

Patientenratgeber Handchirurgie

Band 1: Erkrankungen ohne Unfälle



P. Hahn, F. Unglaub, G. Hahn

Patientenratgeber Handchirurgie

Band1: Erkrankungen ohne Unfälle

Peter Hahn, Frank Unglaub und Gabriele Hahn

Dieses Buch wird verkauft, unter
<http://leanpub.com/handratergeber>

Diese Version wurde veröffentlicht am 2015-07-03



Leanpub

Das ist ein [Leanpub](#)-Buch. Leanpub bietet Autoren und Verlagen mit Hilfe des Lean-Publishing-Prozesses ganz neue Möglichkeiten des Publizierens. [Lean Publishing](#) bedeutet die permanente, iterative Veröffentlichung neuer Beta-Versionen eines E-Books unter der Zuhilfenahme schlanker Werkzeuge. Das Feedback der Erstleser hilft dem Autor bei der Finalisierung und der anschließenden Vermarktung des Buches. Lean Publishing unterstützt den Autor darin ein Buch zu schreiben, das auch gelesen wird.

©2015 Peter Hahn, Frank Unglaub und Gabriele Hahn

Twitter dieses Buch!

Bitte unterstütz Peter Hahn, Frank Unglaub und Gabriele Hahn, indem du über dieses Buch auf [Twitter](#) weiterempfehlst!

Hier ein Vorschlag für einen Tweet:

Der verständliche Ratgeber für Erkrankungen der Hand

Vorschlag: Verwende den folgenden Hashtag, wenn du über dieses Buch twitterst: [#handratgeber](#).

Was sagen Andere über dieses Buch? Klick hier, um nach diesem Hashtag auf Twitter zu suchen:

<https://twitter.com/search?q=#handratgeber>

Inhaltsverzeichnis

Über dieses Buch	1
Sattelgelenkarthrose	3
Zyste Fingerendglied	9
Dupuytrensche Kontraktur	12
Inhalte der Vollversion	21
Die Autoren	22

Über dieses Buch

Wir leben im Zeitalter der Information. Speziell das Internet scheint es uns zu ermöglichen, jede beliebige Information zu jedem Zeitpunkt zu erhalten.

Betrachtet man als Experte auf dem Gebiet der Handchirurgie jedoch die vielfältigen Informationen zu diesem Fachgebiet, dann fallen zwei Dinge auf. Erstens ist die Qualität der Informationen in vielen Fällen fraglich, zweitens ist es für den Suchenden sehr mühevoll zusammenhängende Informationen zum Thema Hand zu finden und einzuordnen. Daher haben wir uns entschlossen, die häufigsten Erkrankungen der Hand und ihre Therapie zusammen in einem Ratgeber darzustellen.

Wir haben uns dabei für neue Wege entschieden. Der erste ist, dass es dieses Buch bis auf weiteres nur in elektronischer Form geben wird, lesbar auf Computern, Tablets oder Smartphones.

Diese Medien sind inzwischen so weit verbreitet, dass wir glauben, mit dieser Publikationsform die meisten Interessenten zu erreichen. Die elektronische Publikation über [Leanpub](#) ermöglicht ausserdem eine flexible Preisgestaltung zum Nutzen der Leser.

Ein zweiter neuer Weg, den wir gehen, ist die sprachliche Überarbeitung durch eine Nichtmedizinerin mit Erfahrung im Schreibcoaching. So soll das Buch vor allem auch für medizinische Laien lesbar werden und damit für die meisten unserer Patienten.

Wir hoffen, dass Sie, unsere Leser, von diesem Buch profitieren und neue Einblicke in die Erkrankungen der Hand und ihre Therapie erhalten.

