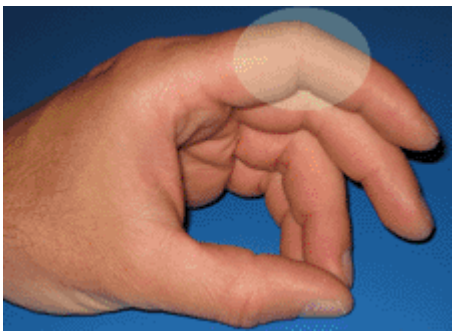
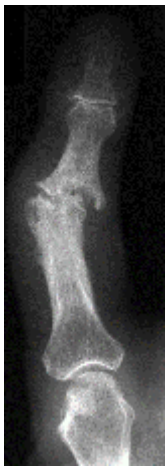
Dr. Paul Preisser
https://handchirurgie.org

Arthrosen an den Fingermittelgelenken („Bouchard-Arthrose“)

Im Gegensatz zu den Arthrosen der Fingerendgelenke sind diejenigen der Mittelgelenke meist von Anfang an schmerzhaft und beeinträchtigen die Greiffunktion der Hand.

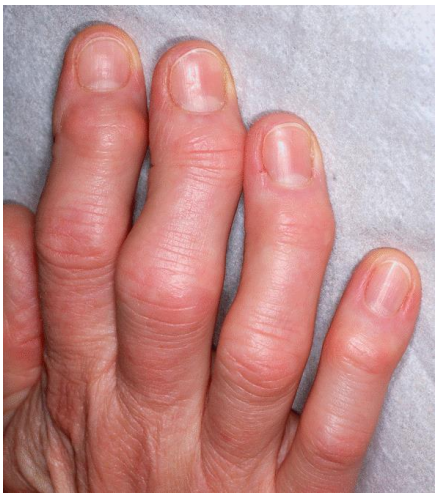


Die Arthrose der Mittelgelenke tritt meist zusammen mit Arthrosen der Endgelenke und auch des Daumensattelgelenks jeweils in unterschiedlicher Ausprägung auf (So genannte Polyarthrose). Auch bei den Arthrosen der Mittelgelenke ist der Verlauf schubweise und ganz unterschiedlich für jeden einzelnen Finger. Wie auch an den Endgelenken entwickeln sich Knochenverdickungen im unmittelbaren Gelenkbereich und in fortgeschrittenen Stadien eine Deformierung oder Achsabweichung.
Häufiger als an den Fingerendgelenken treten Arthrosen der Mittelgelenke im Rahmen von entzündlichen und stoffwechselbedingten Erkrankungen auf. Zu erwähnen sind Arthrosen als Folge einer Gelenkentzündung bei Schuppenflechte („Psoriasisarthritis“) oder bei rheumatischer Arthritis. Auch treten Arthrosen bei erhöhter Harnsäure (Gicht) häufiger an den Mittelgelenken auf.
Gegenüber den Arthrosen an den Endgelenken sind diejenigen der Mittelgelenke in früheren Stadien schmerzhaft. Arthrosebedingte Schmerzen treten an den **Mittel**gelenken deutlich früher auf und sind meist gravierender als an den **End**gelenken. Im Vordergrund stehen belastungsabhängige Schmerzen, die gelegentlich schubweise auftreten und dann mit einer schmerzhaften Schwellung verbunden sind („Aktivierte Arthrose“).



Zur **Diagnosestellung** einer Arthrose ist eine einfache Röntgenuntersuchung in den meisten Fällen ausreichend. Manchmal kann die Unterscheidung zwischen einer sich spontan entwickelnden Arthrose und den Folgen einer Gicht oder rheumatischen Erkrankung allein aus dem Röntgenbild nicht gestellt werden; dann sind weitere Untersuchungen (Laborwerte, MRT) notwendig.

Links im Bild eine bereits fortgeschrittene Arthrose des Mittelgelenks mit unregelmäßiger Gelenkfläche und bereits eingetretener Deformierung.



Der Verlauf der Gelenkveränderungen kann durch vorbeugende Maßnahmen nicht verändert werden. Verlorener Knorpel kann auch hier nicht ersetzt werden. Die **Behandlung** zielt auf die Linderung arthrosebedingter Beschwerden. Bei einer Polyarthrose und fehlenden Beschwerden ist eine medizinische Behandlung nicht hilfreich und nicht notwendig.

