

## **Tendovaginitis und Tendovaginitis stenosans (de Quervain) (Trigger finger – De Quervain's tenosynovitis)**

von Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Carls, Medizinische Hochschule Hannover im Annastift

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Jörg Carls  
Anna-von-Borries-Str. 1-7  
D-30625 Hannover  
Fon: (+49)(0)511-5354-117  
Mail to: [carls@annastift.de](mailto:carls@annastift.de)

**Suchworte:** Sehnscheidenentzündung, Tendovaginitis, Tendosynovitis, Tendosynovialitis, Tenosynovialitis, Tenosynovitis, Tenosynovialitis, Ringbandstenose, schnellender Finger, Styloiditis radii, chirurgische Behandlung, trigger finger, de Quervain's tenosynovitis, inflammation, tendon, first extensor compartment, surgical treatment, cortisone

Um den hohen funktionellen Anforderungen gerecht zu werden, müssen die Beugesehnen der Hand eng in ihrer anatomischen Position fixiert werden. Insbesondere muss eine Bogenbildung der Beugesehnen, das sog. Bowstringing, verhindert werden. Diese Aufgabe erfüllt ein kompliziertes Netzwerk von Ring- und Kreuzbändern.

### **Tendovaginitis**

Zu Überlastungserscheinungen der Beugesehnen der Hand kommt es insbesondere bei Kletterern, Geräteturnern, Ruderern und Tischtennispielern. Eine ödematöse Verquellung und Einengung des Sehnenscheidenlumens führt zur Abnahme der Sehnengleitfähigkeit und zu einer Passagebehinderung der Sehne in der Sehnenscheide. Dadurch wird eine Entzündungsreaktion in einen Circulus vitiosus noch weiter verstärkt.

**Klinisch** besteht ein Druck- und Bewegungsschmerz über der betroffenen Sehne, selten auch äußere Entzündungszeichen, wie Rötung oder Schwellung. Bei Bewegung des Fingers kann ein Reiben über der Sehne zu tasten sein.

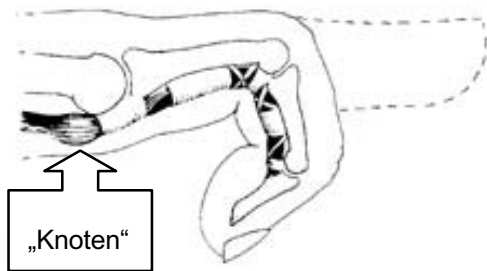
Die **Therapie** besteht aus Schonung, evtl. Ruhigstellung für kurze Zeit, nicht steroidalen Antiphlogistika (z.B. Diclofenac (z.B. Voltaren Resinat®) oder topisch angewandt: DMSO-Gel), Sonophorese, Iontophorese, evtl. auch 1–2 Kortisoninjektionen in die Sehnenscheide. Weiterhin z.B. heiße Rolle, manuelle Lymphdrainage und andere abschellende Maßnahmen. Eine operative Revision mit Synovektomie der Sehnenscheide ist dann nur in Ausnahmefällen notwendig. Vor allem sollte die auslösende Ursache beseitigt werden.

### **Tendovaginitis stenosans**

Eine Sonderform der Sehnenscheidenentzündung ist die Tendovaginitis stenosans. Als Folge der chronischen Entzündung kommt es neben einer Einengung des (A1-) Ringbandes auch zur Verdickung der Sehne im Bereich dieses Bandes. Beides führt zu einem Bewegungshindernis, bis schließlich der Sehnenknoten nur unter enormer schmerzhafter Anstrengung oder – im fortgeschrittenen Stadium – nicht mehr durch das Ringband gleiten kann. Schmerzen werden häufig nicht nur am Ort des Geschehens gespürt, sondern auch streckseitig über den Gelenken.