Peter Hahn, Frank Unglaub und Gabriele Hahn

Sattelgelenkarthrose

Beschreibung

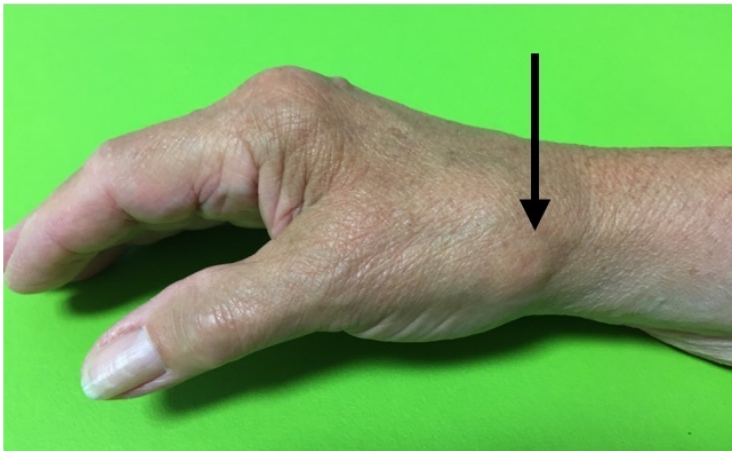
Der Verschleiss des Daumensattelgelenkes, medizinisch Rhizarthrose, ist die häufigste Verschleiss-Erkrankung an der Hand. Meist trifft es Frauen nach der Menopause im mittleren Alter. Regelmässig sind auch andere Gelenke am Körper betroffen. Nicht selten haben direkte Familienmitglieder ähnliche Beschwerden an den Gelenken. In einem Drittel der Fälle tritt diese Erkrankung an beiden Händen auf. Die Patienten haben meist Tätigkeiten mit sich wiederholenden Bewegungen der Hand, wie zum Beispiel Arbeit am Fließband oder die Tätigkeit als Friseurin. Männer sind deutlich seltener betroffen als Frauen.

Beschwerden

Schmerzen treten meist abends nach intensiver Belastung des Daumensattelgelenkes auf, wie z.B. nach Arbeiten im Garten mit der Gartenschere, aber auch allein ein Öffnen eines Flaschenverschlusses kann für mehrere Stunden oder Tage Schmerzen verursachen. Wenn die Beschwerden lange bestehen, treten diese Schmerzen auch nachts auf und im Daumensattelgelenk "pocht" und "sticht" es fast ununterbrochen.

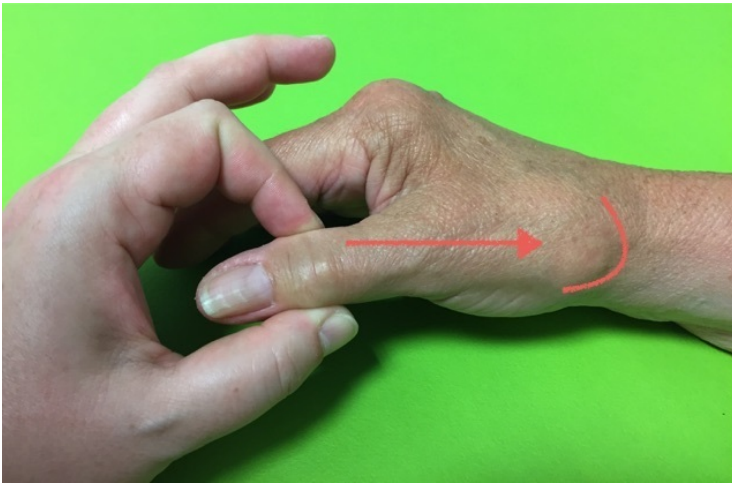
Untersuchung

Typischerweise gibt es direkt über dem Daumensattelgelenk Punkte, die auf Druck mit Schmerz reagieren.



Schwellung und Schmerzpunkt

Das Zusammendrücken und Drehen des Daumens mit Richtung auf das Daumensattelgelenk verursacht deutliche Schmerzen.



