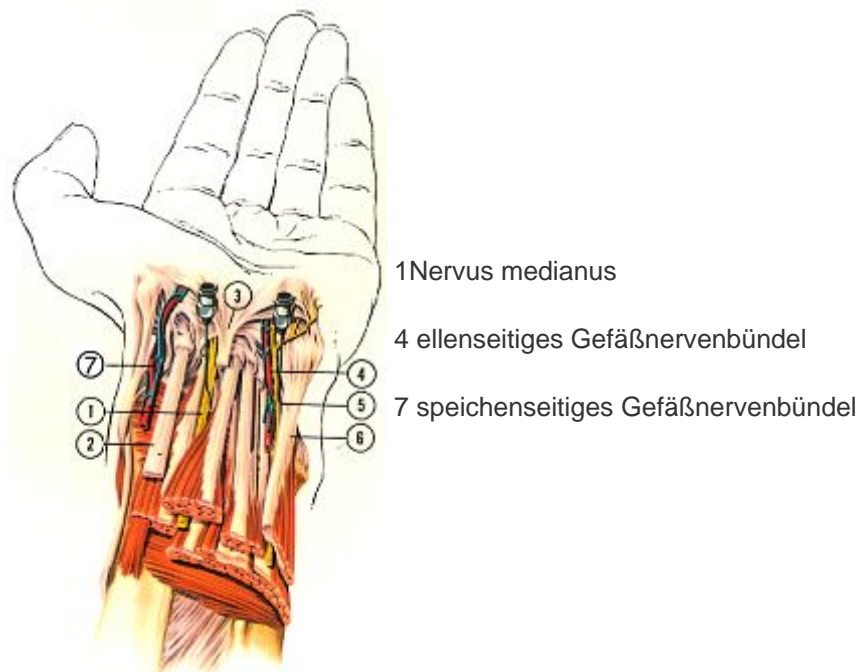


Karpaltunnelsyndrom

Hierunter versteht man eine "Nerveneinklemmung" an der Hand. In Höhe des Handgelenks spannt sich zwischen Daumen- und Kleinfingerballen ein breites Band aus. Dieses Band ist das Dach eines Kanals (Karpaltunnel), der u.a. einen wichtigen Handnerven - den Nervus medianus - enthält (siehe Abbildung) und viele Sehnen mit ihren Scheiden. Bei dieser Erkrankung wird der Kanal zu eng und es wird auf den Nerven Druck ausgeübt.

Ursachen sind meist Verdickungen der Sehnenscheiden nach Überlastung, Wasseransammlung (Ödem) während der Schwangerschaft oder auch nach Knochenbrüchen, die in Fehlstellung verheilt sind.



Der Nervendruck führt besonders nachts zu Kribbeln und Schmerzen in den ersten drei Fingern und manchmal im ganzen Arm. Schreitet die Erkrankung weiter fort, so entsteht ein dauerndes taubes Gefühl von Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger. Bei sehr lange anhaltendem Nervendruck kann es auch zu einem Schwund der Daumenballenmuskulatur kommen.

Therapie

Vermeidung von endgradiger Beugung und endgradiger Streckung (z.B. Fahrradlenker halten) des Handgelenkes. Vermeidung von Handgelenksarbeiten (z.B. Streichen, Schraubarbeiten). Hand unter kaltem Wasser ausschütteln. Muss viel an einer Tastatur gearbeitet werden, sollte man für eine gute Auflage der Arme sorgen. Regelmäßige Unterbrechungen und kurzes Aufstehen mit Bewegen der Hände sind hilfreich.

Nächtliche Lagerungsschiene. Cortisoninjektion in den Karpaltunnel. Faszienbehandlung nach FDM. Fraglich hilfreich ist die Einnahme von Vitamin B.

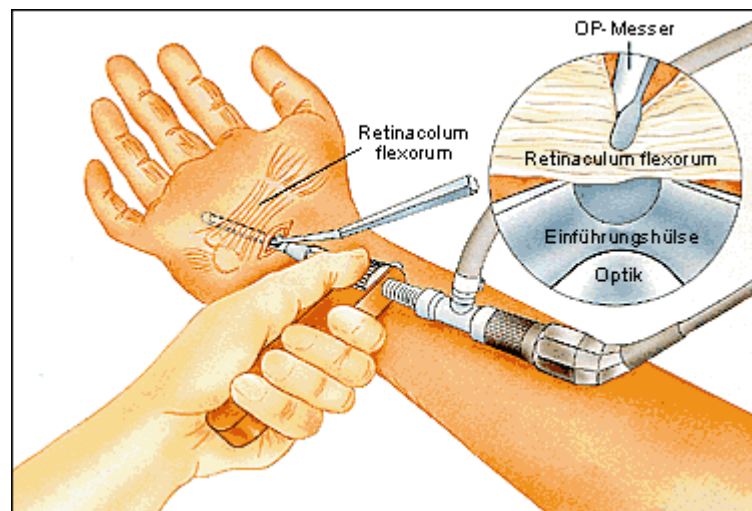
Kommt es zu keiner Besserung, kann die Operation erwogen werden, damit sich der Nerv erholen kann.

Operative Therapie

Zweck der Operation ist es den Karpalkanal zu erweitern. Hierbei wird das Band des Karpalkanals durchtrennt. Es bildet sich später ein neues Band ohne Einengung des Nerven. In fortgeschrittenen Fällen ist es notwendig, zusätzlich die verdickte Nervenwand zu dehnen und verdickte Sehnenscheiden zu entfernen.

In diesen Fällen ist die offene Operationstechnik vorteilhaft. Diese Methode hat den Vorteil, dass auch eine Neurolyse des Nerven durchgeführt werden kann.

In den anderen Fällen kann die endoskopische Karpalbandspaltung in der sogenannten Einportaltechnik durchgeführt werden. Hierzu wird der Hautschnitt ca. 1-2cm lang in der Beugefalte des Handgelenks angelegt. Wie dazu das Instrumentarium eingeführt wird, zeigt die untere Abbildung.



Welche Betäubung?

Eine Möglichkeit ist die Plexusanästhesie. Hier wird eine Injektion in die Achselhöhle vorgenommen. Nach ca. 45 Minuten -manchmal auch länger- ist dann der ganze Arm betäubt. Dieses Verfahren ist risikoärmer als eine Vollnarkose. Patienten schätzen besonders, dass sie keine Nüchternheitsgrenze einhalten müssen und die Betäubung noch mehrere Stunden nach der Operation anhält, so dass in dieser Zeit kein Schmerz spürbar ist. Auf Wunsch kann ein leichtes Schlafmittel gespritzt werden, so dass der Patient den Eingriff verschläft - ohne in Narkose zu sein.

Risiken

Keine Operation ist ohne Risiko. Allerdings sei voraus geschickt, dass die überwiegende Zahl der von erfahrenen Chirurgen operierten Patienten den Eingriff ohne Komplikationen übersteht und dass sich auch der gewünschte Erfolg einstellt. Die nachfolgende Aufzählung kann auch nur ein Überblick sein, da individuelle Risiken hier nicht berücksichtigt werden können.

In Ausnahmefällen kann es zu Störungen der Wundheilung oder zu einer schlechteren Beweglichkeit der Hand kommen. Theoretisch sind auch Verletzungen des Nervus medianus möglich. Sehr selten ist auch eine Störung der Feindurchblutung der Hand.

Die Möglichkeit, dass die Kompression des Nerven erneut auftritt besteht auch bei richtiger Operationstechnik. Dies kann z.B. durch eine überschießende Vernarbung bewirkt werden.

In der großen Mehrzahl der Fälle bessern sich die Symptome der Erkrankung erheblich. Dies gilt ganz besonders für den oft so quälenden Nachtschmerz.

