

Isolierte Trommelfinger-Deformität


Eine diagnostische Herausforderung



Leonhard Schreiner^a, Regulo Rodriguez^b, Nydia Büber^a

^a Radiologie-Institut, Spital Grabs, Grabs

^b Pathologie-Institut, Kantonsspital, St. Gallen

Fallbericht

Eine 57-jährige Patientin mit einem rezidivierenden Mammakarzinom in der Anamnese (Erstdiagnose 2001, Rezidiv 2008, kurativ behandelt) kommt zum Hausarzt wegen Rötung und Schwellung der Fingerkuppe des Digitus III der rechten Hand (Abb. 1 ). Laut Angaben der Patientin bestand eine Trommelfinger-Deformität in der oben genannten Region seit der Kindheit nach einem Trauma im Alter von fünf Jahren. Aktuell sei diese jedoch seit zwei Monaten rezidivierend schmerzhaft und überwärmt. Unter der Arbeitsdiagnose Panaritium wurde primär lokal antibiotisch und bei ausbleibendem Erfolg systemisch antibiotisch und mit Steroidstossthe-

rapie behandelt. Letzteres brachte eine gewisse Besserung, die Beschwerden rezidierten aber nach Sistieren des Kortisons erneut. Das nun angefertigte Röntgenbild (Abb. 2 ) zeigte eine ausgeprägte Destruktion der distalen Phalanx mit Remodellierung der Corticalis, was den Hausarzt an eine Metastase denken liess und somit eine weitere abklärende Bildgebung initiierte. Kernspintomographisch (Abb. 3 ) wurde eine scharf begrenzte, ovaläre, leicht inhomogene, ca. 2×1×1 cm messende, subunguale Raumforderung nachgewiesen. Die favorisierte radiologische Diagnose lautete Enchondrom; aufgrund der Lokalisation und Symptomatik liess sich klinisch ebenfalls ein Glomus-Tumor in Betracht ziehen.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.




Abbildung 1

Klinisches Bild mit «Schwellung» der Fingerkuppe Dig. III.



Abbildung 2
Röntgenbild ap und lateral Digitus III, distaler Phalanx mit ossärer Destruktion.

Da die Grösse der Läsion eine Enukleation unmöglich machte, wurde mit Einverständnis der Patientin eine Exartikulation durchgeführt. Die pathologische Diagnose lautete Epidermoidzyste mit Knochendestruktion (Abb. 4 .

Diskussion

Epidermoidzysten sind gutartige zystische Läsionen, die im ganzen Körper auftreten können, wobei die Phalangen bzw. die subunguale Region eine häufige Lokalisation darstellen. Der normale Subungualraum ist sehr klein, mit einer Dicke von lediglich 1–2 mm. Aus diesem Grund können sogar gutartige Raumforderungen die Phalangen erodieren und Malignität vortäuschen [1]. Intraossäre primäre Epidermoidzysten sind in der Literatur beschrieben, vorwiegend im Schädel und in distalen Phalangen [5]. Die genaue Pathogenese ist umstritten, eine Theorie postuliert die Entstehung dieser Läsionen nach einer Verletzung mit Verlagerung von Fragmenten der Epidermis in die Tiefe, weshalb sie auch epidermoide Inklusionszysten genannt werden. Die intraossären Epidermoidzysten entstehen in den Phalangen der Hände und Füße, wobei der gleiche Ursprungsmechanismus vermutet wird, mit direkter Inklusion von Epidermiszellen im Knochen nach einem Trauma oder Operation [2].

