

Der Fall von Arosa – Folge 2

Die ungewöhnliche Handverletzung

Dominik Heim^a, Jonas Maxén^a, Gerold Reutter^b

^a Medizinisches Zentrum Arosa; ^b Diagnosezentrum Belmont Chur

Ein gesunder 43-jähriger Mann hat drei Tage zuvor sein Kind (12 kg schwer) vom Boden hochgehoben. Dabei verspürte er einen einschiessenden Schmerz in der Hand und stellte anschliessend eine Schwellung auf

dem Handrücken fest. Die Konsultation erfolgte nach drei Tagen.

Klinisches Bild

Die Schwellung befand sich vor allem auf dem Handrücken (Abb. 1), schmerzbedingte Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit und Finger mit Druckdolenz am dorsalen Rand des distalen Radius und relativ diffus in der Mitte des Handrückens. Sensibilität und Vaskularität erhalten.

Bildgebung

Siehe Abb. 2–6 mit Text und Markierungen.

Was sind Ihre Diagnose und das weitere Vorgehen?

Antwort und Synopsis

Diagnose: symptomatisch gewordenes («traumatisiertes») carpal boss (carpe bossu).

Was ist ein carpal boss? Ein knöcherner «Vorsprung»/Knochenhöcker über dem Gelenk capitatum-trapezoid-Basis Metacarpale II-Basis Metacarpale III (eng. *quadrangular joint*). Die Ätiologie ist unklar: persistierendes os styleoideum (congenital), Osteophyt (Überbelastung, degenerativ), knöchern fusioniert oder pseudoarthrotisch/synchondrotisch zur Metacarpale Basis. Nicht so selten bei Golfern.



Abbildung 1: Schwellung nach einer Woche (Foto D. Heim).

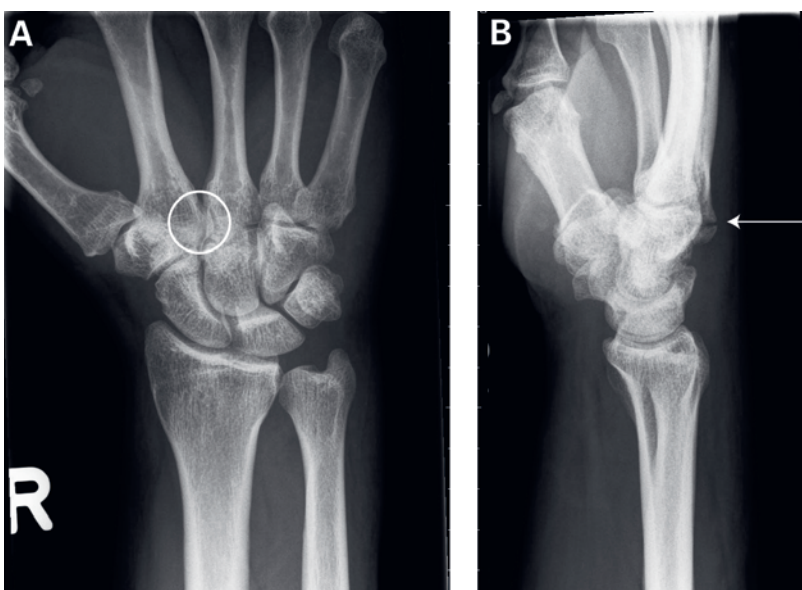


Abbildung 2: Handgelenk rechts ap und seitlich. **A)** Ap-Aufnahme: Unruhige Basis des Metatarsale III (s. Kreis), **B)** im Seitenbild Fragment mit Dehiszenz an der Basis Metatarsale III (s. Pfeil). Bei unklarer Situation: Verzicht auf Röntgen mit schräger Hand, sondern direkt ad CT.

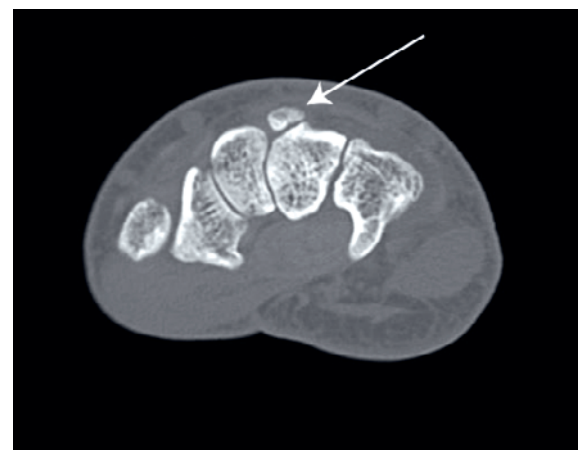


Abbildung 3: CT Hand rechts: (Abb. 3–6), transversal (s. Pfeil).



Abbildung 4: coronar (s. Pfeil).



Abbildung 6: 3-D-Rekonstruktion (Kreismarkierung). © Gerold Reutter, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.

Symptome: Schwellung, dorsale Handgelenk-/Handschmerzen, Impingement, Extensorsehnen springen, Pseudobursitis. Inzidenz: 0,3–1,6% [1, 2].

Differentialdiagnose: Ganglion, Osteochondrom, Fraktur, Osteoarthritis.

Abklärungen: Konventionelles Röntgen der Hand / des Handgelenks ap und seitlich, CT, Ultraschall, MRI (favorisiert in neuesten Publikationen wegen Knochenmarködem und Abgrenzung zu Ganglion) [3, 4].

Therapie: Ruhigstellung im Akutstadium, Cortisoninfiltration, Exzision (wird in neuesten Publikationen häufig erwähnt, Fusion nur bei metacarpaler Instabilität) [5].

Im vorliegenden Fall: Die Hand des Patienten wurde mit einer Langfingerschiene für drei Wochen ruhiggestellt.



Abbildung 5: sagittal (s. Pfeil).

Zusammenfassung für die Praxis

- Das carpal boss syndrome (carpe bossu) ist selten.
- Man denke bei unklaren dorsalen Handschmerzen daran, z.B. nach einem inadäquaten Trauma (vorliegender Fall).
- Erste Abklärung mit Röntgen Hand ap, seitlich und evtl. schräg.
- Zusätzliche Bildgebung mit CT, MRI oder Ultraschall.
- Konservatives Vorgehen (Ruhigstellung, NSAR). Bei rebellischem Verlauf ad Exzision.

Literatur

- 1 Goiney Ch, Porrino J, Richardson ML et al. Characterization and epidemiology of the carpal boss syndrome utilizing computed tomography. J Wrist Surg 2017;6:22–32.
- 2 Kaniewska M, Haefeli M, Laesser U et al. That's my STYLEoideum – Symptomatic os styloideum in an adolescent male. Radiology Case. 2017 Jul; 11(7):14–9.
- 3 Nevalainen MT, Roedel JB, Morrison WB et al. MRI of a painful carpal boss: variations at the extensor carpi radialis brevis insertion and imaging findings in regional traumatic and overuse injuries. Skeletal Radiology 2019;48:1079–85.
- 4 Mespreuve M, de Smet L, de Cuyper K et al. MRI diagnosis of carpal boss and comparison with radiography. Acta Radiol 2017; 58(10):1245–51.
- 5 Roulet S, Bacle G, Marteau E et al. Surgical treatment of carpal boss by simple resection: Results in 25 cases at a mean of 8 years' follow-up. Hand Surg Rehabil 2017 ;36(2) :109–12.