Hat jedoch der Druck auf den Nerven sehr lange bestanden oder war er besonders stark ausgebildet, so erholt sich oft das geminderte Hautgefühl nicht mehr richtig. Dies gilt ganz besonders auch bei zuckerkranken Patienten.

Dies ist auch ein Grund, warum die Operation nicht zu spät durchgeführt werden sollte.

Behandlung nach OP

Für eine Woche muss ein gut gepolsteter Verband getragen werden. Ein Gipsverband ist in unserer Nachbehandlung nicht vorgesehen. Am 10. Bis 12. Tag nach der Operation werden die Fäden entfernt. Die Hand soll zwischenzeitlich bewegt aber nicht belastet werden. Belasten Sie die Hand zu früh wird sie schwellen und schmerzen.

Die operierte Hand sollte schrittweise über Wochen wieder an die normale alltägliche Belastung herangeführt werden.

Empfehlenswert ist auch die operierte Hand in den ersten Monaten mehrmals täglich mit einer fetthaltigen Creme einzureiben.

In der Regel wird die Nachsorge vom zuweisenden Arzt (Hausarzt) durchgeführt.

(weitgehend übernommen von www.dr-littich.de, mit freundlicher Genehmigung)

Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms nach den Leitlinien der AWMF = Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/index.html> und <http://leitlinien.net/>. Mit freundlicher Genehmigung der AWMF, Herrn Professor von Salis-Soglio.

Synonyme

Distales Medianuskompressionssyndrom, Handgelenkstunnelsyndrom, Brachialgia paraesthetica nocturna,

Abkürzungen

EMG	Elektromyographie
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
SNAP	sensibles Nervaktionspotential
MR, MRT	Magnetresonanztomographie
dmL	Distal-motorische Latenz
N.	Nervus
ms	Millisekunde
m/s	Meter pro Sekunde
KTS, CTS	Karpaltunnelsyndrom, Carpal tunnel syndrome
NVL	Nationale Versorgungsleitlinien
AAEM	American Association of Electrodiagnostic Medicine

Inhaltsverzeichnis

1. Methodische Grundlagen
2. Definition
3. Vorkommen/Häufigkeit
4. Ursache/Pathogenese
5. Symptome
6. Begleiterkrankung
7. klinische Untersuchung
8. Elektrophysiologische Diagnostik
 - o 8.1 motorische Neurographie
 - o 8.2 sensible Neurographie
 - o 8.3 zusätzliche neurographische Untersuchungen
 - o 8.4 diagnostische Besonderheiten
9. Weitere (fakultative) Zusatzdiagnostik
10. Differenzialdiagnosen
11. Behandlung
 - o 11.1 konservative Behandlung
 - o 11.2 operative Behandlung
12. Nachbehandlung
13. Prognose und Verlauf
14. Komplikationen
15. Revisionseingriffe
16. Klinischer Algorithmus
17. Literatur
18. Verfahren zur Konsensbildung

1. Einleitung / Methodische Grundlagen

Die Leitlinie richtet sich an die in der Versorgung von Patienten mit diesem Krankheitsbild tätigen Gesundheitsberufe. Zum Verständnis dieser Leitlinie sind medizinische Vorkenntnisse erforderlich. Neben dieser Langversion sind eine Kurzversion und eine Patientenversion verfügbar. Die Entstehung der Leitlinie wird in einem gesondert publizierten Leitlinienreport beschrieben.

Die Leitlinie soll die derzeit aktuellen Methoden in Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms darstellen. Wegen der großen praktischen Bedeutung (häufigstes Kompressionssyndrom eines peripheren Nervs und zweithäufigster ambulanter Eingriff in Deutschland) ergab sich die Notwendigkeit einer fachübergreifenden "evidenz"basierten S3-Leitlinie, die die bisherigen S1- und S2-Leitlinien von drei Fachgesellschaften ersetzt. Bei der Erstellung wurden die Empfehlungen des Nationalen Programms für Versorgungsleitlinien (NVL-Methodenreport Juli 2004) berücksichtigt.

Sofern die Daten in der wissenschaftlichen Literatur "evidenz"-basierte Aussagen zur Diagnose und Behandlung ermöglichen, wurde der daraus resultierende Empfehlungsgrad hervorgehoben. Bei konkurrierenden Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bedeutet ein hoher Empfehlungsgrad für eine einzelne Maßnahme nicht zwangsläufig, dass sie allen anderen Methoden überlegen ist. Die "Evidenz"aussage bezieht sich auf die untersuchte Fragestellung. Oft fehlen aber entsprechende Studien für die anderen Methoden/Maßnahmen oder zum Vergleich der Methoden. Eine Unwirksamkeit oder Unterlegenheit kann nur bei explizitem Nachweis als gesichert angesehen werden.

Auf der Basis der "Evidenz"grade (d.h. der Nachweisstärke der Effektivität) 1-5 für die einzelnen Aussagen der Literaturrecherche erfolgt im Leitlinienentwicklungsprozess die Festlegung der Empfehlungsgrade A, B oder 0 gemäß den Empfehlungen des Nationalen Versorgungsprogramms für die Versorgungsleitlinien [NVL 2004].

Die Empfehlungsgrade A, B, 0 bedeuten:

A	Starke Empfehlung
B	Empfehlung
O	Empfehlung offen

Die zugehörigen "Evidenz"grade 1-5 sind im Text bei den jeweiligen Literaturzitat in [Fettdruck] angegeben.

Über die Einstufung muss innerhalb der Expertengruppe ein Konsens hergestellt werden. Es kann vorkommen, dass im Einzelfall bei der Festsetzung des Empfehlungsgrades von dem "Evidenz"Grad abgewichen wird. Dies gilt insbesondere für bestimmte operative Techniken wie endoskopische Verfahren oder Kurzinzisionen, die eine besondere Erfahrung des Operateurs erfordern bzw. voraussetzen oder bei einstimmiger Expertenmeinung. Im Allgemeinen basieren jedoch die Empfehlungsgrade auf folgenden "Evidenz"graden (Center of Evidence based Medicine, Oxford 2001):

Empfehlungsgrad	"Evidenz"grade für Therapiestudien	Typen von Literaturstudien
A	1a	Systematisches Review randomisierter kontrollierter Studien
	1b	mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT)
B	2a-b	Systematisches Review von vergleichenden Kohortenstudien
	3a-b	Systematisches Review von Fall-Kontrollstudien oder mindestens eine gut geplante kontrollierte Studie
O	4	Fallserien und mangelhafte Fall-Kontrollstudien, begründete Expertenmeinung
	5	Meinungen ohne explizite kritische Bewertung

Empfehlungsgrad	"Evidenz"grade für Diagnosestudien	Typen von Literaturstudien
A	1a	Systematisches Review guter Diagnose-Studien vom Typ 1b
	1b	Studie an einer Stichprobe der Zielpopulation, bei der bei allen Patienten der Referenztest unabhängig, blind und objektiv eingesetzt wurde
B	2a-b	Systematisches Review von Diagnosestudien oder mindestens eine, bei der an einer selektierten Stichprobe der Zielpopulation der Referenztest unabhängig, blind und unabhängig eingesetzt wurde
	3a-b	Systematisches Review von Diagnosestudien oder mindestens eine, bei der der Referenztest nicht bei

		allen Personen eingesetzt wurde
○	4	Fall-Kontrollstudie oder Studien mit nicht objektiv, blind oder unabhängig eingesetztem Referenztest
	5	Meinungen ohne explizite kritische Bewertung

2. Definition

Beim Karpaltunnelsyndrom (KTS) handelt es sich um ein Beschwerdebild aufgrund einer Druckschädigung des N. medianus (Mittelnerv) im Karpaltunnel (knöchern - bindegewebiger Kanal an der Handwurzel) durch ein Missverhältnis zwischen Weite und Inhalt des Tunnels. Leitsymptom: "Hände schlafen ein".

