

## KRANKHEITSBILD

### «Spickfinger» (syn. Ringbandenge, schnellender Finger, Triggerfinger; lat. Tendovaginitis stenosans)

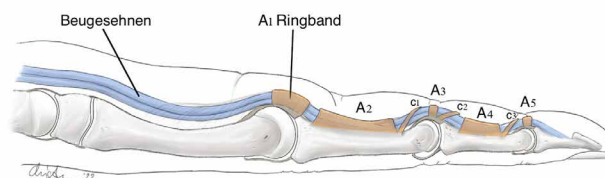
Bei einer Tendovaginitis stenosans handelt es sich um eine Irritation der Beugesehnscheide, was eine (meist schmerzhafte) Bewegungseinschränkung des betroffenen Fingers zur Folge hat. Am häufigsten ist dies Folge einer mechanischen Überbeanspruchung oder degenerativer Veränderungen im Laufe des Lebens. Aber auch andere Ursachen wie z.B. rheumatische Erkrankungen, hormonelle Veränderungen, eine Verletzung, angeborene Fehlbildungen oder Tumore können zu einem Spickfinger führen.

#### Anatomische Gegebenheiten

Für eine präzise Bewegungsabfolge und effiziente Kraftübertragung werden die Beugesehnen über ein komplexes Ringbandsystem am Fingerknochen gehalten und geführt (siehe Bild 1). Durch ein Missverhältnis zwischen der Weite des Ringbandes und dem Durchmesser der Beugesehnen kommt es zu einer Reizung der Beugesehnscheide. Dies behindert das Gleiten der Beugesehnen durch das Ringbandsystem zunehmend, was die Beschwerden wiederum verstärkt. In den allermeisten Fällen tritt dies auf Höhe des 1. Ringbandes (A1-Ringband) auf.

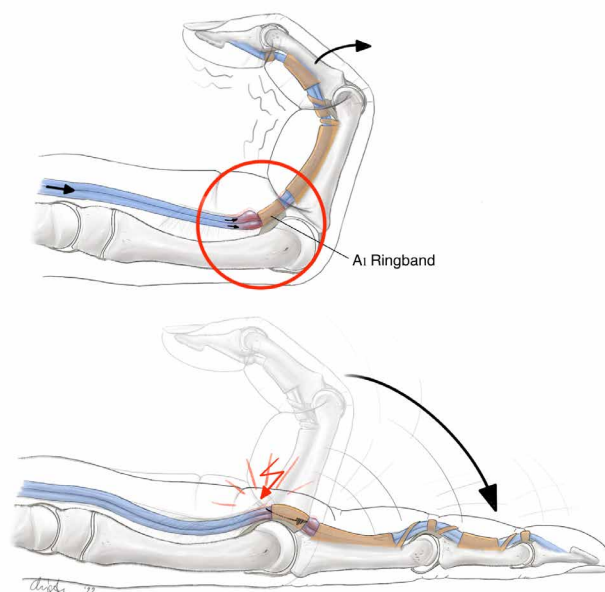
#### Beschwerden

Im Stadium I (nach Green) kommt es meist zu Schmerzen im Bereich der Handinnenfläche des betroffenen Fingers. Gelegentlich kann ein Sehnenknötchen (Notta'scher Knoten) auf dieser Höhe getastet werden. Mit zunehmendem Missverhältnis zwischen dem A1-Ringband und der Beugesehne, wird letztere in ihrem Gleitverhalten immer mehr beeinträchtigt und kann schliesslich am Rand des Ringbandes hängenbleiben (siehe Bild



**Bild 1: Ringbänder Anatomie**

Darstellung eines Langfingers mit den Beugesehnen und den Ringbändern mit der entsprechenden anatomischen Bezeichnung (quere Ringbänder: A1-A5, und schräg verlaufende Ringbänder: C1-C3).



