

Handchirurgie

Zeitschrift der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft
für Handchirurgie

Inhalt:

H. DAHLKE, N. DOCIU und K. THURAU Synthetisches, resorbierbares und synthetisches, nicht resorbierbares Nahtmaterial in der mikrovaskulären Chirurgie	3
A. WILHELM, H. VOSSMANN und F. WILHELM Die Behandlung der Sattelgelenks- und Karpalarthrosen durch Silikon-Plomben	15
P. BRÜSER, H. SIEGERT und H. A. DREESBACH Die angeborene arterio-venöse Fistel an der Hand und ihre Behandlung durch mikrovaskuläre Anastomosen	19
H. PICKARTZ, M. BUES, E. VAUBEL und U. M. GROSS Zur Ultrastruktur von Ganglien und neugebildeten Sehnenscheiden	23
F. SÜNRAM und P. HIPPE Radialislähmung bei angeborenem Angioleiomyom	27
G. MEISSL Nervenregeneration unter dem Einfluß des intermittierenden elektromagnetischen Feldes	31
G. ASCHE, H. G. HAAS und K. KLEMM Lokalantibiotische Behandlung mit Gentamycin-PMMA-Miniketten in der septischen Chirurgie der Hand	37
R. G. H. BAUMEISTER und K. WILHELM Zur Differentialdiagnose der Weichteiltumore am Unterarm: ein atypischer M. palmaris longus	39
B. LANDSLEITNER Die Versorgung von Fingergliedamputationen mit einem neurovaskulären Lappen	43
G. WINTZER, J. PÜTZ und W. REICHMANN Funktionsergebnisse nach Wiederherstellung verletzter Beugesehnen durch freie Beugesehnenplastik	49
U. LANZ, M. GREULICH, W. KRON und W. WEILAND Zur direkten Beugesehnennaht im Sehnenscheidenbereich der Finger	55
D. GOTH und P. HAUSSMANN Die operative Behandlung der ulnaren Seitenbandruptur des Daumengrundgelenkes	61
R. CLEMENS Der Mono-digitale Rekognitionstest (MRT) — eine sensibilitätsspezifische Variante des MOBERG'schen Pick-up-Tests	65

Referate und Buchbesprechungen:

Die Erkrankungen des Bewegungsapparates und seines Nervensystems. Grundlagen und Differentialdiagnose 13 — Der bewegliche Zwei-Punkte-Diskriminationstest. Klinische Beurteilung des schnell anpassungsfähigen Nervenfasersystems 14 — Polydaktylie und dreigliedriger Daumen 14 — Anatomische Präparationen des N. interosseoos posterior am Handgelenk und Schmerzätiologie beim dorsalen Handgelenkganglion 18 — Klinische und chirurgische Bedeutung der arteriellen Blutversorgung des Daumens 18 — Komplette Verrenkung des 1. Metakarpale 22 — Die obere Extremität bei Tetraplegie. Neue Wege chirurgischer Rehabilitation 26 — Eine experimentelle Untersuchung zum Mechanismus der Kahnbeinbrüche im mittleren Drittel 29 — Veralteter Verrenkungsbruch des proximalen Interphalangealgelenkes 29 — Morbus Bowen des Nagelbettes: Fallbericht und Literaturübersicht 30 — Verbesserte intravenöse Regionalanästhesie für die Chirurgie an Hand, Handgelenk und Unterarm 30 — Geschlossenes System zur Venographie bei der Beurteilung von Hämangiomen der Arme 30 — Fallbericht: Falsches Aneurysma der Hand nach Fingeramputation 30 — Behandlung des Hammerfingers nach intraartikulärem Bruch des Endgliedes 35 — Verlagerung des Palmaris longus zur Besserung der Thenarmuskulatur bei peripherer Medianuslähmung 35 — Strangresektion zur Behandlung der Beugekontraktur des Mittelgelenkes 36 — Aneurysmatische Zysten der Mittelhandknochen: Ein Bericht über drei Fälle 36 — Reconstructive Microsurgery 41 — Herpetisches Panaritium: Herpesinfektion an den Fingern 42 — Syndaktylie mit Larsen's Syndrom 42 — Osteochondrom des Handkahnbeines 42 — Blockade des Grundgelenkes: ein Fallbericht 42 — Lipofibrom des N. medianus 47 — Interpositionsarthroplastik bei rheumatischen Erkrankungen des Daumensattelgelenkes 48 — Fallbericht über ein bösartiges Haemangioendotheliom an der Hand 48 — Geschlossene Sehnenscheidenspülung bei eitriger Beugesehnencheidenphlegmone 54 — Lokaler zusammengesetzter neurovaskulärer Insellappen zur Hautdeckung nach Verlust der Daumengliedweichteile 60 — Ulnartunnelsyndrom durch Riesenzelltumor der Sehnenscheide: ein Fallbericht 68 — Die Prüfung der ulnaren Instabilität des Daumengrundgelenkes 69 — Verstümmelnde Verletzung mehrerer Finger: Verwendung eines frei transplantierten mikrovaskulären Lappens aus einem nicht zu erhaltendem Teil 69 — Der intravenöse Fluoreszeintest zur Zeitbestimmung der Stierrennung eines Leistenlappens 69