3. Vorkommen / Häufigkeit

Das KTS ist das häufigste Engpass-Syndrom eines peripheren Nervs. Die divergierenden epidemiologischen Daten beruhen auf dem Fehlen einer einheitlichen und allgemein akzeptierten Klassifikation (und Stadieneinteilung). Es besteht allenfalls Übereinstimmung darin, dass die Kombination von elektrodiagnostischem Befund und typischer klinischer Symptomatik die beste Grundlage für eine Klassifikation wäre (Rempel et al 1998). Untersuchungen der erwachsenen Bevölkerung Südschwedens ergaben dort eine Häufigkeit (Prävalenz) von 14,8% für die typischen Symptome des KTS und von 4,9% für die elektroneurographisch verifizierten Fälle (Atroshi et al. 1999). Die Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen) wurde mit 3,45 Fällen auf 1000 Einwohner und Jahr angegeben (Nordstrom et al 1998) bzw. 3,3 Fällen in einer italienischen Studie (Mondelli et al 2002). Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer (72% Frauen: Geoghegan et al 2004), ebenso Übergewichtige im Vergleich mit Normalgewichtigen (Atroshi et al 1999, Nathan et al 2005, Stallings et al 1997).

Das Erkrankungsalter liegt vorwiegend zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr, aber auch bei Jugendlichen und in sehr hohem Alter kommt das KTS vor. Bei Kindern ist es selten (Lamberti u. Light 2002). Das Syndrom tritt häufig beidseits auf mit einer Prävalenz von 80% (Rosenbaum u. Ochoa 2002, Padua et al 1999a). Beidseitige Behandlungsbedürftigkeit besteht bei mehr als 50% der Fälle. Die Prävalenz in der Gravidität wird mit 17% (Bahrami et al 2005) bzw. 43% in einer italienischen Multicenterstudie (Padua et al 2001, Pazzaglia et al. 2005 [1b]) angegeben, bei Dialyse-Patienten mit 32% (Kessler et al 1992).

4. Ursache/Pathogenese

Voraussetzung für die Entstehung des Krankheitsbildes ist ein anatomischer Engpass (Bekkelund u. Pierre-Jerome 2003, Bleecker et al 1985) als konstitutionelle Variante (Kamolz et al 2004) oder eine Variante des Os hamatum (Chow et al 2005). Es gibt Hinweise auf eine familiäre Häufung (Assmus 1993, Radecki 1994). Auslöser für die klinische Symptomatik ist eine Volumenzunahme des Tunnelinhalts.

Ursachen dieser Volumenvermehrung sind

- Schwellungszustände des Sehngleitgewebes bei degenerativen, rheumatischen, hormonellen und stoffwechselbedingten Erkrankungen (Myxödem, Akromegalie, Gicht, Mukopolysaccharidose u.a.), in der Gravidität oder überlastungsbedingt
- Traumata (Radiusfraktur, Handwurzelluxation, posttraumatische Handgelenksarthrose mit Osteophyten, Einblutung)
- Handgelenksarthrose anderweitiger Ursache
- tumoröse und tumorähnliche Raumforderungen (Lipome, Ganglien, Osteophyten)
- multifaktoriell bei Dialysepatienten

Sehr selten manifestiert sich das KTS bereits im Kindesalter (Van Meir u De Smet 2003): Ursachen sind hier meist Stoffwechselstörungen wie z.B. Mukopolysaccharidose oder angeborene Fehlbildungen (z.B. Lipofibromatose).

Eine selten auftretende Sonderform stellt das "akute" KTS dar. Es ist nach Traumata,

Handphlegmonen, Ödem und Blutungen zu beobachten. Liegt unmittelbar nach einer distalen Radiusfraktur oder deren osteosynthetischer Versorgung eine N. Medianus - Symptomatik vor, ist immer auch an eine direkte Nervläsion zu denken.

Die komplexe Pathogenese stellt sich (in vereinfachter Form) folgendermaßen dar: Eine Druckerhöhung im Karpalkanal führt zur Kompression der Venolen, später auch der Arteriolen und Kapillaren des Epi- und Perineuriums mit konsekutiver Ischämie des N. medianus und Ausbildung eines intraneuralen Ödems, das eine fokale Demyelisierung auslöst. In der Folge resultieren Nervenfasernläsionen, wobei die dicken markhaltigen Fasern als erste geschädigt werden. Die geläufige nächtliche Symptomzunahme wird auf das Abknicken des Handgelenks während des Schlafes zurückgeführt, das den Druck im Karpalkanal zusätzlich erhöht und die Durchblutung weiter drosselt. In den ödematös geschwollenen Nerv sprossen Fibroblasten ein, die zur Fibrosierung und zur weiteren Schädigung der Nervenfasern mit Axondegeneration führen. Das Ausmaß der Nervschädigung ist abhängig von Stärke und Dauer der Kompression.

5. Symptome

Eine leichte Kompression des N. medianus im Karpaltunnel führt zunächst zu Reizsymptomen. Die Brachialgia paraesthetica nocturna oder das nächtliche "Einschlafen der Hände" ist typisches Erstsymptom und nahezu pathognomonisch für das KTS. Die häufig schmerzhaften Kribbelparästhesien oder nadelstichartigen Missempfindungen betreffen vorwiegend die mittleren Finger, später auch Daumen und Zeigefinger mit Schmerzausstrahlung in den Arm. Par- und Dysästhesien treten besonders nachts oder gegen Morgen auf, aber auch tags bei bestimmten Tätigkeiten (Rad- und Motorradfahren, Zeitung Lesen, Telefonieren, Stricken usw.) und lassen sich durch "Ausschütteln" und Reiben, sowie Pumpbewegungen der Finger, Stellungsänderung des Arms bzw. der Hand, Halten unter kaltes Wasser usw. bessern oder beseitigen. Durch Ruhigstellung des Handgelenks mittels einer Schiene können die nächtlichen schmerzhaften Parästhesien vermieden bzw. abgemildert werden.

Als Ausdruck einer zunehmenden Medianusschädigung wird das Auslösen elektrisierender Missempfindungen ("elektrische Schläge") durch Greifbewegungen oder eine permanent anhaltende Missempfindung ("die Finger kribbeln ständig") angesehen.

Bei weiterem Fortschreiten des Krankheitsbildes kommt es zu Ausfallserscheinungen mit einer zunehmenden Hypästhesie einschließlich Beeinträchtigung der Stereoästhesie ("Finger taub", "kann keine feinen Handarbeiten mehr machen").

Im Spätstadium, meist von dem Patienten nicht bemerkt, findet sich eine Atrophie des seitlichen Daumenballens (Mm. Abductor pollicis brevis und opponens pollicis) mit Abspreiz- und Oppositionsschwäche des Daumens. Nur selten werden auch vegetative Störungen in Form von trophischen Haut- und Nagelveränderungen beobachtet.

Der Verlauf kann sehr unterschiedlich sein. Viele Patienten haben über Jahre nur relativ geringfügige Beschwerden mit längeren beschwerdefreien Intervallen. Ein erneutes Auftreten oder eine Zunahme der Beschwerden wird in der Regel beobachtet nach manueller Überlastung (z. B. schwere Gartenarbeit, Hausbau/Renovierung usw.), in der Gravidität oder nach Verletzungen (Radiusfraktur) u.a.

6. Begleiterkrankung

Eine Tendovaginitis stenosans ("Schnappfinger") und deren Vorstadien mit vermehrter Morgen-Steifigkeit der Finger oder schmerzhaftem und inkomplettem Faustschluss ist eine häufige und praktisch wichtige, meist behandlungsbedürftige Begleiterkrankung und kommt in mehr als 16% der Fälle gleichzeitig mit einem KTS vor (Assmus 2000).

