

Wenn der kleine Finger das Leben zur Hölle macht ...

Samuel Christen^a, Andreas Desbiolles^a, Stefan Bölter^b, Brigitte Muff^a

Spital Bülach

^a Abteilung für Chirurgie, ^b Abteilung für Radiologie

Anamnese

Eine 35-jährige Patientin wird vom Hausarzt aufgrund von stärksten, therapieresistenten Schmerzen im rechten Kleinfinger in die Sprechstunde unseres Handchirurgen überwiesen.

Die Patientin berichtet über seit dem Frühjahr 2007 bestehende zunehmende Schmerzen im Kleinfinger ihrer rechten Hand. Es besteht keine Vorgeschichte für ein lokales Trauma, eine entzündliche oder tumoröse Vor Erkrankung. Zunächst traten die anfallsartigen Schmerzen vor allem nachts und bei direkter Berührung des

Fingerendgliedes auf, teilweise so stark, dass sie Übelkeit auslösten. Im weiteren Verlauf, vorwiegend in der kalten Jahreszeit, wurden die Schmerzen auch durch Temperaturwechsel ausgelöst und lokalisierten sich zunehmend im Endglied des Kleinfingers. Die Patientin beschreibt die Beschwerden als plötzlich einschiesende «höllische Schmerzen» im Bereich des Fingernagels, als ob jemand «auf einen Nerv drücken würde». Die Selbstmedikation mit nichtsteroidalen Antirheumatika brachte keine Linderung. Von aussen betrachtet war der Finger unauffällig. Von ihrem Umfeld wurde die Patientin zum Teil sogar als hysterisch bezeichnet. Als Anfang Winter die Schmerzen kaum mehr zu ertragen waren, suchte sie im Dezember 2007 ihren Hausarzt auf. Bei unauffälligem Röntgenbild überwies dieser die Patientin direkt an den Handchirurgen.

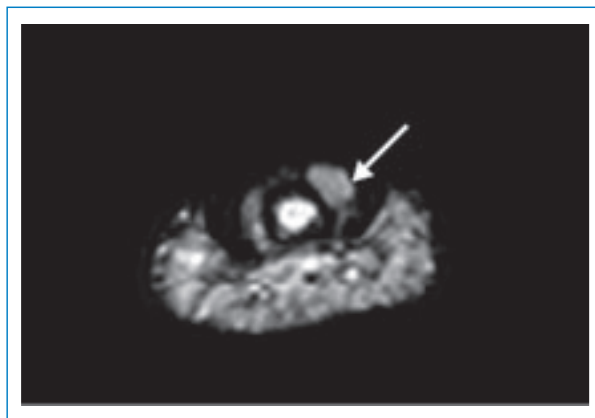


Abbildung 1
Im T1-gewichteten MRI des linken Kleinfingers mit axialer Schnittführung erkennt man den subungualen Tumor (Pfeil).

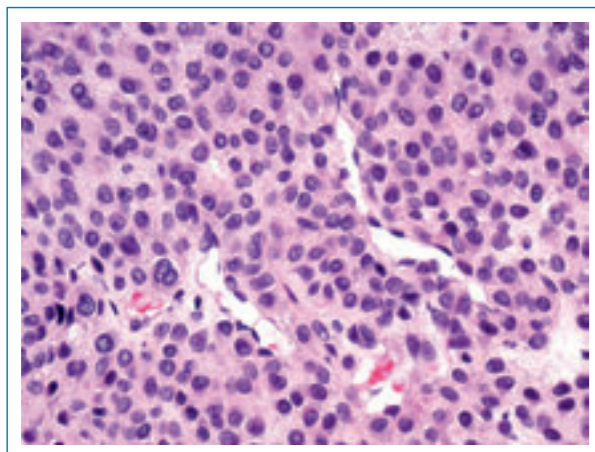




Abbildung 2
Typischer Aufbau des perizyotischen Glomustumors mit soliden Nestern gleichförmiger epitheloider Zellen und sinusoidalem Gefässnetz (HE).


Befund

Inspektorisch erkennt man lediglich einen diskreten rötlichen Schimmer subungual im linken Kleinfinger. Klinisch kann der Schmerz durch Druck mit einem Stift am proximalen radialen Nagelwall ausgelöst werden («Love's test», siehe Diskussion). Motorik, Sensibilität und Durchblutung des Kleinfingers sind erhalten.

Diagnostik

Wegen Verdachts auf einen Glomustumor wurde ein MRI veranlasst, das einen kleinen tumorösen Prozess von rund 2,7 mm Durchmesser subungual radialsseitig zeigte (Abb. 1 ). Histologisch fanden sich vernetzte Nester und Trabekel epitheloid gelagerter, mittelgrosser Zellen mit monotonen rundlichen Kernen um ein sinusoidales Gefässnetz (Abb. 2 ). Der klinische Verdacht auf einen Glomustumor ohne Atypien konnte damit bestätigt werden.

Therapie

Es erfolgte die operative Sanierung mit Entfernung des Kleinfingernagels, Enukleation des Tumors und Implantation eines Kunstnagels in Regionalanästhesie im Februar 2008 (Abb. 3, 4 ). Unmittelbar postoperativ traten starke, konstante Schmerzen auf, welche jedoch innerhalb von drei Wochen vollständig verschwanden. Der weitere Verlauf war komplikationslos. Der eigene Nagel wuchs problemlos nach.

