

■ Welche Nachbehandlung ist erforderlich?

In den ersten Tagen nach der Operation sind Schmerzmittel, teilweise auch intravenös zu geben. Opiate und abschwellende Medikamente notwendig. In der Regel wird eine Gipschiene für den ersten Strahl bis zum Unterarm unter Freilassung des Daumenendgelenkes für 4 Wochen angelegt, um eine stabilisierende Vernarbung der Sehnen-aufhängung im Bereich des Daumensattelgelenkes in Abspreizstellung des ersten Strahls zu erzielen. Anschließend wird das Tragen einer Orthese für weitere ca. 4 Wochen notwendig sein.

! Einschnürende Verbände, die zu Schwellungen und Lymphabflussstörungen führen können oder zur Fehlstellung des ersten Strahls beitragen, sind unbedingt zu vermeiden.

Ab dem ersten postoperativen Tag sollten eigen-tätige Bewegungsübungen der Langfinger erfolgen, um einem Handödem sowie einer Bewegungsein-schränkung der Finger vorzubeugen.

■ Wie lange ist die Narbe schmerzhaft?

Dies ist von Patient zu Patient unterschiedlich. Bei der von uns durchgeführten Operationstechnik werden keine künstlichen Gelenkteile verwendet. Das sich neu bildende Gelenk benötigt ca. 9 Monate bis zu seiner völligen Ausreifung. Bis zu diesem Zeitpunkt können noch bewegungs- und belastungsabhängige Schmer-zen sowie eine Schwellneigung bestehen.

■ Wie lange falle ich im Beruf aus?

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit beträgt bei regu-lärem Verlauf ca. 6-8 Wochen. Dies kann bei kör-perlich schwer arbeitenden Menschen auch länger sein.

■ Welche Komplikationen können auftreten?

- **Störungen der Wundheilung:**
Bei korrekter Technik und Nachbehandlung selten.
- **Verletzung/Durchtrennung von Nerven, Gefäßen und Sehnen:**
Verletzungen eines Astes der A. radialis sind wegen der Nähe zum großen Vieleckbein möglich, kommen bei einem erfahrenen Handchirurg i.d.R. nicht vor.
- **Misempfindungen im Ausbreitungsgebiet des Ramus superficialis des N. radialis (streckseitiger erster Strahl):**
Können bei atraumatischem Umgang mit den Ner-venästen bei der Präparation sowie durch Erhalt eines Fettmantels um den Nerven vermieden werden.
- **Schmerzen durch knöchernen Kontakt zwischen der Basis des ersten Mittelhandknochens und dem körperfernen Pol des Kahnbeins durch Ver-schiebung des ersten Mittelhandknochens**
Kann durch die Schaffung eines stabilen Sehnenin-terponates sowie die akribische Rekonstruktion der Gelenkkapsel und eine stringente Nachbehandlung mit längerer Ruhigstellung vermieden werden.
- **Komplexes regionales Schmerzsyndrom CRPS**
Dabei kommt es zu Bewegungsstörungen an der ganzen Hand begleitet von Schwellungen und oft zu einer überschießenden Behaarung und vermehrten Schweißsekretion der Hand. Entkal-kungen der Handknochen können auftreten, wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt. Das CRPS kann bei länger andauernden Schmerz-episoden nach Operation einer Rhizarthrose auf-treten, aber durch eine adäquate Schmerztherapie vermieden werden.

■ Welche Ergebnisse sind nach der OP zu erwarten?

- Signifikanter Schmerzrückgang
- Besserung der groben Kraft im Vergleich zum präoperativen Zustand

- Freie Beweglichkeit im Bereich des Daumensattelgelenkes
- Keine Fälle von Spätbeschwerden nach anfangs erfolg-reicher Resektions-Arthroplastik des Daumensattelge-lenkes.

02.2019

■ St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh

Heidbergweg 22-24
45257 Essen

Fon 0201 455-0
www.contilia.de



■ Klinik für Handchirurgie

- Dr. med. Susanne Möhlen-Albrecht | Chefärztin
s.moehlen@contilia.de
- Dr. med. Michael Sollmann | Kassenärztlich
ermächtigter Oberarzt | m.sollmann@contilia.de

Sekretariat
Fon 0201 455-1402/-1420
Fax 0201 455-1406

Für das Wichtige. Im Leben.



Patienteninformation Rhizarthrose (Daumensattelgelenkarthrose)

Klinik für Handchirurgie

St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh

Für das Wichtige. Im Leben.

Liebe Patientin, lieber Patient.

Mit dieser Information möchten wir Ihnen die wichtigsten Fakten zur Rhizarthrose nahebringen. Selbstverständlich ersetzt sie nicht das Gespräch mit dem Arzt. Für individuelle Fragestellungen im Rahmen Ihrer Behandlung stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihre Dr. Susanne Möhlen-Albrecht, Chefärztin

■ Was ist eine Rhizarthrose und wodurch entsteht sie?

Als Rhizarthrose bezeichnet man den Knorpelverschleiß im Bereich des Daumensattelgelenkes (Gelenk zwischen der Basis des ersten Mittelhandknochens und der Handwurzel). Bei der Daumensattelgelenkarthrose ist die Gegenüberstellbewegung des Daumens beeinträchtigt, und Spitz-, Schlüssel- und kraftvoller Grobgriff sind schmerzhaft.