7. klinische Untersuchung

Obwohl die Diagnose häufig bereits aufgrund der Anamnese gestellt werden kann, ist die klinische Untersuchung zur Sicherung der Diagnose und Dokumentation der Schwere der Erkrankung, zur Stellung der Operationsindikation und aus differenzialdiagnostischen Erwägungen unentbehrlich. Dafür stehen folgende Untersuchungstechniken zur Verfügung:



- *Inspektion und Palpation* vorzugsweise zur Erkennung oder zum Ausschluss einer Muskelatrophie. Hierbei ist zu beachten, dass eine beginnende Atrophie des lateralen Thenar (evtl. durch subkutanes Fettgewebe verdeckt), besser palpatorisch und im Seitenvergleich feststellbar ist. Das gleiche gilt für eine verminderte Schweißsekretion, die allerdings nur bei hochgradiger Nervschädigung zu beobachten ist. *Vorsicht:* Durch eine Daumensattelgelenksarthrose (Rhizarthrose) kann eine (neurogene) Thenaratrophie vorgetäuscht werden (s. auch "*Prüfung der Motorik*")!



- *Prüfung der Oberflächensensibilität* (Berührung mit Wattebausch) und *der Stereoästhesie* (Zweipunktgediskrimination, Aufsammeln und Erkennen von Münzen oder Büroklammern)



- Bei der *Prüfung der Motorik* ist auf eine Abduktions- und Oppositionsschwäche des Daumens zu achten, die ein Spätsymptom darstellt. Das "Flaschenzeichen" erlaubt eine gute Beurteilung der Funktion des M. abductor pollicis brevis und gilt als empfindlichster Indikator einer motorischen Läsion beim KTS (Rosenbaum u. Ochoa 2002, S. 37).

Vorsicht: Eine Adduktionskontraktur des Daumens bei Rhizarthrose kann ein positives Flaschenzeichen vortäuschen.



- Fakultativ sind *Provokationstests*: Am geläufigsten sind der Phalen-Test und das Hoffmann-Tinel-Zeichen (MacDermid u. Wessel 2004, Rosenbaum u. Ochoa 2002), weniger gebräuchlich sind Druck- bzw. Tourniquet-Tests wie z.B. der Durkan-Test (Richter u. Brüser 1999). Die diagnostische Wertigkeit der Tests wird unterschiedlich beurteilt (Gunnarson et al 1997, MacDermid u. Wessel 2004, Massy-Westropp et al 2000, Richter und Brüser 1999). Die Provokations-Tests liefern im Frühstadium der Erkrankung wichtige Hinweise auf einen Reizzustand des N. medianus, wenn andere klinische und diagnostische Tests negativ ausfallen (Rosenbaum u. Ochoa 2002). Sie sind jedoch weniger sensitiv und zuverlässig als die elektrophysiologische Diagnostik (Buch-Jaeger u. Foucher 1994, de Krom et al. 1990, Kaul et al 2001, Mondelli et al. 2001a).

8. Elektrophysiologische Diagnostik

Die sensible und motorische Neurographie sind empfindliche und zuverlässige Methoden zum Nachweis des chronischen KTS. Leitbefund ist die reduzierte Nervenleitgeschwindigkeit des N. medianus im Karpaltunnel als Folge der Demyelinisierung. Entwickelt sich in fortgeschrittenem Stadium ein Axonschaden, so führt dieser zusätzlich zu erniedrigten Amplituden der Reizantworten.

Sensitivität und Spezifität der einzelnen Untersuchungen steigen deutlich bei intraindividuellem Vergleichsmessung mit nicht betroffenen Nerven oder Nervsegmenten.

Voraussetzung für reproduzierbare und valide Messungen sind einheitliche Untersuchungsbedingungen und Einstellungen der Messgeräte gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (DGKN). (Stöhr 2005):

1. Einsatz geeigneter geeichter EMG-Geräte der MedGV entsprechend
2. Hinreichende Expertise des Untersuchers (z.B. EMG-Zertifikat der DGKN)
3. Beachtung der empfohlenen Geräteeinstellungen
4. Messung, ggfls. Korrektur der Hauttemperatur auf 34 Grad C.
5. Exakte Messung der Distanzen

A

Prinzipiell ist die elektrophysiologische Diagnostik als relevante Methode zum zuverlässigen Nachweis eines KTS zu empfehlen (AAEM 2002 [1a]). Folgende Messungen stehen zur Verfügung:

8.1 Motorische Neurographie:

Bestimmung der *distal-motorischen Latenz* des N. medianus (*im Vergleich zur motorischen Latenz des N. ulnaris der betroffenen Hand*) ist einfach durchzuführen und zuverlässig. Bei einer Distanz von 6,5 cm ist ein Wert von $> 4,2$ ms pathologisch. Die distal motorische Latenz des N. ulnaris darf dann einen Grenzwert von 3,3 ms nicht überschreiten. Die Spezifität dieser Messung ist relativ hoch, die Sensitivität jedoch nur gering (AAEM 2002). Die Untersuchung des N. medianus sollte immer den Unterarmabschnitt des Nervs mit einbeziehen, beidseits erfolgen und vorzugsweise auf der symptomatischen Seite auch für N. ulnaris durchgeführt werden.

8.2 Sensible Neurographie

Bei grenzwertigem oder nicht eindeutigem Befund ist zusätzlich eine sensible Neurographie erforderlich. Hierbei stehen zwei Methoden zur Auswahl:

- a. Sensible NLG des N. medianus im Segment DIII-Handgelenk (antidrom oder orthodrom) (Atroshi et al. 2003 [2a], Aygul et al 2005, Kothari et al 1995, Macdonell et al 1990). Bei einer Normtemperatur von 34 Grad und mittlerem Lebensalter (< 60 J.) ist der Grenzwert 46,9 m/s. Im Vergleich zum N. ulnaris (Kleinfinger - Handgelenk) (Grenzwert 44,6 m/s) weist eine Differenz der NLG > 8 m/s eine hohe Spezifität von 98% auf. Die Sensitivität ist mit 89% ebenfalls hoch (AAEM 2002).
- b. Nicht ganz so empfindlich, jedoch schneller durchführbar ist der Vergleich der sensiblen Potentiale am Ringfinger, der keine Temperaturkorrektur erfordert. Hierbei werden die Latenzen der sensiblen Nervenaktionspotentiale (SNAP) des N. medianus und des N. ulnaris antidrom vom Ringfinger abgeleitet und miteinander verglichen (Behse und Masuhr 2002, Charles et al 1990, Jackson u. Clifford 1989, Johnson et al 1981, Kuhlman u. Hennessy 1997, Schuhfried et al. 2004, Seror 1994, Uncini et al 1989, Uncini et al 1993). Eine Latenzdifferenz von $> 0,5$ ms ist pathologisch. Die Spezifität dieser Messung beträgt 97%, die Sensitivität 85% (AAEM 2002).

8.3 Zusätzliche neurographische Untersuchungen

Sollte trotz dieser Messungen noch keine eindeutige diagnostische Einordnung möglich sein, ist die intraindividuelle Messung einzelner Nervensegmente die sensitivste, aber aufwändigste Methode (Bischoff 2004, Chang et al 2002b):

- sensible/gemischte NLG des N. medianus in kurzen Segmenten (8 cm) Finger - Hohlhand im Vergleich zu Hohlhand - Handgelenk (Padua et al 1999 b, Sander et al 1999). Werte der NLG-Differenz > 8 m/s sind signifikant.
- Sensible/gemischte NLG in kurzen Segmenten von 8cm des N. medianus und ulnaris im Vergleich. Als pathologisch werden Latenzen $> 1,8$ ms oder Differenzen $> 0,5$ ms gewertet. Die Spezifität beträgt 98%, die Sensitivität 71% (AAEM 2002).
- Ähnlich empfindlich ist die vergleichende Untersuchung der distal motorischen Latenz des N. medianus bei Ableitung in der Hohlhand über dem medianusinnervierten M. lumbricalis II und dem ulnarisinnervierten M. interosseus dorsalis II nach Stimulation des N. medianus und N. ulnaris bei identischer Distanz (Vogt et al 1997). Eine Latenzdifferenz $> 0,6$ ms ist pathologisch. Die Spezifität dieser Messung beträgt 98%, die Sensitivität liegt bei 87% (AAEM 2002).

