

- Bei 1 Patienten (5 %) erfolgte eine Folgeoperation im Sinne der oben beschriebenen Behandlung der Rhizarthrose
- Jeder 4. Patient war mindestens 2 Jahre schmerzreduziert. Durchschnittlich waren die Patienten mindestens 9 ± 8 Monate (Spannweite 0–24 Monate) schmerzfrei. Die letzte Aussage wird durch die Nachbeobachtungsdauer von weniger als 2 Jahren bei 7 Patienten eingeschränkt. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer längeren Schmerzreduktion zu rechnen
- Vor der Operation nahmen 13 Patienten (65 %) regelmäßig Analgetika ein. Nach dem Eingriff 15%. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,01$, χ^2 -Test)
- Die postoperative Arbeitsunfähigkeit betrug $2 \pm 1,5$ Wochen (0–3 Wochen)
- 85 % der Patienten würden sich nochmals operieren lassen

Diskussion

Resektionsinterpositions-Arthroplastik bei Rhizarthrose (Gruppe 1)

Durch die Trapeziektomie wird Raum geschaffen und die arthrotisch veränderte Gelenkfläche des 1. Mittelhandknochens kann „ohne Reibung“ bewegt werden.

Die beschriebene Operationstechnik minimiert die Nachteile historischer Behandlungsmethoden wie die der Arthrodesen, Trapeziektomie ohne Sehneninterponat, Trapeziumalloplastiken verschiedenster Art sowie Sehnenplastiken ohne Trapeziektomie [6, 9, 25, 26, 30, 31, 34].

Zunahme der Beweglichkeit und Kraft sowie eine signifikante Abnahme des subjektiv empfundenen Schmerzes sind die herausragenden Vorteile. Zur Kraft muss angemerkt werden, dass zugunsten der Beweglichkeit eine geringere Kraftentfaltung im Vergleich zur nicht lädierten Hand resultiert. Die postoperativ resultierende Kraft liegt jedoch über der präoperativen. Ein schlechtes Ergebnis erhielten wir bei einer 77-jährigen Patientin mit fortgeschrittener Rhizarthrose und kompensatorischer Hyperextension des Daumengrundgelenkes durch eine ausgeprägte Adduktionskontraktur (aktive und passive radiale Abduktion des Daumens: 0°).

Denervierung der Hand (Gruppe 2)

Die Denervierung ist eine einfache Technik. Die Patienten beanspruchen eine nur kurze postoperative Arbeitsunfähigkeit und extrem geringe Komplikationsraten. Schmerzen werden effektiv reduziert. 90% unserer Patienten berichteten über eine

subjektive Schmerzreduktion von mehr als 50 %. Wir empfehlen die Operation Patienten mit Handgelenkschmerzen, die vorwiegend auf einer Arthrose basieren. Eine hohe Zahl der Patienten legt auf eine kurze Ausfallzeit Wert und wünscht keinen knöchernen Eingriff im Sinne limitierter radiokarpaler oder interkarpaler Arthrodesen. Insbesondere in der letzten Zeit besteht wegen der Arbeitsmarktsituation der Verlangen, entweder die Ausbildung nicht abbrechen zu müssen bzw. die Arbeitsunfähigkeitszeit zu reduzieren.

Nachteilig ist der vornehmlich palliative Charakter der Operation. Bestehen eine Arthrose oder eine chronische Instabilität, müssen die Patienten über die Progredienz der Erkrankung in jedem Falle aufgeklärt werden. Insbesondere die Patienten mit der Handgelenkinstabilität profitierten nicht in erwartetem Maße von der Denervierung.

Betrachtet man hingegen die alternativen Operationstechniken wie die limitierten Arthrodesen, so muss der Patient auch hierbei über mittelfristige Folgeoperationen durch „Anschlussarthrosen“ aufgeklärt werden. Natürlich darf nicht verschwiegen werden, dass die limitierten Arthrodesen häufig mit oben beschriebener Denervierung kombiniert werden.

Je nach Autor wird die maximale Dauer der Schmerzlinderung mit 1 Jahr [11], 4,1 Jahre (Multicenter-Studie) [4], 6 Jahre [21, 21] sowie 10,5 Jahre [20] angegeben. Problematisch ist der Vergleich, da das Studiendesign jeweils unterschiedlich ist und in der Multicenter-Studie diverse Operateure beteiligt waren. Insgesamt kann jedoch ein durchaus positives Fazit gezogen werden, was die Effizienz dieser Operationstechnik untermauert.

85 % – 97 % unserer Patienten würden die oben beschriebenen schmerzausschaltenden Eingriffe wiederholen lassen. Beweglichkeit, Kraft und Oberflächen- und Tiefensensibilität bleiben erhalten. Die Einnahme von Analgetika oder nichtsteroidaler Antiphlogistika konnte signifikant reduziert werden. Nach den beschriebenen Neurotomien traten niemals zerstörerische Wirkungen im Sinne von Charcot-Gelenken auf. Schlechtere Ergebnisse sind bei chronischen Gelenkinstabilitäten sowie Patienten mit psychosomatischen Begleiterkrankungen zu erwarten.

