

# mediK.U.S.

## Ä R Z T E K O O P E R A T I O N

### Praxis für Endoprothetik, Arthroskopische Operationen, Minimal-invasive Wirbelsäulenchirurgie, Handchirurgie

#### *Patienteninformation „Verschleiß des Daumensattelgelenkes - Rhizarthrose“*

##### *Die Rhizarthrose*

Die Rhizarthrose ist ein Verschleiß des Daumensattelgelenkes. Dabei handelt es sich um die gelenkige Verbindung zwischen dem 1. Mittelhandknochen und dem Trapez (großes Vieleck, einem der Handwurzelknochen).

Die Arthrose ist gekennzeichnet durch Verschmälerung des Gelenkspaltes mit Verdichtung des Knochens unter dem Knorpel (Sklerose). Die Knorpelschicht nutzt sich mehr und mehr ab, es entsteht hierdurch ein Reiben von Knochen auf Knochen wie man es von großen Gelenken (Hüfte, Knie) bei Arthrose kennt.

Bei Fortschreiten kommt es zu knöchernen Anbauten an das Trapez. Im weiteren Verlauf tritt eine Subluxationsstellung auf, d. h. die gelenkige Verbindung zwischen dem 1. Mittelhandkochen und dem Trapez steht nicht mehr über- sondern nebeneinander.

Das Entstehen der Rhizarthrose kann durch eine rheumatische Erkrankung bedingt sein. Meist ist die Entstehung jedoch idiopathisch, d.h. man kennt die Ursache nicht. Frauen sind häufiger und meist ab dem 40. Lebensjahr betroffen. Natürlich kann auch nach Knochenbrüchen eine Arthrose auftreten, hier sind die Basisfrakturen des ersten Mittelhandknochens als eine Ursache der Entstehung einer Rhizarthrose zu nennen.



Röntgenaufnahme einer Daumensattelgelenksarthrose (Markierung)

Typische Beschwerden sind Schmerzen bei bestimmten Greifbewegungen, wie dem Öffnen einer Flasche, dem Fassen eines Schlüssels (Spitzgriff).

Später kann es zur Schwäche bei diesen Bewegungen kommen, Gegenstände können nicht mehr fest gefasst werden. Schließlich kann es wie bei den Arthrosen der großen Gelenke auch zum Ruheschmerz kommen.

Neben Anamnese und klinischen Untersuchung ist ein Röntgenbild erforderlich.

Anamnestisch berichten die Patienten über Schmerzen bei bestimmten Greif- und Drehbewegungen, sowie eine Schwäche beim Ausführen von kraftvollen Tätigkeiten, z.B. dem Öffnen einer Flasche.

Differentialdiagnostisch muss man u.a. bei fehlendem radiologischen Arthrosenachweis an ein CTS (Carpaltunnelsyndrom) denken.

Klinisch findet man eine Verplumpung der Daumenbasis und eine Adduktionsfehlstellung: der Daumen ist an den 2. Mittelhandknochen angelehnt. Ferner kommt es zur Überstreckung des Daumensattelgelenkes.

Eine Röntgenaufnahme des Daumensattelgelenkes bzw. des Handgelenkes in 2 Ebenen kann die Diagnose sichern.

Je nach Stadium der Arthrose kommt es zu Verschmälerung des Gelenkspaltes, Sklerose des Trapezes osteophytären Randanbauten bis hin zur oben genannten Subluxationsstellung infolge der Insuffizienz der Bandverbindungen des Gelenks.

Folgende therapeutische Optionen sind gegeben:

### *Konservative Therapie*

Wenn nur Reizsymptome wie gelegentliche Schmerzen auftreten und der radiologische Verschleiß nicht ausgeprägt ist sind konservative Therapiemaßnahmen indiziert.

Diese reichen von Analgetika- und Antiphlogistika-einnahmen, besonders den nicht steroidal Antirheumatika bis hin zur Schientherapie (Orthesen). Diese erlauben eine gute Beweglichkeit, stützen das betroffene Gelenk und können so die Schmerzen lindern.

