Oper Orthop Traumatol 2021 · 33:181–182
<https://doi.org/10.1007/s00064-021-00716-9>
Angenommen: 18. Mai 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021

Rhizarthrose

J. van Schoonhoven

Klinik für Handchirurgie, Rhön-Klinikum Campus Bad Neustadt, Bad Neustadt an der Saale, Deutschland

Autor

**Prof. Dr. med.
J. van Schoonhoven**
Rhön-Klinikum Campus
Bad Neustadt, Bad
Neustadt an der Saale

Um unsere Autoren vor einer missbräuchlichen Verwendung digital verfügbarer Autorensignets zu schützen, werden in der Zeitschrift *Operative Orthopädie und Traumatologie* künftig keine Autorensignets mehr abgebildet.

Die Daumensattelgelenkarthrose ist ein sehr häufiges Krankheitsbild in der Handchirurgie. Das Ausmaß der Arthrose wird anhand radiologischer Kriterien klassifiziert (Stadium I bis IV nach Eaton/Littler), wobei das radiologische Ausmaß nicht unbedingt mit der klinischen Symptomatik korrelieren muss. Die Symptomatik ist geprägt von belastungsabhängigen Schmerzen beim kraftvollen Einsatz des Daumens wie dem Auswringen nasser Kleidungsstücke verbunden mit einem schmerzhaften Kraftverlust. Zunächst stehen natürlich in allen Stadien konservative Maßnahmen im Zentrum der Therapie. Erst wenn auf Dauer lokal entzündungshemmende Maßnahmen, Infiltrationen, handtherapeutische Behandlungen und das Tragen von Bandagen die Symptomatik nicht ausreichend reduzieren können, kommen operative Therapiemaßnahmen in Betracht. Gerade bei jüngeren Patienten können die Stadien I und II zu erheblichen Symptomen führen. Hier findet sich gelegentlich eine Subluxationsstellung im Daumensattelgelenk (DSG) aufgrund einer sehr steil nach dorsal abfallenden Gelenkfläche des Trapezius, welche die

Entstehung der Arthrose begünstigt. Bei diesen Patienten kommen in den ersten Stadien gelenkerhaltende Maßnahmen wie die arthroskopische Synovialektomie oder Korrekturosteotomien des Trapezius oder des ersten Metakarpale in Betracht.

Bei therapieresistenter Schmerzsymptomatik ist die Resektionsarthroplastik die traditionelle Operationsmethode der Wahl. Sie wurde daher auch bereits im ersten Erscheinungsjahr dieser Zeitschrift beschrieben [2]. Die Arthrodesis des DSG ist eher speziellen Indikationen vorbehalten. Zur Stabilisierung des ersten Strahls nach Resektion des Trapezius im Rahmen der Resektionsarthroplastik wurden unterschiedliche Sehnenaufhängeplastiken und/oder die Interposition von Gewebe in die Resektionshöhle beschrieben. In Metaanalysen der publizierten Studien konnte für diese Maßnahmen keine Überlegenheit im Vergleich zur alleinigen Resektion des Trapezius nachgewiesen werden. Die internationale Studienlage hat allerdings wenig Einfluss auf die Entscheidung vieler Chirurgen, die aufgrund ihrer klinischen Erfahrung

trotzdem eine zusätzliche Weichteilstabilisierung vornehmen [1]. Der Beitrag in diesem Schwerpunktheft beschreibt daher neben der Operationstechnik der klassischen Resektionsarthroplastik auch zusätzlich die unterschiedlichen, geläufigen Aufhängeplastiken in einer Übersicht.

Trotz der sicherlich überwiegend guten und sehr guten funktionellen Resultate nach der Resektionsarthroplastik verbleibt eine Gruppe von Patienten, die nach der Operation dauerhaft therapierelevante Beschwerden behält. Die Ursachen können unterschiedlicher Natur sein. Bei einigen Patienten lässt sich die Schmerzsymptomatik allerdings nur durch eine Proximalisierung des ersten Strahls mit knöchernem Anschlagen der Basis des ersten Mittelhandknochens an das Trapezoideum oder die Basis des zweiten Mittelhandknochens erklären. Für diese Patienten finden sich in diesem Heft 2 operative Revisionsmethoden beschrieben, die gleichwertig diese Problematik adressieren.

