

# Häufige intraartikuläre und periartikuläre Infiltrationen in der Praxis

## Teil 3: Infiltrationen an der Hand

Für die allgemeinen Hinweise zur korrekten Durchführung einer intraartikulären Infiltration sei auf die Einführung im ersten Teil dieser Artikelserie verwiesen (doXmedical 3/19), die ausführliche Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen sowie zur Punktionstechnik enthält. Im nachfolgenden letzten Beitrag zu dieser Thematik wird das Vorgehen bei Infiltrationen der kleineren Hand- und Fingergelenke beschrieben.

Von Andreas W. Krebs

### Allgemeine Hinweise

- Nach der Infiltration kleinerer Gelenke kann es aufgrund des Volumeneffektes gelegentlich zu einer kurzzeitigen Schmerzzunahme kommen. Der Wirkungseintritt der Steroide ist erst nach 1 bis 2 Tagen zu erwarten.
- Infiltrationen in die Fingergelenke erfordern eine etwas grössere Erfahrung!

### Handgelenk

*Indikationen:* aktivierte Arthrose, nicht-infektiöse Arthritis, Handgelenksganglion.

*Infiltrationstechnik:* Am einfachsten ist die Infiltration radiocarpal, die wegen der Gefässe und Nerven stets von dorsal erfolgt, wobei der Patient bequem sitzend oder allenfalls liegend positioniert und die Hand auf einem Kissen gelagert sein sollte. Identifizierung und Palpation des Radiokarpalgelenks (dreieckige Delle zwischen Os lunatum, Os scaphoideum und distalem Ende des Radius), Markierung der Infiltrationsstelle ulnar des 2. Strecksehnenfachs, Desinfektion, Infiltration senkrecht und leicht nach proximal abgewinkelt intraartikulär zwischen Radius und Karpus bei leicht flektiertem Handgelenk. Die Infiltration (orange Nadel, 25G) sollte widerstandslos und ohne Schmerzen erfolgen (*Abbildung 1*). Im Falle einer Steroidinfiltration werden 20 mg Triamcinolonacetoneid oder 10 mg Triamcinolonhexacetoneid infiltriert (gemischt mit Lidocain oder NaCl, totales Volumen ca. 1 ml).