Literaturverzeichnis beim Autor erhältlich

Abbildungen

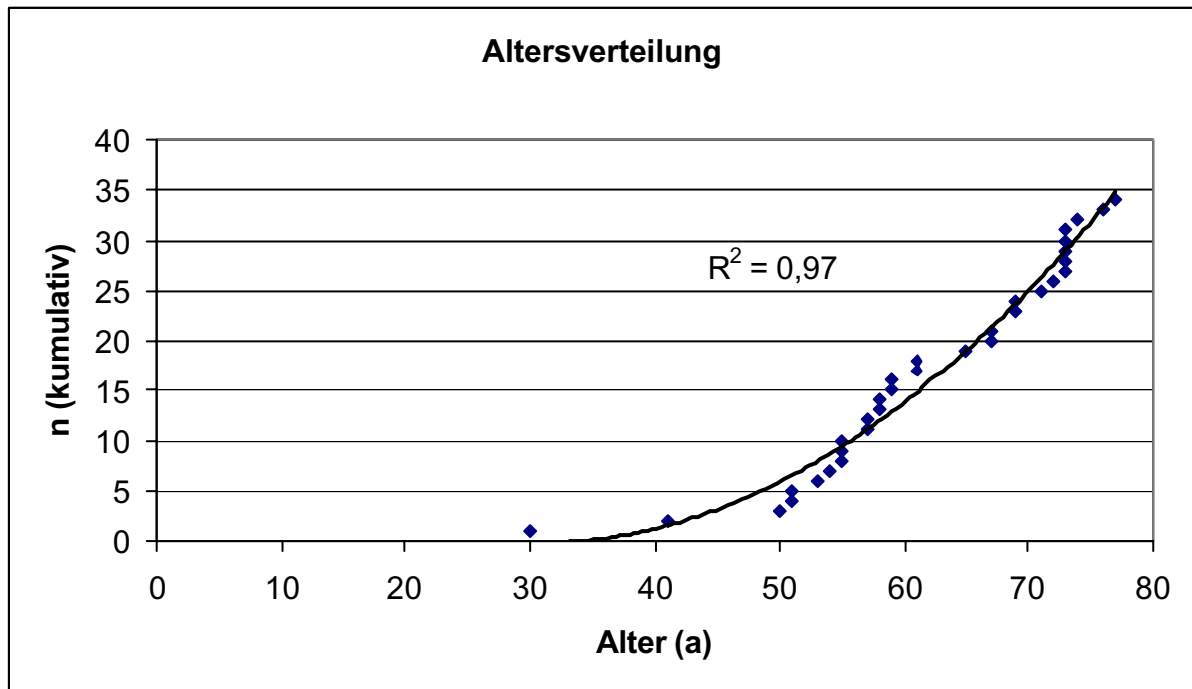


Abb. 1 Altersverteilung der an einer Rhizarthrose erkrankten Patienten

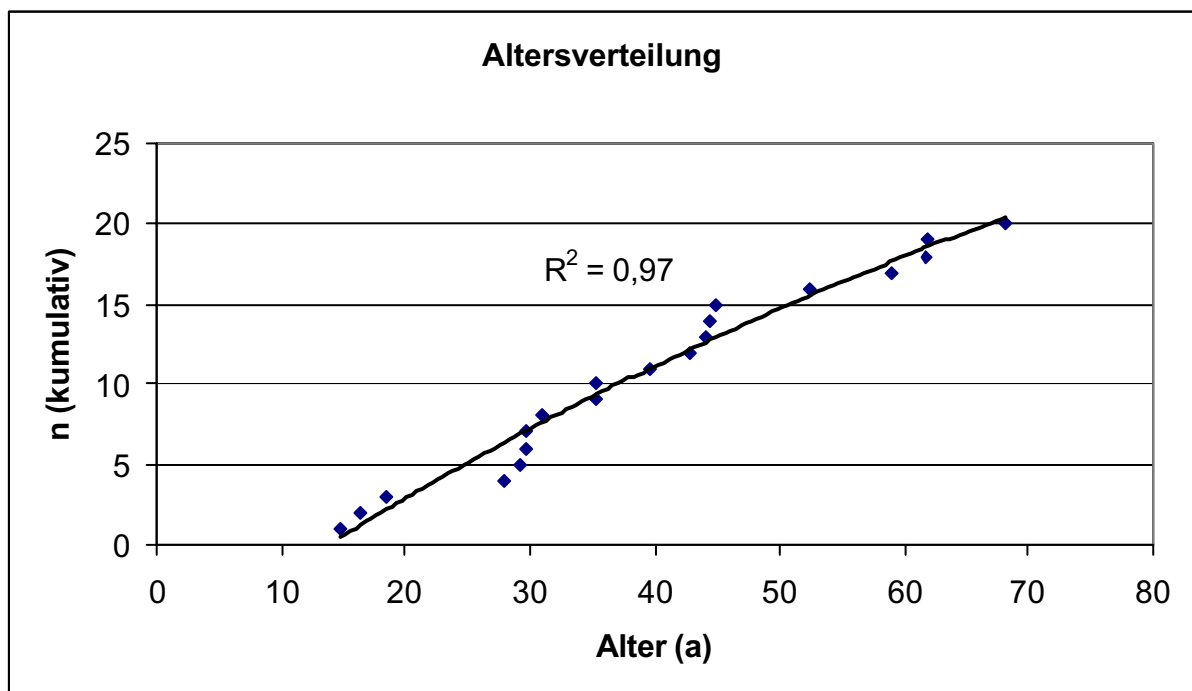


Abb. 2 Altersverteilung der Patienten, die einer Denervierung des Handgelenkes unterzogen wurden