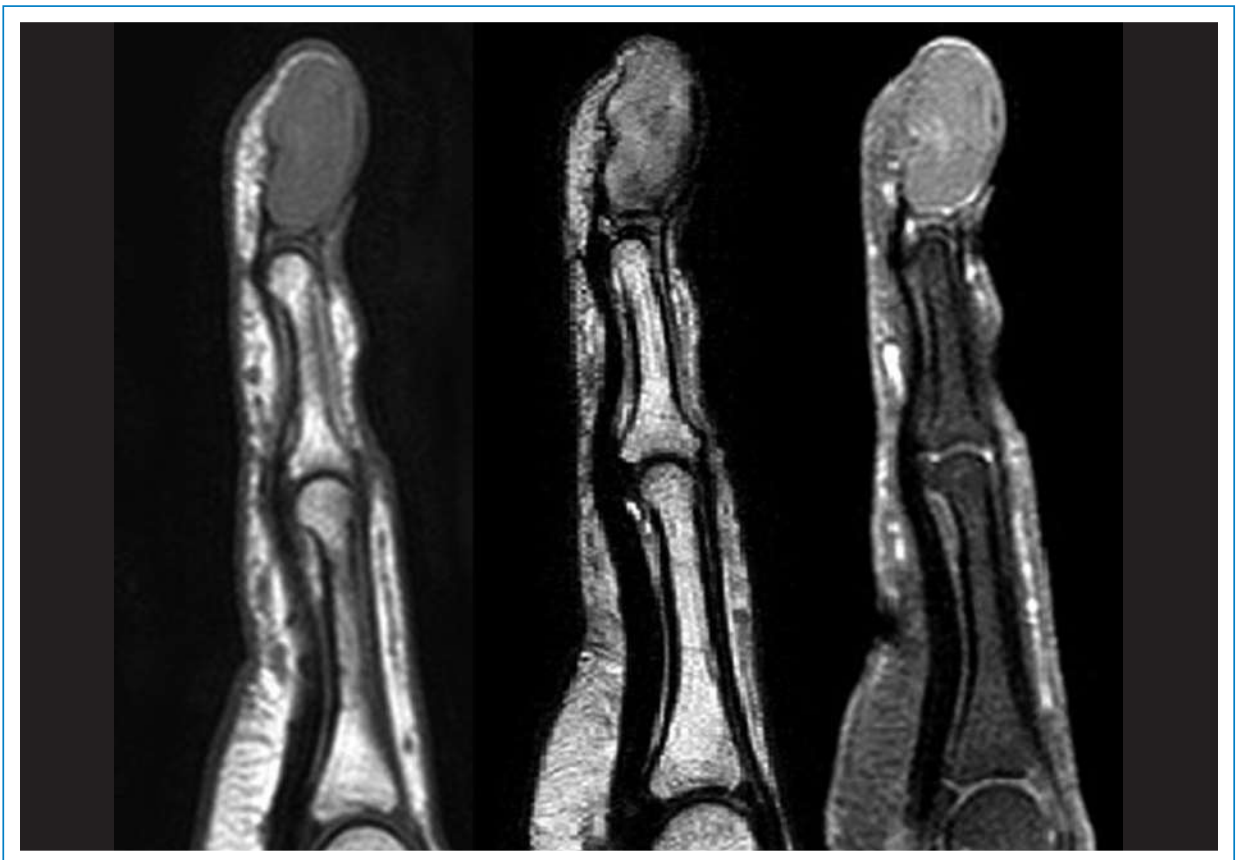


Abbildung 3
MR-Untersuchung in der sagittalen Schichtführung bzw. T1w, T2w und nach Kontrastmittelgabe. Scharf begrenzte, leicht inhomogene Raumforderung des distalen Phalanx Digitus III.