Diskussion

Als Glomusorgane bezeichnet man die neuromyoarteriellen Einheiten arteriovenöser Shunts, welche der Thermoregulation der Haut dienen. Bei Glomustumoren handelt es sich um von den glatten Muskelzellen dieser Organe ausgehende benigne Neoplasien mit langsamem, verdrängendem Wachstum. Meist sind Glomustumore in der Kutis oder Subkutis der distalen Extremitäten lokalisiert. Bei einer subungualen Lage machen sich diese Tumore aufgrund der starken Schmerzen in einem sehr frühen Stadium bemerkbar. Die genaue Inzidenz von Glomustumoren ist unbekannt. Man schätzt, dass sie weniger als 2% aller Weichteiltumoren und etwa 1–4,5% aller Tumoren der Hand ausmachen [1]. Es besteht eine Häufung bei Frauen zwischen 30 und 50 Jahren für die solitäre subunguale Lokalisation. In ungefähr 10% der Fälle wird multiples Auftreten beschrieben. Klinisch präsentiert sich der Tumor mit anfallsartigen sehr starken Schmer-

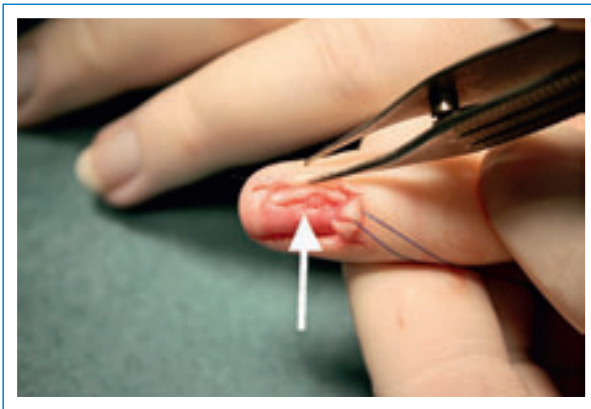


Abbildung 3

Intraoperativer Befund nach Nagelentfernung. Der Pfeil weist auf den Tumor hin.

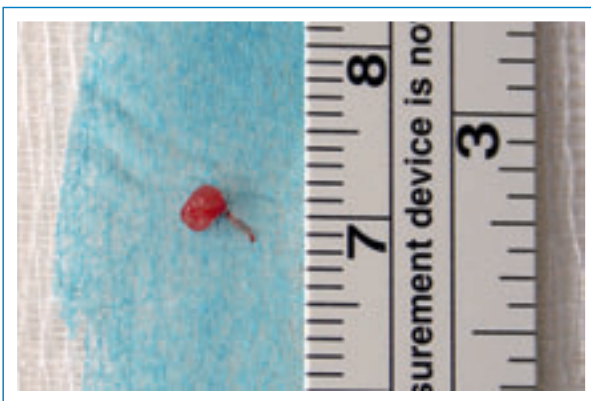


Abbildung 4

Exzidiertes Glomustumor mit versorgendem Gefäß.

zen, die meist durch Druck oder Temperaturwechsel ausgelöst werden. Oft ist der Tumor inspektorisch nicht erkennbar, es kann sich jedoch eine bläulich-livide Verfärbung subungual zeigen. Die Schmerzen können so ausgeprägt sein, dass es zu einer Atrophie durch Schonen des betroffenen Körperteils kommen kann. Nicht selten werden die Patienten nach langjähriger Leidensgeschichte ohne Diagnosestellung des Glomustumors in eine psychiatrische Behandlung überwiesen. Konventionell-radiologisch zeigen sich häufig ossäre Erosionen (36% in einer Studie mit 51 Fällen mit Glomustumoren der Hand [2]).

Es werden zwei klinische Untersuchungen mit einer hohen Sensitivität beschrieben: Die Schmerzauslösung durch Druck mit einer Schreibstiftspitze an ein genau lokalisierbares Areal bezeichnet man als «Love's test». Das «Hildreth's sign» beschreibt das Verschwinden der Schmerzen nach Anlage eines Tourniquets proximal der Schmerzlokalisierung an der Extremität. Ferner kann ein Kältesensitivitätstest, z.B. durch Halten der betroffenen Extremität in kaltes Wasser, zur Diagnostik angewendet werden. Eine Studie mit 18 Patienten im Jahre 2002 [3] ergab für den Love's test und die Kälteexposition eine Sensitivität von je 100%, beim Hildreth's sign war sie mit 71,4% etwas geringer. Die Spezifität lag bei der Kälteexposition wie auch beim Hildreth's sign bei 100%. Beim Love's test zeigte sich eine Spezifität von 0%, jedoch erwies er sich als sehr genau zur Lokalisation des Tumors.

Der Glomustumor ist eine seltene Erkrankung. Die Diagnose kann aufgrund der meist diskreten bis fehlenden objektiven Befunde, welche den oft äusserst ausgeprägten Beschwerden gegenüberstehen, sehr schwierig sein. Deshalb: Daran denken!

Dank

Wir danken Herrn PD Dr. med. Urs Neff, Leitender Arzt Weiterbildung am Spital Bülach, für die kritische Durchsicht des Manuskripts sowie Herrn Prof. A.R. von Hochstetter, Pathologie Institut Enge in Zürich, für die Befundung und Freigabe des histologischen Bildmaterials.

Korrespondenz:

Dr. med. Samuel Christen
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstr. 6
CH-9006 St. Gallen
samuel.christen@kispi.sg.ch

Literatur

- 1 Kale S, Rao V, Bentz M. Glomus tumor of the index finger. *J Craniofac Surg.* 2006;17(4):801–4.
- 2 Van Geertruyden J, Lorea P, Goldschmidt D et al. Glomustumours of the hand. A retrospective study of 51 cases. *J Hand Surg. (Br)* 1996; 21:257–60.
- 3 Bhaskaranand K, Nacadgi BC. Glomus tumour of the hand. *J Hand Surg. (Br)* 2002;27:229–31.