Als alternatives Operationsverfahren zur Resektionsarthroplastik ist der endoprothetische Ersatz des DSG in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt. Die ersten Endoprothesensysteme, die auch in dieser Zeitschrift frühzeitig dargestellt wurden [3], haben leider zu hohen Revisionsraten und Explantationen geführt und konnten sich daher nicht etablieren. Aufgrund der kontinuierlichen Weiterentwicklung stehen mittlerweile allerdings verschiedene Prothesensysteme zur Verfügung, die in prospektiven Studien verlässliche und gute mittel- oder sogar langfristige Ergebnisse nachweisen konnten. Letztendlich scheint es für das klinische Ergebnis keinen Unterschied zwischen Resektionsarthroplastik und Endoprothese zu geben. Die bei der Resektionsarthroplastik manchmal sehr lang dauernde Rehabilitationszeit ist bei der endoprothetischen Versorgung jedoch deutlich kürzer, während die Komplikations- und Revisionsrate bei der Endoprothetik höher ist. Die Kritiker der Endoprothetik rücken daher die höheren Kosten bei höherer Komplikationsrate, die Befürworter der Endoprothetik die schnellere Rehabilitationszeit und die verbleibende Rückzugsmöglichkeit im Sinne einer sekundären Resektionsarthroplastik in das

Zentrum der Diskussion. Der endoprothetische Ersatz des DSG ist dabei allerdings nur bis zum Stadium III eine erwägenswerte Option in der Palette der operativen Therapiemaßnahmen, da im Stadium IV die zusätzliche Arthrose des STT-Gelenkes nur die Resektionsarthroplastik erlaubt. Der endoprothetische Ersatz des DSG wird in diesem Schwerpunktheft anhand eines Prothesenmodells ohne Wertung gegenüber alternativen Modellen anderer Anbieter dargestellt, wobei die Operationsprinzipien und -schritte übertragbar auf alle Prothesenmodelle sind.

Ich hoffe, dass die Artikel in diesem Schwerpunktheft eine Entscheidungshilfe geben bei der Auswahl der unterschiedlichen, möglichen Techniken in der primären operativen Therapie der DSG-Arthrose und deren Revisionen.

Prof. Dr. med. J. van Schoonhoven

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. J. van Schoonhoven
Klinik für Handchirurgie, Rhön-Klinikum
Campus Bad Neustadt
Von-Guttenberg-Str. 11, 97616 Bad Neustadt
an der Saale, Deutschland
Joerg.vanSchoonhoven@campus-nes.de

Interessenkonflikt. J. van Schoonhoven gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aliu O, Davis MM, DeMonner S, Chung KC (2013) The influence of evidence in the surgical treatment of thumb basilar joint arthritis. *Plast Reconstr Surg* 131:816–828
2. Epping W (1989) Die Suspensionsplastik zur Behandlung der Sattelgelenksarthrose. *Operat Orthop Traumatol* 1:100–108
3. Helbig B (1989) Operationen bei Sattelgelenksarthrose: Francobal-Endoprothese nach de la Caffinière. *Operat Orthop Traumatol* 1:109–115

Machen Sie sich fit mit dem **Facharzt-Training Orthopädie & Unfallchirurgie!**

Bereiten Sie sich auf die Facharztprüfung vor oder möchten Sie Ihr Fachwissen mit typischen Fallbeispielen aus der Orthopädie & Unfallchirurgie auffrischen? Dann sind die 3 Sonderhefte **Facharzt-Training Orthopädie & Unfallchirurgie** von *Der Orthopäde* und *Der Unfallchirurg* genau das Richtige für Sie!

Sie finden in diesen Heften:

- praxisnahe Fallbeispiele, systematisch und aktuell aufbereitet
- mit Prüfungsfragen und Antworten
- Kompaktes Wissen aus Orthopädie & Unfallchirurgie
- Insgesamt 3 Hefte decken in 82 Fällen exemplarisch alle wichtigen Themen der Facharztprüfung anhand von Fallbeispielen ab
- Von Experten für Sie geplant, geschrieben und begutachtet

Bestellen Sie noch bis 30.6.21 zu attraktiven Sonderkonditionen:

- Je Einzelheft 22 € (statt 44 €)
 - Paketpreis für 2 Hefte: 44 € (statt 75 €)
 - Paketpreis für 3 Hefte: 66 € (statt 99 €)
- unter Angabe des Aktionscodes C0019580 per E-Mail bei:

Marie-Luise.Witschel@springer.com