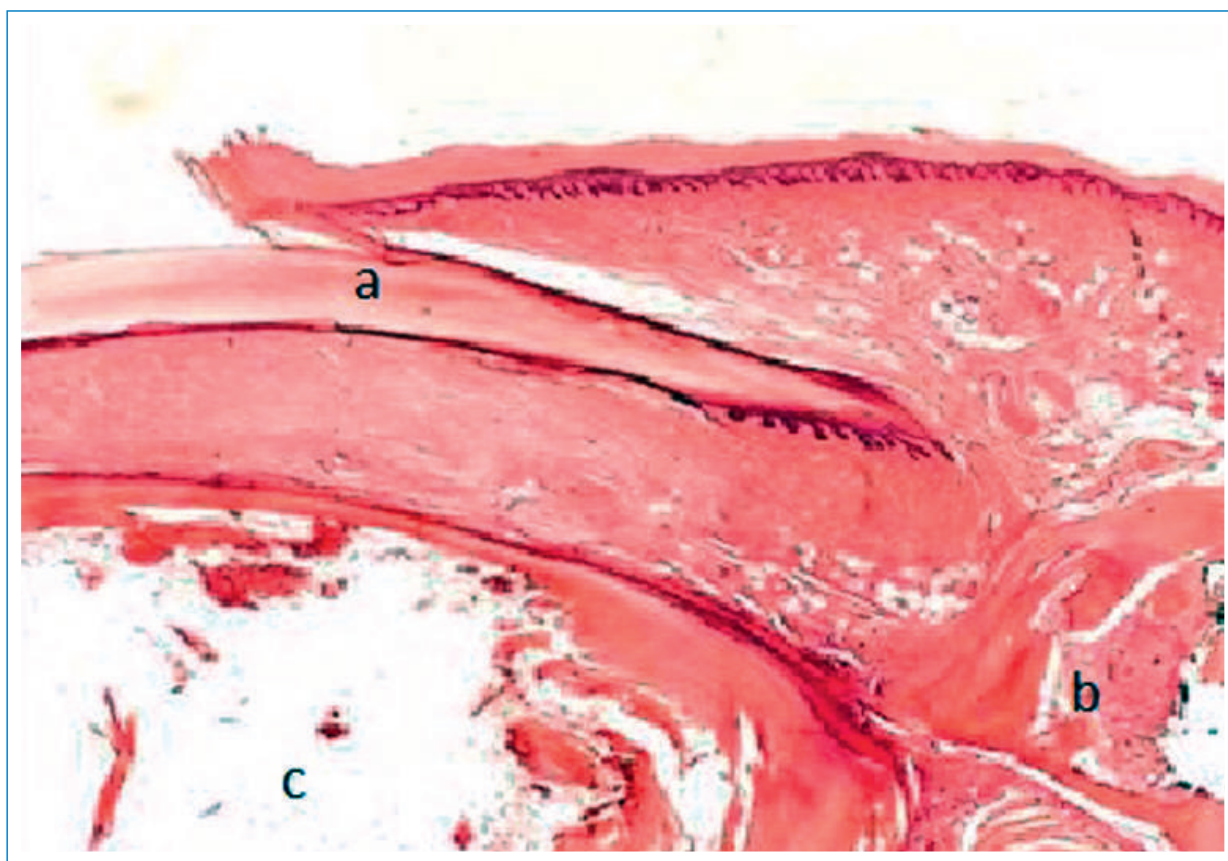


Abbildung 4

Histologisches Präparat, E-Färbung, 25-fache Vergrößerung. Nagel im Nagelbett (a), Knochendestruktion (b), Zyste mit Debris (c).

Das häufigste Symptom ist Schwellung des betroffenen Fingers oder Fingerbeere, Rötung, Schmerz und Überwärmung [1].

Epidermoidzysten sind scharf begrenzte zystische oder zystoide Läsionen. Im Ultraschall sind sie rund oder oval, hypoechogen mit kleineren echogenen Foci. Im MR haben sie eine intermediäre Signalintensität in T1 und T2 aufgrund ihrer heterogenen histologischen Komponenten (Keratindebris-Schichten, Binnenverkalkungen) [3]. In der pathologische Untersuchung sind sie klassischerweise rund oder oval, gut abgekapselt, begrenzt durch mehreren Schichten von Plattenepithelzellen.

Die klinische und radiologische Diagnose kann eine Herausforderung darstellen, differentialdiagnostisch werden mitunter chronische Osteomyelitis, Enchondrom, Glomus-Tumor oder sogar (wie in unserem Fall) Metastasen berücksichtigt [4]. Die histopathologische Diagnose ist ausschlaggebend. Im vorliegenden Fall ist es nicht abzuklären, ob es sich um eine subunguale Epidermoidzyste mit sekundärer Knochendestruktion oder um eine primäre intraossäre Epidermoidzyste mit Knochendestruktion handelt [5]. Die Prognose nach kompletter Resektion ist ausgezeichnet, mit einer Rezidivrate, die gegen null tendiert.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich ganz herzlich bei Professor Dr. med. Jörg Grüner für die Bereitstellung der präoperativen Bilder und für das Beurteilen des Manuskripts aus handchirurgischer Sicht.

Korrespondenz:

Leonhard Schreiner
Radiologie-Institut
Spital Grabs
Spitalstrasse 44
CH-9472 Grabs
[leonhard.schreiner\[at\]srrws.ch](mailto:leonhard.schreiner[at]srrws.ch)

Literatur

- 1 Baek HJ, Lee SJ, et al. Subungual tumors: clinicopathologic correlation with US and MR imaging findings. *Radiographics*. 2010;30:1621–36.
- 2 Patel K, Bhuiya T, Chen S, Kenan S, Kahn L. Epidermal inclusion cyst of phalanx: a case report and review of the literature. *Skeletal Radiol*. 2006;35(11):861–3.
- 3 Horcajadas AB, Lafuente JL, de la Cruz Burgos R, et al. Ultrasound and MR findings in tumor and tumor-like lesions of the fingers. *Eur Radiol*. 2003;13(4):672–85.
- 4 Hamad AT, Kumar A, Anand Kumar C. Intraosseous epidermoid cyst of the finger phalanx: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2006;14(3):340–2.
- 5 AFIP Atlas of Tumor Pathology: Tumors of the Bones and Joints. Fourth series, fascicle 2. Washington DC: American Registry of Pathology; 2005. p. 332–3.