

Das schmerzhafte Handgelenk

Indikation, Möglichkeiten und Grenzen der Handgelenksarthroskopie

Akute, aber auch chronische Handgelenkschmerzen sind ein häufiger Anlass, weshalb sich Patienten beim Haus- oder Facharzt vorstellen.

Ursachen und Diagnostik

Gründe hierfür können degenerativer (Abnutzung) oder traumatischer (unfallbedingt) Natur sein. Während bei den traumatisch bedingten Schmerzen in der Regel ein Sturz auf das Handgelenk oder ein Verdrehtrauma erinnerlich sind, berichten Patienten bei den degenerativ bedingten Ursachen über einen langsam entstandenen und belastungsabhängigen Schmerz, für den oft kein auslösendes Ereignis benannt werden kann.

Häufig vergehen Monate oder auch Jahre bis diese Patienten sich beim Arzt vorstellen. Neben der eingehenden klinischen Untersuchung des Handgelenkes besteht die Möglichkeit, mittels Röntgen (Abb. 1a), Magnetresonanztomographie (Abb. 1b) Computertomographie (Abb. 1c) und Funktions- oder Belastungsaufnahmen die Ursache für den Schmerz in Erfahrung zu bringen.

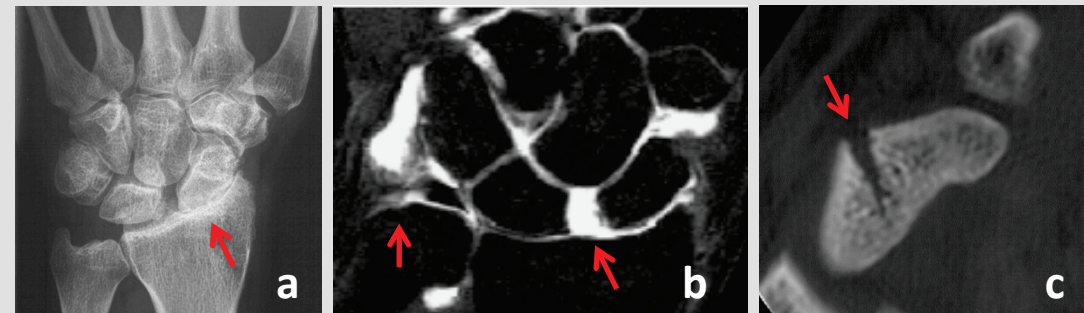


Abbildung 1a-c: Röntgenbild (a) mit Darstellung einer Arthrose zwischen Speiche (Radius) und Kahnbein (Scaphoid). Ursache hierfür ist eine alte Zerreißung des Bandes zwischen Kahn- und Mondbein. MRT (b) des Handgelenkes mit Zerreißung des Bandes zwischen Kahnbein (Scaphoid) und Mondbein (Lunatum) sowie Verdacht auf Verletzung des Discus articularis. Computertomographie (c) des Kahnbeins (Scaphoid) mit nachgewiesener Fraktur nach Sturz auf das Handgelenk.