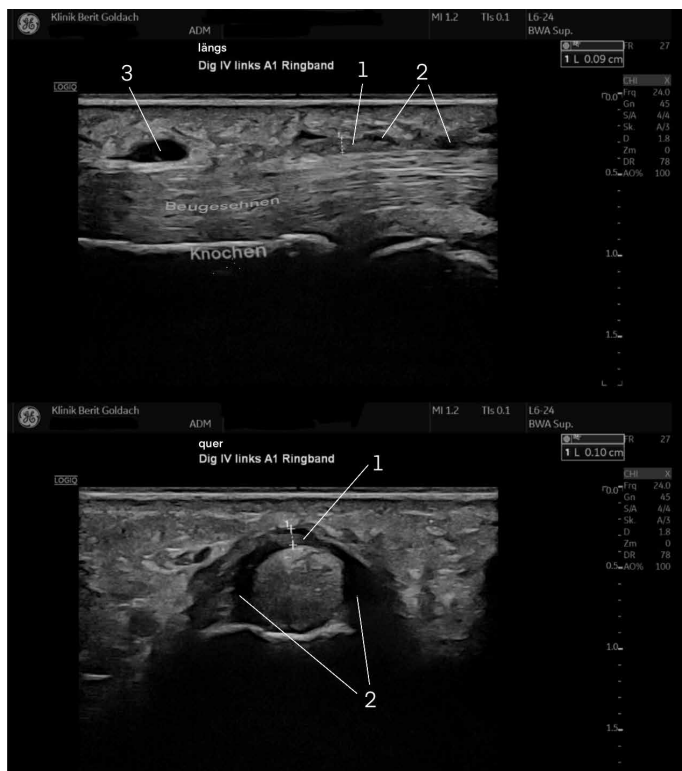
**Bild 2: Ringbänder Pathologie**

Entzündlich veränderte Sehne und Beugesehnscheide, welche am A1-Ringband in Beugung des Fingers hängenbleibt (oben). Beim Strecken des Fingers rutscht die Sehne unter dem Ringband mit einem Ruck durch, was zum so genannten (meist schmerzhafte) Spickphänomen führt (unten).

2). Dadurch entsteht das typische, oft sehr schmerzhafte Spickphänomen: Zu Beginn ist die Streckung aktiv aus eigener Kraft noch möglich (Stadium II), im weiteren Verlauf jedoch nur noch passiv unter Zuhilfenahme der anderen Hand (Stadium III). Im Endstadium ist die Streckung weder aktiv noch passiv möglich (Stadium IV).

## Diagnostik

Die Diagnose lässt sich durch die typische Anamnese, die klinische Untersuchung und mit Hilfe des Ultraschalls stellen (siehe Bild 3). Nicht selten sind mehrere Finger betroffen. Zudem besteht gelegentlich ein Zusammenhang mit einem Karpaltunnelsyndrom.



**Bild 3: Ultraschall**

Im Ultraschall kann die typische Verbreiterung des Ringbandes ausmessen (1) und eine Entzündung der Beugesehnscheide («Synovialitis») (2) erkennen. Gelegentlich lassen sich Veränderungen an der Beugesehne oder Ganglien (3) nachweisen. Zudem kann sonographisch die Gleitbewegung der Sehne beurteilt werden.

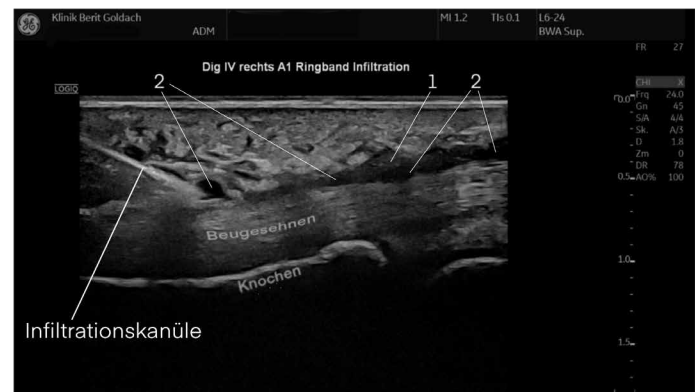
## Behandlungsmöglichkeiten

### Konservative (=nicht-operative) Therapie

Die Behandlung kann je nach Beschwerden primär oft konservativ erfolgen. Bei kurzer Beschwerdesymptomatik können entzündungshemmende Schmerzmedikamente sowie die lokale Behandlung mit entzündungshemmenden Salben helfen. Eine deutlich höhere Erfolgsrate hat jedoch die lokale Kortisoninfiltration (siehe Bild 4).

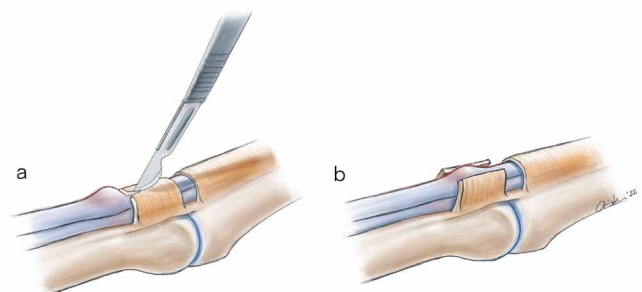
### Operative Therapie

Alternativ, insbesondere bei ungenügendem Ansprechen auf die konservative Behandlung, kann der Schnappfinger zuverlässig mittels einer kleinen Operation behoben werden. Der Eingriff wird ambulant in örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie) durchgeführt. Hierbei wird über einen kleinen Hautschnitt das A1-Ringband längs gespalten (siehe Bild 5). Die Operationsdauer beträgt 10-15 Minuten. Der Arbeitsausfall beträgt bei handwerklichen Tätigkeiten ca. 14 Tage, bei leichter Tätigkeit wie Büroarbeit ca. 2-3 Tage.



**Bild 4: Infiltrationsbehandlung**

Unter Kontrolle mit dem Ultraschall wird im Bereich des A1-Ringbandes (1) die Beugesehnscheide (2) mit Kortison infiltriert. Der Eingriff kann im Rahmen der Sprechstunde durchgeführt werden.



**Bild 5: Ringbandspaltung.**

Unter Lupenbrillensicht erfolgt die Spaltung des A1-Ringbandes (links). Nach kompletter Längsdurchtrennung des Ringbandes kann die Sehne wieder frei gleiten (rechts).