

Cubital Tunnel Syndrome

Cubital tunnel syndrome: presyon sa ulnar nerve sa panloob na bahagi ng siko.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Ang pahinang ito ay isinalin ng makina at hindi pa nasusuri ng isang doktor. Ang **bersyong Ingles** ang siyang opisyal.

Ang iyong nararamdaman

Ang cubital tunnel syndrome ay nangyayari kapag naiipit ang ulnar nerve, ang nerve na dumadaan sa isang tunnel sa panloob na bahagi ng iyong siko. Ang karaniwang pakiramdam ay pamamanhid at pangingilig sa iyong kalingkingan at sa ulnar na panig ng iyong ring finger, ang panig na pinakamalapit sa iyong kalingkingan. Ang ilang tao ay nakakaramdam din ng mahapding sakit sa paligid ng nakausling buto sa panloob na bahagi ng siko. Posible ang kirot sa siko o sa itaas na bahagi ng forearm, bagaman hindi sakit ang pangunahing katangian para sa karamihan ng tao.

Lumalala ang mga sintomas kapag ibinabaluktot mo ang iyong siko. Ang paghawak ng telepono sa iyong tainga, ang pagpapatong ng iyong siko sa mesa o armrest, o ang pagtulog nang nakabaluktot ang iyong siko ay maaaring magpasimula ng mga sintomas. Maraming tao ang nakakapansin ng pangingilig sa gabi, at ang ilan ay nagigising dahil dito. Ang pag-unat ng siko ay karaniwang nagpapakalma muli ng pakiramdam.

Habang lumalala ang kondisyon, maaaring maapektuhan ang mismong kamay. Maaaring mapansin mong mahina o clumsy ang iyong grip. Maaaring maging mas mahirap gamitin ang mga butones, susi, takip ng garapon at panulat. Sa mas malalang kaso, maaaring manghina at lumiit (waste) ang maliliit na kalamnan sa kamay, na maaaring talagang magpahirap sa mga pinong gawain at maaaring magdulot na nakakurba na parang kuko (clawed) ang posisyon ng mga daliri. Ang ilang tao ay nakakapansin ng parang pumipitik (snapping) sa panloob na bahagi ng siko kapag ito ay ibinabaluktot, na nangyayari kapag umaalis ang nerve sa kinalalagyan nito.

Kung ang iyong mga sintomas ay hindi humuhupa, lumalala sa paglipas ng mga linggo, gumigising sa iyo sa gabi, o pumipigil sa iyo na magtrabaho o gamitin ang iyong kamay, magpatingin sa iyong GP o humingi ng specialist review.

Ano ang aktwal na nangyayari

Ang ulnar nerve ay isa sa mga pangunahing nerve ng iyong braso. Tumatakbo ito mula sa iyong leeg, sa likod ng panloob na bahagi ng iyong siko, at pababa sa iyong kamay. Nagbibigay ito ng pakiramdam sa iyong kalingkingan at sa panig ng iyong kamay na nasa ring finger, at pinapagana nito ang karamihan sa maliliit na kalamnan sa loob ng kamay.

Sa siko, dumadaan ang nerve sa isang maikling tunnel na binubuo ng buto at isang layer ng matibay na tissue (gristle). Isipin ang nerve na parang hose sa hardin na nakalagay sa isang makitid na daluyan. Kapag tuwid ang iyong siko, maluwag ang pagkakalagay ng hose at malayang dumadaloy ang dugo rito. Kapag ibinabaluktot mo ang iyong siko, sumisikip ang daluyan sa paligid ng hose at sabay na nababanat at naiipit ang nerve. Pinakamakitid ang tunnel kapag ang iyong siko ay nakabaluktot nang lampas sa tamang anggulo (right angle), kaya ang paghawak ng telepono o ang pagtulog nang nakabaluktot ay nagdudulot ng pangingilig.

Sa paglipas ng panahon, binabawasan ng paulit-ulit na pag-ipit at pagbanat na iyon ang supply ng dugo sa loob ng nerve. Kailangang dumulas at bumanat ang nerve nang higit sa 2 cm habang iginagalaw mo ang iyong balikat, siko, pulso at mga daliri, kaya anumang pumipigil dito ay nagdudulot ng friction. Naiirita at namamaga ang nerve, at nagsisimulang humina ang pagdaloy ng mga signal nito. Iyan ang dahilan kung bakit nakakaramdam ka ng pamamanhid at pangingilig sa kalingkingan at ring finger, at kung bakit sumusunod ang panghihina ng grip at pagiging clumsy kung magpapatuloy ang pag-ipit.

