

Av Temagrupp hand, Region Kalmar

## **Faktabakgrund om den aktuella skadan/sjukdomen**

En inklämning av ulnarisnerven i armbågen eller så kallat kubitaltunnelsyndrom, eller cubital tunnel på engelska, är den näst vanligaste inklämningen av perifera nerver i de övre extremiteterna. Mer sällan sitter inklämningen på handledsnivå i Guyons kanal. Det saknas klara riktlinjer från randomiserade och kontrollerade studier för tillståndet globalt vilket gör det både svårbedömt och svårbehandlat. [1,2]

Ulnarisnerven löper runt mediala epikondylen och under ett ligament. När armbågen flekteras sträcks nerven ut över armbågen och får försämrad blodtillförsel. I utsträckt läge är nerven som mest sårbar för hårt internt/externt tryck eller trauma. [1,2,3]

Risikfaktorer för att utveckla en inklämning av ulnarisnerven på armbågsnivå kan bland annat vara övervikt, rökning, diabetes, [1,2] samt aktivitetsbaserade faktorer såsom flitig mobilanvändning med armbågen flekterad mer än 90 grader, repetitiv armbågsflexion, tungt manuellt arbete, arbete med vibrerande verktyg, datorarbete framför allt med pronerade underarmar vilket ökar trycket över nerven i armbågen. [5] Besvären är vanligast i 40-50 – årsåldern. [1,2,3]

## **Diagnostik och utredning**

### ***Anamnes***

Vanliga symptom kan vara domningar i dig 4 och 5, svaghet och fumlighet i handen, värk i armbågen och/eller längs ulnarisnerven i underarmen. [3] Det är inte ovanligt att även ha besvär i nacke och skuldra eller samtidigt ha karpaltunnelsyndrom. [1,2] Motorisk påverkan och atrofier i handen innebär en mer uttalad inklämning. [1,2]

### ***Undersökning***

En utförlig anamnes samt en korrekt genomförd klinisk undersökning är väsentlig. Det kan sedan kompletteras med olika tester. [1,3]

- Inspektion (muskelatrofi mellan dig 1 och 2, mellan metacarpalerna eller hypothenart, svaghet i tumgrepp som överkompenseras med att flektera IP-led vid hårt pincettgrepp, klohandsställning, abducerat lillfinger). [1]
- Palpation - Tinels test (perkussion över armbågen som antingen ger obehag i huden lokalt eller utlöser stickningar/domningar ut i dig 4 och 5). [3]
- Kompressionstest (fullt böjd armbåge förvärrar besvären efter en stund). [1]
- Rörlighet - iaktta rörelsemönster, hänger dig 5 med i grepp?

Av Temagrupp hand, Region Kalmar

- Styrkan i fingerspretning, flexion i lillfingrets ytterled, samt böjning i handleden (ulnara handledsflexorn). [1]
- Känsel med monofilament. [1]
- Ultraljud<sup>[4]</sup>
- Tumstyrka mätt med Jamar Pinch.
- En elektrodiagnostisk undersökning såsom EnEG-mätning kan enligt överläkare A. Irbe (personlig kommunikation, 16 september 2024) bekräfta diagnosen vid stora förändringar i nerven. Brukar då följas av EMG för att ge indikation på om nerven börjat återhämta sig. Det kan vara till hjälp för att bedöma om den motoriska påverkan avstannat.

## **Indikationer, kontraindikationer och komplikationer:**

Differentialdiagnoser kan vara t. ex. ulnarisinklämning på annan nivå än armbågen. Enligt A. Irbe (personlig kommunikation, 16 september 2024) är det vanligt med påverkan på flera nivåer samtidigt, inte minst med stigande ålder. Även medial epicondylgia, generell neuropati och tumörer kan ge liknande symtom. Påverkan eller skada i strukturer kring armbågen kan i sin tur påverka och ge inklämning av ulnarisnerven såsom reumatoid artrit i armbågsleden. [1] Obehandlade besvär som ger inklämning kan resultera i permanent känselnedsättning. [4]

## **Mål för behandlingen:**

Övergripande mål med behandlingen är att kunna använda handen i dagliga aktiviteter på ett optimalt sätt. Genom dialog med patienten fastställs individuella mål utifrån anamnes och undersökning.

