

Checkliste Handchirurgie

Bearbeitet von
Hermann Krimmer, Reimer Hoffmann

überarbeitet 2009. Buch. 432 S. Hardcover
ISBN 978 3 13 102423 7
Format (B x L): 11 x 18 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Chirurgie > Orthopädie- und Unfallchirurgie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

- ▶ Nerven dekomprimieren, bis man auf die Faszie zwischen den Sehnen von M. brachioradialis und M. extensor carpi radialis longus stößt. Diese durchtrennen und Präparation bis in den fleischigen Muskel.
- ▶ Inzision der scharfrandigen Sehne des M. brachioradialis ist **nicht** erforderlich.
- ▶ Bei entsprechender Symptomatik kann danach die endoskopische Spaltung des 1. Streckerfaches erfolgen (s. u.).
- ▶ Postoperativ 2–3 Tage Watteverband.

24.13 Supinator-syndrom

Grundlagen

- ▶ Siehe auch S.185 (Kap. 20.3) und S. 361 (Kap. 37.2).

Minimal invasive, endoskopische Operationstechnik

- ▶ 4 cm lange Inzision über dem radial proximalen Unterarm entlang der Faltenlinien (Abb. 24.13, s. S.261, Kap. 24.14).
- ▶ Separater Zugang zum N. radialis in der Supinatorloge transmuskulär zwischen M. brachioradialis und M. extensor communis.
- ▶ Bei Eingriff in Zusammenhang mit der Denervation am Ellenbogengelenk Aponeurose zwischen den am Ursprung abgesetzten Extensoren-muskeln spalten und Radialisloge von dort aus darstellen.
- ▶ Intermuskuläre Präparation stumpf mit dem Finger. Nach Einsetzen mittelgroßer Langenbeck-Haken R. profundus n. radialis sowie weiter proximal Radialisgabelung identifizieren.
- ▶ Präparation zur Darstellung des R. profundus und Spaltung der Frohse-Arkade ist wegen der kleinen Inzision relativ schwierig:
 - Routine in der Präparation dieser Region aneignen.
 - Gute Assistenz geht mit den Haken vorsichtig um, hält Situs offen und berücksichtigt korrekte Drehung des Unterarmes.
- ▶ Normalerweise reicht die Spaltung der Frohse-Arkade und aller aponeurotischen Anteile des Muskels.
- ▶ Intramuskulär im M. supinator in Verlaufsrichtung des Nerven Tunnel schaffen und 9-cm-Spekulum einsetzen. Bei Bedarf gesamten Muskel durchtrennen und Nerv komplett dekomprimieren. Dieser Teil der Operation ist bei entsprechender Übung auch mit dem Endoskop möglich.



Beachte!

Zu keinem Zeitpunkt Druck auf den Nerv ausüben (weder mit einem der Haken, der Spitze des Spekulum oder dem Dissektor des Endoskops!). Der Speichennerv ist wesentlich drucksensibler als Ulnaris und Medianus.

- ▶ Postoperativ Wattekompressionsverband für 2–3 Tage gefolgt von einer Bandage für 8–10 Tage.

24.14 Epicondylitis humeri lateralis (Tennisellenbogen)

Grundlagen

- ▶ Über Jahrzehnte haben wir für die Operation des Tennisellenbogens, wie vermutlich die meisten Operateure, eine gebogene Längsinzision über der Epikondylusregion benutzt.
- ▶ Zur Dekompression des Speichennerven wurde diese Inzision nach distal verlängert oder aber eine 2. Inzision über der Supinatorloge gewählt. Diese Narben sind nicht

24.14 Epicondylitis humeri lateralis (Tennisellenbogen)

nur ästhetisch störend, sondern bleiben oft schmerzhaft, da im Bereich des Epikondylus der Weichteilschutz über dem Knochen fast komplett fehlt. Je länger die Inzision, umso größer die Gefahr, einen Hautnerven zu verletzen mit der Folge eines schmerzhaften Neuroms.

Offene, minimal invasive Operationstechnik

► Inzision:

- Ca. 4 cm lange Inzision über dem radial proximalen Unterarm entlang der Faltenlinien.
 - Verlauf schräg oder quer.
 - Lage ca. 5 cm distal vom Epikondylus, unabhängig davon ob lediglich die Epicondylitis allein operiert wird oder in Kombination eine Speichennerven-Dekompression durchgeführt wird.
- Faszie unter Schonung kutaner Nervenäste darstellen.
- Mit Tunnelzange und Finger subkutanen Raum in der periepikondylären Region schaffen.
- Beleuchtetes Spekulum (Blattlänge 9 oder 11 cm) einführen und weit spreizen → perfekter Blick auf Epikondylus und die umgebenden Strukturen (Abb. 24.13a–c).
- Unter Spekulumansicht epifasziale Ablösung der Weichteillappen mit Schere und Bipolarpinzette im Wechsel. Hierdurch Denervation nach Wilhelm. Durchtrennen der winzigen schmerzleitenden Nervenfasern des R. cutaneus antebrachii dorsalis. Einen weiteren feinen Nervenast, der entlang dem radialen intermuskulären Septum verläuft, ca. 3 cm proximal vom Epikondylus kauterisieren.
- Extensorenursprünge zwischen Epikondylus und Radiuskopf unter Schonung der Gelenkkapsel durchtrennen (Abb. 24.14a, b).



Abb. 24.13 • Inzision, minimal-invasive Präparation und Darstellung der periepikondylären Region mit dem beleuchteten Spekulum zur Operation der Epicondylitis humeri radialis (a-c).