



Liebe Kolleginnen

und Kollegen,

der heutige HandBrief befasst sich mit zwei nicht so häufigen Nervenkompressionssyndromen der oberen Extremität. Sie sind seltener als Karpaltunnel- und Sulcus nervi ulnaris Syndrom, besitzen aber wegen der Verwechslungsgefahr mit anderen Erkrankungen klinische Relevanz.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Peter Hahn

und das Team der Handchirurgie

in der Vulpius Klinik

SELTENE NERVENKOMPRESSIONSSYNDROME

Fehlende Daumenbeugung – nicht immer ist es die Sehne Nervus-interosseus-anterior-Syndrom (Kiloh-Nevin-Syndrom)

Die lange Daumenbeugesehne, Flexor pollicis longus, ist ein wichtiger Motor des menschlichen Daumens. Bei unseren Vorfahren, den Affen fehlt er oder ist nur schwach ausgeprägt. Mehr noch als früher, weiß ihn heute jeder Handynutzer zu schätzen, denn ohne ihn lässt sich das Endglied des Daumens nicht aktiv beugen, das Schreiben von SMS ist daher nicht möglich.

Wenn sich der Daumen plötzlich nicht beugen lässt, denken viele Ärzte zuerst an eine Durchtrennung der Beugesehne, die auch ohne äußere Verletzungszeichen, bedingt durch Verschleiß entstehen kann. In einigen Fällen handelt es sich aber um eine wenig bekannte Erkrankung eines Endastes des N. medianus am Unterarm, der den Muskel des Flexor pollicis longus versorgt.

Bei diesem Nervenkompressionssyndrom (Kiloh-Nevin-Syndrom) kommt es zu einer Kompression des N. interosseus anterior, eines motorischen Astes des N. medianus unter der sehnigen Arkade des M. flexor digitorum superficialis oder einengenden Bindegewebsfasern distal des M. pronator teres. Ähnlich wie beim Karpaltunnelsyndrom wird der Nerv durch eine Einengung geschädigt. Da es sich um einen rein motorischen Endast handelt, treten keine Sensibilitätsstörungen auf.



Abb.1: Aufgehobener Spitzgriff bei N. int. anterior Syndrom

Wird die zugrundeliegende Störung nicht erkannt, führt dies zu unnötigen Operationen, die ohne Erfolg sind und dem Patienten schaden.

Leider sehen wir immer wieder Patienten, die in Unkenntnis der Erkrankung teilweise langstreckige Sehnenrevisionen erhalten, die natürlich erfolglos enden. Die Diagnose lässt sich aber bei Kenntnis der Erkrankung relativ einfach stellen. Klinisch imponiert der Ausfall des M. flexor pollicis longus und/oder des M. flexor digitorum profundus II, der Spitzgriff ist aufgehoben (Abb.1).



Abb. 2: Muskelkompressionstest



Abb. 3: Nerv nach Freilegung mit deutlichen Einschnürungen

Eine chirurgische Exploration kann durch einen einfachen klinischen Test vermieden werden. Drückt man den Muskel des flexor pollicis longus an seinem Ursprung gegen den Radius dann beugt sich bei intakter Sehne das Endglied des Daumens (Abb. 2). Eine elektrophysiologische Untersuchung mit einer Elektromyografie des M. flexor pollicis longus bestätigt die Verdachtsdiagnose. Die initiale Therapie kann, sofern kein Trauma mit direkter Kompression bekannt ist, konservativ sein. Wenn sich der Nerv und die Funktion nicht erholen, ist eine operative Revision mit proximaler Dekompression des Nerven erforderlich (Abb. 3).

Liegt keine makroskopische Läsion vor, sollte das Epineurium eröffnet werden um eine intraneurale faszikuläre Kompression auszuschließen („Bratwurstphänomen“).

WARTENBERG-SYNDROM

Schmerzen an der Speiche

Schmerzen über der distalen Speiche sind häufig durch eine Einengung des ersten Strecksehnenfachs (TVS De Quervain) bedingt. Bestehen gleichzeitig aber Sensibilitätsstörungen auf der Streckseite des Daumens, so muss man an eine Kompression des R. superficialis N. radialis denken. Dieser Nerv tritt im distalen Drittel unter der Sehne des M. brachioradialis von der Beugeseite auf die Streckseite (Abb. 4). Hier kann es zu einer Engstelle kommen. Neben den typischen klinischen Beschwerden lässt sich häufig ein Hoffmann-Tinel Zeichen über der Kompressionsstelle auslösen.

Die Behandlung ist primär konservativ mit kurzfristiger Schonung, Gabe von NSAR und ggfs. Steroidinjektionen. Bei persistierenden Beschwerden kann eine operative Dekompression erforderlich sein.

Ambulanzsprechstunden Handchirurgie

Mi 08:00 - 12:00 Uhr
Fr 08:00 - 11:00 Uhr

Privatsprechstunde Prof. Dr. Peter Hahn

Do 14:00 - 16:00 Uhr und
nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264/60-133
Fax 07264/60-257
online unter www.vulpiusklinik.de -
Ambulanz Sprechzeiten

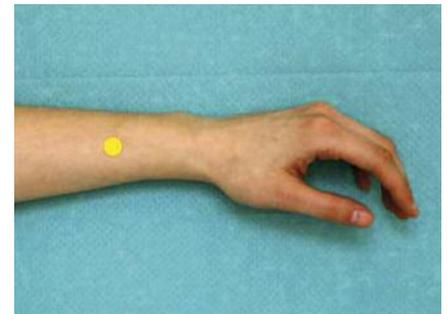


Abb. 4: Durchtritt des R. superficialis unter dem M. brachioradialis



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH
Prof. Dr. Peter Hahn
Bilder: Vulpius Klinik
Vulpiusstr. 29 74906 Bad Rappenau
handchirurgie@vulpiusklinik.de
www.vulpiusklinik.de