Beim erstmaligen Auftreten von Gelenkschmerzen steht die konservative Behandlung. Eine Injektion in das Gelenk kann eine - zeitliche begrenzte - Linderung herbeiführen. Auch eine Röntgenreizbestrahlung oder die Injektion radioaktiver Substanzen in den Gelenkinnenraum („Radiosynoviorthese“, "RSO") kann in unterschiedlichem Grad und von unterschiedlicher Dauer hilfreich sein. Dies gilt besonders dann, wenn eine entzündliche Aktivität oder ein Arthroseschub vorliegt.

Die operative **Entfernung der entzündeten Gelenkinnenhaut („Synovektomie“)** hilft bei Arthrosen mit starker entzündlicher Komponente, insbesondere dann, wenn eine lokale Kortisoninjektion nicht zum erwünschten Erfolg geführt hat. Sie kann - nur hier- bei entzündlichen Formen im Rahmen einer rheumatischen Erkrankung durchaus auch den weiteren Verlauf günstig beeinflussen.

Das klassische und sichere Verfahren zur operativen Behandlung arthrosebedingter Schmerzen ist die definitive Versteifung des betroffenen und schmerzhaften Gelenks. Diese definitive **Versteifung („Arthrodese“)** des Gelenkes beseitigt die arthrosebedingten Schmerzen in einem Schritt. Die Gelenkflächen werden herausgetrennt, die Knochenoberflächen durch einen Metalldraht oder ein Metallplättchen verbunden. Nach einer Einheilungsphase ist der Finger auch wieder gut belastbar. Folgebehandlungen sind nicht mehr notwendig.
Das Mittelgelenk wird in bei der Versteifung in eine mittlere Beugestellung gebracht. Nach Abheilung ist der Finger gut belastbar. Kräftiges Zugreifen ist gut möglich.

Im Gegensatz zu den Arthrosen an den Fingerendgelenken ist ein **Gelenkersatz** für das Finger**mittelg**elenk möglich.
Seit vielen Jahren etabliert vor allem im Rahmen der Behandlung von rheumatisch bedingten Arthrosen ist der Ersatz eines Gelenkes durch einen Silikonzapfen („**Swanson Spacer**“). Die durch die Arthrose zerstörten Gelenkflächen werden entfernt und der Zwischenraum durch einen Silikonzapfen überbrückt. Dieser wird in Grund- und Mittelglied eingebracht. Die Beweglichkeit findet innerhalb des Silikonzapfens statt.

Die zuvor bestandenen Beschwerden werden zuverlässig beseitigt. Der Silikonzapfen („Swanson Spacer“) ist gegenüber einem normalen Gelenk weniger stabil. Mit dem betroffenen Finger kann daher keine grobe Kraft mehr ausgeübt werden.
Für die Haltbarkeit eines Silikonzapfens liegen umfangreiche Erfahrungen vor. Das Verfahren ist gut etabliert und standardisiert. Von einer mehrjährigen Haltbarkeit kann ausgegangen werden. Auch kann ein Silikonspacer nach Jahren ausgetauscht werden. Allerdings: Bei jedem Gelenkersatz kann nach Jahren eine Situation eintreten, die doch die definitive Versteifung dieses Gelenkes nötig macht.

Die Entwicklung echter **künstlicher Gelenke** mit Ersatz von Gelenkpfanne und Gelenkkopf ist inzwischen für Hüft- und Kniegelenke gut etabliert. An den Fingergelenken wurden in den letzten Jahren zahlreiche verschiedene Gelenke entwickelt. Diese hatten jedoch gegenüber den Implantaten an Hüft- und Kniegelenken eine deutlich verminderte Tragzeit und lockerten sich innerhalb von einigen Jahren.
Inzwischen liegen Verläufe deutlich über fünf Jahre und mehr vor.
Im Moment gehen wir davon aus, dass eine mehrjährige Standzeit wahrscheinlich ist. Ein solcher

Oberflächenersatz kann die Beweglichkeit des Fingers erhalten und ist gleichzeitig deutlich stabiler als ein Swanson-Spacer. Er kommt bislang nur für die Verwendung an den Mittelgelenken in Betracht.
Auch hier liegen inzwischen Erfahrungen vor. Das Ergebnis ist gegenüber einen Swanson-Spacer weniger sicher vorhersagbar; gelegentlich kommt es trotz gutem technischen Ergebnis zu einer Bewegungseinschränkung.

