

Hinweis:

Weitere Informationen können der Langversion der Leitlinie entnommen werden (www.amwf.org/leitlinien):

Diagnostik und Therapie des Kubitaltunnelsyndroms

Autoren: Assmus H, Antoniadis G, Bischoff C, Dumont C, Frick A, Kretschmer T, Langer M, Lautenbach M, Mailänder P, Schädel-Höpfner M, Scheglmann K, Schwerdtfeger K, Schulte-Mattler W, Wüstner-Hofmann M

Erstellungsdatum: Dezember 2017

Autoren: Dr. med. Hans Assmus und Prof. Dr. Margot Wüstner-Hofmann



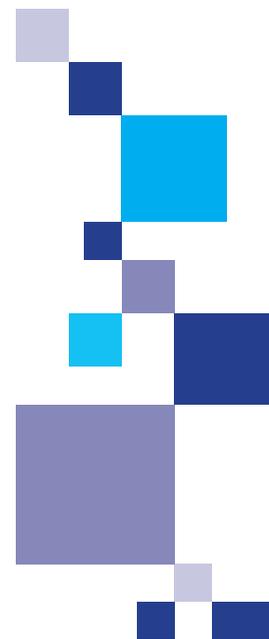
Diese Patienteninformation wurde Ihnen überreicht durch:



Leitlinie der Deutschen Gesellschaften für Handchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaften für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung und der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgen

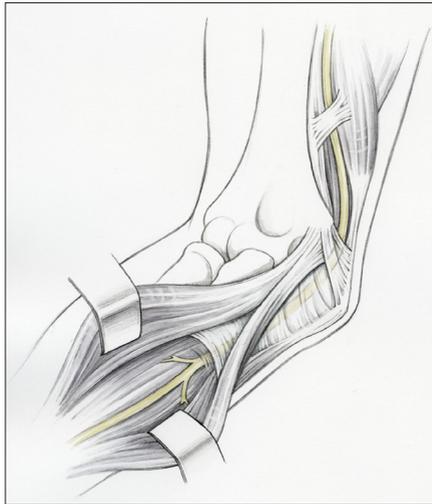
Kubitaltunnelsyndrom – Diagnostik und Therapie

Patienteninformation



■ Was ist ein Kubitaltunnelsyndrom (KUTS) und wodurch entsteht es?

Das KUTS, häufig auch als Ulnarisrinnensyndrom, Sulkus-ulnaris-Syndrom oder UNE (Ulnarisneuropathie am Ellenbogen) bezeichnet, ist ein Beschwerdebild im Rahmen einer Druckschädigung des Ellenbogens im Bereich des Ellenbogengelenks, bzw. genauer im Ellenbogengelenkstunnel (=Kubitaltunnel).



Verlauf des Ellenbogens durch den Kubitaltunnel

Das KUTS kann ohne äußeren Anlass auftreten, nicht selten geht es jedoch auf eine äußere Druckschädigung zurück, z.B. durch Aufstützen des Ellenbogens, oder wenn man nachts auf dem Arm gelegen ist. Ursache kann auch eine (möglicherweise viele Jahre zurückliegende) Verletzung des Ellenbogengelenks sein.

■ Was sind die typischen Beschwerden des KUTS?

Das Krankheitsbild beginnt in der Regel mit einem Taubheitsgefühl des Klein- und halben Ringfingers sowie des Kleinfingerballens. Symptombeginn ist häufig „über Nacht“. Seltener sind Verläufe mit zeitwei-

ligen Missempfindungen in dem genannten Bereich oder Schmerzen, die als ziehend, selten brennend geschildert werden und vom Ellenbogen ausgehen können. In fortgeschrittenen Stadien kommt es zu einer Schwäche der Hand und Finger, wobei besonders das Umdrehen eines Schlüssels erschwert ist. Im Spätstadium zeigen sich eine „Krallenstellung“ des Ring- und Kleinfingers und ein Muskelschwund besonders am Handrücken zwischen Daumen und Zeigefinger.

■ Welche Untersuchungen sind erforderlich, um ein KUTS festzustellen?

Neben einer neurologischen Untersuchung der Hand und des Arms einschließlich einer Abtastung des Ellenbogens und einer Prüfung der Beweglichkeit des Ellenbogengelenks ist eine Untersuchung der elektrischen Nervenleitung (Neurographie) des Ellenbogens, eventuell auch weiterer Nerven, erforderlich. Ergänzend können eine Sonographie bzw. eine Kernspintomographie erfolgen. Hierdurch lässt sich meist der Ort und das Ausmaß der Nervenschädigung zuverlässig feststellen und eine andere Nervenkrankung ausschließen, insbesondere auch eine Nervenwurzelläsion infolge eines Bandscheibenschadens (Differentialdiagnose). Eine zusätzliche Röntgenuntersuchung des Ellenbogengelenks kann gelegentlich erforderlich sein.

