

Fingerarthrosen

Fingergelenksarthrose umfassen definitionsgemäß Erkrankungen der Fingerend-, Mittel- und Grundgelenke und des Daumensattelgelenkes.

Prävalenz

Frauen werden zwischen 20 und 30%, Männer zwischen 5 und 20% betroffen. Dabei hat die isolierte Arthrose der Fingerendgelenke (Herberden - Arthrose) einen Anteil von 40%, die isolierte Arthrose der Fingermittelgelenke (Bouchard - Arthrose) 10% und die Kombination beider Erkrankungen einen Anteil von 30%. Die Rhizarthrose hat eine Prävalenz von ca. 2%, in Kombination mit anderen Interphalangealgelenksarthrosen 15%.

Gehäuft wird eine Kombination mit Hüft- und Kniegelenksarthrose beobachtet. Auch eine gehäufte Kombination mit Hallux valgus, Senkpreizfuß und Varikosität ist bekannt.

Ätiologie

Es werden genetische und hormonelle Faktoren diskutiert. In geringerem Ausmaß können posttraumatische Veränderungen und Überlastungen insbesondere des Daumensattelgelenkes verantwortlich gemacht werden.

Anamnese

Initial werden Morgensteifigkeit, Dysästhesien, Kälteempfindlichkeit und Knotenbildungen angegeben. Die Entzündungsserologie bleibt negativ. Schmerzen werden geringer als bei entzündlichen Gelenkerkrankungen angegeben.

Untersuchung

Es zeigt sich meist ein bilateraler Gelenksbefall, wobei zu 80% die Fingerendgelenke betroffen sind. An den Dorsolateralseiten dieser Gelenke finden sich die typischen Heberden-Knötchen. Man findet eine leichte Überwärmung, selten Fluktuation. Im Verlauf kommt es durch Destruktion am Knochen zur Beugekontraktur und Ulnar- oder Radialdeviation. An den Fingermittelgelenken kommt es kaum zu Knotenbildung, sondern zur Kapselverdickung und anschließend Einsteifung.

Auch die Daumensattelgelenksarthrose kommt häufig beidseitig vor. Es kommt zu ausgeprägten Druckschmerzen und später schmerzhaften Bewegungseinschränkungen, die sich später zu Fehlstellungen und Subluxation entwickeln kann. In weiterer Folge kommt es zur Funktionsbehinderung.

Bildgebung

Im Röntgen kommt es primär zur subchondralen Sklerosierung und Gelenkspaltverschmälerung, anschließend zur Osteophytenbildung und Knochendestruktion. Es zeigen sich weiters Deviationen, Subluxationen paraartikuläre Ossikel, aber nicht die für rheumatische Erkrankungen typische gelenksnahe Osteoporose.

Therapie

Schubweiser Verlauf seitens der Schmerzen und Veränderungen ist typisch. Anlage von antiphlogistisch wirksamer Salbenverbände, Wärmeapplikation, Elektrotherapie und nichtsteroidale Antirheumatika stehen bei Schmerzen zur Verfügung.

Intraartikuläre Infiltrationen mit Lokalanästhetikum und Steroiden ist nur bei den größeren Gelenken (Daumensattelgelenk, Fingergrund- und Mittelgelenk) sinnvoll. Auch kann eine Ruhigstellung mit Schienen sowie Ultraschallbehandlung und Kälteapplikation lindernd wirken. D-Glucosaminsulfat per os kann zumindest subjektiv die Beschwerden mindern.

Operativ sind Arthrodesen der Endgelenke, Arthrodesen oder Kunstgelenke der Fingermittel- und Endgelenke möglich. Am Daumensattelgelenk werden häufig verschiedene Verfahren der Resektionsarthroplastik mit oder ohne Aufhängeplastik, aber auch Kunstgelenke oder Platzhalter aus unterschiedlichsten Materialien werden implantiert.

Bei einigen Patienten kommt die Erkrankung mit einer Einsteifung der Gelenke zum Stillstand.