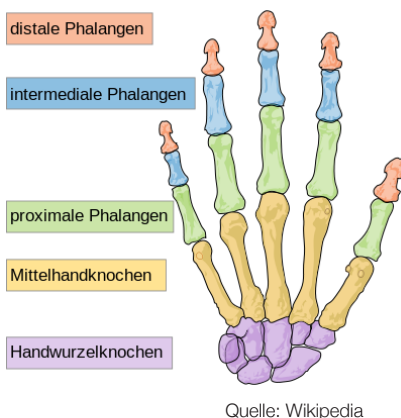


Sehnenerkrankungen der Hand.



Tendovaginitis stenosans de Quervain

Unter dieser Diagnose versteht man eine lokale Entzündung bedingt durch eine Einengung des ersten von sechs Strecksehnenfächern am Handrücken. Dieses liegt an der Daumenseite der Speiche. Durch dieses Sehnenfach verlaufen die Sehnen des kurzen Daumenstreckmuskels sowie des langen Daumenabstreizmuskels.

Die Beschwerden entstehen durch übermäßige Beanspruchung oder bei anatomischen Besonderheiten und treten bei Frauen etwa achtmal häufiger auf als bei Männern. Die Patienten beklagen daumenseitige Schmerzen am Handgelenk mit Ausstrahlung zum Daumen. Mitunter findet sich eine Schwellung und Rötung auf der Speichenseite des Handgelenkes. Die Beschwerden können sich akut über Nacht aber auch allmählich entwickeln. Die klinische Untersuchung ist richtungweisend, in Ausnahmefällen kann die Anfertigung von Röntgenbildern oder die Durchführung einer Magnetresonanztomografie erforderlich sein.

Die Therapie ist sowohl konservativ als auch operativ möglich. Konservativ kann mit einer Daumenschiene eine kurzfristige Ruhigstellung durchgeführt werden. Vor allem eine Schonung, die Einnahme von entzündungshemmenden Medikamenten und das Einspritzen von Kortison in den Sehnenkanal können die Beschwerden zum Abklingen bringen.

Die Operation erfolgt in der Regel ambulant, wobei die Haut über dem ersten Strecksehnenfach eröffnet und das Sehnenfach längs gespalten wird. Nachdem das harmonische Gleiten aller Sehnen kontrolliert wurde, erfolgt die Naht der Hautwunde. Nach der Operation ist ein sofortiges Bewegen des Daumens erforderlich, um ein Verkleben der Sehnen zu vermeiden.

Lokale Entzündungsreaktionen eines Strecksehnenfaches - die Therapie ist konservativ oder operativ möglich

Die Wundheilung ist mit der Fadenentfernung nach 2 Wochen beendet.

Tendovaginitis stenosans/ Ringbandstenose/ Schnellender Finger

Gebräuchliche Synonyme für diese Erkrankung sind der Schnapp-Finger, Trigger-Finger oder schnellender Finger. Es handelt sich bei der Erkrankung um eine lokale Entzündung im Bereich der Beugesehnen bedingt durch eine Einengung der Sehnen Scheide/ der sogenannten Ringbänder und/oder durch eine Verdickung der Sehne. Die Sehnen können nicht mehr ungehindert in ihrem Kanal gleiten, so dass es zu dem Phänomen des Schnappens kommt.

Ursächlich sind häufig Überlastung, hormonelle Ursachen, Rheuma aber auch Zuckerkrankheit zu nennen. Vor allem am Morgen ist die Beweglichkeit des betroffenen Fingers eingeschränkt. Zusätzlich kann ein lokaler Schmerz an den Grundgelenken der Finger verspürt werden. Im fortgeschrittenen Stadium ist dann das Schnappen auslösbar, welches sich bis zur völligen Blockade des Fingers in Beugstellung steigern kann.

Schon die klinische Untersuchung allein erschließt die Diagnose. Bei noch mittelgradig ausgeprägtem Befund kann konservativ eine Injektion mit Cortison in die betroffene Beugesehnen Scheide, ggf. in Kombination mit der Einnahme von entzündungshemmenden Medikamenten zur Linderung führen.

