

Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

OA Dr. Martin Kaltseis, MBA
Interim. Abteilungsvorstand
T. (+43 732) 76 77 - 7166
E. plastische.chirurgie@ordensklinikum.at

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über die Diagnostik und die therapeutischen Möglichkeiten der häufigsten handchirurgischen Erkrankungen informieren und Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Punkte zukommen lassen.

1. Karpaltunnelsyndrom

Diagnostik:

Typische Symptome sind nächtliche Parästhesien im Daumen, Zeige-, Mittelfinger- und Ringfinger (D1–D4) sowie das Bedürfnis, die Hände auszuschütteln („Brachialgia paraesthetica nocturna“). Im Verlauf treten ein Taubheitsgefühl und eine Minderung der Feinmotorik auf.

Klinische Tests: Phalen-Test, Tinel-Zeichen, Flaschenzeichen.

Apparative Diagnostik:

- Elektroneurographie (ENG),
- Röntgen oder MRT bei Verdacht auf strukturelle Begleiterkrankungen.

Therapie:

Konservativ bei mildem Verlauf:

- Nachtlagerungsschiene, NSAR, ggf. Kortison-Injektion.
- Ergänzend: Nervenmobilisation durch Physiotherapie, Ergonomieberatung.

Operativ:

- Spaltung des Retinaculum flexorum (offen oder endoskopisch). Indiziert bei fortgeschrittenem Verlauf oder fehlendem Ansprechen auf konservative Maßnahmen.

Nachbehandlung:

- Tag 0–2: Hochlagern, Kühlen, schmerzadaptierte Fingerbewegung.
- Tag 2–14: Verbandwechsel alle 2–3 Tage, Fadenzug nach ca. 14 Tagen.
- Ab Woche 3: Belastungssteigerung je nach Schmerz, Narbenpflege, ggf. Ergotherapie.
- Arbeitsunfähigkeit: Büro 1–2 Wochen, manuelle Tätigkeit 4–6 Wochen.

2. Ringbandstenose (Triggerfinger)

Diagnostik:

Klinisch zeigt sich ein schmerzhafter Knoten über dem A1-Ringband, kombiniert mit einem Schnapp- oder Blockierphänomen beim Fingerstrecken. In fortgeschrittenen Fällen kann eine Fixierung in Beugestellung auftreten. Diagnose wird klinisch gestellt.

Therapie:

Konservativ:

- NSAR, Kortison-Injektion in die Sehnenscheide, z.B. Nachtlagerungsschiene.

Operativ:

- A1-Ringbandspaltung in Lokalanästhesie.

Nachbehandlung:

- Tag 0–2: Hand hochlagern, Kühlen, Schmerztherapie mit NSAR.
- Tag 3–14: Verbandwechsel, Fadenzug nach ca. 14 Tagen, aktive Fingerbewegung wichtig.
- Ab Woche 2–3: Belastung je nach Schmerz, Ergotherapie bei Bedarf, Narbenpflege.

3. Morbus Dupuytren

Diagnostik:

Klinisch imponieren knotige oder strangartige Verhärtungen der Palmaraponeurose, meist über dem 4. und 5. Strahl. Diagnose wird klinisch gestellt.

Therapie:

Minimalinvasiv:

- Nadelaponeurotomie – schneller, aber höhere Rezidivrate.

Standard:

- partielle Fasziektomie mit guter Funktionserholung

Nachbehandlung:

- Tag 0–14: Hochlagerung, täglicher Verbandwechsel, Fadenzug nach 14–16 Tagen.
- Frühbewegung ab Tag 1, keine Ruhigstellung.
- Ab Woche 3: Narbenmassage, Dehn- und Kräftigungsübungen, ggf. Nachtschiene.
- Arbeitsunfähigkeit: leichte Tätigkeiten 2–3 Wochen, schwere Arbeiten 4–6 Wochen.

4. Kubitaltunnelsyndrom

Diagnostik:

Parästhesien des 4. und 5. Fingers, oft lageabhängig (z. B. bei gebeugtem Ellenbogen). Fortgeschrittene Fälle zeigen Kraftverlust und Muskelatrophie (v. a. Hypothenar, Adduktor pollicis).

Klinische Zeichen: Tinel-Zeichen am Ellenbogen, Froment-Zeichen.

Apparative Diagnostik:

- Elektroneurographie (ENG)
- Nervensonographie oder MRT bei atypischen Befunden.

Therapie:

Konservativ bei leichtem Verlauf:

- Schienung in Streckstellung, Arbeitsplatzanpassung, NSAR, Ergotherapie.

Operativ bei motorischen Ausfällen oder Therapieversagen:

- Dekompression mit/ohne Nervverlagerung.

Nachbehandlung:

- Tag 0–7: Hochlagerung, Verbandwechsel, keine Ruhigstellung außer bei Nervverlagerung.
- Schmerztherapie mit NSAR, leichte aktive Bewegungsübungen.
- Ab Woche 2: Steigerung der Ellenbogenbeweglichkeit, Rückkehr zu Büroarbeit nach 1–2 Wochen.
- Verlaufskontrollen mit ENG/EMG nach 3–6 Monate bei persistierenden Symptomen.

5. Ganglion

Diagnostik:

Meist handelt es sich um prallelastische Schwellungen (häufig Handgelenk, >70 % dorsal), teils schmerzlos. Ein Ganglion tritt typischerweise in unmittelbarer Nähe von Gelenken oder Sehnenscheiden auf.

Diagnostik erfolgt primär klinisch, ergänzt durch Sonographie. MRT bei Rezidiven oder tiefer Lage.

Therapie:

Konservativ:

- Beobachtung bei asymptomatischem Verlauf, selten Punktion (hohes Rezidivrisiko).

Operativ:

- vollständige Exzision inkl. Verbindung zur Gelenkkapsel. Postoperative Rezidivrate bei ca. 5–15 %

Nachbehandlung:

- Tag 0–14: Hochlagerung, regelmäßige Wundkontrollen und Verbandwechsel, Fadenzug nach 14 Tagen.
- Schonende Mobilisation ab dem 1. postoperativen Tag.
- Ab Woche 2: Belastungssteigerung, ggf. Physiotherapie und Narbenpflege.
- Arbeitsfähigkeit: Büroarbeit nach ca. 1 Woche, manuelle Tätigkeit nach 2–4 Wochen.



OA Dr. Rihards **Pinkis**

OA Dr. Rihards Pinkis

Schwerpunkte:

- Operative Lipödembehandlung
- Straffungsoperationen/postbariatrische Chirurgie
- Handchirurgie

Kontakt:

E-Mail: rihards.pinkis@ordensklinikum.at

Tel.: +43 7327677 - 4354

Telefonische Terminvereinbarung unter [+43 732 7677 - 7046](tel:+4373276777046)

Mit freundlichen Grüßen,

OA Dr. Martin Kalteis, MBA
Interim. Abteilungsvorstand

OA Dr. Rihards Pinkis