8.4 Diagnostische Besonderheiten:

- Eine *Überbewertung* eines pathologischen neurographischen Befundes, insbesondere dann, wenn die klinische Symptomatik nicht zum Bild eines KTS passt, kann zu einer fehlerhaften Diagnose bzw. Indikationsstellung führen. Das gleiche gilt für fehlerhafte

Untersuchungen wie die submaximale Stimulation oder die versehentliche Mitstimulation des N. ulnaris, letztere insbesondere dann, wenn die Messwerte für den N. medianus bei hochgradiger Atrophie des Ableitemuskels nicht mehr eindeutig ablesbar sind.

- Wegen der Möglichkeit eines bds. KTS und einer *systemischen Affektion* des peripheren Nervensystems (z.B. einer Polyneuropathie) sollte stets die motorische und sensible Neurografie auch des ipsilateralen N. ulnaris und des kontralateralen N. medianus durchgeführt werden (vorzugsweise als intraindividuelle Vergleichsmessungen).
 - *Innervationsanomalien (Martin-Gruber-Anastomose u.a.)* haben Einfluss auf die Messung. Deren Kenntnis ist Voraussetzung für eine sichere Interpretation der Befunde.
 - Bei dem seltenen "*akuten*" KTS: kann auch nur ein Leitungsblock nachweisbar sein.
9. Weitere (fakultative) Zusatzdiagnostik



- Die *Elektromyographie* des M. abductor pollicis brevis ist routinemäßig nicht erforderlich, sondern nur zum Nachweis einer axonalen Läsion (AAEM 2002 [1a]), oder bei technischen Schwierigkeiten (Innervationsanomalie, Thenaraplasie, fortgeschrittener Muskelatrophie oder pathologisch erhöhter Reizschwelle des N. medianus).
- *bildgebende Untersuchungen* sind in der Regel entbehrlich, haben aber ihren Stellenwert in der Diagnose und Differenzialdiagnose von Begleiterkrankungen.



- Eine Röntgennativuntersuchung des Handgelenks ist bei klinischem Verdacht auf Arthrose bzw. knöchernen Veränderungen nützlich, hat jedoch nur selten eine unmittelbare therapeutische Konsequenz (Bindra et al 1997)



- Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist allenfalls bei Tumorverdacht zu empfehlen, für die Diagnostik des KTS ist die Methode zur Zeit noch weniger geeignet. Die Sensitivität liegt bei 96%, die Spezifität beträgt jedoch lediglich 33-38% (Jarvik et al 2002 [2b]). Morphologische und Lage-Veränderungen des Nervs lassen sich mit dem MRT gut darstellen (Uchiyama et al 2005) und möglicherweise für die Diagnose des KTS-Rezidivs nutzen (Wu et al 2004).



- Mit der hochauflösenden Sonographie können die Weite des knöchernen Karpalkanals (Beekman u Visser 2003 [3], Nakamichi u Tachibana 2002 [3]) und zystische Veränderungen (z.B. ein Ganglions im Karpaltunnel) sichtbar gemacht werden. Kele et al (2003) fanden im Vergleich mit der Neurographie eine Sensitivität von 89,1% und eine Spezifität von 98%. Die Sonographie ist stark abhängig von der Erfahrung des Untersuchers. Mit weiter verbesserter Auflösung könnte die Methode größere Bedeutung bekommen (El Miedany et al 2004, Jarvik et al 2004, Lee et al 2005, Wong et al 2004, Yesildag et al 2004, Ziswiler et al 2005)
- Als Ersatz für eine elektrophysiologischen Untersuchung wurden Patientenfragebögen und klinische Tests empfohlen (Kamath u. Stothard 2003,). Die Datenlage erlaubt jedoch keine allgemeine Empfehlung.

10. Differenzialdiagnosen

Die häufigsten Differenzialdiagnosen sind:

- zervikale Radikulopathie der Wurzeln C6 und C7
- Polyneuropathie.

Seltenere Differenzialdiagnosen umfassen:

- Läsionen oder anderweitige Kompressionen des N. medianus (Pronator-Syndrom, Thoracic-outlet-Syndrom, Skalensyndrom)
- Spinale Erkrankungen (zervikale Myelopathie, Syringomyelie, spinale Muskelatrophie,)
- Nicht-neurogene bzw. anderweitige Erkrankungen (Unterarm-Kompartiment-Syndrom, Polymyalgie, Raynaud-Syndrom, Borreliose u.a.)




Bei atypischen Beschwerden, oft durch Überlagerung mehrerer Krankheitsbilder bedingt, sind differenzialdiagnostische Erörterungen und eine erweiterte Elektrodiagnostik (Witt et al 2004) zwingend erforderlich! So kann das KTS zusammen mit einer radikulären Symptomatik oder Polyneuropathie auftreten; hier ist eine möglichst genaue Abwägung der überwiegenden bzw. im Vordergrund stehenden Ursache erforderlich. Hier kann auch eine probeweise nächtliche Schienung des Handgelenks oder die Injektion eines Kortikosteroid-Präparats in den Karpaltunnel sinnvoll und bei der Indikationsstellung zur Operation nützlich sein (Green 1984), wobei eine adäquate Injektionstechnik beachtet werden muss (s. auch 11.1).

11. Behandlung

Behandlungsbedürftigkeit besteht bei häufig auftretenden oder anhaltenden typischen Beschwerden/Symptomen, nicht jedoch bei pathologischem elektrophysiologischer Befund ohne klinische Symptome.

11.1 konservative Behandlung

Im Frühstadium der Erkrankung, wenn lediglich Reizsymptome wie z.B. nächtlichen Parästhesien bestehen (Kapitel 4), ist ein konservativer Behandlungsversuch gerechtfertigt. Hier stehen folgende Verfahren zur Verfügung:

-  eine nachts anzulegende palmare *Handgelenksschiene* (O'Connor et al 2003 [1a], Werner et al 2005 [1b]).
-  orale Verabreichung eines *Kortikoid-Präparats* (O'Connor et al 2003 [1a] dessen Anwendung *auf zwei Wochen begrenzt* werden sollte (Chang et al 2002a [1b]). In Deutschland ist hierüber wenig Praxiserfahrung vorhanden.
-  eine *lokale Infiltration von Kortikoid-Kristallsuspension* in den Karpaltunnel, die gegenüber der oralen Gabe einen besseren Effekt aufweist (Marshall et al 2002 [1a]). Ihre Wirkung ist für einen Zeitraum von acht Wochen vergleichbar einer Kombination aus einer entzündungshemmenden Medikation und Schiene (Graham et al 2004 [2b], Marshall et al 2002 [1a]). Sie kann kurzfristig sogar rascher zu Besserung führen als die operative Behandlung (Ly-Pen et al 2005). In der Langzeitwirkung sind die Schiene (Sevim et al 2004) ebenso wie die Operation (Armstrong et al 2004 [1b]) aber überlegen, sodass Mehrfachinjektionen nicht zu empfehlen sind. Diese bergen ebenso wie eine unzulängliche Injektionstechnik das Risiko einer Nerv-

oder Sehnenschädigung!

