

Diagnosequiz

DOI: 10.1111/ddg.12028

English online version on Wiley Online Library

Unilaterale Ulzerationen der Fingerspitzen
Unilateral finger tip ulcerations

**Francesco Savoia¹, Vera Tengattini²,
 Lorenzo Valenti¹, Giuseppe Gaddoni¹,
 Annalisa Patrizi²**

(1) Abteilung Dermatologie, AUSL Ravenna, Italien

(2) Department für Innere Medizin, Geriatrie und Nephrologie, Abteilung Dermatologie, Universität Bologna, Italien

Anamnese

Eine 56-jährige Frau stellte sich vor mit seit 4 Monaten bestehenden chronisch-rezidivierenden bullösen nekrotischen Läsionen an den Endgliedern des Zeige- und Mittelfingers der linken Hand. An denselben Fingern litt sie unter Taubheitsgefühl, Lähmung, nachts verstärktem Schmerz sowie Verlust des Feingefühls. Die Behandlung mit topischen Antibiotika und Kortikosteroiden sowie systemischem Ibuprofen und Prednison führte nicht zur Besserung. Die Patientin hatte keine weiteren Erkrankungen, war Nichtraucherin und verneinte eine Verletzung bei der Arbeit oder im Haushalt.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich scharf abgegrenzte nekrotische Bereiche an den Fingerspitzen sowie zum Teil erodierte Blasen an Zeige- und Mittelfinger der linken Hand (Abbildung 1). Wir veranlassten eine Elektromyographie, die unsere Verdachtsdiagnose bestätigte.



Abbildung 1 Scharf begrenzte Nekrosen an den Fingerspitzen sowie zum Teil erodierte Blasen an Zeige- und Mittelfinger der linken Hand.

Ihre Diagnose?

Diagnose:

Fingerulzerationen infolge eines
Karpaltunnelsyndroms

Ulcers of the fingers secondary to carpal
tunnel syndrome

Klinischer Verlauf

Elektromyographisch zeigte sich eine verringerte Leitfähigkeit des N. medianus infolge einer Nervenengung im Karpaltunnel. Durch chirurgische Dekompression wurde eine vollständige Heilung erreicht und die Diagnose bestätigt. Die Ulzerationen heilten innerhalb von etwa drei Wochen ab. Bei der Nachuntersuchung nach drei und sechs Monaten war die Patientin symptomfrei.

Diskussion

Das Karpaltunnelsyndrom (KTS) wird verursacht durch Engung des Nervus medianus im Karpalkanal. Das KTS ist gewöhnlich gekennzeichnet durch die klassische Trias Nachtschmerz, Daumenballenatrophie und Hypästhesie [1], weitere häufige neurologische Symptome umfassen Taubheitsgefühl, Kribbeln, Stechen, Gefühlsverlust und motorische Defizite [2]. Darüber hinaus kann beim KTS wie bei unserer Patientin, die selbst keine Daumenballenatrophie aufwies, auch die Haut an den Endgliedern des Zeige- und Mittelfingers betroffen sein [1]. Über diese kutane Variante des KTS ist bislang nur wenig berichtet worden [2].

Das KTS mit Hautbeteiligung (KKTS) wurde erstmals 1979 von Bouvier et al. beschrieben [3]. Es ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Ulzerationen, Blasen und Atrophie an den distalen Phalangen der ersten drei Finger [1–4], auch wenn keine neurologischen Symptome vorliegen [5]. Gelegentlich kann es auch zur Akroosteolyse durch vaskuläre Okklusion kommen [6]; bei unserer Patientin führten wir keine Röntgenuntersuchung durch.

Kutane Läsionen infolge von geschädigten sensiblen und autonomen Fasern des Nervus medianus werden bei fast 20 % der Patienten mit schwerem KTS beobachtet [4]. Traumen, thermische Verletzungen und Rauchen können bei der Entwicklung eines KKTS ebenfalls eine Rolle spielen [7]. Nach chirurgischer Behandlung erfolgt gewöhnlich eine vollständige Abheilung der Blasen und Ulzerationen [1].

Bei bullösen und nekrotischen Läsionen an den ersten drei Fingern der Hand sollte der Dermatologe ein KTS in Erwägung ziehen, vor allem wenn auch neurologische Zeichen vorliegen. Differenzialdiagnostisch ist vor allem eine systemische Sklerose zu bedenken, diese kann aber ausgeschlossen werden, wenn weder Hautverhärtungen noch Kapillarveränderungen vorliegen. Bullöse Läsionen sind hauptsächlich von Impetigo, bullösem Pemphigoid, Herpes simplex oder Herpes zoster abzugrenzen. In solchen Fällen sind klinische Symptomatik und Elektromyographie pathognomonisch und erlauben die korrekte Diagnose ohne weitere Untersuchungen. Therapie der Wahl ist ein chirurgischer Eingriff, der zur vollständigen Heilung führt.

Korrespondenzanschrift

Vera Tengattini
Department of Internal Medicine, Geriatrics
and Nephrology, Division of Dermatology

University of Bologna
Via Massarenti 1
40138 Bologna, Italien

E-Mail: vera.tengattini@hotmail.com

Literatur

- 1 Natale M, Spennato P, Bocchetti A, Fratta M, Savarese L, Rotondo M. Ulcerative and mutilating variant of carpal tunnel syndrome. *Acta Neurochir* 2005; 147:905–8.
- 2 Perdan-Pirkmajer K, Praprotnik S, Tomšič M. Digital ulcers as the first manifestation of carpal tunnel syndrome. *Rheumatol Int* 2011; 31:685–6.
- 3 Bouvier M, Lejeune E, Routillat M, Marionnet J. Disfiguring ulcer form of the carpal tunnel syndrome. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1979; 46:169–76.
- 4 Aratari E, Regesta G, Rebora A. Carpal tunnel syndrome appearing with prominent skin symptoms. *Arch Dermatol* 1984; 120: 517–9.
- 5 Foti C, Romita P, Vestita M. Unusual presentation of carpal tunnel syndrome with cutaneous signs: a case report and review of the literature. *Immunopharmacol Immunotoxicol* 2011; 33: 751–3.
- 6 Cox NH, Large DM, Paterson WD, Ive FA. Blisters, ulceration and autonomic neuropathy in carpal tunnel syndrome. *Br J Dermatol* 1992; 126: 611–3.
- 7 Fritz TM, Burg G, Böni R. Carpal tunnel syndrome with ulcerous skin lesions. *Dermatology* 2000; 201: 165–7.