Untersuchung mit Druck und Drehbewegung

Röntgen

Im Röntgenbild kann ein Frühstadium der Sattelgelenkarthrose durch eine Gelenkspalterweiterung erkannt werden, im Verlauf der Erkrankung nimmt der Gelenkspalt dann aufgrund des Abbaus des Knorpels ab, im Spätstadium reibt Knochen auf Knochen und verursacht so die Beschwerden. Weiterhin kann das Daumensattelgelenk aufgrund des Verschleisses aus dem Gelenk rutschen und so eine Parallelstellung des ersten zum zweiten Mittelhandknochen verursachen.



Gesundes Sattelgelenk gegen Sattelgelenkarthrose

Therapie



Karpaltunnelsyndrom

Bei Patienten mit einer Sattelgelenkarthrose sollte auch immer nach einem [Karpaltunnelsyndrom](#) gesucht werden.

Nichtoperativ

Im Frühstadium der Erkrankung können eine Schiene (Orthese) und Cortisonspritzen bei akuten Entzündungen Linderung schaffen.



Schiene (Orthese) für die nichtoperative Therapie

Weiterhin hilft es, wenn der Patient regelmässig am Daumen zieht (Traktionsübung). Kühlung, Schonung und Medikamente gegen Entzündung (Antiphlogistika) kommen ebenfalls zum Einsatz. Die konservative (also die nichtoperative) Therapie sollte solange wie möglich ausgereizt werden. Eine Operation folgt in der Regel erst nach mehreren Jahren der Erkrankung.

Operativ

Es gibt drei verschiedene Verfahren. Im Frühstadium kann die Gelenkspiegelung mit Glättung des Knorpels und Entfernung der entzündeten Bereiche im Gelenk eine Besserung erreichen. Ebenfalls kann der Arzt im Frühstadium der Erkrankung die Schmerzfasern durchtrennen, wodurch der Schmerz reduziert werden kann, ohne dass sich die Beweglichkeit oder Kraft verändert. Beide Operationsverfahren können in der Regel ambulant durchgeführt werden und benötigen nach der Operation nur eine kurze Ruhigstellung (ca. 10 Tage im Gips): Diese beiden Eingriffe haben aber leider nicht so hohe Erfolgsaussichten wie die dritte

Operationstechnik, die sogenannte Resektionsarthroplastik.

Bei dieser Technik entfernt der Arzt einen Teil des knöchernen Gelenkes, das grosse Vieleckbein (Os trapezium) und stabilisiert das Gelenk wieder durch überschüssiges Sehnenmaterial. Diese Operation erfolgt im Krankenhaus mit zwei Übernachtungen. So können die Schmerzen, die direkt nach der Operation auftreten, durch die Gabe von Schmerzmitteln verhindert, bzw. so gering wie möglich gehalten werden. Nach der Operation trägt der Patient für vier Wochen einen Daumengips. Danach kann die Hand zunehmend belastet werden. Krankengymnastik ist in der Regel nicht notwendig. Die Langzeitergebnisse nach dieser Operation sind sehr gut, mehr als 90% der Patienten profitieren von dem Eingriff und sehr viele Patienten lassen sich dann auch die andere Hand operieren.



Daumensattelgelenkarthrose vor (li) und nach (re) Operation

Zyste Fingerendglied

Beschreibung

Bei Patienten mit einer [Arthrose der Finger-Endgelenke](#) können sich Zysten, medizinisch: Mukoidzysten bilden.



Mukoidzyste

Beschwerden

Häufig ist die Zyste deutlich sichtbar. In Einzelfällen kann aber schon vor der Zyste eine Eindellung des Nagelbetts sichtbar werden. Diese Delle entsteht durch Druck der Zyste auf das

Nagelbett.

In der Praxis sehen Ärzte immer wieder Patienten, die mit einer fortgeschrittenen Entzündung (Infektion) des Fingers zu ihnen kommen, die durch eine Zyste des Fingerendglieds verursacht wurde. Ursache sind häufig Manipulationen der Patienten an der Zyste.

Untersuchung

Die Zyste oder die Veränderungen des Nagelbetts sind typisch und können klar zugeordnet werden.

