



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
der heutige HandBrief befasst sich mit der Heberden Arthrose – einer symptomatischen Arthrose der Fingerendgelenke.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Christian Spies

und das Team der Handchirurgie in der

Vulpius Klinik

HEBERDEN ARTHROSE



Abb. 1 Heberden Arthrose des Mittelfingers

Die symptomatische Arthrose der Fingerendgelenke betrifft in der Regel mehr Frauen als Männer. Oftmals fällt zunächst eine Schwellung dorsal am Endgelenk mit Nagelwachstumsstörungen auf. Bei genauer Inspektion entpuppt sich

diese Schwellung, die oftmals fluktuieren kann, als Mukoidzyste (siehe Handbrief. 17/2013). Unabhängig von der primären Therapie dieser Zyste können die Gelenkschmerzen und die arthrotischen Veränderungen derart ausgeprägt sein, dass die Funktion des Fingers massiv eingeschränkt ist. Klinisch muss nicht immer ein ausgeprägter Befund mit Höcker vorhanden sein (Abb. 1). Richtungsweisend sind die Anamnese, die klinische Untersuchung und die nativ-radiologische Bildgebung. Schmerzen, Deformierung und rezidivierende Mukoidzysten stellen Indikationen zur

Endgelenkversteifung dar.

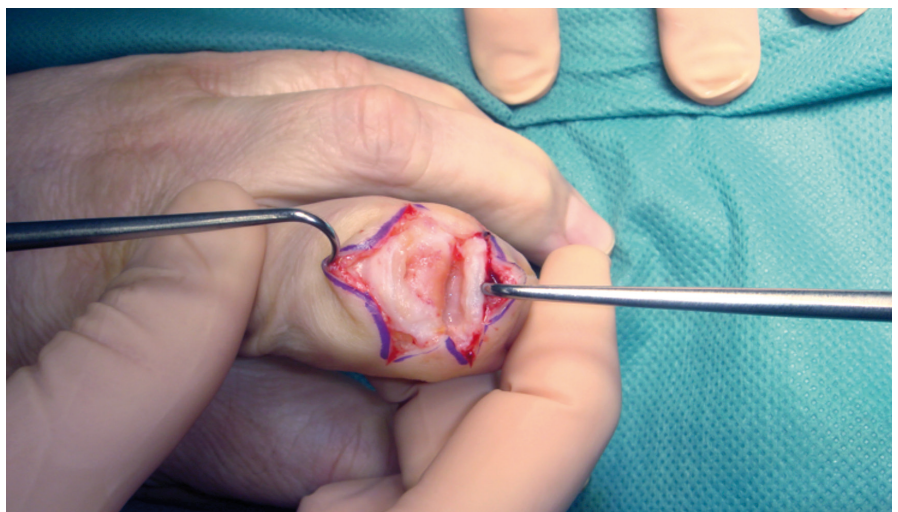


Abb. 2 aufgeklapptes Endgelenk mit Darstellung der ausgeprägten Arthrose.

Die Endgelenkarthrodese mittels

Doppelgewindeschraube

Über einen dorsalen Zugang wird das Endgelenk eröffnet. Nach Durchtrennung der Seitenbänder lässt sich das Gelenk komplett aufklappen und die Gelenkflächen lassen sich inspizieren (Abb. 2). Es erfolgt das sorgfältige Entknorpeln und Abtragen der subchondralen Sklerosezone, um beste Fusionsbedingungen zu schaffen. Danach wird der Führungsdraht von anterograd in das Endglied eingetrieben. Es erfolgt die Reposition der ehemaligen Gelenkpartner, wobei die meisten Patienten eine nahezu vollständige Streckstellung bevorzugen.



Abb. 3 D.p. Projektion: Endgelenkarthrodese mit Doppelgewindeschraube



Abb. 4 Seitliche Projektion: Endgelenkarthrodese mit Doppelgewindeschraube



Abb. 5 Postoperative Funktion nach Konsolidierung.

Der Führungsdraht wird dann in das Mittelglied zurückgebohrt und nach radiologischer Kontrolle wird die Doppelgewindeschraube ausgemessen und eingetrieben. Durch dieses Implantat kann eine sehr gute Kompression aufgebaut werden und eine Metallentfernung erübrigt sich in der Regel (Abb. 3 & 4).

Postoperativ erhalten die Patienten eine Fingergipschiene für 4 Wochen. Danach wird nach radiologischer Kontrolle der knöchernen Konsolidierung die Belastung frei gegeben (Abb. 5).

Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Montag (Prof. Dr. Frank Unglaub)

7:30 bis 11:00 Uhr

13:00 bis 15:00 Uhr

Dienstag/Freitag (Prof. Dr. Peter Hahn)

7:30 bis 11:00 Uhr

Privatsprechstunde

Prof. Dr. Peter Hahn

Prof. Dr. Frank Unglaub

Mittwoch 13:30 - 15:00 Uhr

nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-133

Fax 07264 60-257

online unter

www.vulpiusklinik.de



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Dr. Christian Spies, Oberarzt Handchirurgie

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de