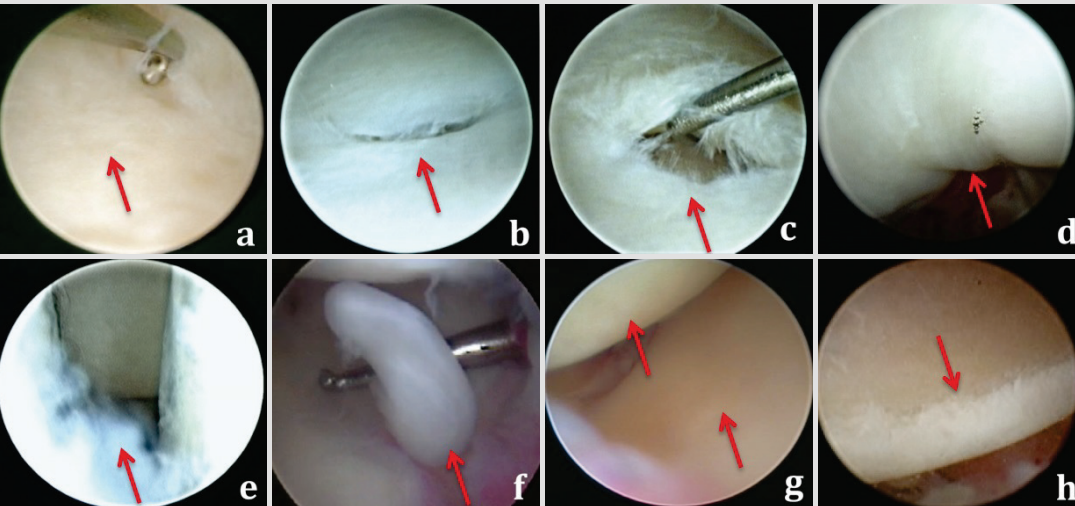


Abbildung 4a-i: Unterschiedliche Ursachen für Handgelenkschmerzen. Intakter Discus articularis (a) sowie frischer (b) und alter Riss (c) des Discus. Intaktes Band zwischen Kahn- und Mondbein (d) sowie zerrissenes Band (e). Freier Gelenkkörper (f). Intakter Knorpelüberzug zwischen Kahnbein und Speiche (g). Knorpeldefekt am Kahnbein - gut zu erkennen der angrenzende gesunde Knorpel (h). Entzündete Gelenkinnenhaut (Synovialitis) bei ansonsten unauffälligem Knorpel (i).

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

In Abhängigkeit der durch die oben genannten Untersuchungen gestellten Diagnose empfiehlt der behandelnde Arzt dann die weitere Therapie.

Die Spiegelung (Arthroskopie) des Handgelenkes stellt eine moderne Möglichkeit dar, der Ursache der Beschwerden auf die Spur zu kommen.

Was geschieht bei der Handgelenksarthroskopie?

Bei der Handgelenksarthroskopie wird im Rahmen eines operativen Eingriffes mit einer 2 Millimeter messenden Optik das Handgelenk von innen begutachtet. Die Kamera überträgt hierbei den Befund auf einen Monitor, auf den der Operateur während der Operation schaut (Abb. 3c). Der Eingriff wird in der Regel ambulant durchgeführt. Nur wenn relevante Begleiterkrankungen bestehen, bleibt der Patient zur Überwachung nach der Operation für eine Nacht im Krankenhaus. Für die Operation bedarf es entweder einer Narkose oder einer sogenannten Plexusanästhesie, bei der ausschließlich der Arm betäubt wird. Dies geschieht, indem von einem Narkosearzt (Anästhesist) ein Medikament unter die Haut der Achselhöhle des Patienten gespritzt wird. Dadurch werden die Nerven für mehrere Stunden vollständig betäubt, so dass der Eingriff durchgeführt werden kann, ohne dass der Patient Schmerzen während der Operation verspürt (Abb. 2a-c). Da manche Patienten die Stimmen der an der Operation beteiligten Personen (Operations- und Narkoseteam) nicht hören wollen, besteht die Möglichkeit, zusätzlich ein leichtes Schlafmittel zu geben.

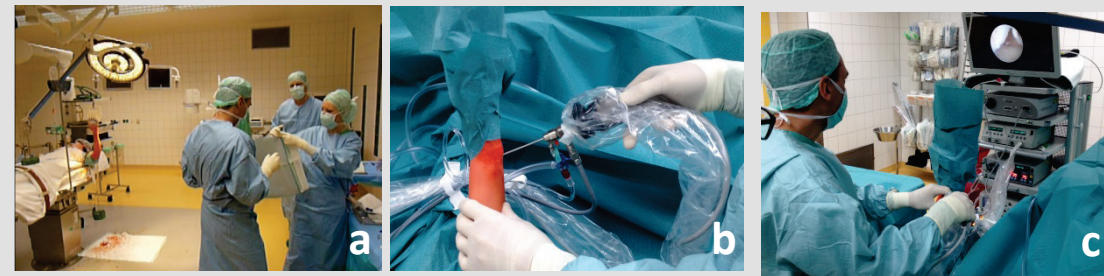


Abbildung 3a-c: Lagerung und Desinfektion des Armes (a). Anschließend wird der gesamte Patient bis auf das Handgelenk mit sterilen Abdecktüchern (b) zugedeckt. Nachdem die Kamera in das Gelenk eingeführt wurde, sieht der Operateur auf dem Monitor das Innere des Gelenkes (c).

In Abhängigkeit des intra-operativ erhobenen Befundes entscheidet sich das weitere Vorgehen. Während beispielsweise freie Gelenkkörper (Abb. 4 f), einklemmende Zotten oder Discuschäden (Abb. 4b, c) direkt saniert werden können, bedarf es bei manchen Befunden wie einer ausgeprägten Arthrose (Abb. 4h) oder einem Schaden am Band zwischen Kahn- und Mondbein (Abb. 4e) einer weiteren, aufwendigeren Operation. Wie lange der Patient nach der Operation krankgeschrieben wird, hängt natürlich von dem erhobenen Befund, aber auch vom Alter und Beruf des Patienten ab.

