



Liebe  
Kolleginnen  
und Kollegen,

veraltete und unbehandelte Verletzungen sind die Hauptursachen für unser heutiges Thema im Handbrief: die Handgelenksarthrose.

Wir stellen Ihnen als Behandlungskonzept für diese häufige Erkrankung die von uns seit vielen Jahren erfolgreich praktizierte mediokarpale Teilarthrodese vor.

Nachdem wir im letzten Handbrief unser Ärzteteam präsentierten, machen Sie heute auf Seite zwei die Bekanntschaft mit unserer Chefarztsekretärin und den beiden Ambulanzschwestern. Sie sind die Kräfte im Hintergrund, die für die reibungslosen Abläufe sorgen.

Wir freuen uns über Ihre Fragen und Anregungen im persönlichen Gespräch oder an [handchirurgie@vulpiusklinik.de](mailto:handchirurgie@vulpiusklinik.de).

Ihr

Prof. Peter Hahn  
und das Team der Handchirurgie in der  
Vulpius Klinik

## DIE HANDGELENKS- ARTHROSE

### Ursachen

Die Handgelenksarthrose ist häufig Folge einer Unterbrechung der proximalen Handwurzelreihe mit nachfolgender Instabilität.

Zwei wesentliche Ursachen führen zum karpalen Kollaps mit Arthrose:

1. Die Ruptur des skapholunären Bandes (SLD) Abb. 1: SLAC-Wrist (scapholunate advanced collapse)



Abb. 1: SLAC-Wrist Stadium 3

2. Die Kahnbein-Pseudarthrose Abb. 2: SNAC-Wrist (scaphoid nonunion advanced collapse)

Jede dieser Verletzungen führt im Verlauf von 10 bis 15 Jahren zwangsläufig zur Arthrose.

### Diagnostik

Ziel ist es zunächst, die Arthrose zu vermeiden. Die korrekte Diagnostik und Therapie der Skaphoidfraktur (Stecher-Röntgenaufnahme, schräg-sagittale CT-Schichtung) haben wir ausführlich in unserem Handbrief „Skaphoidfraktur“ vom



Abb. 2: SNAC-Wrist Stadium 3

Januar 2002 vorgestellt (als Download unter [www.vulpiusklinik.de](http://www.vulpiusklinik.de)). Schwieriger ist die Diagnostik der SL-Verletzung (Last- und Nativ-Röntgenaufnahmen mit typischer Lücke zwischen Skaphoid und Lunatum, bei v. a. SLD → Arthroskopie). Eine SL-Läsion tritt häufig auch bei Radiusfrakturen auf. Hier ist bei Verdacht die Arthroskopie zur Abklärung Goldstandard.

### Therapie

Früher stellte die Handgelenksarthrodese oder die Denervation eine nur sehr unbefriedigende Lösung für diese Probleme dar. Die seit ca. 15 Jahren von uns praktizierte mediokarpale Teilarthrodese (MKTA) ist funktionell und klinisch deutlich besser.



Abb. 3: Prinzip der MKTA bei SNAC-Wrist oder SLAC-Wrist



Abb. 4: Ausheilungszustand ohne Drähte

Die Indikation der MKTA ist gegeben, wenn Schmerzen und Schwellung des Handgelenkes bei radiologisch eindeutigem Befund zu erheblicher Beeinträchtigung führen. Das Skaphoid wird entfernt, der dislozierte Karpus reponiert und es erfolgt eine Arthrodesse zwischen Kapitatum, Lunatum, Hamatum und Triquetrum (deshalb auch Four-Corner-Fusion genannt) mit zwei bis drei Kirschnerdrähten und Spongiosaplastik aus dem distalen Radius (Abb. 3).

## Nachbehandlung

Postoperativ erhält der Patient eine radiale und ulnare Gipsschiene. Ein zirkulärer

Gips oder Hartcast sollte aus Schwellungsgründen frühestens erst nach einer Woche angelegt werden. Eine Ruhigstellung ist für sechs Wochen erforderlich, dann erfolgt eine Röntgenkontrolle. Bei regelrechtem Befund (Kirschner-Drahtspitze nicht im Gelenkspalt) kann das Handgelenk freigegeben und ein Termin zur Drahtentfernung für die nächsten Wochen vereinbart werden (Abb. 4). Mit Arbeitsfähigkeit ist nach ca. vier Monaten zu rechnen.

## Verlauf und Ergebnisse

Bei der mediokarpalen Teilarthrodese bleibt ein funktionell wichtiger Bewegungsumfang von ca. 60° aufrecht erhalten und so wird der Verlust des Bewegungsumfanges durch Ausschalten der mediokarpalen Beweglichkeit in der Praxis gut toleriert. Die Kraft nimmt postoperativ um ungefähr 10% zu, die Schmerzen werden deutlich reduziert. Dies alles bedeutet gegenüber der Totalarthrodese einen unschätzbaren Gewinn für die Patienten. Obwohl das Lunatum nun allein für die radiokarpale Beweglichkeit verantwortlich ist, haben sich bei Langzeitverläufen über mehr als 15 Jahre keine rasch zunehmenden radiolunären Arthrosen oder eine ulnare Translokation gezeigt.



Unsere Damen im Team: die Ambulanzschwestern Valerie Hartung (links) und Sandra Grgic (Mitte) sowie die Chefarztsekretärin Tanja Weber (rechts)

## Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Mi 8.00 - 12.00 Uhr

Fr 8.00 - 11.00 Uhr

## Privatsprechstunde Prof. Dr. Peter Hahn

Do 14.00 - 16.00 Uhr und nach telefonischer Vereinbarung

## Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 / 60-133

Fax 07264 / 60-257



## Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH,

Prof. Dr. Peter Hahn

Dr. Anatol Frigge

Vulpiusstr. 29 74906 Bad Rappenau

handchirurgie@vulpiusklinik.de

www.vulpiusklinik.de