Empfehlung
Nicht zu früh operieren! Eine Operation löst nicht alle Arthroseprobleme, auch nicht am Fingermittelgelenk.
Die Versteifung gibt Ruhe. Sie führt zur schmerzfreien Belastbarkeit und ist die bessere Lösung, wenn Kraft nötig ist.
Ein Gelenkersatz erhält die Beweglichkeit und kostet Kraft. Die Sache ist damit noch nicht endgültig überstanden - die Haltbarkeit einer Prothese ist begrenzt.
Ein Swanson-Spacer ist das einfachere Verfahren als ein Oberflächenersatz und scheint auch länger zu halten. Die Stabilität ist jedoch schlechter als bei einem Oberflächenersatz. Das Verfahren ist etabliert und das Ergebnis gut abschätzbar.
Eine echte Endoprothese gibt mehr Stabilität als ein Swanson-Spacer. Das Ergebnis hinsichtlich der Beweglichkeit ist unterschiedlich – es kann auch zu einer deutlichen Bewegungseinschränkung kommen.

Anhang 1: Versteifung eines Fingergelenks

Mit der definitiven Versteifung eines Fingergelenks werden arthroseabhängige Schmerzen in einem Schritt beseitigt.

Operationsprinzip
Die angrenzenden Gelenkflächen von Grundgliedkopf und Mittelgliedbasis werden herausgetrennt und Gelenkkopf und Pfanne gegenübergestellt und fixiert.

Vor der Operation
Allgemeine Vorerkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen waren Gegenstand des Vorbereitungsgesprächs. Über das Verhalten vor der Operation wurde mit dem Anästhesisten gesprochen, speziell über Medikamente, Essen und Trinken am OP-Tag. Im Besonderen gilt dies für eine eventuelle Blutverdünnung und Allergien (Penicillinallergie).
Hautveränderungen im OP-Bereich und am zu operierenden Arm sollten dem Operateur bekannt sein. Dies gilt auch für bestehende Infektionen unabhängig von der aktuellen Erkrankung.

Vor jeder Versteifung soll man vorher über die Stellung sprechen, in der das Gelenk fixiert werden soll. Dies kann durchaus ganz unterschiedlich sein und hängt von den Erfordernissen ihres Alltags und einer eventuellen beruflichen Tätigkeit ab. Nach dem Eingriff kann diese nicht mehr geändert werden!

Betäubung
Prinzipiell kann die Versteifung eine Mittel- oder Endgelenks in einer Fingerbetäubung durchgeführt werden. Besser ist, wenn mit einer Blutleere gearbeitet wird. Hierzu ist eine Betäubung des Armes („Plexusanästhesie“) oder eine Vollnarkose notwendig.

Blutleere
Zur Operation ist eine Blutfreiheit zumindest wünschenswert. Hierzu wird wie bei anderen Handoperation der Arm mit einer Binde gewickelt und am Oberarm eine Stauungsmanschette angelegt. Der Druck bleibt bis zum Hautverschluss bestehen. Schäden im Gewebe sind nicht zu

befürchten, so lange die Dauer der Blutleere 2 Stunden nicht überschreitet. Damit ist bei der Versteifung eines Fingergelenks nicht zu rechnen.

Eingriff

Die Haut wird über der Streckseite des Fingergelenks geöffnet. Die über dem Gelenk laufende Strecksehnen wird längs verlaufend aufgetrennt. Die Knorpelflächen werden mit einer kleinen Knochensäge entfernt. Dies erfolgt in der Ebene, die den Finger bei aufeinanderliegenden Knochenflächen in die erwünschte Stellung bringt. Am Endgelenk ist dies eine ganz leichte Beugung; am Mittelgelenk ist die Beugung etwas größer, um das Greifen zu erleichtern. Dies wurde vor der OP festgelegt!

Die Fixierung erfolgt mit einer Drahtschlaufe um die Knochenflächen und einem leicht schräg die Knochenflächen kreuzenden Metallstift („Kirschner-Draht"). Nach dem Verschluss der Wunde werden Verband und eine kleine Schiene angelegt.