Abb. 3 Zustand nach Resektion des Trapeziums mit Interposition von autologem gestieltem Transplantat (Pfeil)

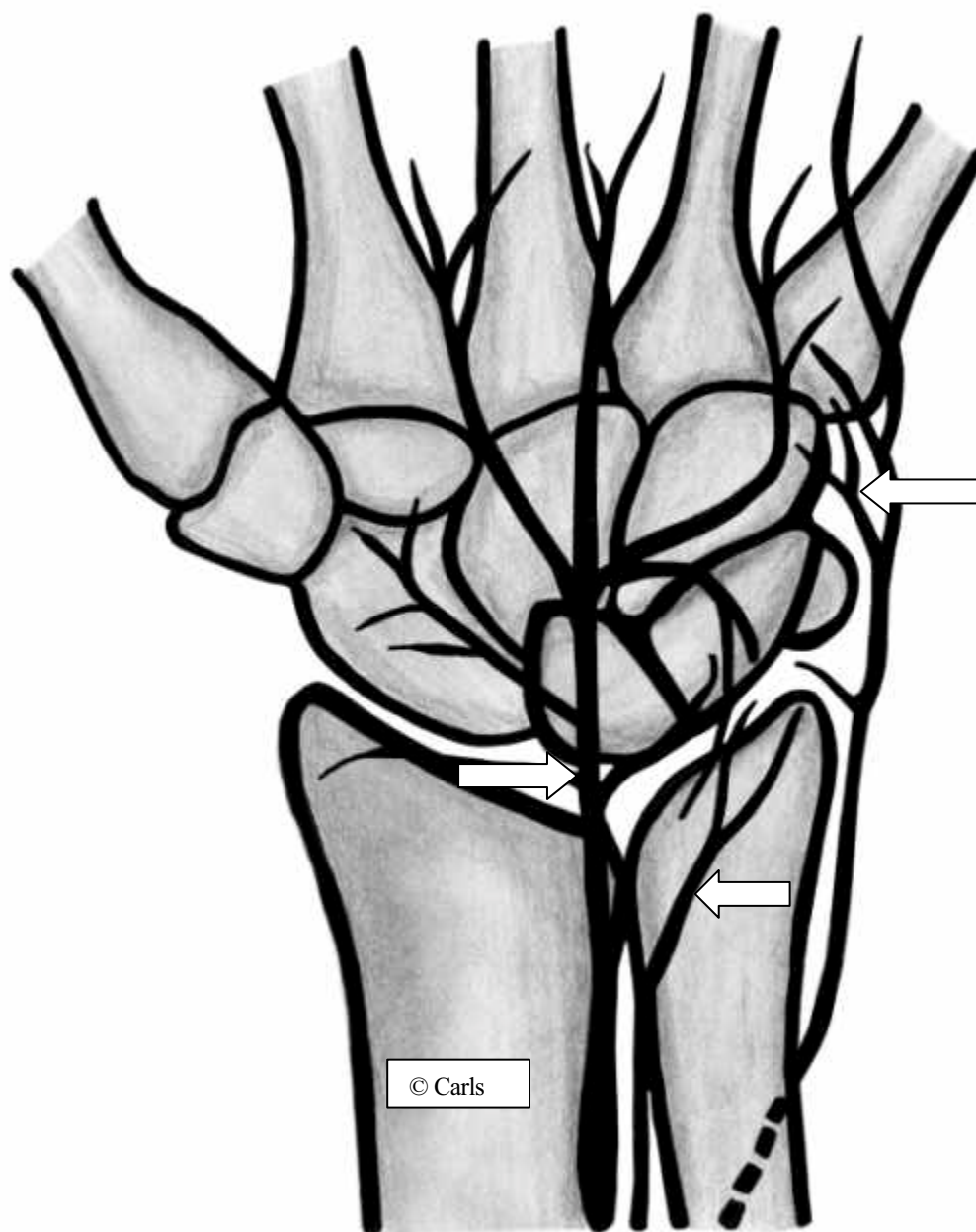


Abb. 3 Innervierung der Handgelenkkapsel von dorsal (Ausschnitt). Oberer Pfeil: Gelenkäste des Ramus dorsalis nervi ulnaris. Mittlerer Pfeil: Nervus interosseus dorsalis. Unterer Pfeil: N. cutaneus antebrachii dorsalis