Copyright-Vermerk:

Handchirurgie, Zeitschrift der „Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie“. Die Zeitschrift erscheint viermal im Jahr (März, Juni, September und Dezember). Für den redaktionellen Inhalt verantwortliche Herausgeber sind Prof. Dr. med. Dieter Buck-Gramcko, Bergedorfer Straße 10, 2050 Hamburg 80 — Prof. Dr. med. Jürgen Geldmacher, Chirurgische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen — Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Lanz, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg — Prof. Dr. med. Henry Nigst, Spitalstraße 21, CH-4031 Basel. Unveröffentlichte Manuskripte nehmen die Herausgeber entgegen. Mit der Annahme der Manuskripte durch die Herausgeber erwirbt der Verlag das Recht der Vervielfältigung, der gewerbsmäßigen Verbreitung, der Übersetzung sowie der Verwendung zum Druck fremdsprachiger Ausgaben. Die Autoren erhalten von ihren Arbeiten 40 Sonderdrucke. Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste G Oktober 1977. Verlag: VLE-Verlags-GmbH, Wasserturmstraße 8, 8520 Erlangen, Telefon 25420. Verantwortlich für Anzeigen: VLE-Verlags-GmbH, 8520 Erlangen. Technische Herstellung: Druckerei Höfer & Limmert, Inh. M. Mayer, 8520 Erlangen. Alle Rechte beim Verlag. Auszugsweiser Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages.

Zur Differentialdiagnose der Weichteiltumore am Unterarm: ein atypischer M. palmaris longus

von R. G. H. BAUMEISTER und K. WILHELM

Vortrag auf dem 18. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie gemeinsam mit der 8. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen und der 15. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie vom 13. bis 15. Oktober 1977 in Erlangen

Weichteiltumore gehen in der Regel vom Epithel oder vom Bindegewebe aus, weniger häufig vom Nervengewebe oder von Blut- und Lymphgefäßen. Eine seltene Ursache für tumoröse Schwellungen stellen Muskelbildungen an atypischer Stelle und von ungewohntem Ausmaß dar. Die Anatomen beobachten am Unterarm relativ häufig Variationen der Muskulatur (1, 2). Meist kommt es jedoch nicht zu klinisch manifesten Tumorgebilden und zu relevanten Beschwerdebildern.

Hinsichtlich seiner Variationen steht dabei der M. palmaris longus an oberster Stelle. Dabei wird als Variante zu meist eine sehnige Entartung des Muskelbauches beobachtet. Auch eine Verwachsung mit der Unterarmfaszie kommt vor, wobei dann der Muskel nicht nachweisbar ist.

Der Ursprung des Muskels kann von seinem eigentlichen Ursprung, dem Epicondylus ulnaris humeri und der Fascia antebrachii aus, nach proximal an das Septum intermusculare ulnare und auf den M. biceps brachii sowie den M. brachialis verschoben sein.

Die Variationen des Ansatzes, wobei die Sehne sich normalerweise über dem Lig. transversum carpi fächerförmig ausbreitet und zur Palmaraponeurose wird, reichen von der Fascia antebrachii über das Retinaculum flexorum, die Membrana interossea, das Skaphoid und das Pisiforme bis zum M. abductor pollicis brevis.

Schließlich ist auch die Anlage des Muskelbauches Veränderungen unterworfen. Ein mittelständiger, ein distal zweiköpfiger oder ein gedoppelter Muskelbauch wird dabei beobachtet.

