

# Schwellung am Fußinnenrand



Abbildung 1: Präoperatives Röntgenbild mit Fokus.

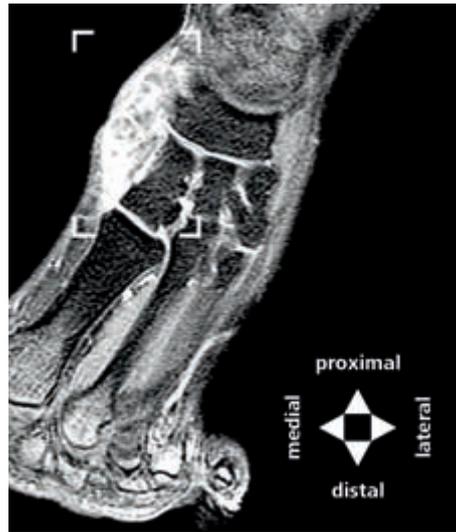


Abbildung 2: MRT-Befund mit sichtbarem Tumor im Sehnenbereich des Musculus tibialis anterior.

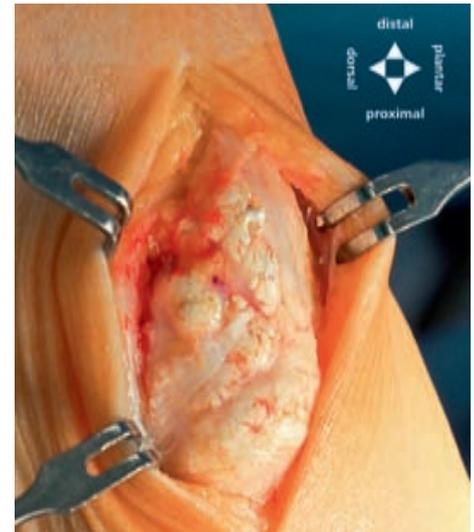


Abbildung 3: Tumor intraoperativ in situ.

Vorstellung eines 51-jährigen Mannes, der über eine seit vier Monaten zunehmende Schwellung im Bereich des Fußinnenrandes klagt. Schmerzen bestünden nicht, lediglich ein gewisses Druckgefühl beim Tragen von engem Schuhwerk. Kein Trauma erinnerrlich, keine sonstigen Vorerkrankungen, keine B-Symptomatik.

Klinisch zeigt sich ein ca. ein mal ein Zentimeter großer, weicher und verschiebbarer Tumor im Bereich des *Oscuneiforme mediale* (Inneres Keilbein) ohne wesentlichen Druckschmerz. Abgesehen von einer leichten *Hallux valgus*-Fehlstellung und einem geringen *Senk-Spreizfuß* bleibt die weitere Untersuchung ohne Auffälligkeiten.

## Bildgebung

Das Röntgen weist keine knöcherne Pathologie auf. Im MRT zeigt sich ein Tumor im distalen Sehnenbereich bzw. ansatznahen Verlauf der *Tibialis-anterior*-Sehne (Längsdurchmesser 4,3 Zentimeter, sagittaler Durchmesser 1,8 Zentimeter). Das Tumorbinnenmuster stellt sich auffällig pigmentiert dar („Salz und Pfeffer“), sodass der hochgradige Verdacht auf einen Riesenzelltumor (Synovialom) gestellt wird.

Den ersten Operationstermin konnte der Patient aus beruflichen Gründen nicht wahrnehmen. Die erneute Vorstellung erfolgte erst

ein Jahr später. Der Tumor weist klinisch eine Größenprogredienz auf, palpatorisch etwa zwei mal drei Zentimeter, und ist immer noch schmerzfrei. Die radiologische Verlaufskontrolle weist keine grundsätzlichen Veränderungen im Vergleich zu den Voraufnahmen auf.

Laborchemisch auffällig ist eine leichte Leukozytose (10,15/nl) bei normwertigem C-reaktivem Protein (CRP). Abgesehen von einem erhöhten Gamma-GT (301 U/l) ist der laborchemische Restbefund unauffällig. Die Anamnese blieb ansonsten völlig leer, das heißt keine Vorerkrankungen, kein Diabetes mellitus, keine rheumatischen Vorerkrankungen, keine Dauermedikation, keine sonstigen Beschwerden in der Vergangenheit, die auf eine weitere Gelenkbeteiligung hätten schließen lassen können.

## Intraoperativer Befund

Intraoperativ zeigt der gelblich-weiße Tumor eine Ausdehnung von fünf bis sechs Zentimeter Länge und ein bis zwei Zentimeter Durchmesser. Die Konsistenz ist überwiegend bröckelig. Die Tumorexstirpation gestaltete sich schwierig, da der Tumor die *Tibialis-anterior*-Sehne im distalen Ansatzbereich komplett ummauert hat, gelang jedoch vollständig. Bei stark ausgedünnter Sehne wird diese mittels PDS-Naht augmentiert.

## Nachbehandlung

Die Nachbehandlung erfolgt mittels Ruhigstellung in einer Unterschenkel-Gipsschiene bis zum

Abschluss der Wundheilung. Danach erfolgt die Mobilisation im VACOped®-Stiefel unter Entlastung bis zur achten postoperativen Woche.

## Histologie

In der abschließenden histologisch-pathologischen Begutachtung wird die Diagnose eines ausgedehnten lobulierten Gichttophus mit polarisationsoptisch doppelbrechenden Uratkristallen gestellt.

## Zusammenfassung

Die Manifestation von Gicht, neben der bekannten und am häufigsten vorkommenden Lokalisation am Großzehengrundgelenk, ist an den meisten Gelenken des Körpers möglich, und in der Literatur auch als solche beschrieben. Das Vorkommen von Gichttophi an Sehnenstrukturen ist ungewöhnlich und bleibt eine Rarität, sollte aber in der Differenzialdiagnostik von Weichteiltumoren nicht außer Acht gelassen werden.

## Autoren

Dr. Sabine Schatz, Professor Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Orthopädische Klinik für die Universität Regensburg, Asklepios Klinikum Bad Abbach, Kaiser-Karl-V.-Allee 3, 93077 Bad Abbach