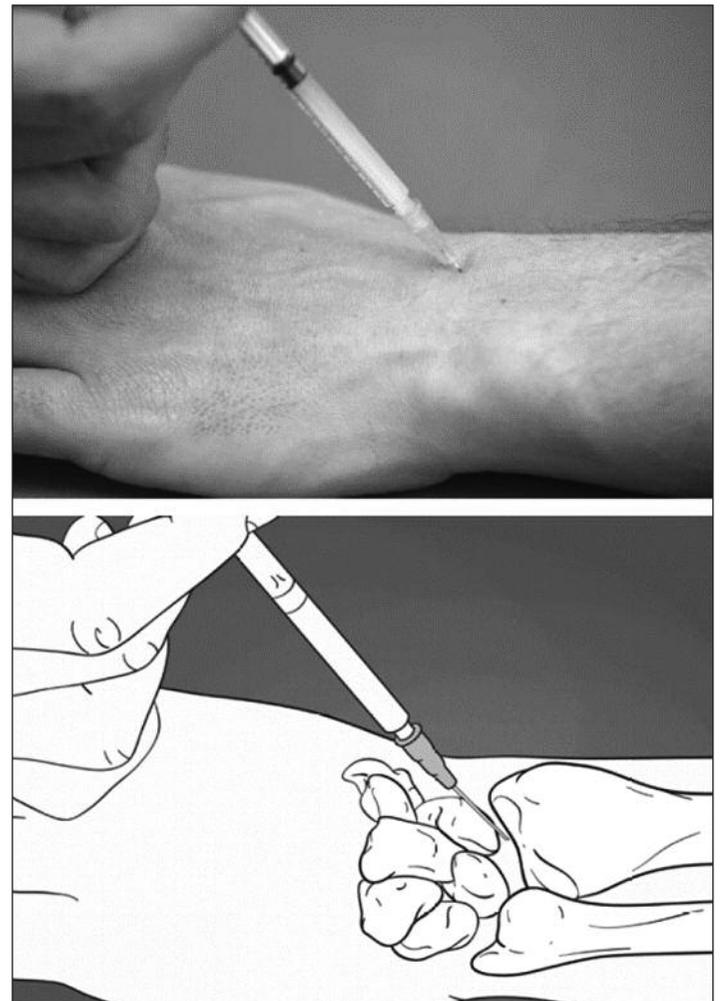


Abbildung 1: Infiltration am Handgelenk

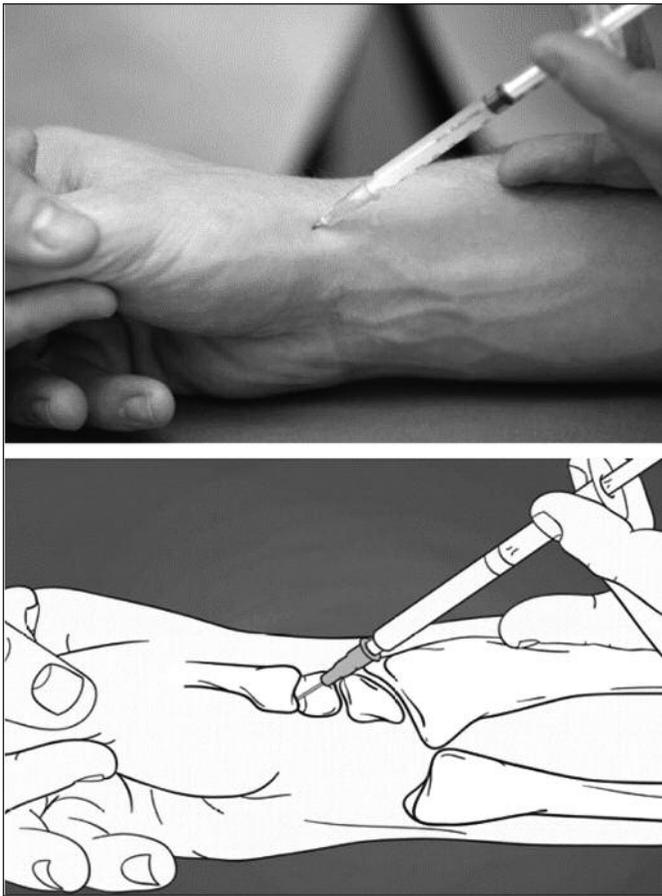


Abbildung 2: Infiltration am Daumensattelgelenk

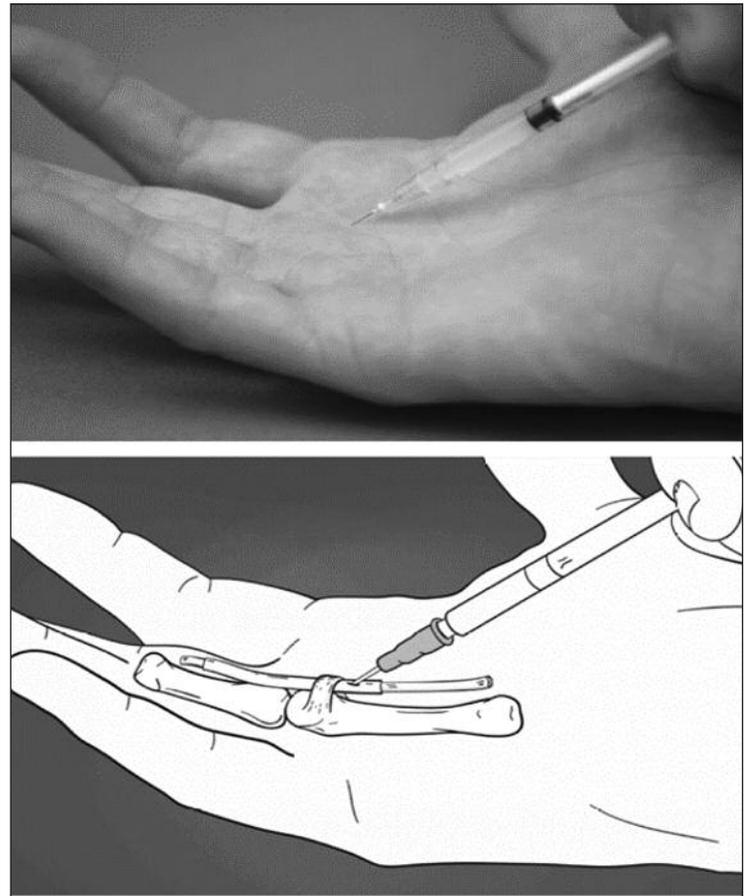


Abbildung 3: Infiltration bei Tenovaginitis stenans

### **Daumensattelgelenk**

*Indikation: Rhizarthrose*

*Infiltrationstechnik:* Identifizierung und Palpation des Gelenkspaltes dorsolateral, neben der Sehne des M. abductor pollicis beziehungsweise in der Tabatière. Markierung der Infiltrationsstelle, Desinfektion, Infiltration in einem Winkel von etwa 60 Grad (graue Nadel, 27°) intraartikulär zwischen Basis Metacarpale I Knochen und Os trapezium, unter gleichzeitigem leichtem Zug am Daumen mit 20 mg Triamcinolonacetonid oder 10 mg Triamcinolonhexacetonid (gemischt mit Lidocain oder NaCl, totales Volumen maximal 1 ml) (Abbildung 2).

