

**Clinical Pathway – Karpaltunnelsyndrom (KTS)**

<p><b>Anamnese:</b>                  ○ Missempfindungen vor allem nachts oder bei Beuge- oder Streckstellung                  ○ Hypästhesie im Versorgungsareal des N. medianus                  ○ Atrophie der Daumenballenmuskulatur</p> <p><b>Identifikation auslösender Erkrankungen/Faktoren:</b>                  ○ primär chronische Polyarthritis                  ○ Gravidität                  ○ endokrine Störungen (Myxödem, Hyperthyreose, Akromegalie, Hyper- und Hypoparathyreoidismus)                  ○ Urämie                  ○ Diabetes mellitus                  ○ Amyloidose                  ○ Mukopolysaccharidose                  ○ Gicht                  ○ Chondrokalzinose                  ○ Raumforderungen (Ganglien, Lipome)</p> <p><b>Untersuchung:</b>                  ○ Phalen-Test                  ○ taktile Hypästhesie                  ○ Schwäche und Atrophie der lateralen Daumenballenmuskulatur</p> <p><b>Neurografie:</b>                  ○ sensible Neurografie des N. medianus Handgelenk, Mittel- oder Zeigefinger                  ○ sensible Neurografie des N. medianus Hohlhand – Handgelenk                  ○ distale motorische Latenz Handgelenk – M. abductor pollicis brevis                  ○ Vergleich der motorischen Latenz zum (Medianus-innervierten) M. lumbricalis II und zum (Ulnaris-innervierten) M. interosseus dorsalis II                  ○ motorische und sensible Neurografie des ipsilateralen N. ulnaris und des kontralateralen N. medianus</p>	<p>○ technische Schwierigkeiten bei der Neurografie:                  ○ Innervationsanomalien                  ○ fortgeschrittene Muskelatrophie                  ○ pathologisch erhöhte Reizschwelle des N. medianus</p> <p>○ Verdacht auf Begleiterkrankungen oder Anomalien</p>	<p>▶ Nadel-EMG des M. abductor pollicis brevis</p> <p>▶ Bildgebung, Möglichkeiten:                  ▶ hochauflösende Sonografie                  ▶ Röntgen (Tangentialaufnahme des Karpaltunnels)                  ▶ MRT</p>	<p>Diagnosestellung</p>	<p>○ leichte bis mittelschwere Fälle:                  ○ junge Patienten                  ○ kurze Krankheitsdauer                  ○ Schwangere                  ○ behandelbare Grundkrankheit                  ○ änderbare manuelle Tätigkeit</p> <p>○ schwere Fälle:                  ○ funktionell behindernde sensomotorische Ausfälle, vor allem Beeinträchtigung des Tasterkennens                  ○ akute und rasch progrediente Verläufe</p>	<p>○ konservative Therapie</p> <p>○ operative Therapie</p>	<p><b>Möglichkeiten:</b>                  ▶ manuelle Schonung                  ▶ nächtliche Schienung des Handgelenks                  ▶ Prednisolon 20 mg morgens über 2 Wochen, danach 10 mg für weitere 2 Wochen                  ▶ Injektion von 15 mg Methylprednisolon in den Karpaltunnel (maximal 3-malige Injektion)                  ▶ (Schwangerschaft): diuretische Therapie</p> <p>○ anatomische Varianten oder                  ○ lokale Besonderheiten                  ○ Tenosynovialitis                  ○ posttraumatische Veränderungen                  ○ Raumforderungen oder                  ○ eingeschränkte Handgelenkbeweglichkeit oder                  ○ Rezidiv (Zweitoperation)</p> <p>○ KTS ohne lokale Veränderungen</p>	<p>▶ offene Operation mit Durchtrennung des Retinaculum flexorum                  ▶ Synovektomie der Flexorensehnen</p> <p>▶ offene OP oder                  ▶ endoskopische Spaltung des Retinaculum flexorum</p>
--	--	--	-------------------------	---	--	---	--