In einer systematischen Literaturübersicht (O'Connor et al 2003 [1a]) werden weitere konservative Behandlungsverfahren aufgeführt:

- lokale Ultraschalltherapie, die allerdings nur nach mehrwöchiger Anwendung (etwa sieben Wochen) einen Effekt zu zeigen scheint.
- und andere wie Yoga, Handwurzelmobilisation, Nervengleitübungen, Magnettherapie, die allenfalls eine zeitlich begrenzte Wirkung haben, und somit nicht empfohlen werden können (Muller et al 2004).
- Die Gabe von *entzündungshemmenden, nichtsteroidalen Medikamenten* ist weit verbreitet und soll daher erwähnt werden. Die gegenwärtige Datenlage zeigt aber keinen anhaltenden signifikanten Effekt gegenüber Placebo. Dies gilt auch für Diuretika, Vitamin B6-Präparate (O'Connor et al 2003) und Laser-Behandlung (Irvine et al 2004).

11.2 operative Behandlung



Die operative Behandlung ist bei entsprechender Indikationsstellung (s. unten) konservativen Maßnahmen eindeutig überlegen (Gerritsen et al. 2002 [1b], Katz et al. 1998 [2b], Verdugo et al. 2003 [1a])

Der Eingriff wird in der Regel ambulant (aus Patienten bezogenen Gründen auch stationär) durchgeführt.

Anästhesie-Optionen sind die lokale Infiltrationsanästhesie (mit feiner Nadel: Watts u. Mceahan 2005), die i.v.-Regional- oder Plexusanästhesie oder Allgemeinnarkose. Neben der Retinakulumspaltung können in der gleichen Sitzung Begleiterkrankungen mitbehandelt werden wie z.B. die Ringbandspaltung eines oder mehrerer Finger bei Tendovaginitis stenosans (s. Kapitel 5) oder die Beseitigung pathologischer Veränderungen im Karpaltunnel. Der Eingriff ist auch beiderseits in einer Sitzung möglich (Acharya et al 2005). Die Entscheidung hierzu ist jedoch dem Einzelfall anzupassen.

Ziel des Eingriffs

ist die Dekompression des N. medianus durch vollständige Retinakulumspaltung, auch der Anteile proximal der Handgelenksbeugefurche einschließlich des Ligamentum carpi palmaris unter Schonung atypischer motorischer Äste, sowie des Ramus palmaris n. medianus und seiner Seitenäste. Der Eingriff sollte wegen der damit einhergehenden Risiken nur durch einen hierfür ausgebildeten und erfahrenen Operateur vorgenommen werden.

Indikation zur Operation:

Bei *anhaltenden sensiblen und/oder motorischen Ausfallserscheinungen* wie Beeinträchtigung der Stereoästhesie und Nachlassen der Abduktions- und Oppositionskraft des Daumens bzw. einer Thenaratrophy sowie bei relevanten, den Patienten beeinträchtigenden oder durch konservative Behandlung) nicht gebesserten, insbesondere schmerzhaften Parästhesien besteht eine Operationsindikation.



Die Operation ist bei überlagernder *diabetischer Polyneuropathie* indiziert und wirksam (Aszmann et al. 2000 [3]).



Die Operation ist auch bei Schwangeren zu empfehlen, wenn Ausfallserscheinungen vorliegen (Assmus u. Hashemi 2000 [3], zumal - häufiger als bisher angenommen - in mehr als 50% die Beschwerden postpartal anhalten bzw. später erneut auftreten können (Padua et al 2002).

O

Auch bei einem manifesten *Komplexen Regionalen Schmerzsyndrom (CRPS)* und gleichzeitigem KTS kann unter ausreichender Analgesie die Retinakulumspaltung, die zu sofortiger Schmerzreduktion führt, indiziert sein (Grundberg u. Reagan 1991 [3b], Monsivais 1993 [3]). Ebenso ist nach *Operation eines Mamma-Karzinoms* eine ipsilaterale KTS-Operation (auch in Blutsperrung) ohne erhöhtes Risiko möglich (Assmus u. Staub 2004 [3b]).

O

Die operative Behandlung führt in *sehr fortgeschrittenen Fällen* (sog. "ausgebranntes" KTS) häufig noch zu einem befriedigenden Ergebnis (Mondelli et al 2001b [3b], Nolan et al 1992 [4]), auch wenn die Thenaratrophy meist nicht mehr rückbildungsfähig ist.

B

In hohem Alter profitieren die Patienten ebenfalls von einem Eingriff (Hobby et al 2005 [3b], Townshend et al 2005 [3b], Weber et al 2005 [2b]). Eine *gleichzeitige radikuläre Irritation* oder Läsion schließt eine operative Indikation nicht aus. Man sollte den Patienten aber darauf hinweisen, dass der Behandlungserfolg (aus der Sicht des Patienten) möglicherweise ungenügend ist. Für eine adäquate präoperative Aufklärung des Patienten bezüglich Operationstechnik, Verlauf, Risiken und möglicher Komplikationen ist Sorge zu tragen. Die Aufklärung ist noch am Operationstag zulässig, wenn dem Patienten die Möglichkeit einer eigenständigen Entscheidung eingeräumt wird (BGH-Urteil 1994).

Operative Verfahren:

Zwei Methoden der operativen Behandlung sind etabliert:

- f. die offene Retinakulumspaltung
Hierbei ist Folgendes zu beachten:

B

- *Blutsperrung/-leere* ist ratsam. Die Notwendigkeit wird kontrovers beurteilt (s. Methodenreport). Sie erleichtert sicherlich schwierige Präparationen z.B. im Rahmen von Revisionseingriffen aber auch bei Innervationsanomalien.
- Die *Inzision* muss ausreichend groß sein, um eine gute Übersicht im Operationsgebiet zu gewährleisten. Die zahlreichen Varianten des Verlaufs des Ramus palmaris N. medianus bzw. seiner Seitenäste und der möglichen Verbindungen zum N. ulnaris erlauben keine gesicherte Empfehlung zur Schnittführung (Martin et al 1996 [5], Watchmaker et al 1996 [5]).

B

- Ein "*Kurzschnitt*" unmittelbar distal der Rascetta (Huang u. Zager 2004), eine weiter distal gelegene "*Mini-Inzision*" (Bromley 1994, Mosher 2001, Richter u. Brüser 1996 [1b], Schmidt et al 2000 [2a]) oder eine Doppelinzision (Wilson 1994) können möglicherweise die Läsion dieser variablen Hautnerven vermindern. Sie sollten aber dem erfahreneren Operateur vorbehalten bleiben (hier Empfehlungsgrad A (Scholten 2004)). Inadäquate Inzisionen erhöhen das Risiko von inkompletten Retinakulumspaltungen und Läsionen des N.

medianus und seiner Äste, aber auch des N. ulnaris (Hunt u. Osterman 1994, Assmus et al. 2006) (s. auch Komplikationen!).



- Eine routinemäßige *Epineurotomie* ist bei Ersteingriffen nicht notwendig (Borisch und Haussmann 2003 [1b], Leinberry et al 1997 [2b], Scholten 2004 [1a]),



- eine interfaszikuläre Neurolyse führt zu schlechteren Ergebnissen und ist nicht angezeigt (Chapell et al. 2003 [2b], Scholten 2004 [1a]).



- Die *Darstellung des motorischen Astes* ist routinemäßig nicht erforderlich, jedoch ist Vorsicht bei atypischem Abgang bzw. Normvarianten (Lanz 1977) geboten!