### **Beugesehnen**

*Indikation: Tenovaginitis stenans («Triggerfinger, Schnappfinger»), das heisst Engpass-Problematik der Beugesehne im Bereich des A1-Ringbandes.*

*Infiltrationstechnik:* Identifizierung und Palpation der Tenosynovitis beziehungsweise des verdickten Ringbandes im entsprechenden Beugesehnenfach, Markierung der Infiltrationsstelle, Desinfektion, Infiltration tangential (ca. 45°) und parallel zur Sehne ohne Widerstand peritendinös (orange Nadel 25G); 1,5–1,75 mg Betamethason oder 10 mg Triamcinolonacetonid und wenig Lidocain (insgesamt 0,5–0,8 ml) (Abbildung 3).

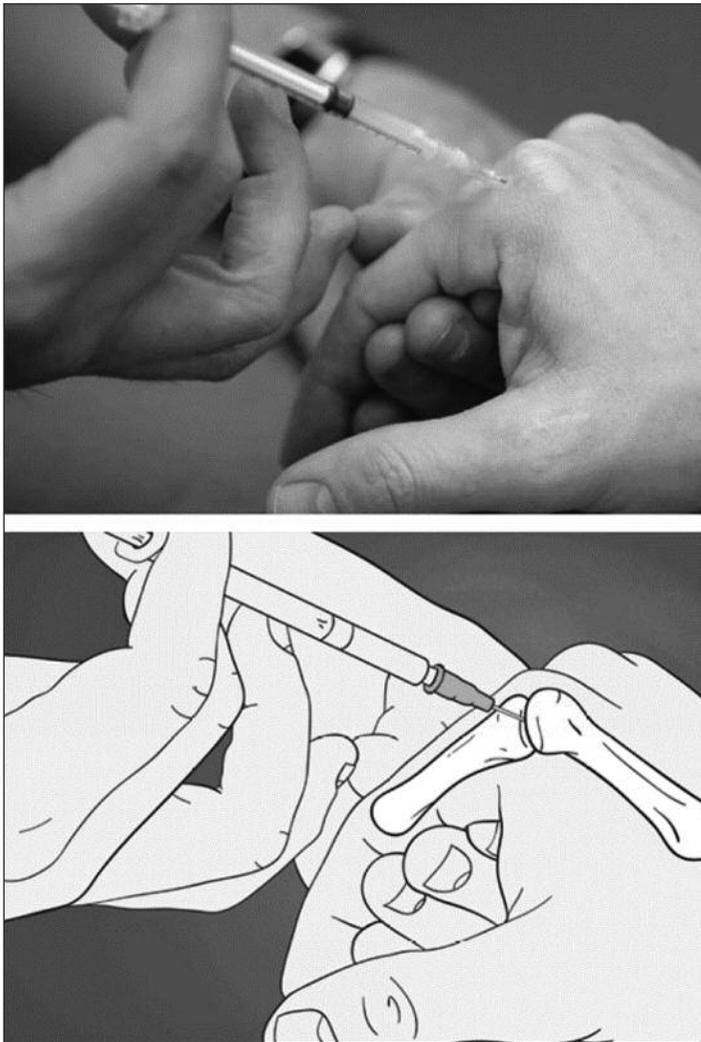


Abbildung 4: Infiltration des Fingergrundgelenks

### **MCP-Gelenke (Fingergrundgelenke)**

*Indikation: Arthritis oder aktivierte Arthrose (immer sekundäre Arthrose! – zum Beispiel CPPD-Kristall-Arthropathie).*