■ Wann muss das KUTS behandelt werden?

Bei nur selten auftretenden bzw. kommenden und gehenden Beschwerden ist keine spezielle Behandlung erforderlich, aber eine Verlaufsbeobachtung sinnvoll. Werden die Beschwerden durch bestimmte Armhaltungen wie Aufstützen oder Auflehnen des Ellenbogens ausgelöst, sollten diese vermieden werden.

Bestehen jedoch anhaltende Beschwerden über eine längere Zeit oder nehmen diese zu, ist eine Behandlung erforderlich.

■ Welche konservativen Behandlungsmaßnahmen gibt es?

Eine nächtliche Ruhigstellung des Ellenbogengelenks in einer speziell angepassten Schiene mit guter Polsterung kann die Beschwerden zumindest zeitweilig bessern, andere Behandlungsverfahren wie Kortison-Injektionen oder eine manuelle Therapie sind umstritten und im Allgemeinen nicht zu empfehlen.

■ Wann ist eine Operation erforderlich?

Wenn die Beschwerden wie Taubheit und Schwäche anhalten oder fortschreiten, sollte mit der operativen Behandlung nicht gezögert werden. Spätestens bei Feststellung eines Muskelschwunds ist ein operativer Eingriff dringend erforderlich und ein weiteres Zuwarten mit der Gefahr einer bleibenden Schädigung verbunden.

■ Wie wird die Operation durchgeführt?

Der Eingriff erfolgt zumeist ambulant und in örtlicher Betäubung des Operationsgebiets oder des gesamten Arms. In bestimmten Fällen kann die Operation auch in Vollnarkose und stationär durchgeführt werden. Eine Blutsperrung wird von vielen Operateuren angewandt.

Während früher die Verlagerung des Ellenbogens in die Ellenbeuge üblich war, bevorzugt man heute in den meisten Fällen die einfache Dekompression, ohne dass der Nerv aus seinem Bett entfernt wird. Dieser Eingriff ist deutlich kleiner, hat weniger Risiken und führt meist zu dem gleichen Ergebnis wie die Verlagerung des Nervs. Die Dekompression kann bei entsprechender Erfahrung des Operateurs auch endoskopisch vorgenommen werden.

■ Wie lange muss der Arm nach der Operation geschont werden? Ist ein Gips erforderlich?

Bei der einfachen Dekompression ist eine Ruhigstellung nicht erforderlich. Das Ellenbogengelenk kann am nächsten Tag nach dem Eingriff wieder bewegt, sollte jedoch in den ersten Tagen nicht allzu sehr bela-

stet werden. Bei der Verlagerung des Nervs unter den Muskel (submuskulär) bevorzugen die meisten Operateure eine Ruhigstellung in einer (Gips-)Schiene für 2-3 Tage (bis zu maximal 4 Wochen).

Die Arbeitsunfähigkeit beträgt je nach Beruf durchschnittlich 2-4 Wochen, bei der Verlagerung eventuell länger. Bei Vorliegen einer Muskelschwäche kann eine krankengymnastische oder ergotherapeutische Übungsbehandlung sinnvoll sein.

■ Welche Komplikationen können auftreten?

Bei der einfachen Dekompression ist in der Regel mit solchen nicht zu rechnen. Wenn nach der Verlagerungsoperation die Beschwerden zunehmen, ist durch den Operateur bzw. den hinzugezogenen Neurologen die Frage eines Abknickens des Nervs zu prüfen. Bei einer postoperativen Anschwellung der Hand ist zunächst an einen strangulierenden Verband zu denken und dieser zu entfernen.

■ Wie lange braucht der Nerv zur Erholung?

Die Rückbildung der Beschwerden beansprucht in der Regel einen längeren Zeitraum, in fortgeschrittenen Fällen nicht selten bis zu einem Jahr. Wenn vor der Operation bereits für längere Zeit ein Muskelschwund bestanden hat, ist dieser nicht in allen Fällen rückbildungsfähig.

■ Können die Beschwerden erneut auftreten?

Nicht ungewöhnlich ist das erneute Auftreten von Symptomen nach einem längeren beschwerdefreien Intervall. Hier sind zunächst die Diagnose zu überprüfen und der neurographische Befund mit dem präoperativen zu vergleichen (möglichst durch denselben Untersucher). Die Entscheidung für einen zweiten Eingriff kann schwierig sein und sollte einem erfahrenen Operateur überlassen werden.