

# Wenn der Daumenballen schmerzt

Empfehlungen für den Hausarzt bei Rhizarthrose

**Eine Rhizarthrose kann zumeist durch eine gründliche klinische Untersuchung diagnostiziert werden. Die Schonung des Gelenks sowie die Gabe von Paracetamol und nichtsteroidalen Antiphlogistika führen oft zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik.**

## British Medical Journal

Die Arthrose ist eine der häufigsten Gelenkerkrankungen, die zu Schmerzen, knöcherner Schwellung, Steifigkeit und Funktionsverlust in den betroffenen Gelenken führen. Mit steigendem Alter nimmt das Risiko zu, an einer klinisch manifesten Arthrose zu erkranken. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, besonders was den Befall der Fingergelenke und des Kniegelenks angeht (1).

### Schmerzen bei Rhizarthrose

Rund 60 bis 70 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre zeigen Zeichen einer Handosteoarthritis. Insbesondere das Sattelgelenk des Daumens (auch erstes Metakarpophalangealgelenk genannt) ist im Laufe eines Lebens hohen Belastungen ausgesetzt. Es verbirgt sich im Daumenballen und ermöglicht das Rotieren des gesamten Daumens und das Gegenüberstellen des Daumens zu den anderen Fingern. Eine Arthrose dieses Gelenks (Rhizarthrose) ist relativ häufig; 10 Prozent der Frauen über 50 Jahre sind hiervon betroffen; bei Männern tritt diese Form der Arthrose seltener auf. Zumeist ist die Entstehung idiopathisch.

## MERKSÄTZE

- ❖ Die Rhizarthrose ist eine häufige Erkrankung.
- ❖ Wichtige Differenzialdiagnosen sind das Karpaltunnelsyndrom, der schnellende Finger und die Tendosynovitis de Quervain.
- ❖ In leichten Fällen kann eine Schonung des Gelenks ausreichen.
- ❖ Zur medikamentösen Schmerztherapie werden Paracetamol sowie topische nichtsteroidale Antiphlogistika empfohlen.

Von besonderer Bedeutung für die Diagnostik sind Lokalisation, Intensität und Qualität des Schmerzes. In der Regel führt die Arthrose zu Gelenkirritation mit Schmerzen innerhalb eines ausgedehnten Bereichs um die Daumenbasis. Über einen langen Zeitraum schreiten die Schmerzen voran. Die Schmerzen verstärken sich beim Ergreifen schwerer Gegenstände oder bei Drehbewegungen. Umdrehen eines Schlüssels im Schloss beginnt schwerzufallen; Kraft und Sensibilität der Hand nehmen ab. Diese Einschränkungen können das tägliche Leben in vielerlei Hinsicht beeinflussen, und zwar sowohl im Beruf als auch in der Freizeit. Die Lebensqualität nimmt ab.

### Differenzialdiagnosen beachten

Dem Karpaltunnelsyndrom liegt eine Schädigung des Nervus medianus zugrunde. Der Karpaltunnel ist der Raum zwischen den Handwurzelknochen und dem darüberliegenden Ligamentum carpi transversum, durch den verschiedene Sehnen und der Medianusnerv verlaufen. Ein Karpaltunnelsyndrom kann idiopathisch bedingt sein. Auch Veränderungen des Karpalkanals (z.B. Osteophyten) oder Veränderung des Tunnelinhalts (z.B. Tendosynovialitis) können zugrunde liegen. Es entwickeln sich Symptome wie Taubheitsgefühl und Schmerzen in Daumen bis Mittelfinger der betroffenen Hand. Im fortgeschrittenen Stadium kann es zum Muskelabbau im Bereich des Daumenballens kommen. Sensible Störungen treten anfänglich nur im Bereich der Kuppe des Mittelfingers, anschliessend an der radialen Seite des Ringfingers, am Zeigefinger und am Daumen auf. Gleichförmige Tätigkeiten im Alltagsleben verstärken die Parästhesien.

Bei einem schnellenden Finger handelt sich um den gestörten Gleitvorgang einer Fingerbeugesehne. Zumeist ist der Daumen betroffen. Die Ursachen für einen schnellenden Finger liegen in einer relativen Enge des Ringbandes auf Höhe des beugeseitigen Mittelhandköpfchens. Diese kann durch eine Schwellung im Verlauf der Sehne bedingt sein. Durch die knotenartige Verdickung im Sehnenverlauf kommt es zu einem «Hängenbleiben» der Sehne beim Durchtritt durch das Ringband. Viele Patienten berichten über eine vorangegangene besondere Belastung der Hand, etwa bei ungewohnter Gartenarbeit. Weitere Anzeichen sind ein schmerzendes Schnappen beim Strecken des Daumens. Zeitweise treten Schmerzen auch nur über dem beugeseitigen Mittelhandköpfchen auf. Unter Umständen lässt sich dann ein Sehnenknötchen in diesem Bereich tasten. Der Knoten kann ein klickendes Geräusch verursachen, wenn der Patient den Finger beugt.

