

In unserer Klinik werden alle in Frage kommenden Operationsverfahren beherrscht und dem Patienten angeboten und in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch das individuell geeignete Verfahren besprochen.

Der etwa einstündige Eingriff wird in der Regel ambulant durchgeführt, kann aber auch im Rahmen eines stationären Eingriffes erfolgen. Nach der Operation ist eine 4-wöchige Ruhigstellung des Daumens erforderlich, um eine Instabilität des Daumens zu verhindern. Anschließend kann der Daumen schrittweise wieder aufbelastet werden.

Gerne können Sie sich an mich wenden, wenn Sie Fragen zu dieser oder einer anderen Problematik an Ihrer Hand haben.

Handsprechstunde

Sprechstunde: Mittwochs 8-16 Uhr
Terminvereinbarung unter 0641/985-57660 oder 57679

Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Rudolf-Buchheim-Straße 7, D-35385 Gießen
Zentrale: +49-(0)-641-985-57660

Leitender Arzt Sektion Handchirurgie:

Prof. Dr. med. Gabor Szalay
Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie



Sekretariat Handchirurgie:

Tel.: 0641/985-44603 (Frau Gorchs)
E-Mail: Handchirurgie@uniklinikum-giessen.de

www.ukgm.de/ugi_uch



**Klinik und Poliklinik für Unfall-,
Hand- und Wiederherstellungschirurgie -
Operative Notaufnahme
Standort Gießen**

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Christian Heiß)

Patienteninformation

Rhizarthrose

Mit einer Häufigkeit von 10 Prozent ist die Daumensattelgelenksarthrose (Rhizarthrose) die häufigste Arthrose der Hand. Frauen erkranken 10- bis 15-mal häufiger an einer Rhizarthrose als Männer.

Ursachen und Diagnostik

Insbesondere Frauen, die älter als 50 Jahre sind, leiden vermehrt an einer Rhizarthrose. Aus diesem Grund werden hormonelle Einflussfaktoren, die die Entstehung einer Rhizarthrose fördern, diskutiert. Es handelt sich bei der Rhizarthrose um eine fortschreitende Zerstörung des Knorpels im Bereich des Daumensattelgelenkes, das durch das große Vieleckbein (Os trapezium) sowie die Basis des ersten Mittelhandknochens gebildet wird. Im Bereich des Gelenkes sind das Os trapezium und die Basis des ersten Mittelhandknochens an ihren Kontaktstellen mit einer Schutzschicht aus Knorpel überzogen, welche das schmerzfreie Gleiten dieser Knochen bei der Bewegung des Daumens ermöglicht. Bedingt durch eine Instabilität oder Verletzung wird diese schützende Knorpelschicht fortschreitend zerstört. Auch eine dauerhafte Überlastung stellt einen weiteren Risikofaktor dar. Dabei sind Berufsgruppen und Tätigkeiten mit geringer bis mittlerer Beanspruchung und häufigem Präzisionsgriff, wie beispielsweise Feinmechaniker oder Näherinnen, häufiger betroffen als Schwerstarbeiter. Patienten, die unter einer Rhizarthrose leiden, beklagen in Abhängigkeit der Ausprägung bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen, eine Schwellneigung mit Überwärmung im Daumensattelgelenk sowie eine zunehmende Instabilität mit Kraftverlust. Hinzu kommt eine Störung der Feinmotorik des Daumens, was dazu führt, dass den Betroffenen häufig Gegenstände aus der Hand fallen. In fortgeschrittenen Stadien kommt eine Fehlstellung des Daumens sowie eine Bewegungseinschränkung zu den vorgenannten Symptomen hinzu (Abbildung 1). Das zur Diagnosefindung erforderliche Röntgenbild zeigt neben einer Verschmälerung des Gelenkspaltes häufig Veränderungen des Knochens und eine Fehlstellung im Gelenk (Abbildung 2). Eine Magnetresonanztomographie (MRT) oder eine Computertomographie (CT) ist nur in Ausnahmefällen erforderlich, verdeutlicht aber das Ausmaß der Erkrankung (Abbildung 3). Besonders wichtig ist, dass das Ausmaß der Beschwerden nicht unbedingt mit dem Röntgenbild im Einklang stehen muss. Nicht selten beklagen Patienten mit einer im Röntgenbild nur leichten Rhizarthrose starke Schmerzen im Daumensattelgelenk.

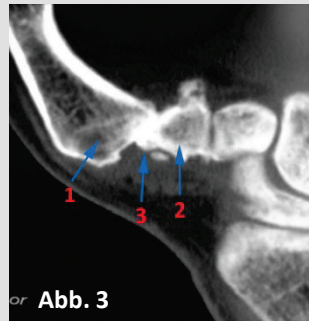


Abb. 1: Klinisches Bild einer Rhizarthrose. **Abb. 2:** Das Röntgenbild zeigt eine Verschmälerung bzw. Aufhebung des Gelenkspaltes (1) als Hinweis für die Zerstörung des Knorpels des großen Vieleckbeins (Os trapezium-2) sowie der Basis des ersten Mittelhandknochens (3).

Abb. 3: Eine Computertomographie verdeutlicht anschaulich, warum eine Rhizarthrose oft so schmerzhaft ist. Die schützende Knorpelschicht zwischen dem großen Vieleckbein (Os trapezium-2) sowie der Basis des ersten Mittelhandknochens (1) ist vollständig zerstört und die Knochen reiben bei jeder Bewegung direkt aufeinander (3).