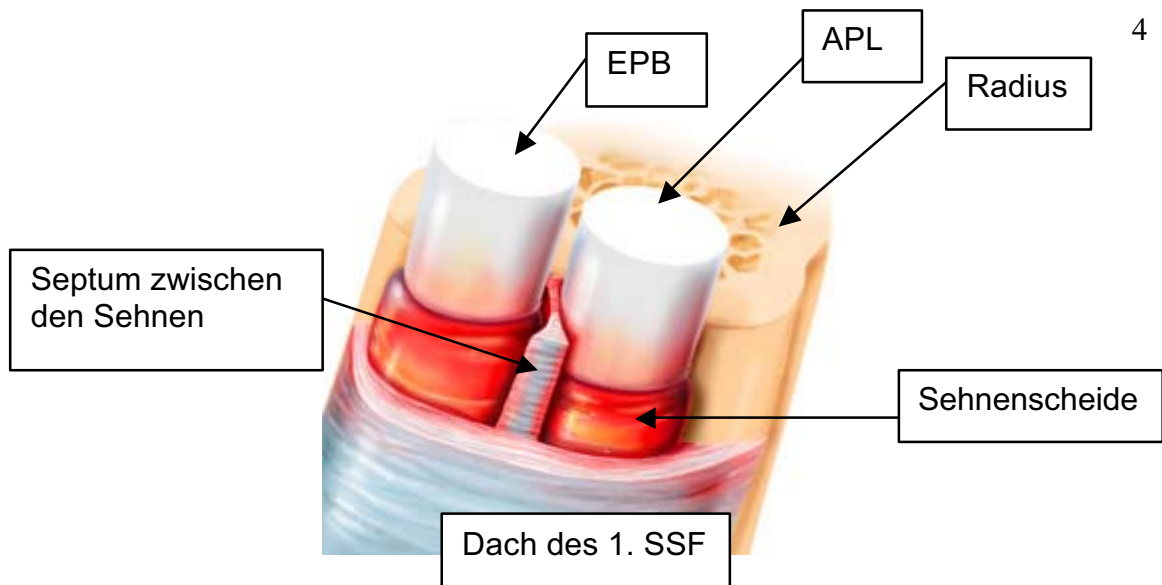
Als sogenannter ***schnellender Finger*** kommt die Tendovaginitis stenosans häufig bei Kletterern, Ruderern und Geräteturnern vor.

**Klinisch** liegt in der Regel ein tastbarer „Sehnenknoten“ in Höhe der Mittelhandköpfchen vor. Hier tastet man eine mit den Beugesehnen verschiebliche, druckschmerzhafteste Schwellung. Da die ödematöse Schwellung im Frühstadium oft unterschiedlich stark ist, kann das Schnappphänomen wechselnd ausgeprägt sein. Begleitend finden sich häufig die Symptome einer einfachen Tendovaginitis.



Schnellender Finger mit „Sehnenknoten“ (Pfeil)

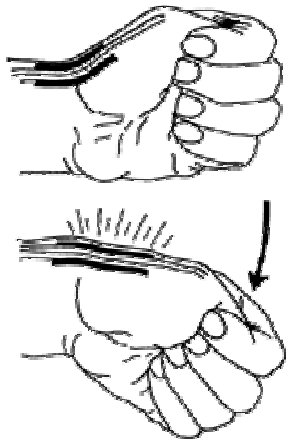
Die **Tendovaginitis stenansans de Quervain** (Erstbeschreiber: Fritz de Quervain, 1895 in Bern. \*1868 †1940) betrifft das erste Strecksehnenfach (1. SSF) mit den Sehnen der Mm. extensor pollicis brevis (EPB) und abductor pollicis longus (APL). Nicht ganz korrekt wird diese Erkrankung auch gelegentlich „Styloiditis radii“ genannt.



Diese Sehnen können vielfach mehrgeteilt sein oder in einem akzessorischen Strecksehnenfach verlaufen.

**Klinisch** treten beim festen Halten und Greifen z.T. heftige Schmerzen in Höhe des Processus styloideus radii (Griffelfortsatz der Speiche) auf.

Bei der sogenannten Finkelstein-Probe (Harry Finkelstein um ca.1930. \*1865 †1939) wird die Faust um den Daumen der betroffenen Hand gebildet. Die plötzliche Abkippung des Handgelenkes nach ulnar löst heftige Schmerzen aus (siehe Abbildung)



Finkelsteintest: Bei aktiver Ulnarduktion Schmerzprovokation über dem Griffelfortsatz

**Therapeutisch** sind bei der Tendovaginitis stenosans o.g. konservative Maßnahmen meist nur im Frühstadium von Erfolg. Wenn diese Maßnahmen versagen, muss operiert werden.

Bei dem schnellenden Finger wird das erste Ringband (A1) durch eine axiale Inzision gespalten. Bei der Tendovaginitis stenosans de Quervain wird das betroffene 1.

Strecksehnenfach mit den evtl. vorhandenen akzessorischen Fächern ebenfalls längs gespalten (siehe Abbildung). Zusätzlich wird die entzündlich veränderte Sehnenschleimhaut entfernt. Wenn die Operation korrekt durchgeführt wurde, resultiert eine sofortige Beschwerdefreiheit. Gefährdet ist bei dieser Operation der oberflächliche Ast des Radialisnerv (Ramus superficialis nervi radialis)

