

Chirurgische Behandlung einer Kurbengalle (Sprunggelenksbeugesehnengalle) bei einem Quarter Horse

F. Torre und R. Becker

Pferdekllinik Bagnarola Budrio Bologna

Zusammenfassung

Ein fünfjähriger Quarter Horse Wallach zeigte am rechten Sprunggelenk eine auffällige Umfangsvermehrung aufgrund eines Hygroms der gemeinsamen Sehnenscheide des Musculus flexor hallucis longus und des Musculus tibialis caudalis. Eine röntgenologische Kontrastmitteldarstellung bestätigte die Diagnose. Da die konservative Behandlung keinen Erfolg zeigte, wurde der laterale Blindsack chirurgisch entfernt. Die Autoren beschreiben das chirurgische Vorgehen. Das sehr gute funktionelle und kosmetische Ergebnis ermöglichte den neuerlichen Einsatz des Pferdes als „Show-Horse“.

Schlüsselwörter: Pferd, Kurbengalle, Sehnenscheide, chirurgische Behandlung

Surgical Management in a case of Synovitis with distended Tarsal Sheath (thoroughpin) in a Quarter Horse

A 5 year old gelding Quarter Horse was affected by a large synovial effusion of the right tarsal sheath (thoroughpin). The diagnosis was confirmed by contrast radiography. As both medical treatment and rest proved to be useless, surgery was carried out in order to remove almost the whole lateral proximal cul-de-sac. The authors describe the surgical technique which was performed. Functional and cosmetic results allowed the horse to go back to its normal activity.

keywords: horse, thoroughpin, tendosinovitis, tarsal sheath, surgical treatment

Anatomie und Physiopathologie

Die Sehnenscheiden bestehen vorwiegend aus fibrösem Bindegewebe und geben einer oder mehreren Sehnen sowie anderen sie begleitenden Strukturen Halt. Das Stratum synoviale kleidet die Sehnenscheide im Inneren aus und erleichtert so das Gleiten der Sehne. Sehnenscheiden und Gelenkkapseln weisen viele histologische Gemeinsamkeiten auf. Dies gilt auch für die in ihnen enthaltene Synovialflüssigkeit. Die Tarsalbeugesehnenscheide verfügt über eine ausgedehnte Synovialis, deren proximale Aussackungen nach lateral und medial größer als die distalen sind. Diese proximalen Aussackungen sind häufig medial oder auch lateral stark gefüllt (Kurbengalle).

Als Tendosynovialitis bezeichnet man einen entzündlichen Prozeß der Sehnenscheide, der mit einem ständigen Synovialerguß einhergeht. Unter den verschiedenen Formen ist die septische Tendovaginitis als die schwerwiegendste Form anzusehen. Als idiopathische Tendosynovialitis bezeichnen wir die Form, die aseptisch verläuft und bei der wir die genaue Ursache nicht kennen. Sie wird nicht von Schmerz oder einer Lahmheit begleitet. Die Tendosynovialitis der Tarsalbeugesehnenscheide darf nicht mit einer Entzündung der Bursa calcanea subtendinea oder der sogenannten „Kreuzgalle“ (Hydrops des Talokruralgelenkes) verwechselt werden. Die Diagnose wird aufgrund von Adspektion, Palpation, Untersuchung der Synovialflüssigkeit, Ultraschalluntersuchung und mittels röntgenologischer Kontrast-

aufnahmen gestellt. Differentialdiagnostisch sollte man auch eine Synovialhernie in Betracht ziehen. Die klassischen Behandlungsmöglichkeiten sind: Boxenruhe, Entnahme der Synovia und lokale Injektion von Kortikosteroiden, Orgotein oder Hyaluronsäure, sowie die chirurgische Eröffnung der Sehnenscheide mit anschließendem Einlegen einer Drainage.

Fallbeschreibung

Ein 5-jähriger Quarter Horse Wallach wurde uns mit einer lateral deutlich sichtbaren Umfangsvermehrung der Tarsalbeugesehnenscheide an der rechten Hintergliedmaße vorgestellt. Der geschwollene Bereich des Sprunggelenkes war palpatorisch nicht schmerzhaft, das Pferd zeigte weder im Schritt und Trab noch nach der Beugeprobe eine Lahmheit. Die Konsistenz der Umfangsvermehrung war derbelastisch, was auf eine Füllung mit Flüssigkeit und eine Verdickung der Kapsel hinwies. Der Füllungszustand der Sehnenscheide hatte in den vorangegangenen 3–4 Monaten ständig zugenommen. Das Pferd bekam Boxenruhe und wurde parenteral mit nichtsteroidalen Antiphlogistika behandelt. Außerdem wurde der Synovialerguß durch Punktion entfernt und in die Sehnenscheide ein Kortikosteroidpräparat injiziert. Mit keiner dieser Behandlungsmethoden