Operative Therapie

Erst wenn all diese Maßnahmen ausgeschöpft wurden und im Einvernehmen zwischen Patient, Therapeut und behandelndem Arzt nicht der gewünschte Erfolg erzielt werden konnte, sollten in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch die in Frage kommenden operativen Maßnahmen besprochen werden. Die erfolgreiche operative Versorgung der Rhizarthrose sollte hierbei durch ein zuverlässiges, komplikationsarmes Verfahren erfolgen, wobei Kraft, Bewegungsumfang und Geschicklichkeit unter signifikanter Reduktion der präoperativen Schmerzen normwertig bleiben sollten.

In den letzten Jahren ist eine große Vielfalt an völlig unterschiedlichen Operationsverfahren beschrieben worden. Mögliche operative Behandlungsformen sind unter vielen anderen die Denervierung (Zerstörung der schmerzleitenden Nervenfasern des Daumensattelgelenkes unter Belassen der Arthrose), die Arthrodesen (Versteifung) des Daumensattelgelenkes, die Implantation einer Daumensattelgelenkspothese oder eines Pyrocarbon- oder Silikonplatzhalters als Trapeziumersatz, die Trapezektomie (offene Entfernung des großen Vieleckbeines) oder die arthroskopische Hemitrapezektomie (minimalinvasive Teilentfernung des großen Vieleckbeines) sowie die unterschiedlichen Variationen der Suspensions-Interpositionsarthroplastiken (Entfernung des großen Vieleckbeines mit Stabilisierung des Gelenkes mit einem Teil einer Sehne).

Behandlung

Konservative Therapie

Die Therapie der Rhizarthrose ist vielfältig und wird auch heute noch unter Experten kritisch und sehr kontrovers diskutiert. Bevor operative Maßnahmen in Frage kommen, sollte unserer Meinung nach versucht werden, die Beschwerden durch konservative Maßnahmen zu reduzieren. Hierbei nimmt die Hand-, Ergo- und Physiotherapie einen großen und wichtigen Stellenwert ein. Nicht selten gelingt es, einen Patienten durch konservative Maßnahmen vor einem operativen Eingriff zu bewahren oder diesen zumindest hinauszuzögern. Ziel dieser konservativen Maßnahmen ist in erster Linie die Schmerzreduktion. Neben der Schmerzreduktion durch beispielsweise „Manuelle Therapie“ ist es wichtig, dass der Patient erlernt, bei Belastung das Daumensattelgelenk zu stabilisieren. Hierfür ist eine berufs- und alltagsbezogene Gelenkschutzaufklärung genauso wichtig wie eine passende Orthese (Schiene), die bei den notwendigen Belastungen getragen werden kann.

Um auch muskulär das Sattelgelenk zu unterstützen, sollten täglich gezielte, in der Regel sehr einfache Übungen ausgeführt werden (Abbildung 4). Besonders schmerzlindernd empfinden Patienten Maßnahmen wie ein Paraffinbad oder andere thermische Anwendungen. Da eine rechtzeitige Intervention das Fortschreiten der Arthrose minimieren oder sogar aufhalten kann und die Patienten ihre Lebensqualität zurückgewinnen können, ist es wertvoll, wenn die Patienten frühzeitig aufgeklärt werden, ihre stabilisierenden Übungen machen und mit Orthesen versorgt werden (Abbildung 5).

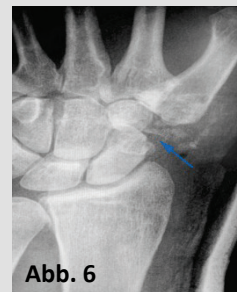


Abb. 4: Mit einfachen Übungen, die der Hand-, Ergo- oder Physiotherapeut dem Patienten zeigt, kann eine Stabilisierung des Gelenkes erreicht und Schmerzen reduziert werden. **Abb. 5:** Durch einen in der Schienenbehandlung ausgebildeten Ergotherapeuten können maßgefertigte Orthesen individuell hergestellt werden. Alternativ kann der Patient in einem Sanitätshaus industriell hergestellte Orthesen gegen Rezept erhalten. **Abb. 6:** Die Trapezektomie mit anschließender Stabilisierung des Daumens mit einem Teil einer Sehne.

Obwohl alle vorgenannten Maßnahmen ihre Rechtfertigung haben und auch zuverlässig gute und sehr gute Ergebnisse erreicht werden, haben sich in den letzten Jahren zwei Verfahren durchgesetzt, die von den meisten Handchirurgen durchgeführt werden. Bei dem einen Verfahren erfolgt nur die Entfernung des großen Vieleckbeines (Trapezektomie). Sie stellt unter allen Verfahren die technisch einfachste Versorgungsmöglichkeit dar, mit der sich in über 80 bis 90 Prozent der Fälle sehr gute bis gute Ergebnisse erzielen lassen. Um eine postoperative Instabilität des Daumens zu verhindern, muss der Operateur die umgebende Kapsel sehr sorgfältig vernähen. Das andere von Handchirurgen favorisierte Verfahren stellt die Trapezektomie mit anschließender Stabilisierung des Daumens mit einem Teil einer Sehne dar (Abbildung 6). Auch hier werden in über 80 bis 90 Prozent die oben genannten Therapieziele zuverlässig erreicht.