*Infiltrationstechnik: Identifizierung und Palpation des Gelenkspaltes unter Flexion und Extension des Gelenkes. Markierung der Infiltrationsstelle, Desinfektion, Infiltration dorsolateral oder dorsomedial zirka 0,5 cm tief intraartikulär zwischen Metakarpaleköpfchen und Basis der proximalen Phalanx (graue Nadel, 27°); 20 mg Triamcinolonacetonid bzw 10 mg Triamcinolonhexacetonid und wenig Lidocain, Volumen insgesamt 0,8 ml (Abbildung 4).*

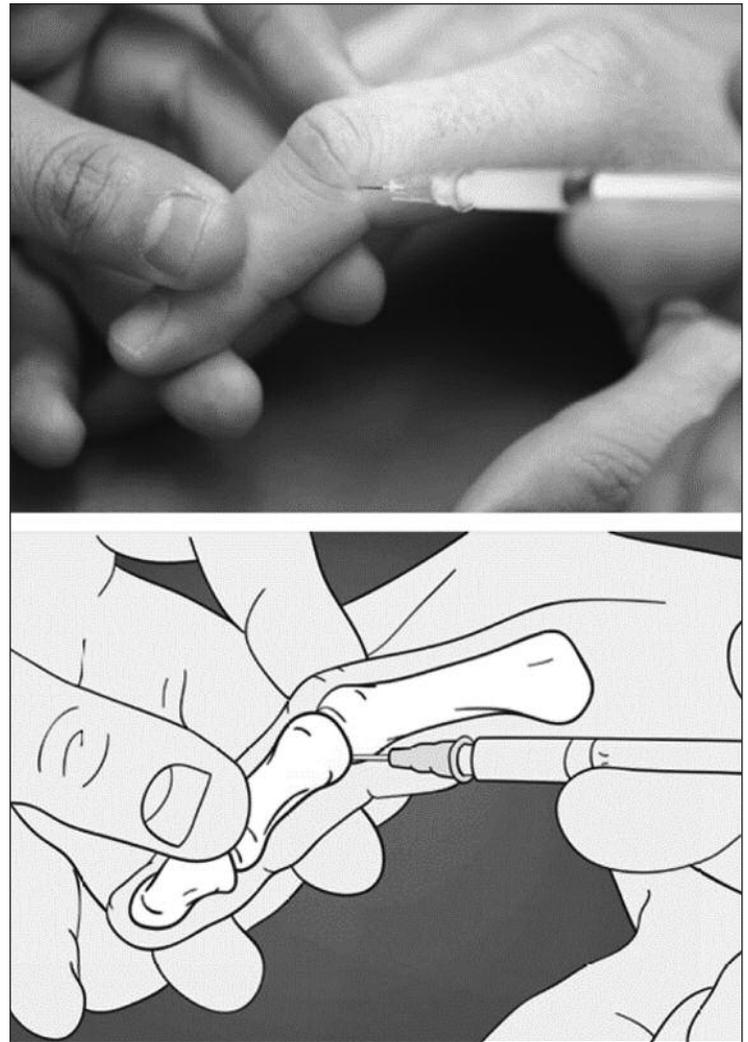


Abbildung 5: Infiltration des Fingermittelgelenks

### **Fingermittelgelenke (PIP-Gelenke)**

*Indikation: aktivierte Arthrose, Arthritis*

*Infiltrationstechnik: Identifizierung und dynamische Palpation des Gelenkspaltes in leichter Flexion und unter Zug. Markierung der Infiltrationsstelle, Desinfektion, Infiltration von proximal ca. 0,5 cm tief intraartikulär, zwischen Köpfchen der proximalen und Basis der mittleren Phalanx. Injektion von dorsolateral oder dorsomedial, um nicht in das neurovaskuläre Bündel und nicht durch die Extensorensehnen oder durch die Kollateralligamente zu infiltrieren. Graue Nadel (27°), 10 mg Triamcinolonacetonid beziehungsweise 5 mg Triamcinolonhexacetonid, Volumen max 0,3 ml (Abbildung 5).*

#### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Andreas W. Krebs  
 Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin  
 8302 Kloten