Bei aktivierten Reizzuständen ist auch eine vorübergehende Schienenbehandlung sinnvoll.

Ebenso kann eine lokale Kortisoninfiltration in das Gelenk bei aktivierter Arthrose erfolgen. Ferner können Injektionen mit Chondroitinsulfaten einen positiven Effekt auf den Knorpel erzielen.

Auch die Radiosynorthese muss genannt werden. Bei diesem Verfahren wird eine radioaktive Substanz gezielt in das Gelenk injiziert und anschließend mittels eines speziellen Strahlenverfahrens die entzündete Gelenkbinnenhaut bestrahlt. Diese Verfahren werden nur in ausgewählten Einrichtungen durchgeführt

### *Operative Therapie*

Sollten alle konservativen Maßnahmen keine Besserung erzielen kommen verschiedene Operationsmethoden in Frage.

Bei radiologisch geringer Arthrose besteht die Möglichkeit das Daumensattelgelenk mittels einer kleinen Optik zu spiegeln und eine Denervierung durchzuführen sowie entzündete Gelenkschleimhaut zu entfernen. Hierzu wird eine Spezialoptik benötigt die nur an ausgewählten Zentren zur Verfügung steht. Der Eingriff kann i.d.R. ambulant durchgeführt werden. Sollte der Verschleiß fortgeschritten sein ist diese Operationsmethode nicht zu empfehlen.

Bei manifester Rhizarthrose wird i.d.R. die Trapezektomie erforderlich:

Lassen sich die Schmerzen anderweitig nicht mehr beherrschen wird in Allgemeinnarkose oder Plexusanästhesie (Betäubung des Armes) der betroffene Knochen entfernt (Trapezektomie).

Die entstandene Lücke kann durch verschiedene Methoden verschlossen werden.

Momentan gibt es 2 Verfahren die gleich gute Ergebnisse liefern:

1. die Kapselinterposition
2. die Sehneninterposition

Beim ersten Verfahren erfolgt das Einnähen eines Gelenkkapselstreifens in die entstandene Lücke.

Die Kapsel wird bei der Entnahme des Trapezes entsprechend präpariert.

Die zweite Methode verwendet einen Sehnenstreifen der Sehne des Musculus Flexor carpi radialis, diese Sehne findet man am Boden der entstandenen Lücke nach Entfernen des Trapezes.

Ein stationärer Aufenthalt ist bei beiden Methoden wenige Tage erforderlich.

Wir verwenden momentan ausschließlich die erste Methode und konnten gute Ergebnisse erzielen.

Der Vollständigkeit halber muss ein weiteres Operationsverfahren erwähnt werden. Das Daumensattelgelenk kann wie nahezu sämtliche anderen Gelenke versteift werden (Arthrodese). Dieses Verfahren kommt nach fehlverheilten Basisfrakturen des ersten Mittelhandknochens in Frage. Es liefert gute Schmerzreduktion bei geringerer Beweglichkeit.

Nach Arthroskopie des Daumensattelgelenkes wird ein elastischer Kompressionsverband angelegt, die Hand sollte zügig wieder eingesetzt werden.

Hingegen ist nach Trapezektomie die Ruhigstellung für 28 Tage erforderlich. Der Daumen wird hierbei in abgespreizter Stellung mittels einer Gipsschiene fixiert. Die Hautnaht kann nach 10-12 Tagen entfernt werden.

Die Gipsruhigstellung ist zur ausreichenden Heilung der Kapsel für 28 Tage erforderlich. Danach wird unter Physiotherapie die Beweglichkeit der Hand gefördert.

Mit einer Arbeitsunfähigkeit ist je nach Arbeitsplatz zwischen 5 bis 8 Wochen zu rechnen.

Auch nach einer Arthrodese ist eine Immobilisation in einer Gipsschiene für 28 Tage erforderlich.



Kunststoffgipsanordnung zur Nachbehandlung. Die Nahaufnahme (rechts) zeigt, dass die Funktion der übrigen Langfinger nicht eingeschränkt wird.

