Eitrige Entzündung des Nagelfalzes

Wann schienen, wann schneiden?

VON C. KIRCHHOFF, J. STEGMAIER, C. VOLKERING., J. HELLERS, W. MUTSCHLER, K.-G. KANZ

Die häufigste Ursache schmerzhafter Entzündungen des Nagelfalzes sind exzessive Nagelpflege, Nägelkauen und -zupfen sowie andere Verletzungen. Zunächst helfen meist Bäder und Schienen. Bildet sich jedoch ein Abszess, schafft nur noch das Skalpell Entlastung. Lesen Sie hier, wo Sie den Schnitt am besten ansetzen und wie Sie die Wunde anschließend richtig versorgen.

Dr. med. Chlodwig Kirchhoff
Chirurgische Klinik,
Campus Innenstadt,
Ludwig-Maximilians-
Universität München

— Die Paronychie ist eine eitrige Entzündung des lateralen Nagelfalzes und stellt die häufigste Infektion im Handbereich dar [2]. Sie tritt in jedem Alter auf und kann so schmerzhaft sein, dass der Patient die Notaufnahme aufsucht.

In der Regel ist die Paronychie die Folge einer Manipulation an den Fingernägeln (Verletzungen, aggressive Nagelpflege, Nägelbeißen) oder berufsbedingt, z.B. bei Tellerwäschern [13]. Grund ist eine Unterbrechung der Barriere zwischen Nagelplatte und Nagelfalz, die das Eindringen von Bakterien erlaubt und zur Entwicklung eines Abszesses im epynychialen Raum führt. Der häufigste Erreger der Paronychie ist *Staphylococcus aureus*. Bei Kindern sind zudem häufig Anaerobier zu finden. Bei Patienten mit Erkrankungen des Im-

munsystems kommt es auch zu Infektionen mit gramnegativen Keimen [1, 4].

Klinische Diagnose meist eindeutig

Aufgrund des typischen Bildes wird die Diagnose klinisch gestellt. Nur in seltenen Fällen wie etwa nach einem Trauma oder bei Verdacht auf einen Fremdkörper kann ein Röntgenbild sinnvoll sein. Nur bei Allgemeinsymptomen wie Fieber, Schüttelfrost oder Lymphangitis/Lymphadenopathie ist die Bestimmung der Entzündungsparameter im Blut indiziert [11].

Die Erkrankung beginnt mit Schmerz, Schwellung und Rötung an der proximalen lateralen Ecke des Nagelfalzes und führt schließlich zu einem Abszess (Abb. 2). Werden das Eponychium und der proximale Nagelfalz in Mitleidenschaft gezogen, spricht man von einer Eponychie. In seltenen Fällen dehnt sich die Infektion subungual bis zum kontralateralen Nagelfalz aus („Floating Nail“) [14].

Differenzialdiagnosen

Seltene Differenzialdiagnose zur Paronychie ist das Herpes-Panaritium, das durch sekundäre Inokulation von HHV (Humanes Herpes Virus) z.B. durch Dauernlutschen bei Stomatitis aphthosa entsteht und durch herpetische Bläschen an der Fingerkuppe charakterisiert ist. Die Erkrankung verläuft selbstlimitierend, wird trocken verbunden und antiviral (z.B. Aciclovir) therapiert. Inzision und chirurgische Entlastung sind absolut kontraindiziert, da diese die Heilung verzögern und die Gefahr einer bakteriellen Superinfektion erhöhen.

Die chronische Paronychie ist in der Regel durch *Candida albicans* verursacht und tritt gehäuft bei Diabetikern auf. Die Patienten beklagen zu- und abnehmende lokale Rötung und Schwellung am Nagelfalz [8]. Nur schwerste akute Paronychien können gelegentlich vom Unerfahrenen mit einem Panaritium verwechselt werden, wesentlicher Unterschied ist jedoch das Fehlen der diffusen Schwellung der Fingerbeere [12].

■ Dr. med. Chlodwig Kirchhoff, Dr. med. Julia Stegmaier, Dr. med. Christoph Volkering, Dr. med. Joe Hellers, Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, Priv.-Doz. Dr. med. Karl-Georg Kanz: Chirurgische Klinik, Campus Innenstadt, Klinikum der LMU München.

Abb. 1

Abb. 2

Therapie

Eine Paronychie ohne Abszess heilt häufig durch warme antiseptische Fingerbäder und Ruhigstellung in einer Fingerschiene aus. In jedem Fall muss eine engmaschige Befundkontrolle erfolgen.

Liegt ein Abszess vor, muss dieser chirurgisch entlastet werden [7]. Zu den Vorbereitungen zählen das Setzen einer Oberstschien Leitungsnäthe und die sorgfältige Reinigung und Desinfektion des betroffenen Fingers. Einfache Paronychien werden entlastet, indem parallel zum Nagelbett mit einem Skalpell in das Paronychium inzidiert und dieses zur Seite geklappt wird (Abb. 3). Das Eponychium wird angehoben und die Wunde mittels einer Moskitoklemme gespreizt. Nach Entleerung des Eiters wird die Abszesshöhle gespült und ggf. eine Lasche (z.B. Iodoformstreifen®) eingelegt, um eine suffiziente Drainage zu gewährleisten.