Röntgen

In fortgeschrittenen Fällen oder bei Wiederauftreten (Rezidiven), zeigt die Röntgenaufnahme die Zerstörung des Gelenks.

Sonstige

Kernspintomographie oder Computertomographie sind nicht notwendig oder sinnvoll.

Therapie

Nichtoperativ

Eine Therapie ohne Operation ist nicht sinnvoll, da eine erhöhte Infektionsgefahr mit Infektion des Endgelenks besteht wenn sich die Zyste spontan eröffnet, was häufig passiert. Die Indikation zur Operation besteht bei deutlich sichtbaren Zysten oder wenn Veränderungen des Nagelbetts bestehen.

Operativ

Der Arzt entfernt die Zyste in einem ambulanten Eingriff mit örtlicher Betäubung. Knochenzacken trägt er ab. Wenn die Zyste grössere Hautareale ausgedünnt hat, dann müssen diese Hautareale entfernt werden. Die dann fehlende Haut ersetzt der Arzt durch Verschiebung gesunder Haut (Rotationslappen).

Nachbehandlung

In der Regel wird der operierte Finger für drei bis fünf Tage in einem kleinen Fingergips ruhiggestellt. Die Fäden werden nach ca. 10 Tagen entfernt. Volle Arbeitsfähigkeit besteht in der Regel nach 10-21 Tagen.

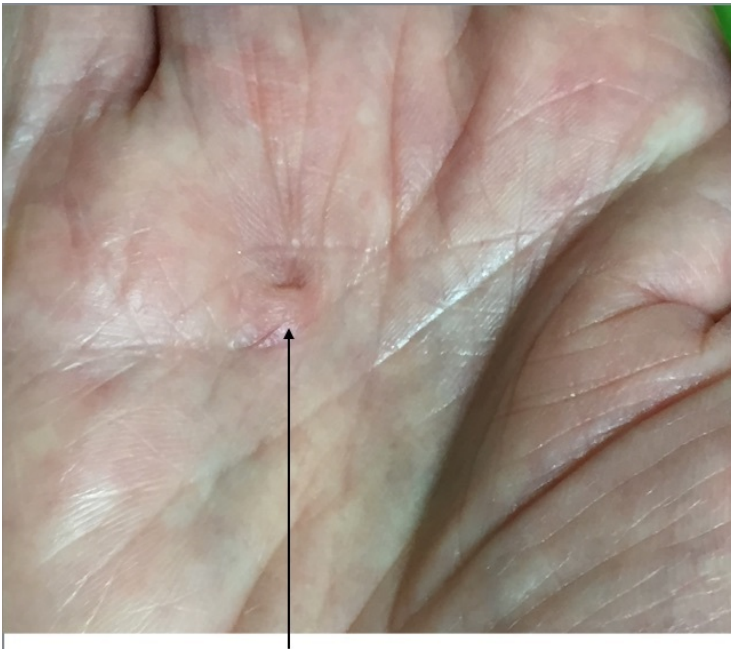
Dupuytrensche Kontraktur

Beschreibung

Es handelt sich um eine Veränderung der Bindegewebe der Hand und der Finger. Diese Veränderungen sind erblich bedingt. Es existieren Berichte darüber, dass die Erkrankung gehäuft auftritt bei Alkoholmissbrauch, Lebererkrankungen, Syphilis und HIV. Diese Beobachtungen sind aber umstritten und nicht bewiesen. Ein Zusammenhang mit Diabetes mellitus ist mittlerweile bekannt. Die meisten Patienten, die an einer Dupuytrenschen Erkrankung leiden, sind ansonsten gesund. Besteht eine erbliche Veranlagung, dann kann die Erkrankung durch Unfälle und Infektionen an der oberen Extremität ausgelöst werden. Männer sind bis zu neunmal häufiger betroffen als Frauen, der Unterschied wird aber mit zunehmenden Alter geringer. Der Häufigkeitsgipfel der Erkrankung liegt bei Männern im fünften und bei Frauen im sechsten Lebensjahrzehnt.