Nach der Operation

Nach der ambulanten Operation kann man anschließend das Krankenhaus wieder verlassen. Sie sollten nicht selbst am Steuer sitzen! Die Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel ist prinzipiell möglich.

Die Hand ist verbunden und geschient. Sie sollte am Operationstag nicht längere Zeit herunterhängen. Schmerzmittel wurden mitgegeben, die Dosierung mit dem Anästhesisten besprochen. Nicht erträgliche Schmerzen können Hinweis auf eine Komplikation sein wie z.B. eine Blutung. Manchmal ist auch ein zu enger Verband die Ursache.

Setzen Sie sich dann mit Ihrem Operateur in Verbindung!

Nach 10 Tagen werden die Fäden gezogen. In dieser Zeit und in den 2-4 Wochen danach bleibt der Finger geschient. Wie es weitergeht, hängt von der Stabilität der Osteosynthese und der Knochenheilung ab. Man kontrolliert dies im Röntgenbild. Normalerweise kann nach 4-6 Wochen auf die Schiene verzichtet werden. Die Knochenheilung dauert insgesamt ca. 3 Monate. In dieser Zeit kann die Belastung zeitlich gestaffelt langsam angepasst werden.

Übungen

Das Fingergelenk ist definitiv versteift. Manchmal kommt es nach dem Eingriff zu einer Bewegungseinschränkung der angrenzenden Finger, die dann eine gezielte Beübung erforderlich macht.

Aussichten

Eine Versteifung beseitigt in einem Schritt arthrosebedingte Schmerzen im betroffenen Gelenk und führt in einem Schritt zur schmerzfreien Belastbarkeit.

Für das betroffene Gelenk ist das Ergebnis nachhaltig. Ist der Knochen fest zusammengewachsen, ist eine spätere Lockerung nicht zu erwarten. Die Arthrose der Fingergelenke ist in den allermeisten Fällen nicht auf ein einzelnes Gelenk begrenzt. Dies ist lediglich bei Verletzungsfolgen der Fall, die nur einen einzelnen Finger betreffen. Versteift man ein Fingergelenk, verhindert dies nicht die Arthroseentwicklung an den anderen Fingern. Am betroffenen Finger führt eine Versteifung auch zu einer Mehrbelastung angrenzender Gelenke.

Anhang 2: Fingermittelgelenksersatz durch Silikon-Spacer

Die Arthrose eines Fingergelenks führt zu schmerzhaften Bewegungseinschränkung. Durch den Ersatz des Gelenks mit einem Silikonzapfen werden die arthrosebedingten Schmerzen beseitigt. Der Finger bleibt beweglich, die Stabilität eingeschränkt sein.

Operationsprinzip
Die angrenzenden Gelenkflächen von Grundgliedkopf und Mittelgliedbasis werden herausgetrennt. Grund- und Mittelglied werden mit einem Silikonzapfen überbrückt, der in sich beweglich ist.

Vor der Operation
Allgemeine Vorerkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen waren Gegenstand des Vorbereitungsgesprächs. Über das Verhalten vor der Operation wurde mit dem Anästhesisten gesprochen, speziell über Medikamente, Essen und Trinken am OP-Tag. Im Besonderen gilt dies für eine eventuelle Blutverdünnung und Allergien (Penicillinallergie).
Hautveränderungen im OP-Bereich und am zu operierenden Arm sollten dem Operateur bekannt sein. Dies gilt auch für bestehende Infektionen unabhängig von der aktuellen Erkrankung.

Betäubung
Eine örtliche Betäubung ist nicht ausreichend. Allein zur Anwendung einer Blutsperre ist eine Vollnarkose oder eine Armbetäubung (“Plexusanästhesie“) notwendig.

Blutleere
Zur Operation ist eine Blutfreiheit im Operationsgebiet erforderlich. Hierzu wird wie bei anderen Handoperationen der Arm mit einer Binde gewickelt und am Oberarm eine Stauungsmanschette angelegt. Deren Druck übersteigt den arteriellen Blutdruck, das Blut kann nicht in das Operationsgebiet fließen.
Der Manschettendruck bleibt bis zum Hautverschluss bestehen. Schäden im Gewebe sind nicht zu befürchten, sofern die Dauer der Blutleere 2 Stunden nicht überschreitet. Dies ist beiden meisten handchirurgischen Eingriffen der Fall. Dauert die Operation einmal länger, wird die Blutleere zwischenzeitlich geöffnet.

