metallimplantat und den Sehnen nicht unterschätzt werden (Entzündungen, Verklebungen, Sehnenrisse). Nach geheilter Fraktur ist daher bei dieser Fixationstechnik meist bereits nach wenigen Monaten die Entfernung des Metalls erforderlich. Dagegen zeigen sich derartige Sekundärkomplikationen bei der korrekt



Abb. 1: Streckseitig vorstehende Schraubenspitzen führen zu Strecksehnenirritationen.



Abb. 2: Korrekte Schraubenlänge.

durchgeführten beugeseitigen Plattenosteosynthese deutlich seltener, wobei es auch hier zu Strecksehnenproblemen kommen kann, wenn überlange Schrauben verwendet werden (Abbildungen 1 und 2). Bei der beugeseitigen Implantation muss daher sorgfältig auf eine korrekte Länge der Schrauben geachtet werden.