konnte ein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt werden. Da es sich um ein für züchterische Zwecke nicht nutzbares Pferd handelte, das als „show horse“ eingesetzt wurde, führte der „Schönheitsfehler“ am Sprunggelenk dazu, daß das Pferd unbrauchbar war. Zudem hatte der Besitzer die, wahrscheinlich unbegründete, Befürchtung, daß eine Verschlechterung der Erkrankung mit Lahmheit auftreten könne. Die Untersuchung der Synovialflüssigkeit (Eiweißgehalt 1,2 g/dl) schloß einen entzündlichen Prozeß aus. Der Ultraschalluntersuchung wurde eine röntgenologische Kontrastmitteldarstellung (Meglumin, Hytolmat) vorangestellt. Diese zeigte das Ausmaß des Hygroms, das sich fast ausschließlich im lateralen Blindsack ausbreitete. Eine weitere medikamentöse Behandlung wurde nicht für sinnvoll erachtet. Auch die Eröffnung der Sehnenscheide mit Anlegen einer Drainage wurde wegen der großen Gefahr einer Infektion und den geringen Erfolgsaussichten aufgrund der schon verdickten Kapsel als ungeeignet angesehen. Anstelle dessen wurde die Entfernung des lateralen Blindsackes beschlossen.

Chirurgische Behandlung

Die operative Behandlung (Abb. 1) wurde in linker Seitenlage unter Vollnarkose durchgeführt. Ein halbkreisförmiger Schnitt, bei dem die Basis kranial liegt, wurde um die erweiterte Sehnenscheide geführt und ein Hautlappen freipräpariert und nach kranial umgelegt. (Abb. 2)



Abb. 1: Das Sprunggelenk vor dem Eingriff.
The tarsal joint before surgery.

Die Sehnenscheide war von einer dicken Schicht fibrösen Bindegewebes, in dem sich sehr viele und große Blutgefäße befanden, bedeckt. Diese Gefäße wurden zunächst li-



Abb. 2: Präparieren des Hautlappens.
Preparation of the main lobe.

giert. Durch Freipräparieren des Gewebes gelangt man an die Basis der Aussackung wo sich die Synovialmembran trichterförmig zusammenzieht und in den fibrösen Teil der Sehnenscheide übergeht. Hier hat sie kranial Kontakt mit der lateralen und medialen Insertion der tiefen Beugesehne und kaudal mit dem Tendo accessorius. Auf dieser Höhe wurde die Aussackung der Synovialis mit einer gebogenen Darmklemme erfaßt. Anschließend wurde lateral eine zweite Darmklemme im Abstand von 1,5 cm parallel zur ersten aufgesetzt und mit einem medial von der zweiten Darmklemme geführten Schnitt die Aussackung abgetrennt (Abb.3). Das Ausmaß der resezierten Umfangsvermehrung entsprach der Größe einer Pampelmuse. Die mediale Darmklemme wurde zunächst in situ belassen, um mit ei-

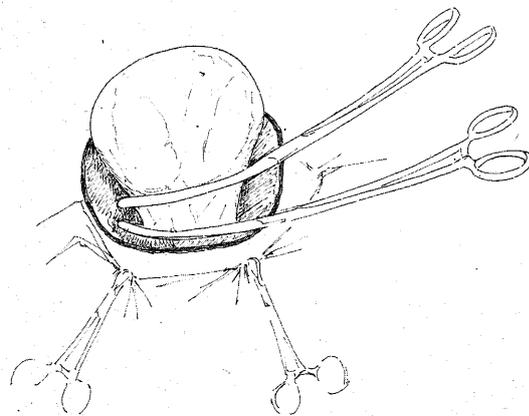


Abb. 3: Der freipräparierte Blindsack wird mit den beiden Darmklemmen isoliert.
The preperated cul de sac is held isolated by two intestinal clips.

ner fortlaufenden Naht, gefolgt von zwei sich einstülpenden Lembert-Nähten die Sehnenscheide zu vernähen (Abb. 4).