Eingriff
Die Haut wird über der Beugeseite des Fingergelenks geöffnet. Die über dem Gelenk laufende Beugesehnen werden beiseite gehalten. Die arthrotisch veränderten Knorpelflächen werden mit einer kleinen Knochenzange entfernt. Der Innenraum von Grund- und Mittelglied wird geöffnet. Jetzt wird die Größe des Implantats durch das Einsetzen eines Probespacers bestimmt und die Stabilität wie auch Beweglichkeit überprüft. Stimmt alles, wird der definitive Spacer eingesetzt und die Operationswunde verschlossen.

Nach der Operation

Die Hand ist verbunden und geschient. Sie sollte am Operationstag nicht längere Zeit herunterhängen. Schmerzmittel wurden mitgegeben, die Dosierung mit dem Anästhesisten

besprochen. Nicht erträgliche Schmerzen können Hinweis auf eine Komplikation sein wie z.B. eine Blutung. Manchmal ist auch ein zu enger Verband die Ursache.
Setzen Sie sich dann mit Ihrem Operateur in Verbindung!
Nach 10 Tagen werden die Fäden gezogen. In dieser Zeit und in den 3 Wochen danach bleibt der Finger geschient. Normalerweise kann dann auf die Schiene verzichtet und mit Bewegungsübungen begonnen werden.

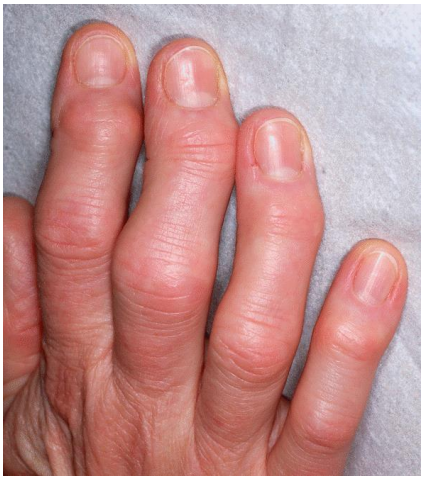
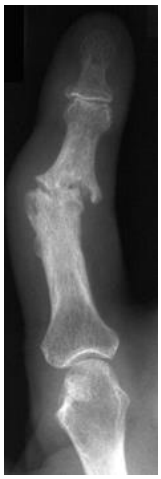
Übungen
Daumen und nicht operierte Finger können von Anfang an bewegt werden. Für den operierten Finger beginnt dies nach 3 Wochen. Eine spezielle (Physio-) Therapie ist in den meisten Fällen nicht erforderlich.

Aussichten
Arthrosebedingte Schmerzen im betroffenen Gelenk sind mit großer Wahrscheinlichkeit weitgehend beseitigt. Das Gelenk ist eingeschränkt beweglich. Typischerweise ist die Stabilität gemindert.
Für das betroffene Gelenk ist das Ergebnis im Regelfall für Jahre stabil. Nach Jahren kann es zu einer Lockerung des Spacers kommen, die weitere Maßnahmen erforderlich machen kann.

Anhang 3: Prothetischer Oberflächenersatz

Bei schmerzhafter Arthrose des Mittelgelenks kann mit einem Oberflächenersatz eine weitgehend schmerzfreie Beweglichkeit erreicht werden.

Operationsprinzip
Gelenkkopf und Gelenkpfanne des betroffenen Fingers werden herausgetrennt, die Seitenbänder bleiben erhalten. Die Prothesen werden präzise eingepasst und „press-fit“ ohne die Verwendung von Knochenzement eingesetzt.

Ausgeprägte Arthrosen der Mittel- und Endgelenke („Polyarthrose“).
Im Röntgenbild ist die unregelmäßige Form des Gelenksspalts gut erkennbar

Vor der Operation

Allgemeine Vorerkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen waren Gegenstand des Vorbereitungsgesprächs. Über das Verhalten vor der Operation wurde mit dem Anästhesisten gesprochen, speziell über Medikamente, Essen und Trinken am OP-Tag. Im Besonderen gilt dies für eine eventuelle Blutverdünnung und Allergien (Penicillinallergie).

Prothetischer Oberflächenersatz am Fingermittelgelenk (CapFlex, Fa. KLS Martin)

Hautveränderungen im OP-Bereich und am zu operierenden Arm sollten dem Operateur bekannt sein. Dies gilt auch für bestehende Infektionen unabhängig von der aktuellen Erkrankung.