Eine Tendosynovitis des ersten Strecksehnenfachs (de Quer-

vain) geht mit Schmerzen und Schwellungen im Verlauf der Sehnen des M. abductor pollicis longus und M. extensor pollicis brevis einher (2). Charakteristisch ist ein Druckschmerz entlang des Sehnen- und des Muskelverlaufs und nicht an der Basis des Daumens.

Eine weitere Differenzialdiagnose der Rhizarthrose ist die traumatisch bedingte Fraktur, deren Verdacht sich zumeist aus der Anamnese ergibt. Typisch für eine entzündliche Gelenkerkrankung ist die verlängerte Morgensteifigkeit. Eine rasche Verschlechterung der Symptome mit starken Schmerzen und Schwellungen weist auf eine maligne Erkrankung hin. Eine starke Überwärmung und Schwellung ist charakteristisch für eine septische Arthritis oder Gicht.

### Klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung beinhaltet neben der Inspektion und der Funktionsprüfung auch die Palpation markanter Punkte.

Der Daumen wird zumeist in adduzierter Stellung gehalten. Es kann eine kompensatorische Hyperextension im ersten Metakarpophalangealgelenk bestehen. Der Daumenballen kann verflacht sein.

Das Daumensattelgelenk reagiert empfindlich auf Palpation. Das passive Durchbewegen des Gelenks bereitet Schmerzen. Der Grind-Test ist positiv. Bei diesem Test übt der Arzt durch axiale Stauchung und gleichzeitiges Rotieren des Daumens Druck auf das Daumensattelgelenk aus. Das führt bei Vorliegen einer Rhizarthrose zu einer oft deutlichen Schmerzprovokation.

Um ein Karpaltunnelsyndrom auszuschließen, können der Tinel- und der Durkan-Test durchgeführt werden. Beim Tinel-Test wird bei neutraler Handgelenkposition durch Beklopfen des Nervus medianus im Verlauf über dem Handgelenk eine verstärkte sensible Sensation ausgelöst. Beim Durkan-Test drückt der Untersucher 30 Sekunden lang mit dem Daumen in die Mitte des Handgelenks. Bei einem Karpaltunnelsyndrom entstehen in diesem Zeitraum Missempfindungen.

Oft kann mithilfe der klinischen Untersuchung die Diagnose gestellt werden. Bei den bildgebenden Verfahren steht die konventionelle Röntgendiagnostik an erster Stelle.

### Behandlungsmöglichkeiten bei Rhizarthrose

In leichten Fällen kann eine Schonung des Gelenks ausreichen. Der Patient sollte ausführlich beraten werden. Er sollte wissen, dass die Rhizarthrose eine häufige Erkrankung ist, welche in der Regel mit Analgetika gut behandelt werden kann. Es ist wichtig, das Gelenk zu schonen. Vermieden werden sollten wiederholte Bewegungen des Daumens und das Greifen schwerer Gegenstände. Der Patient sollte möglichst viele Hilfsmittel einsetzen, um das betroffene Gelenk zu schonen, beispielsweise elektrische Küchengeräte.

Insbesondere bei belastungsabhängigen Beschwerden ist eine Orthese in Betracht zu ziehen. Diese Schiene sollte jedoch nur unter Belastung und nicht ständig getragen werden.

Zur medikamentösen Schmerztherapie werden Paracetamol sowie topische nichtsteroidale Antiphlogistika empfohlen. Sollten diese nicht ausreichend wirksam sein, erfolgt eine Umstellung auf orale nichtsteroidale Antiphlogistika. Zusätzlich kann Capsaicinsalbe aufgetragen werden, welche zur

lokalen Schmerzbehandlung geeignet ist. Capsaicin führt zu einer initialen Freisetzung von Substanz P, wodurch lokal ein hitzartiges Brennen ausgelöst wird. In der Folge desensibilisiert der Schmerzrezeptor, was die analgetische Wirkung der Substanz erklärt.

Steroidinjektionen führen bei mindestens 76 Prozent der Fälle zu einer kurzfristigen Besserung der Symptomatik.

Sollten diese Massnahmen nicht ausreichend wirksam sein, ist die Überweisung an einen Handchirurgen erforderlich. Hierbei wird zumeist das Trapezbein entfernt und der Daumen durch einen Sehnenstreifen stabilisiert. ❖

Claudia Borchard-Tuch

Dickson DR et al.: Pain at the base of the thumb. *BMJ* 2015; 350:h182.

Interessenkonflikte: keine

Ergänzende Referenzen:

1. Sahinbegovic E et al.: Therapiestrategien der erosiven Fingerpolyarthrose. *Internist* 2011; 52: 682–687.
2. Winkler FJ et al.: Diagnostik des schmerzhaften Handgelenks. *Orthopäde* 2009; 38: 213–228.