## **Behandling – åtgärder och alternativ inom arbetsterapi:**

### **Konservativ behandling**

Konservativ behandling hjälper åtminstone 80% av patienterna med måttliga besvär och ger en långvarig förbättring. [4] Här är patientens ergonomi väsentlig. [2]

- Undvika långvarig eller repetitiv flexion i armbågen. [5]
- Information om tillståndet, ergonomiska råd för vad man bör undvika och hur man använder handen i vardagliga aktiviteter. [4]
- Sovergonomi och i många fall utprovning av armbågsortos natttid som motverkar långvarig flexion i armbågen för att avlasta nerven. [2]
- Avlastande handledsstöd dagtid, mjuk armbågsortos dagtid, kinesiotejp. [4]

Av Temagrupp hand, Region Kalmar

- Träning av intrinsicmuskulatur och greppergonomi enligt leg. arbetsterapeut Margareta Perssons kurs Handens anatomi & Rehabilitering, 2022.
- Nervglidningsövning för N. ulnaris<sup>[4]</sup>, exempelvis från Artronova 2004.
- Cirkulationsövningar för axel, skuldra helst flera gånger om dagen.<sup>[4]</sup>

## **Kirurgisk behandling**

Kirurgi syftar till att ge mer plats åt nerven så att trycket lättar.<sup>[1]</sup> 60 – 85% av patienterna brukar bli bra av operationen. Dock föreligger risker för komplikationer och försämring av symptomen, ibland enligt A. Irbe (personlig kommunikation, 16 september 2024) även nytillkomna besvär.<sup>[1]</sup> Rökare och diabetiker löper högre risk för detta.<sup>[1]</sup>

Om besvären med motorisk påverkan är progredierande och inte avstannat av konservativ behandling inom 3-6 månader<sup>[2]</sup>, eller ännu hellre 12 månader enligt A. Irbe (personlig kommunikation, 16 september 2024), kan ganska snar kirurgi vara aktuell. Har förbättringen avstannat men inte försämrats är det inte nödvändigtvis indikation på operation. Hon menar därför att det är bra att följa upp eventuella atrofier och kraften i fingerspretning efter ca. 3-4 månaders konservativ behandling.

## **Uppföljning:**

Utvärdering av åtgärder görs genom att följa upp patientens aktivitetsförmåga och handstatus. Graden av besvär kombinerat med effekten av den konservativa behandlingen får avgöra hur ofta och på vilket sätt patienten följs upp. Viktigt är att patienten är delaktig i sin rehabilitering och förstår att det krävs ergonomiska förändringar i sina vardagliga aktiviteter över tid.<sup>[4]</sup>

Granskare

Andra Irbe, överläkare på ortopedkliniken Kalmar

Jakob Backstad, överläkare på ortopedkliniken Västerviks sjukhus.

Författare

Sara Mörnstedt & Katarina Rinaldo

Leg. arbetsterapeuter

Av Temagrupp hand, Region Kalmar

## Referenser:

1. Dahlin, L.B., Nyman, E. (2020). Den oberäkneliga ulnarisnerven. *Ortopediskt magasin*, 1: s. 24-29. [https://issuu.com/ortopedisktmagasin/docs/om\\_1\\_webb](https://issuu.com/ortopedisktmagasin/docs/om_1_webb) (Hämtad 2021-09-07)
2. Dahlin, L.B., Nyman, E. (2024). The Unpredictable Ulnar Nerve – Ulnar Nerve Entrapment from Anatomical Pathophysiological and Biopsychosocial Aspects. *Diagnostics* 2024, 14.489.
3. Lundborg, G., Björkman, A. (2015). Handkirurgi. 3. uppl. Studentlitteratur AB.
4. Mezian, K.; Jacisko, J.; Kaiser, R.; Machac, S.; Steyerova, P.; Sobotova, K.; Angerova, Y.; Nanka, O. Ulnar Neuropathy at the Elbow: From Ultrasound Scanning to Treatment. *Front. Neurol.* 2021, 12, 661441.
5. Omejec, G., Podnar, S. (2016). What causes ulnar neuropathy at the elbow? *Clinical Neurophysiology*, 127, (1): s. 919-924. doi: 10.1016/j.clinph.2015.05.027.