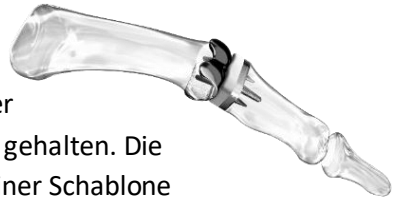
Betäubung

Eine örtliche Betäubung ist nicht ausreichend. Allein zur Anwendung einer Blutsperre ist eine Vollnarkose oder eine Armbetäubung ("Plexusanästhesie") notwendig.

Blutleere

Zur Operation ist eine Blutfreiheit im Operationsgebiet erforderlich. Hierzu wird wie bei anderen Handoperationen der Arm mit einer Binde gewickelt und am Oberarm eine Stauungsmanschette angelegt. Deren Druck übersteigt den arteriellen Blutdruck, das Blut kann nicht in das Operationsgebiet fließen.

Der Manschettendruck bleibt bis zum Hautverschluss bestehen. Schäden im Gewebe sind nicht zu befürchten, sofern die Dauer der Blutleere 2 Stunden nicht überschreitet. Dies ist beiden meisten handchirurgischen Eingriffen der Fall. Dauert die Operation einmal länger, wird die Blutleere zwischenzeitlich geöffnet.



Eingriff

Die Haut wird über der Streckseite des Fingergelenks geöffnet. Die über dem Gelenk laufende Strecksehne wird längs aufgetrennt und beiseite gehalten. Die arthrotisch veränderten Knorpelflächen werden unter Zuhilfenahme einer Schablone millimetergenau herausgetrennt. Jetzt wird die Größe des Implantats bestimmt und ein Probeimplantat eingesetzt. Stimmt alles, wird die definitive Prothese „press-fit" eingesetzt. Ein Röntgenbild wird angefertigt. Die Sehne wird genäht und die Operationswunde verschlossen.

In der letzten Generation künstlicher Gelenke wurde die Größe des Implantats reduziert und auf den Ersatz der Gelenkoberfläche begrenzt. Nach jetziger Erkenntnis konnte damit die Haltbarkeit deutlich verbessert werden.

Nach der Operation

Die Hand ist verbunden und geschient. Sie sollte am Operationstag nicht längere Zeit herunterhängen. Schmerzmittel wurden mitgegeben, die Dosierung mit dem Anästhesisten

besprochen. Nicht erträgliche Schmerzen können Hinweis auf eine Komplikation sein wie z.B. eine Blutung. Manchmal ist auch ein zu enger Verband die Ursache.
Setzen Sie sich dann mit Ihrem Operateur in Verbindung!

Setzen Sie sich dann mit Ihrem Operateur in Verbindung!
Nach 10 Tagen werden die Fäden gezogen. In dieser Zeit und in den 3 Wochen danach bleibt der Finger geschient. Normalerweise kann dann auf die Schiene verzichtet und mit Bewegungsübungen begonnen werden.

Übungen
Daumen und nicht operierte Finger können von Anfang an bewegt werden. Für den operierten Finger beginnt dies nach 3 Wochen. Eine spezielle (Physio-) Therapie unterstützt den Bewegungsaufbau.

Komplikationen
Das Einsetzen einer Oberflächenprothese ist ein komplizierter Vorgang. Sitzt die Prothese nicht perfekt, resultiert eine Bewegungsstörung.
Auch bei perfekt sitzender Prothese kann es durch Verklebungen zu einer Bewegungseinschränkung kommen.

Aussichten

Arthrosebedingte Schmerzen im betroffenen Gelenk sind mit großer Wahrscheinlichkeit weitgehend beseitigt. Das Gelenk ist eingeschränkt beweglich.

Für das betroffene Gelenk ist das Ergebnis im Regelfall für Jahre stabil. Nach Jahren kann es zu einer Lockerung der Prothese kommen, die weitere Maßnahmen erforderlich machen kann.

Inzwischen liegen Verläufe deutlich über fünf Jahren vor die für die Zukunft sehr erfolgversprechend sind. Im Moment gehen wir davon aus, dass eine mehr jährige Standzeit wahrscheinlich ist. Ein solcher Oberflächenersatz kann die Beweglichkeit des Fingers erhalten und ist gleichzeitig deutlich stabiler als ein Swanson Spacer. Er kommt insbesondere für die Verwendung an den Fingern Mittelgelenken in Betracht.