Beschwerden

Trichterförmige Einziehungen der Haut können ein erstes Anzeichen der Erkrankung sein.



Einziehung bei Dupuytren

Einziehungen als Frühform

Die Erkrankung beginnt in der Regel mit der Bildung von Knoten innen in der Hand oder an den Fingern; die Knoten entwickeln sich zu Strängen. Die Stränge verkürzen sich, was zur typischen Verkrümmung der Finger führt. In den meisten Fällen beginnt die Erkrankung am Ringfinger gefolgt vom kleinen Finger.



Befall der Hohlhand

Daumen und Zeigefinger sind seltener betroffen. Knochenpölsterchen (Knuckle pads) auf der Aussenseite der Mittelgelenke gehören ebenso zur Erkrankung.



Knochenpösterchen, knuckle pads

In seltenen Fällen kann es zum Befall der Fußsohle (Morbus Ledderhose) oder zum Befall des männlichen Gliedes (induration penis plastica) kommen.

Untersuchung

Die Diagnose wird durch die Untersuchung der Hand gestellt. Der Arzt kann die Erkrankung durch Betrachten (Inspektion) und Betasten (Palpation) der Veränderungen eindeutig zuordnen.

Röntgen

In fortgeschrittenen Fällen mit Verkrümmung im Mittelgelenk ist eine Röntgenaufnahme des Finger zum Ausschluss einer Arthrose sinnvoll.

Sonstige

Kernspintomografie oder Computertomografie sind nicht sinnvoll, da sie keine zusätzlichen Informationen bringen.



Karpaltunnelsyndrom

Bei Einschlafen der Finger sollte vor der Operation eine Untersuchung beim Neurologen bei Verdacht auf [Karpaltunnelsyndrom](#) erfolgen.

Therapie

Die Therapie hängt vom Stadium der Erkrankung ab und muss sehr differenziert betrachtet werden.



Wiederauftreten (Rezidiv)

Es ist wichtig zu wissen, dass keines der im Folgenden vorgestellten Verfahren das Wiederauftreten der Erkrankung (Rezidiv) verhindern kann.

Prinzipiell sollte die Erkrankung nicht zu früh operiert werden, da immer mit Wiederauftreten zu rechnen ist. Je jünger der Patient ist, desto zurückhaltender sollte eine Operation in Betracht gezogen werden. Die Wahl der Therapie hängt von den funktionellen Einschränkungen ab. Bewegungseinschränkungen in den Grundgelenken der Finger können wesentlich länger akzeptiert werden, als Bewegungseinschränkung in den Mittelgelenken. Für die Operation bei Wiederauftreten der Erkrankung gelten andere Regeln, als beim ersten Auftreten.

Nichtoperativ

Es werden eine Vielzahl von nichtoperativen Massnahmen, die die Erkrankung aufhalten oder verbessern sollen, angeboten. Hierzu gehören Massagen, Ultraschalltherapie, Röntgenbestrahlung, Cortisonspritzen u. a. Sofern Studien vorliegen, berücksichtigen sie nicht den Spontanverlauf der Erkrankung. Ausserdem klagen über 40 % der Patienten nach Bestrahlung über schuppende und trockene Haut als Langzeitwirkungen.

Kollagenase-Behandlung

Bei dieser Behandlungsform handelt es sich nicht um eine Operation. Zur Therapie wird ein Enzym (Kollagenase) in den Strang gespritzt. Das Enzym löst die Stränge auf. Diese lassen sich dann am Folgetag durch Überstreckung des Fingers aufbrechen. Als Nebenwirkungen können lokale Unverträglichkeiten mit Hautrötung, in seltenen Fällen Sehnenrisse auftreten. Die Ergebnisse dieses Verfahrens sind ähnlich denen der weiter unten beschriebenen Nadelfasziotomie. Ein wesentlicher Nachteil der Kollagenase-Behandlung ist die Tatsache, dass die Kosten für diese Behandlung in Deutschland nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

