

Lutz von Laer

## Extremitätenfrakturen im Wachstumsalter

Bei Kindern mit Verdacht auf eine Extremitätenfraktur wird die Indikation zu bildgebenden Maßnahmen vom Kliniker gestellt und vom Radiologen kontrolliert und korrigiert. Es ist darauf zu achten, dass klinische und bildgebende Diagnostik nur dann erfolgt, wenn auch eine klinische Konsequenz gezogen werden kann. Typische Konsequenzen der bildgebenden Diagnostik sind in Tabelle 1 aufgeführt. Was für die Primärdiagnostik gilt, gilt auch für klinische und bildgebende Kontrolluntersuchungen – auch aus diesen muss eine klinische Konsequenz gezogen werden können (Tabelle 2).

### Tabelle 1: Diagnostik

#### Welche Konsequenz ?

- Schmerz: Schmerzbehandlung (Ruhigstellung)
- Fraktur undisziert / tolerabel disziert: Ruhigstellung (Schmerzbehandlung)
- Fraktur disziert / drohend disziert (instabil): Reposition und Retention (intern und evtl. zusätzlich extern)
- Luxation: Reposition (je nach Begleitverletzungen: Operation)

### Tabelle 2: Kontrollen

#### Aus jeder klinischen und bildgebenden Kontrolle muss eine klinische Konsequenz gezogen werden / werden können!

- Therapeutisch
- Beginn der Bewegung
- Art und Häufigkeit weiterer Kontrollen
- Abschluss der Behandlung

### Tabelle 3: Kadifrakturen

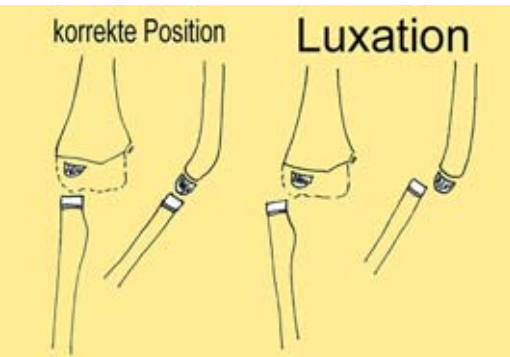
1. Undiszierte Fx Condylus radialis humeri
2. Radiusköpfchenluxation
3. Antekurvatur und Rotationsfehler suprakondyläre Humerusfraktur
4. Valgusbruch proximale Tibiametaphyse
5. Mediale Malleolarfraktur

In manchen Fällen bedarf es einer sehr genauen Betrachtung der Röntgenaufnahmen, um die Pathologie zu erkennen, wir nennen diese Frakturen „Kadifrakturen“ (sie bringen den Befunder in eine schwierige Situation, wenn er sie übersieht, vergl. Tabelle 3).

Das Ziel der radiologischen Diagnostik muss immer sein, Art und Verlauf einer Fraktur festzustellen, um die geeignete Therapie einzuleiten. Dazu bedarf es einer sorgfältigen Analyse des Röntgenbildes bzw. der Ultraschalluntersuchung. Nach Ausschluss der sog. „Kadifrakturen“ muss – auch ohne definitive Diagnose die Behandlung erfolgen. Ein Zwist zwischen dem Diagnostiker und dem Kliniker ergibt sich oft bei nicht sichtbaren Frakturen, Kontusionen und Schmerz ad Behandlung. **Die röntgenologische Darstellung der Gegenseite zum Vergleich bei der Suche nach Frakturen ist obsolet!**

Röntgenologische Wachstumskontrollen nach Frakturen sollen nur

z.t. 6



■ Abb 1.: Radiusköpfchenluxation

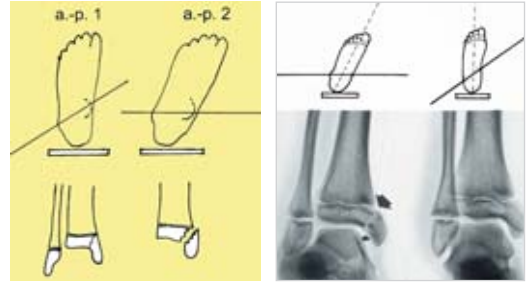
dann erfolgen, wenn klinisch eine Deformierung/Funktionsstörung auftritt, oder wenn sie als präoperative Dokumentation erfolgen. Auch der radiologische Nachweis der Durchbauung einer Fraktur soll unterbleiben. Nach erfolgreicher Mobilisation des Patienten und Konsolidation sind keine Röntgenkontrollen mehr erforderlich!

Im Idealfall entscheiden der Radiologe und der Kliniker gemeinsam

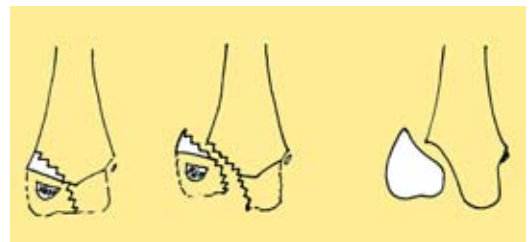
über die zu ergreifenden Maßnahmen. Beide sollten an einer gezielten Abklärung auf kürzestem Wege interessiert sein. Wenn es möglich ist, sollte die Behandlung in den Vordergrund gestellt werden, die primäre Diagnostik in den Hintergrund.

*Weder der klinische, noch der radiologische Konsolidationsbefund gibt Auskunft über die Belastungsstabi-*

*lität einer Fraktur. Darüber entscheidet alleine der Patient!*



■ Abb 2.: Mediale Malleolarfrakturen



■ Abb 3.: Undislozierte Fraktur der Condylus radialis humeri

► Prof. Dr. med. Lutz von Laer  
Peter-Rot-Straße 98  
CH-4058 BASEL