- Eine *Synovialektomie* ist ebenfalls routinemäßig nicht erforderlich (Shum et al 2002 [2b]), sondern nur bei auffallenden pathologischen Veränderungen wie z.B. bei hypertropher oder entzündlich-rheumatischer Synovialitis und Amyloidose bei Dialysepatienten.
- Eine Resektion der *Palmaris-longus-Sehne* sollte nicht erfolgen. Atypische Muskeln oder Sehnen *innerhalb* des Karpalkanals können im Einzelfall reseziert werden.



- Eine *Rekonstruktion des Retinakulum* (z.B. durch eine Z-Plastik) zur Verbesserung der postoperativen Grobkraft wird widersprüchlich beurteilt (Karlsson et al 1997 [3], Netscher et al 1997 [2a], Rosenbaum u. Ochoa 2002).

- g. b) die endoskopische Retinakulumspaltung
Es stehen mehrere gleichwertige Verfahren zur Auswahl:
- monoportale Technik nach AGEE (AGEE 1995)
 - biportale Technik nach CHOW (CHOW 1994)
 - andere monoportale Techniken

Bezüglich Details der einzelnen Techniken wird auf die einschlägige Literatur verwiesen (s. auch Assmus 2003).

Die Spaltung des Retinakulum erfolgt jeweils unter endoskopische Sicht, wobei Führungskanülen und verschiedene Messer (Chow-Methode) oder ein pistolenähnliches Instrument (Agee-Methode) zu Hilfe genommen werden. Blutleere ist wegen der besseren Sicht bei der monoportalen Methode obligat, aber auch bei der biportalen Technik empfehlenswert. Sie wurde von den Erstbeschreibern beider Methoden angewandt (Agee 1995, Chow 1994).

A

Die endoskopischen Verfahren haben gegenüber den offenen Techniken weder eindeutige Vor- noch Nachteile [Scholten 2004 [1a]: Die Operationsergebnisse sind insgesamt vergleichbar mit denen der offenen Operation (Antoniadis et al. 1997, Ferdinand u. MacLean 2002, Thoma et al 2004), auch im Vergleich zur Mini-Inzision (Hallock u. Lutz 1995, Wong et al 2003). Der höheren Patientenzufriedenheit bei unkompliziertem Verlauf (Trumble et al 2001) und dem geringeren Narbenschmerz bei endoskopischen Verfahren, stehen möglicherweise eine höhere Komplikationsrate (Brown et al 1993, Einhorn u. Leddy 1996, Shinya et al 1995, Thoma et al 2004) oder schlechtere Langzeitergebnisse bzw. eine höhere Rezidivhäufigkeit gegenüber als bei offener Operation (Concannon et al. 2000, Forman et al 1998, Hulsizer et al 1998, MacDermid et al. 2003). Der geringere postoperative Schmerz nach endoskopischem Eingriff scheint aber die höheren Kosten nicht zu rechtfertigen, zumal die Dauer der Arbeitsunfähigkeit hierdurch nicht verkürzt wird (Atroschi et al 2006). Das AGEE-Verfahren ist wegen des aufwändigen Einmalmessers besonders kostenträchtig (Lorgelly et al 2005, Saw et al. 2003). Mit Hilfe einer Entscheidungsanalyse (auch unter Berücksichtigung der Komplikationsrate und AU-Dauer) ist eine differenziertere Betrachtung der Wirtschaftlichkeit der endoskopischen Operations-Methoden im Einzelfall möglich (Chung et al 1998, Vasen et al 1999).

Die Komplikationsrate ist stark von der Erfahrung des Operateurs abhängig. Bei Operateuren mit weniger als 25 Eingriffen mit der CHOW-Methode betrug die Komplikationshäufigkeit bis zu 5,6%, bei mehr als 100 Eingriffen sank sie auf weniger als 1% (Chow 1994, Schmelzer et al 2006).

B

Da die "Lernkurve" (Park et al 2004) länger ist als bei der offenen Technik, ist ein ausreichendes endoskopisches Training erforderlich (Antoniadis et al 1997 [3b])

Eine *relative Kontraindikation* besteht bei Einschränkung der Streckfähigkeit des Handgelenks (letzteres gilt besonders für die Zweiportalmethode), eine *absolute Kontraindikation* stellen Revisionseingriffe, eine ausgeprägte rheumatische Synovialitis, Tumoren, Infektionen und ein Handödem dar (Mascharka 1996).

12. Nachbehandlung

Watteverband oder ein Verband mit leichter Kompression im Wundgebiet ohne Einschnürung ist nur für wenige Tage erforderlich. Eine kurzzeitige Ruhigstellung des Handgelenks durch eine Schiene ist nicht zwingend erforderlich und liegt im Ermessen des Operateurs.

Bei Bedarf kann eine analgetische Medikation erfolgen. Postoperative Kältepacks können schmerzlindernd wirken. Spezielle "Narbensalben" sind nicht erforderlich, allenfalls kann eine fetthaltige Salbe zur Narbenbehandlung empfohlen werden.

A

Eine frühe funktionelle Behandlung mit selbständigen Bewegungsübungen der Finger ohne oder nur mit geringer Belastung bereits am ersten postoperativen Tag beugt Handödem und Fingersteife vor. Vermeidung einer Handgelenkschienen und frühe Übungsbehandlung führen zu einer früheren Gebrauchsfähigkeit der Hand im täglichen Leben und im Beruf (Cook et al 1995 [1b]).

Die Arbeitsunfähigkeit beträgt bei regulärem Verlauf in Abhängigkeit von dem Ausmaß der manuellen Belastung 3 - 6 Wochen, für leichtere Arbeiten (Büro o. ä.) auch weniger (Acharya et al 2005, Work Loss Data Institute 2005).

13. Prognose und Verlauf

Die *Prognose* ist bei rechtzeitiger Indikation und korrekter Durchführung des Eingriffs gut, auch bei Patienten älter als 70 Jahre (Leit et al 2004) und bei Diabetikern (Mondelli et al

2004). Ein längeres Intervall (> 3 Jahre) zwischen Symptombeginn und Operation verschlechtert die Prognose (De Stefano et al 1997).

Der präoperativ erhöhte Druck im Karpalkanal sinkt unmittelbar postoperativ (Sanz et al. 2005).

Der nächtliche Schmerz bessert sich sofort, die Sensibilitätsstörung meist innerhalb einiger Tage bis Wochen. In schweren Fällen kann die Besserung bis zu sechs Monaten dauern. Protrahierte Restbeschwerden durch Reizzustände der äußeren und inneren Narbe verschwinden spätestens innerhalb von sechs Monaten. In seltenen Fällen werden anhaltende neuropathische Schmerzzustände beobachtet besonders bei fortgeschrittenem präoperativem Befund (jedoch ist hier an die Möglichkeit einer intraoperativen Schädigung des N. medianus zu denken).

Auch die Langzeitergebnisse sind gut, insbesondere was die Schmerzsymptomatik anbelangt (Haupt et al 1993). Eine länger als ein Jahr bestehende Muskelatrophie ist allerdings oft nicht mehr rückbildungsfähig (=Defektzustand). Langzeithämodialyse und Manifestation einer Amyloidose verschlechtern die Prognose.

Protrahierte Narbenschmerzen klingen in der Regel nach spätestens 6 Monaten ab (Reale et al 2003). Ursache sind meist kleine Neurome von Seitenästen des Ramus palmaris N. medianus. Eine hypertrophe Narbenbildung ist bei korrekter Schnittführung selten.

Von manuell stark belasteten Patienten kann postoperativ über eine Kraftminderung der Hand geklagt werden. Diese wird teilweise auf die schmerzhaftige Narbe, zum Teil auch auf die veränderte Statik der Hand zurückgeführt und verschwindet spätestens nach drei Monaten (Rosenbaum u Ochoa 2002). Die Beschwerden sind nach endoskopischen Eingriffen innerhalb der ersten sechs Wochen möglicherweise geringer.

