Patientin kann ihre Finger immer schlechter bewegen

Aber die Schmerzen sind rückläufig

Eine 60 Jahre alte Patientin stellt sich wegen zunehmender Deformierung der Langfinger und der Frage nach einer chronischen Polyarthrit vor. Während die Schmerzen anfangs im Bereich der Fingermittel- und -endgelenke stark waren, sind diese in den letzten Monaten rückläufig, die Beweglichkeit der Finger ist jedoch konsekutiv immer schlechter geworden. Die komplette Rheumaserologie war unauffällig.

— Klinisch imponieren kolbig aufgetriebene Fingermittel- und -endgelenke mit Achsabweichung der Fingergelenke in der Radial-/Ulnarebene. Die Röntgenaufnahme bestätigt die Diagnose einer Heberden- und Bouchardarthrose mit Destruktion der Fingerendgelenke, Verschmälerung der Gelenkspalten der Fingermittelgelenke.

Die Polyarthrose ist die häufigste Erkrankung der Fingergelenke. Ihre Abgrenzung gegenüber rheumatoider Arthritis und Psoriasisarthropathie ist wegen ihrer günstigeren Prognose wichtig. Die Fingerpolyarthrosen umfassen die degenerativen Erkrankungen der Endgelenke (Heberdenarthrose), der Mittelgelenke (Bouchardarthrose) und des Daumensattelgelenks (Rhizarthrose). Die Angaben zur Prävalenz schwanken für Frauen zwischen 20 und 30%, für Männer zwischen 5 und 20%. Die isolierte Heberdenarthrose hat dabei einen Anteil von 40%, die Kombination Heberden und Bouchard von 30%, die isolierte Bouchardarthrose macht 10%, die mit den Interphalangealarthrosen kombinierte Rhizarthrose 15% und die isolierte Rhizarthrose nur etwa 2% aus.

Anamnestisch werden initial Missempfindungen, Kälteempfindlichkeit, Morgensteifigkeit und später die typische n Knotenbildungen angegeben. Im Gegensatz zu entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind die Schmerzen gering ausgebildet oder fehlen sogar. Vielmehr leiden die Patienten häufig unter dem optischen Erscheinungsbild. Röntgenologisch sieht man die typischen Veränderungen der Arthrose wie subchondrale Sklerosierung, Osteophytenbildung, Gelenkspaltverschmälerung und Zystenbildung. Der Verlauf der meisten Heberden- und Bouchardarthrosen ist blande, nur bei etwa 5% ist er destruierend. Falls eine konservative Therapie mit-

Fotos (2): A. Schuh/W. Hönle

tels Wechselbädern, analgetisch-antiphlogistischer Therapie und Elektrotherapie nicht ausreichende Beschwerdelinderung verschafft, können operative Maßnahmen indiziert sein. Die reine Abtragung von Osteophyten und/oder Zysten bei der Heberdenarthrose ist in der Regel nicht erfolgreich, hier sind eher Arthrodesen indiziert. Bei der Bouchardarthrose kann im Anfangsstadium eine Synovektomie durchgeführt werden, in Abhängigkeit von der Lokalisation und körperlichen Ansprüchen sind auch hier Arthrodesen oder der Kunstgelenkersatz möglich. Letzterer führt klinisch zu einem niedrigen postoperativen Schmerzniveau in Ruhe, verbunden mit einer hohen subjektiven Patientenzufriedenheit. Diskrepanz dazu sind die schlechten radiologischen Ergebnisse, z.B. der Pyrocarbonprothese mit den Zeichen einer fehlenden knöchernen Einheilung bzw. Lockerung und hoher Revisionsrate.

Keywords: Heberden's nodes, Bouchard's nodes

■ PD Dr. med. habil. Alexander Schuh⁽¹⁾, Dr. med. Wolfgang Hönle⁽²⁾

⁽¹⁾Facharzt für Orthopädie, Leiter der Research Unit Klinikum Neumarkt, Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberger Straße 12, D-92318 Neumarkt i.d. OPf.

⁽²⁾Klinik für Orthopädische Chirurgie, Klinikum Neumarkt