Immer jedoch erhält der Muskel seine Innervation vom N. medianus mit Fasern aus C 7, C 8 und Th 1, was in Zweifelsfällen eine exakte Aussage erlaubt. Differentialdiagnostisch ist bei dem Auftreten eines unklaren Muskelbauches an der Beugeseite des Unterarmes insbesondere eine Variation des M. flexor pollicis longus zu beachten. Als sogenanntes Caput humerale können Verstärkungsbündel dieses Muskels vom Processus coronoideus aus ihren Ursprung nehmen.

Rüdiger G. H. BAUMEISTER, geb. am 17. 8. 1945 auf Schloß Schwindegg/Oberbayern. Studium der Humanmedizin von 1964 bis 1970 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Wissenschaftliche Arbeiten am Institut für klinische Chemie und klinische Biochemie (Prof. Dr. E. WERLE) auf dem Gebiete des Cyanidstoffwechsels. Seit 1972 wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik München zunächst unter Prof. Dr. R. ZENKER, dann unter Prof. Dr. G. HEBERER. Dabei spezielle Ausbildung und wissenschaftliche Arbeiten in der plastischen Chirurgie (Prof. Dr. H. BOHMERT), der Gefäßchirurgie (Prof. Dr. H.-M. BECKER) und der Handchirurgie einschließlich der mikrochirurgischen Methodik (Prof. Dr. K. WILHELM). 1979 Facharzt für Chirurgie.

K. WILHELM, geboren am 14. 11. 1934 in München. Medizinstudium an den Universitäten München und Freiburg. Staatsexamen und Promotion 1962. Seit 1964 wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik München. 1969 Facharzt für Chirurgie. 1972 Habilitation, FA für Unfallchirurgie. Seit 1970 Leiter der Handchirurgischen Abteilung. Besondere Arbeitsgebiete: Probleme der Chirurgie der peripheren Nerven, Nervenersatz, Chirurgie der rheumatischen Hand. Operative Knochenbruchbehandlung.

Abb. 1 Pflaumengroßer „Tumor“ am rechten Unterarm.



Abb. 2 Kurze Ansatzsehne knapp proximal des Retinaculum flexorum.

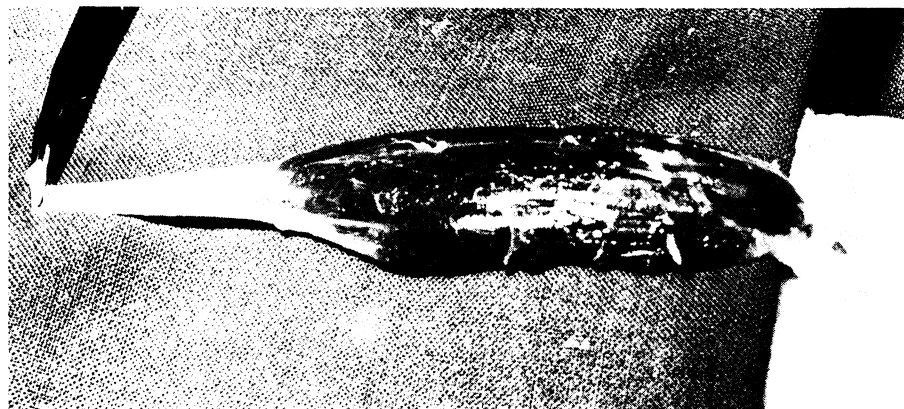




Abb. 3 Lange Ursprungssehne, in Richtung Epicondylus humeri ziehend.



Abb. 4 Gesamtansicht des M. palmaris longus.

Von einer ausgeprägten Variante eines Muskelbauches des M. palmaris longus soll im folgenden kurz berichtet werden.

Eine 22-jährige Patientin war wegen eines unklaren, schmerzhaften Tumors an der Beugeseite des distalen Unterarmes in einem auswärtigen Krankenhaus voroperiert worden. Wie nachträglich erst bekannt wurde, hatte man den Eingriff beendet, nachdem Muskulatur zutage getreten war. Wegen der weiterhin bestehenden Schwellung wurde die Patientin vom Hausarzt unter der Verdachtsdiagnose eines Ganglionrezidivs uns zugewiesen.