Ca. 10 % der Bevölkerung leiden unter einer Rhizarthrose. In der Regel sind Frauen um das 50. Lebensjahr betroffen. Die Rhizarthrose tritt häufig beidseits auf (20-30% der Fälle), Frauen erkranken 10-15x häufiger als Männer.

Meistens handelt es sich um eine idiopathische (degenerative, verschleißbedingte) Arthrose, allerdings tritt die Rhizarthrose auch nach Verletzungen (z.B. Knochenbrüchen des ersten Mittelhandknochens) auf.

■ Was sind die typischen Beschwerden?

- Bewegungs- und Belastungsschmerzen im Daumensattelgelenk
- Schmerzen beim Aufschließen von Türen und beim Öffnen von Flaschen oder Gläsern mit Drehverschlüssen
- Kraftverlust beim Greifen
- Deformierung des Daumensattelgelenkes
- Reibegeräusch beim passiven Durchbewegen des ersten Mittelhandknochens
- Bei fortgeschrittenen Fällen Fehlstellung des ersten Mittelhandknochens mit Verschmälerung des Raums in der ersten Zwischenfingerfalte und Überstreckung im Daumengrundgelenk
- Schwellung, manchmal auch Rötung und Überwärmung bei aktivierter Arthrose des Gelenkes

■ Welche Diagnostik ist erforderlich?

- Klinische Tests (Grind-Test, Daumenstauchungstest)
- Röntgenuntersuchung der Hand sowie des ersten Strahls (Aufsichtsaufnahmen)

■ Gibt es andere Ursachen für Schmerzen entlang des ersten Strahls (Daumen)?

Ja, weitere Erkrankungen können sein:

- Sehnenscheidenentzündung des ersten Strecksehnenfachs (Tendovaginitis stenosans de Quervain)
- Ringbandenge
- Arthrose der Handwurzel
- Kahnbeinpseudarthrose

■ Muss die Rhizarthrose behandelt werden?

Behandelt werden sollte sie in Abhängigkeit vom Leidensdruck des Patienten.

■ Welche konservativen Therapien gibt es?

In frühen Behandlungsstadien:

- Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika unter Magenschutz (z.B. Diclofenac, Ibuprofen etc.)
- Injektionen ins Gelenk (Kortison, Hyaluronsäure, radioaktive Substanzen als Radiosynoviorthese)
- Entlastung durch Tragen einer Sattelgelenkorthese (z.B. Push-Orthese, Rhizoloc-Orthese)

■ Wann ist eine Operation erforderlich?

- bei Versagen der konservativen Therapie, ab einem Zeitraum von ca. 12 Wochen
- bei dauerhaften Bewegungs- und Belastungsschmerzen im Bereich des Daumensattelgelenkes
- bei Entwicklung einer Fehlstellung des ersten Strahls

■ Wie wird die Operation durchgeführt?

In den frühen Stadien werden bevorzugt gelenkerhaltende Eingriffe eingesetzt, da hier häufig die Instabilität im Vordergrund steht und der Knorpelschaden begrenzt ist (Bandplastiken, Denervation, arthroskopisches Debridement mit Synovektomie).

In den übrigen Stadien der Erkrankung führen wir die Resektions-Arthroplastik des Daumensattelgelenkes mit Entfernung des großen Vieleckbeins und Stabilisierung des ersten Mittelhandknochens durch abgespaltene Flexor carpi radialis-Sehne (Handgelenksbeugesehne) durch.

Die Versteifung des Daumensattelgelenkes wird heute nur noch beim jungen Patienten mit schwerer handbelastender Tätigkeit empfohlen.

Die prothetische Versorgung des Daumensattelgelenkes ist heute möglich, wobei Langzeitergebnisse noch ausstehen.

In unserer Abteilung wird die Resektions-Arthroplastik vorgenommen, da es sich um eine seit vielen Jahren bewährte Operationstechnik handelt, die zu einer guten, schmerzfreien Beweglichkeit des Daumens führt und bei der - im Gegensatz zum endoprothetischen Verfahren - kein Fremdmaterial mit dem Risiko einer Lockerung oder Luxation eingesetzt wird. Nach der Literatur ergeben sich Zufriedenheitsraten der Patienten nach Resektions-Arthroplastik des Daumensattelgelenkes von 90%.

Die Operation erfolgt unter mikrochirurgischen Bedingungen mit Hilfe einer Lupenvergrößerung und in der Regel in Blutleere, um präzise unter Schonung der Gefäße, Nerven und Sehnen operieren zu können. Dabei wird wie bei einer Blutdruckmanschette die Blutleeremanschette aufgepumpt und vorübergehend die Durchblutung des Arms gedrosselt.

■ Welche Betäubung ist notwendig?

Der Eingriff erfolgt in Regionalbetäubung des Arms. Bei der sogenannten Plexusanästhesie wird an ein Nervengeflecht im Bereich von Schulter und Achsel ein örtliches Betäubungsmittel gespritzt, sodass der ganze Arm und die Hand gefühllos, schmerzempfindlich und aktiv nicht mehr beweglich sind. Dieses Betäubungsverfahren ist weniger belastend als eine Vollnarkose. Der Patient kann nach der Operation wieder essen und trinken. Da die Betäubung noch über einige Zeit nach Ende der Operation anhält, bestehen nach dem Eingriff weniger Schmerzen und der Patient benötigt eine geringere Menge an Schmerzmitteln.

Auf Wunsch kann während der Operation ein leichtes Schlafmittel zusätzlich gespritzt werden, so dass der Patient Einzelheiten des Eingriffs und des Operationsumfeldes nicht mitbekommt.