Rezidive nach anfänglicher Beschwerdefreiheit sind besonders bei rheumatischer Synovialitis, starker Vernarbung und Dialysepatienten möglich. Bei letzteren kommen in Abhängigkeit von der Dialysedauer auch Mehrfachrezidive vor (Assmus u. Staub 2005, Staub et al 2005).

Zu beachten ist, dass es in fortgeschrittenen Fällen postoperativ oft zu keiner Normalisierung der distalen motorischen Latenz des N. medianus und sensiblen NAP (Naidu et al 2003, Prick et al. 2003, Vogt u. Scholz 2002) kommt. Dies ist nicht gleichbedeutend mit einem Rezidiv! (s. auch Kapitel 15)

14. Komplikationen

Eine Meta-Analyse (Boeckstyns u. Sorensen 1999) ergab eine Komplikationsrate von 5,6% für endoskopische und von 2,8% für offene Eingriffe, wobei die erhöhte Zahl von Komplikationen bei den endoskopischen Eingriffen vor allem auf passagere Nervläsionen zurückzuführen war. Eine Umfrage in den USA hatte eine Komplikationsrate von 0,8% bei offenen und von 1,6% bei endoskopischen Eingriffen gezeigt (Schenck 1995).

- Nervläsionen: Komplette Nervdurchtrennungen sind bei regelrechtem Vorgehen und einem erfahrenen Operateur extrem selten (< 0,3%). Sie kommen eher bei endoskopischen Verfahren, eingeschränktem Zugang und inadäquater Schnittführung vor, auch als partielle oberflächliche Läsionen mit neuropathischem Schmerz (Brennschmerz, Dysästhesie/Hyperpathie). Das Risiko einer bleibenden Nervschädigung bei endoskopischen Verfahren ist identisch mit dem des offenen Vorgehens (Katz et al 1998, MacDermid et al 2003, Thoma et al 2004), schwere Nervläsionen (z.B. komplette Durchtrennungen) sind jedoch möglicherweise häufiger bei endoskopischen Eingriffen (Arner et al 1994, Boeckstyns u. Sorensen 1999, Park et al 2004, Piza-Katzer et al 1996, Shinya et al 1995). Hier sind der N. palmaris communis III bzw. N. digitalis proprius IV und der N. ulnaris besonders gefährdet (del Pinal et al 1997, Kretschmer et al. 2004, Assmus und Staub 2006). Reversible Nervschäden sind bei endoskopischen Verfahren häufiger als bei offenen (Kiymaz et al. 2002, Park et al 2004, Quaglietta u Corriero 2005, Thoma et al. 2004, Uchiyama et al. 2004). S. auch Kap. 11.2 "Komplikationsrate".
- Wundinfektionen: In etwa 1% der Fälle sind oberflächliche Stichkanalinfekte, in < 0,5% tiefe Infektionen (Hanssen et al 1989) zu beobachten. Letztere erfordern eine antibiotische Behandlung und operative Revision.
- Sehnenverletzungen sind extrem selten (< 0,1%, Boeckstyns u. Sorensen 1999) und wurden bei der biportalen endoskopischen Methode vereinzelt beobachtet (Schenck 1995), ebenso selten sind Gefäßverletzungen. Letztere kommen eher bei endoskopischen Eingriffen vor (Palmer und Toivonen 1999).

- Ein Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS I) ist bei lege artis durchgeführter Retinakulumspaltung extrem selten. Bei mehr als 7000 endoskopischen Eingriffen wurde diese Komplikation 10mal beobachtet (Rosenbaum u. Ochoa 2002). Ein Handödem und eine Einsteifung der kleinen Fingergelenke durch einschnürenden Verband und Mindergebrauch der Hand können ähnliche Beschwerdebilder verursachen, die nicht mit einem CRPS verwechselt werden dürfen.
- Eine inkomplette Retinakulumspaltung ist die häufigste Ursache für ein persistierendes KTS (und einen Revisionseingriff) (Assmus 1996, Richter u. Antoniadis 1990, Baranowski et al 1993, Botte et al 1996, Büchler et al 1983, Kern et al 1993). Besonders bei atypischer Schnittführung, Inzisionen mit unzureichender Übersicht (O'Malley et al 1992, Assmus u. Staub 2006) und nach endoskopischen Eingriffen (Forman et al 1998, Hulsizer et al 1998) werden mehr inkomplette Retinakulumspaltungen beobachtet.

15. Revisionseingriffe

- B** Bei nicht zufriedenstellender postoperativer Besserung, bei nach beschwerdefreiem Intervall wieder auftretenden Beschwerden oder einer postoperativen Verschlechterung der Parästhesien oder der Hypästhesie ist eine erweiterte neurologische Abklärung und eine Kontrolle des klinischen und elektrophysiologischen Befundes erforderlich (Assmus 1996 [3], Assmus u. Staub 2006 [3], Schrijver et al 2005 [1b], Steyers 2002 [3a], Tung u. Mackinnon 2001 [4]. Vor jeder Indikationsstellung zur operativen Revision ist die Diagnose besonders kritisch zu überprüfen. Eine radikuläre Ursache ist auszuschließen.
- B** Ein postoperativ erhobener pathologischer neurographischer Befund ist keine hinreichende Indikation, da häufig keine Normalisierung der Werte eintritt (Naidu et al 2003 [2b], Schrijver et al 2005 [1b])(s. auch Kapitel 13). Für die Indikation zur Revision ist deswegen der Vergleich mit dem präoperativen Befund unerlässlich. Narbenschmerzen infolge kleiner Neurome von Seitenästen des Ramus palmaris sind keine Indikation für eine operative Revision. Allenfalls ein schmerzhaftes Neurom nach Durchtrennung des Ramus palmaris in Höhe der Rascetta kann eine Resektion erforderlich machen (del Pinal et al 1997).
- B** Bei einer akzidentellen Durchtrennung des N. medianus oder seiner Äste oder des N. ulnaris ist möglichst eine primäre gegebenenfalls auch eine sekundäre Rekonstruktion erforderlich.
- O** Bei irreparabler Schädigung des motorischen Astes kann ein Sehnentransfer zur Verbesserung der Daumenabduktion erwogen werden (Richer et al 2005 [4]). Häufigste Ursache für einen Zweiteingriff ist die inkomplette Retinakulumspaltung (siehe Komplikationen). Die operative Revision (Korrekturingriff) bessert hier in der Regel die Beschwerden bzw. führt zu Beschwerdefreiheit.
- O** Bei starken Vernarbungen werden zur Verbesserung der Gleitfähigkeit und der Bedeckung des Nervs zahlreiche Verfahren wie Ummantelung mit Synovial-Muskel- und Hypothenar-Fett-Lappen oder Venenmaterial beschrieben (Dahlin et al 2002 [4], Frank et al 1999 [4], Plancher et al 1996 [3], Steyers 2002, Sarris u. Sotereanos 2004 [4], Strickland et al 1996 [3], Tham et al 1996 [4], Varitimidis et al 2000 [3], Wulle 1996 [4]). Es handelt sich meist um Fallserien, größere Studien mit Nachweis einer Effizienz stehen noch aus (Rosenbaum u. Ochoa 2002, Steyers 2002 [3a]).
- O** Über Eingriffe am Nerv bei Revisionseingriffen wie die interfaszikuläre Neurolyse gibt es ebenfalls keine hinreichend validierten Studien (Chapell et al 2003 [1a]). Ein Zweiter Revisionseingriff sollte nur nach kritischer Überprüfung der Indikation (und besonders der Differenzialdiagnosen!) durch einen erfahrenen Diagnostiker und durch einen besonders erfahrenen Operateur in einer Schwerpunktpraxis oder einem Zentrum erfolgen.

16. Klinischer Algorithmus

