



Dr. Paul Preisser
<https://handchirurgie.org>

Operation bei Sattelgelenksarthrose: Entfernung des ersten Handwurzelknochens („Os trapezium“)

Bei einer schmerzhaften Arthrose des Daumensattelgelenks führt die operative Entfernung des ersten Handwurzelknochens (Os trapezium“) in den meisten Fällen zu einer deutlichen Reduktion der arthrosebedingten Beschwerden. Die Beweglichkeit des Daumensattelgelenks bleibt erhalten, die Stabilität wird leicht gemindert.

Operationsprinzip

Der erste Handwurzelknochen wird komplett zusammen mit der veränderten Gelenkinnenhaut entfernt. Der Mittelhandknochen des Daumens wird mit einem Sehnenstreifen am benachbarten Mittelhandknochen des Zeigefingers stabilisiert. Die Beweglichkeit des Daumens bleibt erhalten.



Links im Bild eine schwere Sattelgelenksarthrose. Im rechten Röntgenbild nach Entfernung des 1. Mittelhandknochens und Einstellung des Daumens in korrekter Stellung

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.

Betäubung

Eine nur örtliche Betäubung im Bereich des Operationsgebietes ist für den Eingriff nicht ausreichend. Für den Eingriff und die hierzu notwendige Blutleere (siehe unten) ist eine vollständige Betäubung des Armes bis zur Schulter erforderlich. Erreicht wird dies mit einer Armbetäubung („Plexusanästhesie“) oder einer Vollnarkose.

Bei der Armbetäubung („Plexusanästhesie“) wird das Narkosemittel in die Achselhöhle in die Nähe der Armnerven eingespritzt. Die Lage der Kanüle wird dabei im Ultraschall kontrolliert. Man kann wach bleiben; die Risiken einer Vollnarkose werden vermieden. Eine solche „Plexusbetäubung“ kann mit einem Schlaf- oder Beruhigungsmittel (z.B. „Propofol®“) kombiniert werden, ohne dass dies mit einer vollständigen Narkose gleichkommt. Die Wirkungsdauer einer Armbetäubung ist stark vom verwendeten Mittel abhängig und kann bis zu 12 Stunden anhalten.

Immer ist auch alternativ eine Vollnarkose möglich.

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 bei den meisten handchirurgischen Eingriffen der Fall. Dauert die Operation einmal länger, wird die Blutleere zwischenzeitlich geöffnet.

Operationsablauf

Der Hautschnitt liegt über der Verdickung am Übergang vom Handgelenk zum Daumensattelgelenk. Die Lage des Sattelgelenks wird identifiziert und die Gelenkfläche geöffnet. Lose Knochenfragmente („Freie Gelenkkörper“) und entzündete Gelenkinnenhaut werden entfernt. Jetzt wird der erste Handwurzelknochen („Os trapezium“) ausgelöst und schließlich vollständig entfernt. Die durch die Wunde verlaufende Handgelenksbeugesehne wird längs getrennt. Eine Hälfte wird durch ein Bohrloch durch den ersten Mittelhandknochen geführt und mit einer selbstauflösenden Schraube fixiert.

In die Wunde wird eine Drainage eingelegt, die in den nächsten Stunden das Sickerblut aufnehmen soll. Die Haut wird geschlossen, die Hand verbunden und geschient.

Nach dem Eingriff

Der Eingriff kann ambulant oder stationär vorgenommen werden.

Nach einer **ambulanten Operation** kann man anschließend das Krankenhaus wieder verlassen. Die Hand ist verbunden und geschient und 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!* Am Folgetag kommen Sie zur Sprechstunde. Der Verband wird gewechselt, die Schiene wieder angelegt.

Bei einem **stationären Eingriff** ist es für Sie einfacher. Sie bleiben im Krankenhaus. Nach dem Eingriff kann es in den ersten Stunden und Tagen zu einer Schwellung kommen. Am Abend wird der Verband daher kontrolliert und gelockert. Die Hand ist geschient, die Finger sind nicht eingeschlossen und beweglich. Auf der Station erhalten Sie ausreichend Schmerzmittel.

Nach 10 Tagen werden die Fäden gezogen. Der Daumen wird weiter geschient. Das kann jetzt in einer so genannten Orthese sein- eine Schiene, die man selbst mit Klettverschluss befestigen und zum Duschen abnehmen kann.

Die Finger sind von Anfang an frei und können bewegt werden. Greifen ist in begrenztem Umfang auch mit der Schiene möglich. Nach 3 Wochen kann mit vorsichtiger Bewegung des Daumens begonnen werden - die Orthese soll nachts weiter getragen werden. Belastungsaufbau ist frühestens nach 6 Wochen möglich.

Übungen

Bewegung kann besonders in der ersten Wochen Schmerzen hervorrufen oder verstärken und sollte mit Vorsicht angewendet werden. Nach Ablauf der Ruhigstellung ist sie sinnvoll, wenn die Beweglichkeit stark eingeschränkt ist.

Risiken und Komplikationen

Allgemeine Operationsrisiken wie eine gravierende Wundheilungsstörung oder Infektion sind wie bei anderen Handoperationen selten

Es dauert lange, bis die Heilung und funktionelle Erholung vollständig eingetreten sind

Ausblick

Bei den meisten Menschen führt der Eingriff zu einer relevanten Schmerzreduktion. Diese realisiert sich im Laufe der ersten 3-6 Monate. Im weiteren Verlauf ist der Erfolg dann bleibend, eine Verschlechterung in der Zukunft auch nach Jahren nicht mehr zu befürchten.

Bei einigen Patienten bleiben jedoch relevante Beschwerden zurück. Dies kann verschiedene Ursachen haben. Sollte es zu einer Lockerung der Sehnenaufhängung gekommen sein, besteht die prinzipielle Möglichkeit, dies in einem zweiten Eingriff nochmals zu korrigieren.