Bei einem subungualen Abszess sollte ein Viertel des ipsilateralen Nagels reseziert werden. Hierzu wird der Nagel mit einem Dissektor stumpf vom Nagelbett gelöst, mit einem Nagelmeißel bis ins proximale Eponychium durchtrennt und entfernt (Abb. 4).

Befindet sich der Abszess unter dem proximalen Nagel im Eponychium (Eponychie) oder besteht ein Floating Nail, so muss das proximale Drittel des Nagels entfernt werden (Abb. 5). Bei Paronychien oder Eponychien, die unter der Nagelplatte fortschreiten, sollte Fettgaze für ein bis zwei Wochen aufge-

legt werden, da es sonst zur Fusion von Nagelfalz und Nagelbett kommen kann und keine Nagelneubildung erfolgt [9].

Nachsorge

Wesentliche Prinzipien der Nachsorge sind die Ruhigstellung in einer Fingerschiene sowie die Hochlagerung der Hand. Als Schmerzmedikation sollte dem Patienten für etwa zwei Tage ein nicht steroidales Antirheumatikum verschrieben werden. Obligatorisch ist eine Befundkontrolle nach 24 Stunden, bei der die Lasche entfernt und die Wunde erneut gespült wird. Anschließend kann der Patient selbst täglich antiseptische Fingerbäder durchführen.

Ist das Nagelbett mitbetroffen, besteht eine ausgeprägte Begleitreaktion der Weichteile oder zeigt der Patient systemische Entzündungszeichen, sollte für ca. eine Woche antibiotisch behandelt werden. 90% der Fälle heilen so innerhalb weniger Tage aus [6, 10]. Tritt keine Besserung ein, muss nach einer Woche ein Handchirurg hinzugezogen werden.

Komplikationen

Zu den seltenen Komplikationen, die trotz korrekter chirurgischer Entlastung auftreten können, zählen die Osteomyelitis der distalen Phalanx sowie Superinfektionen. Bei der Entfernung des Fingernagels muss besonders darauf geachtet werden, Läsionen des darunter liegenden Nagelbettes zu vermeiden, da Nageldeformitäten die Folge sein können.

Summary

Diagnosis and Treatment of Paronychia

Paronychia is a purulent infection of the lateral fingertip, and represents the most common infectious disease affecting the hand. The typical germ is *Staphylococcus aureus*, while a mixture of bacteria or pathogens of a different kind are usually seen in patients with immunodeficiency. Treatment ranges from bathing the finger in an antiseptic solution to lancing the abscess.

Keywords: Paronychia – Therapy – Differential diagnosis

Fazit für die Praxis

- Die Paronychie ist die häufigste Infektionserkrankung der Finger.
- In der Frühphase der Infektion ist eine konservative Therapie durch Ruhigstellung und antiseptische Bäder möglich.
- Entsteht ein eitriger Abszess, muss dieser chirurgisch entlastet werden.
- Nach der chirurgischen Inzision sollte, wenn angezeigt, die Einlage eines antiseptischen Streifens erfolgen, um die erneute Akkumulation von Eiter sowie Verwachsungen zu verhindern.
- Eine engmaschige Wundkontrolle ist in jedem Fall erforderlich.

Literatur bei den Verfassern

Für die Verfasser:

Dr. med. Chlodwig Kirchhoff
Chirurgische Klinik
Campus Innenstadt, LMU München
Nussbaumstraße 20, D-80336 München
Tel.: 089/5160-2511, Fax: 089/5160-3924
E-Mail: chlodwig.kirchhoff@med.uni-muenchen.de

▼ Abb. 1 Die Dorsalseite des distalen Fingers besteht aus Nagelplatte (1), Nagelbett (2), Eponychium (3) und Paronychium (4). Paronychium = Verbindung zwischen Haut und Nagel am lateralen Nagelbett, Eponychium = oberflächlicher Anteil des proximalen Nagelbettes.

Abb. 2 Die Erkrankung beginnt i. d. R. mit Schmerz, Schwellung und Rötung an der proximalen lateralen Ecke des Nagelfalzes und führt zu einem Abszess des Paronychiums (lateral Nagelfalz [1]).

Abb. 3 Entlastung einfacher Paronychien: Parallel zum Nagelbett inzidieren, lateralen Wall zur Seite klappen (rote Linie = Schnittführung).

Abb. 4 Laterosubungualer Abszess: Ein Viertel des ipsilateralen Nagels sollte reseziert werden.

Abb. 5 Eponychie oder „Floating Nail“: Proximales Nageldrittel muss entfernt werden. Fettgaze begünstigt die Nagelneubildung.

Abb. 3

Abb. 4

Abb. 5