



Dr. Paul Preisser

<https://handchirurgie.org>

Arthrosen an den Fingermittelgelenken („Bouchard-Arthrose“)



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 bestehen sind diejenigen der Mittelgelenke häufiger und auch in früheren Stadien schmerzhaft und behindert die Greiffunktion.



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

Arthrosebedingte Schmerzen treten an den Mittelgelenken deutlich früher auf und sind meist gravierender als an den Endgelenken. Im Vordergrund stehen belastungsabhängige Schmerzen, die häufig 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 wird weitere Untersuchungen (Laborwerte, MRT) notwendig.



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 am Anfang 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 bei entzündlichen Formen im Rahmen einer rheumatischen Erkrankung durchaus - nur hier- 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 („Arthrodesen“)** 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 Beugstellung 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 **Fingermittelgelenk** 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 Gelenkspfanne 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 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 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 Sanson-Spacer. Das Ergebnis hinsichtlich der Beweglichkeit ist unterschiedlich – es kann auch zu einer deutlichen Bewegungseinschränkung kommen.

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

1. Ich habe Verdickungen an den Fingermittegliedern 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?

Es hängt ganz von der Ursache ab. Rheuma oder Gicht können medikamentös behandelt werden.

Bei einer ausgebildeten Arthrose kann die konservative Behandlung die Schmerzen lindern. Im Vordergrund stehen Medikamente, die in das Gelenk gespritzt werden. In manchen Fällen kann mit Röntgenstrahlen behandelt werden.

5. Welche Operationsverfahren sind möglich?

Es hängt von 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?

Es besteht keinerlei Dringlichkeit – und auch abgesehen von den Schmerzen kein Grund, eine frühe Operation vorzunehmen.

7. Was passiert, wenn nicht operiert wird?

Die Veränderungen schreiten langsam im Lauf von Jahren voran.

8. Gibt es Gründe gegen eine Operation?

Jeder Eingriff hat Risiken. Eine Versteifung führt zu einem Verlust der Beweglichkeit. Nach einem Gelenkersatz sind Folgeeingriffe nach Jahren notwendig.

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 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 werden; manchmal ist allerdings dann eine Versteifung notwendig.

Anhang: Versteifung eines Fingergelenks

Die Arthrose eines Fingergelenks führt zu bewegungsabhängigen Schmerzen, im fortgeschrittenen Stadium zur Bewegungseinschränkung und sichtbaren Deformierung. Eine Versteifung wird in einer für die Funktion günstigen Stellung vorgenommen. Die Deformierung wird korrigiert, bewegungsabhängige Schmerzen werden in einem Schritt beseitigt.

Anhang: Versteifung („Arthrodes“) eines Fingergelenks

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-Kreislaufkrankungen 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 eines 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 Handoperationen 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 Strecksehne 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 Drahtschleife 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 Fingern, 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.