Patientin vermutet, dass ihr Pferd das Übel verschuldet hat

Was steckt hinter der Schwellung des Mittelfingers?

Eine 21 Jahre alte Patientin stellt sich mit einer seit Jahren bestehenden Schwellung des rechten Mittelfingers vor, die in unregelmäßigen Abständen zu- und abnimmt. Als Ursache vermutet die junge Frau einen Reitunfall: Ihr Pferd habe einmal heftig am Zaumzeug gerissen, in dem der rechte Mittelfinger gefangen war. Seither bestehe dieses Phänomen.

Abb. 1: Mit bloßem Auge sichtbare kolbige Auftreibung des Mittelfinger-Mittelglieds der rechten Hand

Abb. 2: Das Röntgenbild offenbart eine große Osteolyse der Mittelphalanxbasis mit Arrosion der Kortikalis

Befunde

Klinisch zeigt sich eine kolbige Auftreibung am Mittelglied des Mittelfingers (**Abb. 1**), die nicht druckschmerzhaft ist. Der Faustschluss ist vollständig möglich. Die Röntgenaufnahme des rechten Mittelfingers in zwei Ebenen offenbart eine große Osteolyse der Mittelphalanxbasis mit Arrosion der Kortikalis (**Abb. 2**).

Diagnose

Aufgrund der geschilderten Befunde wird ein Enchondrom diagnostiziert. Enchondrome stellen mit bis zu 90% die häufigsten benignen Knochentumoren der Hand dar. Sie bestehen aus reifem hyalinem Knorpel mit eingesprengten Chondrozyten. Die Ätiopathogenese ist unklar. Durch ihr langsames Wachstum manifestieren sich Enchondrome häufig

erst nach Jahren bis Jahrzehnten, in der Regel zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr. Prinzipiell kann dieser Tumortyp in allen Knochen der Hand bzw. Handwurzel auftreten.

Zur primären Diagnose und zur Verlaufskontrolle eines Enchondroms genügen in der Regel konventionelle Röntgenbilder. In unklaren Fällen sind Computer- und Magnetresonanztomografie hilfreich. Typisch für Enchondrome ist die Ausdünnung der Kortikalis des Knochens von innen („Scalloping“) und, im Fall einer Expansion über das Volumen des Knochens hinaus, die Kortikalisneubildung. Zusätzlich können punkt-, ring- und bogenförmige Verkalkungen („Rings and Arcs“) erkennbar sein. Lässt sich ein maligner Tumor nicht sicher ausschließen, ist in der Regel eine Biopsie erforderlich.

springermedizin.de

► Wer seinen diagnostischen Blick prüfen möchte, hat unter www.springermedizin.de/blickdiagnose reichlich Gelegenheit dazu.

Verlauf

Die grundsätzlich gegebene Möglichkeit der Transformation eines solitären Enchondroms in ein Chondrosarkom wird nur extrem selten beobachtet. Im Fall multipler Enchondrome ist jedoch mit einer Wahrscheinlichkeit von bis zu 30% mit der Transformation in ein niedrigmalignes Chondrosarkom oder – seltener – in ein Osteosarkom zu rechnen.

Therapie

Zur Diagnosesicherung und Prophylaxe vermeidbarer Komplikationen wie einer pathologischen Fraktur sollte der Tumor stets penibel und komplett extirpiert werden. Zudem können auch bösartige und gut differenzierte Chondrosarkome Bereiche enthalten, die histologisch einem Enchondrom gleichen. Lediglich sehr kleine, asymptomatische Läsionen können unter halbjährlichen Kontrollen zunächst abwartend beobachtet werden. Therapeutischer Goldstandard ist die sorgfältige und vollständige Kürettage mit Auffüllung des Defekts mit autologer Spongiosa oder Knochenersatzmaterialien. Aufgrund der Frakturgefährdung empfehlen wir unserer Patientin die Exstirpation des Tumors mit Spongiosaplastik.

**Prof. Dr. med. Alexander Schuh(1),
Dr. med. Ralph Schuh(2),
Dr. med. Wolfgang Hönle(1)**

(1) Muskuloskelettales Zentrum Neumarkt, Klinikum Neumarkt, Nürnbergerstraße 12, 92318 Neumarkt in der OPf.

(2) Orth. Med. Weiden