

Zeitliche Koinzidenz einer seltenen Verletzung des Bewegungsapparats beim gleichen Patienten

Marcus Mumme, Marcel Jakob, Nicolas M. Bless

Behandlungszentrum Bewegungsapparat, Departement Chirurgie, Universitätsspital Basel

Fallbeschreibung

Ein feingliedriger 48-jähriger Mann verspürte beim Versuch, einen schweren Sack von einem Gestell oberhalb seines Kopfes an sich heranzuziehen, einen plötzlich einschliessenden Schmerz im linken Ellenbogen. Die klinische Untersuchung ergab eine palpable Lücke distal eines leicht nach cranial verschobenen Bauchs des M. biceps brachii. Flexion und Extension waren vom Bewegungsradius her uneingeschränkt und seitengleich. Es bestand aber ein Kraftverlust bei Flexion und Supination gegen Widerstand. Die Röntgenaufnahme zeigte keine ossäre Läsion. Eine Sonographie bestätigte den Verdacht auf eine Läsion der distalen Bizepssehne. Intraoperativ fand sich ein kompletter Abriss der Sehne an einer spiegelglatten Tuberositas radii. Über einen einzelnen Zugang von volar wurde die Sehne mit zwei Knochenankern reinsertiert. Mit belastungsfreier aktiver Mobilisation unter Vermeidung einer Pronation in Streckstellung des Ellenbogens war der Patient zwei Wochen postoperativ in seiner angestammten Büro-tätigkeit wieder voll arbeitsfähig.

Zwei Monate später trat nach dem Verschieben einer Sonnenliege die genau gleiche Symptomatik am Ellenbogen der Gegenseite auf. Klinisch und bildgebend ergab sich die gleiche Verdachtsdiagnose, welche intraoperativ bestätigt wurde. Die Refixation erfolgte wie oben beschrieben, und es stellte sich ein ebenso problemloser Verlauf ein.

Kommentar

Die beidseitige distale Bizepssehnenruptur ist eine Seltenheit. Die errechnete Inzidenz für die einseitige Verletzung beträgt 1,2 pro 100000 Patienten [1]. Der typische Patient ist männlichen Geschlechts, mittleren Alters und Raucher.

Als Ursache für die Ruptur werden eine Minderdurchblutung und ein Impingement postuliert.

Die Diagnose der distalen Bizepssehnenruptur wird anamnestisch und klinisch gestellt. Unter einer typischerweise exzentrischen Extensionsbelastung des flektierten Arms (mit oder ohne Supinationsstellung des Unter-

arms) verspürt der Patient ein schmerzhaftes Reißen distal der Ellenbeuge verbunden mit einer sofortigen Functio laesa. Klinisch richtungsweisend sind der proximalisierte Muskelbauch, eine Druckschmerzhaftigkeit in der Fossa cubitalis, eine verminderte Kraft für Flexion und Supination (z.B. das Öffnen einer Flasche mit Drehverschluss) bei erhaltenem Bewegungsradius, ein pathologischer Haken-Test und ein pathologischer Bizeps-Quetschtest [2, 3].

Bei unklarem klinischen Befund werden komplette Rupturen sowohl durch den Ultraschall als auch durch die Magnetresonanztomographie dargestellt. Mit der dynamischen Untersuchung ist der Ultraschall besonders geeignet, auch partielle Rupturen nachzuweisen. Das Ausmass einer partiellen Ruptur kann mit einer Endoskopie über die bicipitoradiale Bursa festgestellt werden [4].

Die Indikation zur operativen Korrektur vollständiger Rupturen ergibt sich aus dem besseren funktionellen Ergebnis im Vergleich zur konservativen Therapie. Technisch hat sich in vergleichenden Studien die Versorgung mittels zweier Knochenanker über einen einzelnen Zugang von ventral als funktionell erfolgreich, mechanisch belastbar und komplikationsarm erwiesen [5]. Die Versorgung partieller Rupturen bleibt umstritten.

Korrespondenz:

Dr. med. Nicolas Bless

Oberarzt Behandlungszentrum Bewegungsapparat

Departement Chirurgie

Universitätsspital Basel

CH-4031 Basel

blessn@uhbs.ch

Literatur

- 1 Safran MR, Graham SM. Distal biceps tendon ruptures: incidence, demographics and the effect of smoking. *Clin Orthop Relat Res.* 2002;404:275–83.
- 2 O'Driscoll SW, Goncalves LB, Dietz P. The hook test for distal biceps tendon avulsion. *Am J Sports Med.* 2007;35:1865–9.
- 3 Ruland RT, Dunbar RP, Bowen JD. The biceps squeeze test for diagnosis of distal biceps tendon ruptures. *Clin Orthop Rel Res.* 2005;437:128–31.
- 4 Bain GI, Johnson LJ, Turner PC. Treatment of partial distal biceps tendon tears. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2008;16(3):154–61.
- 5 John CK, Field LD, Weiss KS, Savoie FH 3rd. Single-incision repair of acute distal biceps ruptures by use of suture anchors. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007;16:78–83.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.