

Schnellender Finger

von **Privatdozent Dr. med. Jörg Carls**, Orthopädische Klinik Annastift

Anna-von- Borries-Str. 1–7 • 30625 Hannover

www.J-Carls.de

Synonyme

Digitus saltans, Trigger finger, slow finger, Ringbandstenose, Pollex flexus congenitus (im Säuglingsalter)

Definition

Der schnellende Finger des Erwachsenen zeichnet sich durch eine Streckhemmung aus der entspannten (Beuge-)Ruhestellung des entsprechenden Fingers aus. Sie entsteht in Höhe des A1-Ringbandes in Höhe der Mittelhandköpfchen. Beim Säugling ist die lange Daumenbeugesehne schon angeboren derart verdickt, so dass das Daumenendglied nicht gestreckt werden kann (=Pollex flexus congenitus).

Pathogenese

Die Verdickungen der Sehne sind meist degenerativer Ursache. Deutlich seltener auch die Folge von Unfällen. Der schnellende Finger tritt auch häufig bei der Arthritis auf. Hier „schnell“ der Finger jedoch seltener, sondern ist deutlich langsamer beweglich. Daher stammt in diesen Fällen der Name „slow finger“. Tumoren als Ursache sind in diesem Bereich eine Rarität.

In den Sehnen finden sich in der Regel kugelige oder spindelförmige Verdickungen. Dies sind meist vernarbte Faserbündel als Folge von früheren Mikrotraumen oder hohen Beanspruchungen. Durch diese mechanische Behinderung kommt es zu Verdickungen der Sehnenschleimhäute infolge von Ödemen, die auch die Wechselhaftigkeit der Beschwerden erklären.

Epidemiologie

Frauen in der letzten Dekade vor dem Rentenalter sind am häufigsten betroffen. Insbesondere Mittelfinger vor Ringfinger vor Daumen vor Zeigefinger sind befallen.

Die Erkrankung kommt gelegentlich mit einem Karpaltunnelsyndrom oder einem M. Dupuytren vor.

Diagnostik

Anbeginns besteht nur eine Streckbehinderung von wechselnder Intensität. Später wird die aktive Streckung der Finger im Grundgelenk, weniger häufig im Mittelgelenk, gebremst, da die Beugesehne mitsamt verdicktem Sehnenbegleitgewebe bei Streckung durch das A1-Ringband gezwängt werden muss. Daher ergeben sich auch die häufig paradox erscheinenden Schmerzen streckseitig, obwohl die Erkrankung per se beugeseitig befindlich ist.

Besonders störend sind die Beschwerden meist morgens nach dem Aufwachen, wenn alle Finger gestreckt werden.

Bei der Untersuchung findet man beugeseitig auf dem Mittelhandköpfchen einen mit der Beugung verschiebbaren Knoten, der druckschmerzhaft ist. Nicht immer lässt sich das „Schnappen“ provozieren.

Differenzialdiagnose

Reine Sehnenscheidenentzündungen. Bei der rheumatoiden Arthritis resultiert durch die Sehnenscheidenentzündung ein sogenannter „slow finger“.

Therapie

Konservative Therapie

Die einmalige Kortikoidinjektion ist plazebokontrolliert bei etwa 2/3 der Patienten für ca 1 Jahr wirksam (Murphy et al. 1995). Wiederholte Injektionen können die Blutversorgung der Sehnen beeinträchtigen und Spontanrisse der Sehnen begünstigen. Nach einer Kosten-Nutzen Rechnung ist eine 2. Injektion der Operation unterlegen. Weitere konservative Maßnahmen sind resorptiver Art. Medikamentös kann ein Versuch mit Antiphlogistika (z.B. Voltaren Resinat®, Arcoxia®, Cremes als Magistral-Rezepturen mit DMSO und Diclofenac) unternommen werden.

Operative Therapie

Endgültig kann ein schnellender Finger nur durch eine Operation behandelt werden. Beim Säugling kann bis zum Ende des 1. Lebensjahres abgewartet werden, da der Pollex flexus congenitus spontan verschwinden *kann*. Hiernach stellt die kurze Operation des Kindes die Funktion (mit entsprechender Nachbehandlung) nahezu augenblicklich wieder her.

Bei der Operation kann unter Ausnutzen der bestehenden Hautfalten und feinem atraumatischen Nahtmaterial (Multipass®) eine so feine Narbe hinterlassen werden, dass sie kaum noch von der Hautfalte unterschieden werden kann. Ist die Haut eröffnet, wird das *nur das A1-Ringband* längs eingeschnitten und teilentfernt. Bei fast immer vorliegender Verdickung des Sehnenscheidengewebes wird dieses über den kleinen Schnitt ebenfalls entfernt. Noch in der Operation kann der Erfolg durch das Gleitverhalten der Sehne überprüft werden.

Komplikationen

Gefäß-Nervenbündel können verletzt werden (sehr selten). Bei Säuglingen ist daher eine Lupenbrille oder ein OP-Mikroskop empfehlenswert:

Ergebnisse

Nur durch eine operative Therapie wird die freie Funktion dauerhaft wieder hergestellt.

Nach 1 Kortisoninjektion sind ca. 2/3 der Patienten für etwa 1 Jahr beschwerdefrei. Mit jeder weiteren Injektion sinkt die Erfolgsrate (Benson et al. 1997, Murphy et al. 1995).

Literatur

Benson, L.S. (1997), A.J. Ptaszek: Injektion versus surgery in the treatment of trigger finger. J Hand Surg 22-A: 138–144

Murphy, D. (1995), J.M. Failla, M.P. Koniuch: Treatment of trigger finger by steroid injection. J Hand Surg 15-A: 748–750

www.medpilot.de