Bei der Präparation stießen wir auf einen dicken Muskelbauch, der den übrigen Beugesehnen und dem N. medianus auflag. Er war in der Mitte des Unterarmes lokalisiert und nahm etwa das untere Drittel der Unterarmbeugeseite ein (Abb. 1).

Die Muskelfasern strahlten mit kurzen Sehnenfasern im Handgelenksbereich über dem Retinaculum flexorum in die Palmaraponeurose ein (Abb. 2).

Eine lange Ursprungssehne führte in Richtung des Epicondylus ulnaris humeri (Abb. 3).

Der gesamte Muskel zeigte einen nach distal versetzten Muskelbauch. Dieser besaß eine Länge von 5 cm und eine Breite von 2 cm (Abb. 4).

Nach Exstirpation des sehnigen und muskulären Anteils war die Patientin beschwerdefrei.

BAUMEISTER, R. G. H., und K. WILHELM: Zur Differentialdiagnose der Weichteiltumore am Unterarm: ein atypischer M. palmaris longus.

Zusammenfassung:

Atypisch gelegene Muskelbäuche des M. palmaris longus können als Weichteiltumore an der Beugeseite des Unterarmes in Erscheinung treten. Dabei wird neben einer mittelständigen Lage auch eine distal zweiköpfige und eine gedoppelte Variante beobachtet.

Berichtet wird über eine 22jährige Patientin mit einem pflaumengroßen „Tumor“ an der Beugeseite des Unterarmes. Die Voroperation war nach Zutagetreten von Muskulatur abgebrochen worden. Bei der Revision fanden wir einen nach distal verschobenen Muskelbauch des M. palmaris longus, knapp proximal des Retinaculum flexorum gelegen. Er besaß eine Länge von 5 cm und eine Breite von 2 cm. Nach der Exstirpation des sehnigen und muskulären Anteils war die Patientin beschwerdefrei.

BAUMEISTER, R. G. H., and K. WILHELM: A Contribution to the Differential Diagnosis of Tumors of Soft Tissues of the Forearm: an Atypical Palmaris longus.

Summary:

Bellies of the palmaris longus which are situated in an atypical position can appear as tumors of soft tissues on the flexor side of the forearm. Besides a central position a distal bicipital and a doubled variant can be observed. We report the case of a 22 years old female patient, with a „tumor“ on the flexor side of the forearm of plum-size. Previous surgery had been interrupted when musculature appeared. During the revision we found a belly of the palmaris longus in a central position, situated proximal to the flexor retinaculum. The belly of musculature was 5 cm long and 2 cm wide. After extirpation of the tendinous and muscular parts the patient was free of symptoms.

BAUMEISTER, R.G.H. et K. WILHELM: Au sujet du diagnostic différentiel des tumeurs des parties charnues de l'avant-bras: en particulier le muscle grand palmaire atypique.

Résumé:

Des fuseaux atypiques du muscle grand palmaire peuvent apparaître comme des tumeurs sur le côté fléchisseur de l'avant-bras. Dans ces cas, on observe non seulement la position centrale mais aussi une variante à deux têtes orientées vers la main ainsi qu'une variante doublée.

On cite le cas d'une malade de 22 ans qui avait une "tumeur" de la taille d'une prune sur le côté fléchisseur de l'avant-bras. L'opération préliminaire fut interrompue dès la découverte du muscle. Pendant la révision, on a trouvé un fuseau du muscle grand palmaire qui était situé très près du ligament annulaire antérieur. Il avait 5 cm de long et 2 cm de large. Après l'extirpation des parties tendineuses et musculaires, la malade n'éprouvait plus de gênes.

Literaturverzeichnis:

1. TESTUT, L., et A. LатарJET: Traité d'Anatomie Humaine. Bd. I, Doin & Co., Paris 1948
2. v. LANZ, T., und W. WACHSMUTH: Praktische Anatomie, Bd I/3, 2. Aufl., Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1959

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Klaus WILHELM
Leiter der Handchirurgischen Abteilung
Chirurgische Universitätsklinik
Nußbaumstraße 20
D-8000 München 2

Dr. med. Rüdiger G. H. BAUMEISTER
Chirurgische Klinik
Klinikum Großhadern
Marchioninistraße 15
D-8000 München 70

Schlüsselwörter: Muskelanomalie — M. palmaris longus —
Weichteiltumore (Differentialdiagnose)

Key words: Anomalous muscles — palmaris longus muscle —
soft tissue tumors (differential diagnosis)