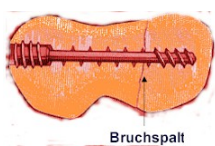
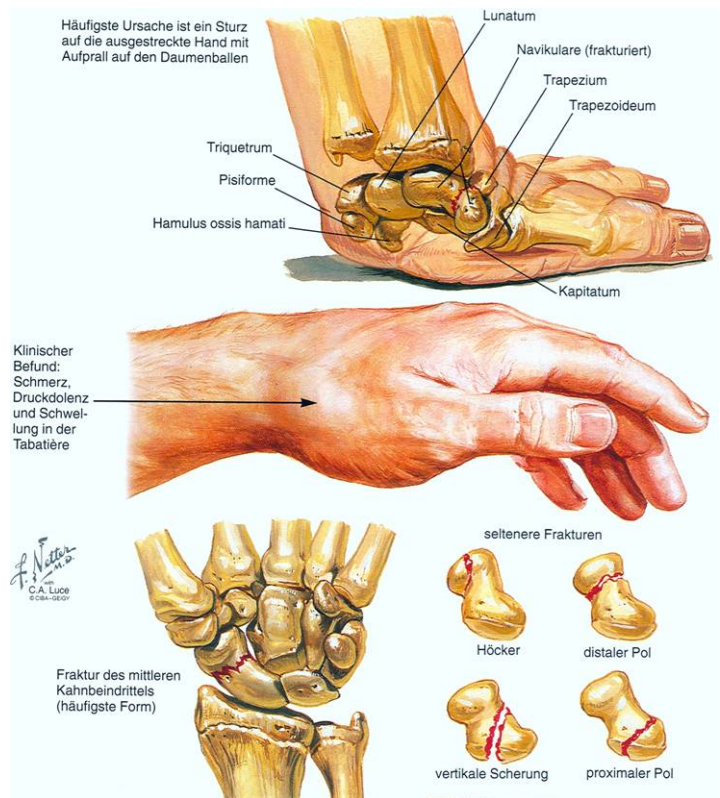


Kahnbeinbruch

Im medizinischen Sprachgebrauch auch „**Navicularefraktur**“ oder „**Skaphoidfraktur**“ genannt. Die Navicularefraktur entsteht fast ausschließlich durch indirekte Gewalteinwirkung bei Sturz auf die ausgestreckte Hand. Die Lokalisation sowie die Art der Fraktur (z.B. Schräg- oder Querfraktur) sind von der Stellung des Handgelenkes beim Sturz und der individuellen Anatomie des Kahnbeins abhängig. Die Stabilität des Bruches hängt vom Verlauf der Frakturlinie sowie von evtl. zusätzlichen Verletzungen des Bandapparates ab. Der Kahnbeinbruch ist die **häufigste Handwurzelverletzung (80%)**, aber insgesamt dennoch selten. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr bei deutlicher Bevorzugung des männlichen Geschlechts (6:1).

Diagnostik: Röntgen des Kahnbeins in 4 Ebenen (sog. Kahnbeinquantett). **Magnet-resonanztomographie (MRT)** zur Darstellung der Muskeln, Sehnen, Knorpel und Bänder.

Therapie: Bei stabilen, nicht verschobenen Kahnbeinbrüchen ist ein konservativer Therapieversuch empfehlenswert. Ruhigstellung bis zur Abschwellung mittels Gipsschiene. Zunächst 6 Wochen Oberarmgips mit Einschluss des Daumengrundgliedes (Daumen in Oppositionsstellung, Grundgelenke der übrigen Finger frei). Anschließend Wechsel auf Unterarm-Daumen-Gips für weitere 4-6 Wochen (abhängig vom knöchernen Durchbau im Röntgenbild). Schmerzmittel nach Bedarf. Bei Gipsentfernung intensive Kranken-gymnastik zur Stabilisierung und Verbesserung der Daumenfunktion. Regelmäßige Eigenübungen zur Beseitigung von Muskeldefiziten.



Operation: bei instabilen oder verschobenen Kahnbeinbrüchen. Die operative Therapie dient der Wiedervereinigung der Bruchenden. Prinzipiell kommen offene, mikrochirurgische Verfahren zur Anwendung: Reposition und Osteosynthese mittels **Herbert-Schraube**.