Bei Blockade des Fingers und fortbestehendem Schnappen ist die Operation angezeigt. Bei der in der Regel ambulanten Operation wird über einen schrägen oder winkelförmigen Hautschnitt in Höhe des Grundgelenkes des betroffenen Fingers die Beugesehnen Scheide dargestellt und das erste Ringband, welches die Sehnen Scheide am Knochen fixiert, längs gespalten. Ist das Sehngleitgewebe entzündet, wird dies zusätzlich entfernt und ggf. zur feingeweblichen Untersuchung geschickt. Das harmonische Gleiten der Sehnen wird überprüft und der Hautverschluss erfolgt mittels Naht.

Dem „schnellenden Finger“
liegen meist Überlastungs-
situationen zu Grunde



Schon am Operationstag sollen die Finger bewegt werden, um ein Verkleben der Sehnen zu vermeiden. Die Entfernung der Fäden ist nach 2 Wochen möglich. Das Tragen von Ringen sollte bis zum vollständigen Abschwollen unterlassen werden.

Morbus Dupuytren

Die Dupuytren'sche Kontraktur ist eine gutartige Erkrankung des Bindegewebes im Bereich der Hohlhand und der beugeseitigen Finger. Durch die Bildung von Knoten und sich verkürzenden Strängen kommt es allmählich zu einer zunehmenden Beugefehlstellung eines oder mehrerer Finger.



Die Ursache hierfür ist bis heute nicht geklärt, eine familiäre Häufung wird beobachtet, wobei überwiegend Männer betroffen sind.

Zusätzlich können sich auch Fingerknöchelpolster (knuckle pads) oder Knoten und Stränge an der Fußsohle bilden (Morbus Ledderhose).

Die Diagnostik beschränkt sich häufig auf eine klinische Untersuchung, mitunter sind Röntgenaufnahmen erforderlich, um eine zusätzliche Gelenkerkrankung des Fingergelenkes auszuschließen. Konservativ ist das Einspritzen von Enzymen zur Auflösung der Knoten und Stränge möglich, hier fehlt allerdings die Langzeiterfahrung.

Ist noch keine Beugestellung des betroffenen Fingers eingetreten, bedarf es keiner speziellen Therapie. Sollte die Knotenbildung umschrieben, aber störend sein, kann durch eine dosierte Röntgenbestrahlung eine Erweichung des Knotengewebes bewirkt werden.

Beim Auftreten von Streckdefiziten ist eine operative Therapie angezeigt. Es wird durch eine spezielle Schnittführung die Haut eröffnet und das veränderte Bindegewebe sorgfältig von den Gefäß-Nervensträngen und den Beugesehnen abgelöst und entfernt.

Beim Auftreten von Bewegungseinschränkungen der Finger ist eine operative Therapie angezeigt

Sollte nach Entfernung des veränderten Gewebes keine vollständige Streckung des Fingers herbeigeführt werden können, liegen zusätzlich Veränderungen an den Gelenken vor, welche durch Gelenklösungen oder weiterführende Eingriffe behandelt werden müssen. Gelingt der lockere Hautverschluß nicht, müssen größere Hautdefekte durch Hauttransplantationen oder Hautlappenplastiken verschlossen werden.

Die Nachbehandlung
erfordert etwas Geduld und
dauert einige Wochen

Je nach Ausprägung der Erkrankung ist die Nachbehandlung mit der Anfertigung von Quengel- und Nachlagerungsschienen angezeigt. Intensive krankengymnastische bzw. ergotherapeutische Beübungen der Hand, ggf. die Verordnung von manueller Lymphdrainage sind in jedem Fall erforderlich. Engmaschige Nachkontrollen über wenigstens 3 Monate sollten gewährleistet sein.

Je nach Ausprägung der Erkrankung und Ausmaß der notwendigen Schnittführung muß mit einer langen Wundheilungsdauer über mehrere Wochen gerechnet werden. Trotz sorgfältiger Operationstechnik kann nicht garantiert werden, dass sich nicht neuerlich Stränge und Knoten bilden, d.h. ein Rezidiv entsteht.