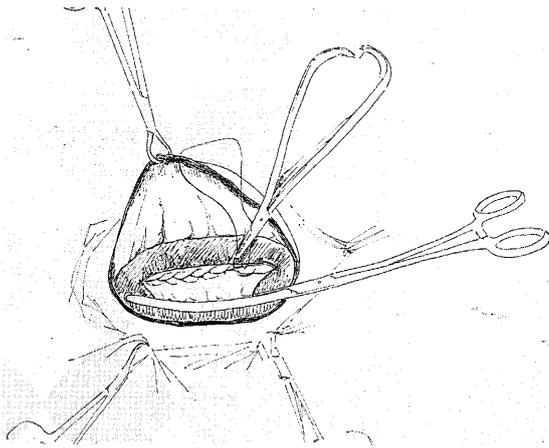


Abb. 4: Fortlaufende Lembertnaht zur Einstülpung des Sehnenscheidenstumpfes.

Continuing „Lembert seam“ to tuck in the rest of the vagina synovialis tendinis.

Hierfür wurden Dexon-Fäden verwendet. Nach der Reposition des Hautlappens wurde die Unterhaut fortlaufend mit dem gleichen Nahtmaterial vernäht. Die Hautnaht wurde mit U-förmigen Einzelheften und Supramid durchgeführt. Die Konkavität, die sich lateral gebildet hatte, wurde mit Mull und Watte ausgefüllt und mit einem Druckverband versehen, um den Totraum zu verkleinern. Dieser Verband wurde nach 10 Tagen erneuert (Abb. 5). Zu diesem Zeitpunkt wies die Wunde einen guten Heilungsverlauf auf. Die Wunde wurde weitere 6 Wochen unter Verband gehalten.



Abb. 5: 10 Tage post operationem beim Verbandswechsel.

10 days after surgery when changing the dressing.

Vor dem Eingriff wurden eine Tetanus Schutzimpfung durchgeführt und postoperativ wurde das Pferd mit Antibiotika über einen Zeitraum von 5 Tagen versorgt.

Nach einem Monat wurde das Pferd im Schritt bewegt und nach drei Monaten verrichtete es leichte Arbeit im Trab. Die ursprüngliche Arbeit wurde fünf Monate nach dem Eingriff

wieder aufgenommen. Ab dem zweiten Monat trat zu keinem Zeitpunkt der Rekonvaleszenz eine Lahmheit auf. Unter kosmetischen Gesichtspunkten ist das Ergebnis als sehr gut zu bezeichnen.

Diskussion

Eine chirurgische Behandlung, auch wenn man das gute Ergebnis dieses Falles berücksichtigt, ist nur unter besonderen Umständen in Erwägung zu ziehen, nämlich dann, wenn zum Mißerfolg der konservativen Behandlung hinzukommt, daß das Pferd mit der Umfangsvermehrung des Sprunggelenkes seinem Zweck entsprechend nicht eingesetzt werden kann. Der Eingriff ist in der Tat aufwendig und besonderes Augenmerk muß der postoperativen Versorgung des Patienten geschenkt werden, denn ein gut sitzender Druckverband ist von großer Bedeutung für die Erfolgsaussichten des Eingriffes.

Literatur:

- Barone, R. (1981): in „Anatomia comparata dei mammiferi domestici“, Band II, 288–290
- Davis, J.V. (1993): „Improve your image: contrast techniques“. Equine Vet. Ed., 5 (1) 52–56
- Dik, K.Y. and Keg, P.R. (1990): The efficacy of contrast radiography to demonstrate „false thoroughpin“ in five horses. Equine Vet. J., 22, 223–225
- Hago, B.E.D. and Vaughan, L.C. (1986): Use of contrast radiography in the investigation of tenosynovitis and bursitis in horses. Equine Vet. J., 18, 375–382
- Huskamp, B. (1994): Personal communication
- Lamb, C.R. (1991): Contrast radiography of equine joints, tendon sheaths and draining tracts. Vet. Clin. of North Am. Equine Practice, 7, 241–257
- Stashak, T.S. (1987): in: Adams lameness in horses, 4th Ed., Philadelphia, 475–477
- van Pelt, R.W. (1969): Tenosynovitis in the horse. J. Am. Vet. Med. Ass. 154, 1022
- van Pelt, R.W. (1969): Inflammation of the tarsal synovial sheath (thoroughpin) in horses. J. Am. Vet. Med. Ass., 155, 1481

Dr. F. Torre
Dr. R. Becker

Pferdeklinik Bagnarola Budrio
Via E. Fermi 21
I-40033 Cusa Lecchio di Reno
Tel.: 0039/51 59 05 83