



Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

der heutige HandBrief beschäftigt sich
mit der sogenannten Rheuma-Hand.

Mit kollegialen Grüßen

PD Dr. med. Christian Spies
und das Team der Handchirurgie in
der Vulpius Klinik

DIE „RHEUMA HAND“

Moderne medikamentöse Therapien führten in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang handchirurgischer Eingriffe zur Behandlung rheumatologisch bedingter Läsionen. Glücklicherweise werden nur noch selten massive Destruktionen in der handchirurgischen Sprechstunde gesehen. Aber nicht alle Erkrankungsverläufe können frühzeitig medikamentös gestoppt werden. Es ist deshalb umso wichtiger, dass ein stetiger und zeitnaher Informationsaustausch zwischen Rheumatologen, Orthopäden und Handchirurgen erfolgen sollte, um das günstige Zeitfenster einer operativen Intervention nicht zu verpassen. Die Synovialektomie ist immer noch ein Eckpfeiler

im handchirurgischen Repertoire, um irreparable Schäden an Gelenken und Sehnen zu vermeiden. Insbesondere sollten Patienten mit einer milden Form der Grunderkrankung, die suffizient durch eine medikamentöse Therapie kontrolliert wird, aber unter persistierenden Synovialitiden an einzelnen Gelenken bzw. Sehnen leiden, mit diesem Eingriff behandelt



werden. In diesem Zusammenhang hat sich die arthroskopische Synovialektomie des Handgelenks bewährt. Im Gegensatz dazu sollten Synovialektomien sehr zurückhaltend bei progressiven Erkrankungsformen eingesetzt werden. Die engmaschige Überwachung dieser Patienten ist notwendig, um rekonstruktive Eingriffe vorzunehmen bevor ausgeprägte Deformierungen auftreten. Im Allgemeinen sollte eine medikamentöse Therapie als Therapiefundament initiiert werden. Bei Patienten, die milde Deformierungen aufweisen und dennoch unzufrieden sind, dass beispielsweise gewisse sportliche Aktivitäten trotz guter Funktion nicht mehr möglich sind, ist eine Intervention sehr zurückhaltend zu wählen. Eine Rekonstruktion kann niemals eine „neue“ Hand kreieren. Im Folgenden werden einige Schlüsseleingriffe kurz dargestellt.



Abb. 1:

Fall 1: sekundäre Schwanenhalsdeformität des rechten Zeigefingers aufgrund einer Insuffizienz der palmaren Platte, keine Kontraktur, freies Bewegungsausmaß des Fingers: Oblique Retinacular Ligament-Technik: distal gestielter Seitenzügel wird unterhalb der Bewegungsachse des Mittelgelenks geführt und dann am A2 Ringband in Mittelgelenkbeugung fixiert (Abb. 1).



Abb. 2

Fall 2: Schmerzendes und instabiles Mittelfingergrundgelenk: Implantation eines Silikon

Platzhalters (Abb. 2).

Trotz moderner, medikamentöser Therapieansätze handelt es sich um eine chronische Erkrankung, die eine regelmäßige Patientenbetreuung erfordert. Dies ist bei einem symptomarmen aber deformierenden Krankheitsverlauf, der auch als „silent destruction“ bezeichnet wird, umso notwendiger. In Anbetracht dessen ist der Austausch zwischen den einzelnen Fachdisziplinen geboten.

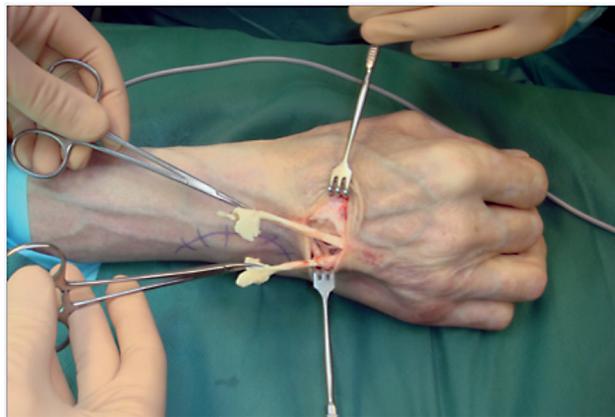


Abb. 3

Fall 3: Streckdefizit des Ring- und Kleinfingers der rechten Hand bei schmerzhafter Unterarmrotation: Caput ulnae Syndrom mit degenerativer

Läsion der Extensor digitorum communis 4 et 5 Sehnen. (Abb. 3)

Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Prof. Dr. Frank Unglaub

Mo 7:30-11:00 Uhr + 13:00-15:00 Uhr

Prof. Dr. Peter Hahn

Di 12:15-15:00 Uhr

Fr 7:30-11:00 Uhr

Privatsprechstunde

Prof. Dr. Peter Hahn

Dienstag 13:00-14:45 Uhr

Prof. Dr. Frank Unglaub

Mittwoch 13:30-14:45 Uhr

nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-120

online unter www.vulpiuslinik.de



Abb. 4

Fall 4: Schmerzen im Radiokarpalgelenk aufgrund einer Arthrose basierend auf einer ulnaren Handwurzeltranslokation (radio-skapho-

kapitäre Bandinsuffizienz): radio-skapho-lunäre Fusion des Handgelenks durch eine palmare Arthrodese mit Platte (Abb. 4).



www.tuev-sued.de/ms-zert



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Dr. med. Christian Spies,

Leitender Oberarzt, Handchirurgie

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiuslinik.de, www.vulpiuslinik.de