Anhang 4: Häufig gestellt Fragen zur Arthrose des Fingerendgelenks („Bouchard-Arthrose“)

1. Ich habe Verdickungen an den Fingermittelgliedern bemerkt. Das Gelenk bereitet zunehmende Scherzen; was muss ich als Erstes tun?
Wahrscheinlich handelt es sich um eine beginnende Arthrose. Es ganz verschiedene Ursachen möglich. Lassen Sie die Veränderungen abklären.

2. Ich habe Symptome einer Fingergelenksarthrose. Was könnte es noch sein?

Es könnte eine Gichterkrankung sein oder eine seltene Gelenkerkrankung anderer Ursache, wie zum Beispiel eine rheumatische Entzündung.

3. Welche Untersuchungen sind notwendig, damit die Diagnose gestellt werden kann?
Notwendig ist eine Röntgenuntersuchung. Manchmal ist eine Blutuntersuchung zusätzlich notwendig, etwa um Rheuma oder eine Gicht ausschließen zu können.

4. Kann man konservativ, ohne Operation behandeln?
Man kann die arthrosebedingten Schmerzen lindern. Möglich ist dies medikamentös oder mit Röntgenstrahlen.
Rheuma oder Gicht können gezielt medikamentös behandelt werden.

5. Welche Operationsverfahren sind möglich?
Es hängt vor der Ausprägung der Arthrose ab, auch von der individuell unterschiedlichen Beanspruchung. Bei einer Versteifung ist der Finger uneingeschränkt belastbar, die Beweglichkeit im betroffenen Gelenk allerdings aufgehoben. Ein Gelenkersatz unter Erhalt der Beweglichkeit ist inzwischen möglich. Sie brauchen eine individuelle Beratung und Entscheidung!

6. Wann soll operiert werden und wie dringlich ist der Eingriff?
Anders ist dies allerdings bei Gicht oder rheumatoider Arthritis. Hier soll die medikamentöse Behandlung frühzeitig einsetzen.

7. Was passiert, wenn nicht operiert wird?
Die Veränderungen schreiten langsam im Laufen von Jahren voran.

8. Gibt es Gründe gegen eine Operation?
Jeder Eingriff hat Risiken.
Die Wiederherstellung des Gelenks in der ursprünglichen Form und Funktion ist nicht möglich.
Eine Versteifung führt zu einem Verlust der Beweglichkeit.
Bei einer Prothese oder einem Gelenkersatz ist die Haltbarkeit begrenzt und Folgeeingriffe können nach Jahren notwendig werden.

9. Was muss ich nach der Operation beachten?
Der Finger ist verbunden und geschient. Die Hand sollte nicht längere Zeit herunterhängen. Nicht immobilisierte Gelenke können bewegt werden.

10. Welche Komplikationen können vorkommen?
Eingriffe am Fingerendgelenk haben ein gewisses, wenn auch insgesamt kleines Infektionsrisiko.
Auch nach einem Gelenkersatz bleibt immer eine Bewegungseinschränkung des Fingers unterschiedlicher Ausprägung bestehen.

11. Was passiert nach der Operation und wie ist die Nachbehandlung?
Nach einer Versteifung ist der Finger ist geschient, meist für ca. 3-4 Wochen. Die Fäden werden nach 10-12 Tagen wieder entfernt. Bis zur vollständigen Belastbarkeit vergehen 2-3 Monate.

Nach einem Gelenkersatz sind die Nachbehandlungszeiten ähnlich, können aber im Einzelfall variieren. Fragen Sie Ihren Arzt!

12. Wann kann ich wieder arbeiten oder Sport treiben?
Nach einer Versteifung des Fingergelenks nach 2-3 Monaten; nach einem Gelenkersatz sollten Sie dies mit ihrem Operateur besprechen.

13. Was ist in der Zukunft zu beachten?
Es ist damit zu rechnen, dass auch an anderen Fingern ähnliche Probleme auftreten werden. Nach einem Gelenkersatz kann es zur Lockerung kommen. Manchmal kann dann die Prothese gewechselt werde; manchmal ist allerdings auch eine Versteifung notwendig.