Nadelfasziotomie

Dieses Verfahren entspricht vom Prinzip der Kollagenase-Behandlung. Die kurzfristigen Ergebnisse entsprechen bei exakter Indikationsstellung den operativen Ergebnissen, langfristig tritt die Erkrankung jedoch nach dieser Therapie deutlich öfter wieder auf als nach einer Operation. Komplikationen mit Sensibilitätsverlust durch Nervenverletzung sind bei dieser Behand-

lungsart möglich. Dieses Verfahren ist geeignet für Patienten, die eine kurzfristige Verbesserung der Funktion der Hand ohne den Aufwand einer Operation wünschen.

Vorgehen

Der Eingriff erfolgt ambulant. Es wird nacheinander an verschiedenen Stellen des Stranges eine örtliche Betäubung gesetzt, und der Strang dann mit der Nadel fächerförmig perforiert. Danach kann der Finger wieder gerade gebogen werden.



Dupuytren vor Nadelfasziotomie



Dupuytren nach Nadelfasziotomie

Nachbehandlung

Die Patienten erhalten eine speziell angepasste Lagerungsschiene, die für ein halbes Jahr getragen werden sollte.

Operation

Bei der Operation wird das befallene Gewebe entfernt. Vor einigen Jahren wurde bei der Operation noch alles Gewebe, sowohl aus der Innenseite der Hand, als auch aus den Fingern entfernt (totale Aponeurektomie). Seit einigen Jahren wird nur noch das Gewebe entfernt, das zu einer Funktionseinschränkung führt (partielle Aponeurektomie). Sicherlich haben die weniger invasiven Verfahren, wie die Nadelfasziotomie oder die Kollagenase-Behandlung in weniger fortgeschrittenen Fällen ihre Berechtigung. In Fällen mit ausgedehntem Befall, fortgeschrittener Bewegungseinschränkung und bei Wiederauftreten (Rezidiv-Dupuytren) ist die Operation unumgänglich.



Wo behandeln lassen ?

Am besten aufgehoben ist der Patient bei einem Handchirurgen, der mehrere Verfahren anbietet. Wenn eine Operation notwendig ist, sollte der Patient sich an einen Handchirurgen wenden, der viel Erfahrung mit der Operation hat. Dadurch lassen sich Komplikationen vermeiden. Weitere Informationen erhält man auch über [Deutsche Dupuytren Gesellschaft](#)

Inhalte der Vollversion

In der Vollversion des Buches erhält der Leser die folgenden Informationen

- Karpaltunnelsyndrom
- Schnellender Finger (TVS)
- Einengung erstes Strecksehnenfach (Tendovaginitis De Quervain)
- Überbein (Ganglion) Streck- und Beugeseite
- Dupuytren
- Mukoidzyste am Fingerendgelenk
- Fingerendgelenksarthrose
- Kompression des Ellenbogens
- Daumensattelgelenksarthrose (Rhizarthrose)
- Verschleiss des Handgelenkmeniskus (TFCC)
- Operation, Narkose, Nachsorge
- Karte der Beschwerden

Die Autoren

Prof. Dr. Peter Hahn und Prof. Dr. Frank Unglaub

Die beiden Autoren widmen sich seit vielen Jahren ausschließlich der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Hand. Gemeinsam leiten sie die Abteilung für Handchirurgie der [Vulpius Klinik](#) in Bad Rappenau. Sie haben mehr als 100 internationale wissenschaftliche Arbeiten sowie Buchbeiträge in bekannten Standardwerken der Handchirurgie publiziert.

Gabriele Hahn

ist Übersetzerin für Italienisch und Französisch. Neben ihrem Hauptberuf als Direktionsassistentin und Leiterin der Administration ist sie Schreibcoach und Erwachsenenbildnerin. Sie hat die wissenschaftliche Sprache in eine für Patienten verständliche Form gebracht.