Nachbehandlung und Komplikationen der Operation

In einem hohen Prozentsatz gelingt es, die Ursache für die Handgelenksbeschwerden zu finden und auch direkt zu behandeln. In speziellen Fällen bedarf es einer weiteren Operation. Eine post-operative Ruhigstellung des Handgelenkes ist in der Regel nicht erforderlich, muss aber in Ausnahmefällen, wenn beispielsweise der Discus articularis genäht wird, erfolgen. Wegen der Gefahr der Verletzung von Gefäßen, Nerven und Strukturen innerhalb des Gelenkes sollte die Operation nur von erfahrenen Handchirurgen, die eine langjährige Erfahrung bei der Arthroskopie dieses sehr kleinen und empfindlichen Gelenkes haben, durchgeführt werden. Eine sehr seltene Komplikation ist die Wundheilungsstörung oder eine Infektion. Darüber muss der Patient, ebenso wie über die Indikation und das intraoperative Vorgehen, vor der Operation im Rahmen eines Aufklärungsgespräches ebenso wie über die in Frage kommende Narkoseform von einem Arzt aufgeklärt werden. In der Sektion für Handchirurgie der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Gießen werden pro Jahr etwa 250 Handgelenksarthroskopien durchgeführt. In der immer mittwochs stattfindenden Handsprechstunde besprechen wir mit den Patienten die vorhandenen Befunde und ob die Indikation für eine Arthroskopie des Handgelenkes besteht oder noch weitere Untersuchungen zur Diagnosefindung erforderlich sind. Ebenso wird mit dem Patienten besprochen, ob Ergo- oder Physiotherapie oder eine temporäre Ruhigstellung an Stelle einer Operation helfen können, die Beschwerden zu lindern.

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

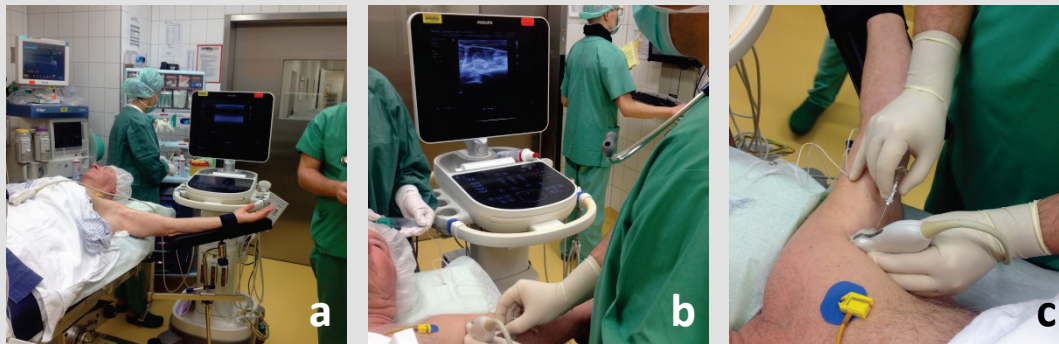


Abbildung 2a-c: Für die Operation besteht die Möglichkeit der Vollnarkose oder Plexusanästhesie (a). Hierbei wird ein Medikament ultraschallkontrolliert unter die Haut in der Achselhöhle des Patienten gespritzt (b und c), so dass der Arm für mehrere Stunden komplett betäubt ist.

Während der Operation liegt der Patient auf dem Rücken. Der zu operierende Arm ist an einer speziellen Halterung aufgehängt (Abb. 3a). Um das Risiko einer Infektion zu minimieren, muss der Arm, bevor die Kamera in das Gelenk eingeführt wird, zunächst desinfiziert und dann steril mit Tüchern abgedeckt werden (3b und c). Nachdem die Kamera in das Gelenk eingeführt wurde, verschafft sich der Operateur zunächst einen Überblick über alle Strukturen. Neben dem Knorpelüberzug der Handwurzelknochen sowie des Radius (Speiche) (Abb. 4d, g, h, i) kann er die Bänder zwischen den Handwurzelknochen (Abb. 4d und e) sowie den sogenannten Discus articularis (Abb. 4a-c) begutachten.