Maraming bagay ang maaaring magpasikip sa tunnel. Ang isang band ng matibay na tissue sa pagitan ng dalawang buto ng siko ay maaaring kumapal at dumiin sa nerve. Ang isang maliit na sobrang kalamnan na mayroon ang ilang tao mula pagkapanganak ay maaaring nakapuwesto sa ibabaw ng tunnel at kumuha ng espasyo. Sa ilang tao, umaalis ang nerve sa kinalalagyan nito tuwing ibinabaluktot ang siko, at ito ang pagpitik na nararamdaman ng ilan.

Ang magandang balita ay karaniwang humuhupa ang kondisyon kapag pinalaya ang nerve. Higit sa 90% ng mga taong sumasailalim sa surgery ay gumagaling o bumubuti.

Ano ang maaari naming gawin tungkol dito

Si Dr Kieran Hirpara, isang upper-limb surgeon sa Mater Private Hospital Rockhampton, ay nagsisimula sa mga opsyon na hindi gaanong invasive na angkop sa iyong kondisyon. Ang mga pasyente ay karaniwang nirerefer sa aming klinika ng kanilang GP; kung iminungkahi ng isang physiotherapist na magpatingin sa amin, kakailanganin mo pa rin ng referral mula sa iyong GP upang maging eligible para sa Medicare rebate. Sa klinika, kinukuha namin ang iyong history, sinusuri ang iyong siko at kamay, at nag-aayos ng mga test kung kinakailangan. Dahil ito ay pangmatagalang problema, karaniwan naming sinusubukan muna ang gamutang walang operasyon at isinasalang-alang ang surgery kapag hindi ito nagbigay ng sapat na pagbuti.

Ang unang hakbang ay ang pagbabago sa paraan ng paggamit mo ng iyong siko. Makakatulong ang pag-iwas sa matagal na pagbaluktot, sa pagpapatong ng iyong siko sa mesa o armrest, at sa paghawak ng telepono sa iyong tainga. Ang isang splint na pumipigil sa pagbaluktot ng iyong siko sa gabi ay isa pang opsyon. Layunin ng hand therapy na pakalmahin ang iritasyon at panatilihing gumagalaw at dumudulas ang nerve gaya ng nararapat.

Bigyan muna ng sapat na pagsubok ang mga pagbabagong ito bago magpasya ng anumang karagdagang hakbang.

Ang anti-inflammatory na gamot ay maaaring makatulong na pakalmahin ang kirot sa paligid ng siko. Hindi kami nag-aalok ng injection para sa kondisyong ito.

Kung ang gamutang walang operasyon ay hindi nagbigay ng sapat na pagbuti, ang surgery ang susunod na hakbang. Ang karaniwang operasyon ay isang simpleng release: binubuksan ang bubong ng tunnel upang hindi na maipit ang nerve. Ang paglilipat ng nerve sa harap ng siko ay ginagawa lamang nang bihira, para sa nerve na umaalis sa kinalalagyan nito. Kung nagkaroon ka na ng release at bumalik ang iyong mga sintomas, maingat naming itinatakda ang mga inaasahan: sa karaniwan, katamtaman lamang ang resulta ng pangalawang operasyon, at ang mga sintomas na nananatili ay madalas na sumasalamin sa kalagayan mismo ng nerve. Ang rehabilitasyon pagkatapos ng surgery ay hand therapy kasama si Ruby Doolan sa Extend Rehabilitation, na gagabay sa iyong mga ehersisyo at gagawa ng anumang splint na kailangan mo.

Ano ang dapat asahan

Ang mga sintomas ng cubital tunnel ay may tendensiyang unti-unting mabuo sa halip na dumating nang sabay-sabay. Sa simula, pabalik-balik ang pangingilig, madalas sa gabi o pagkatapos ng matagal na pagbaluktot ng siko. Kung pababayaang nagpapatuloy ang pag-ipit, at maaaring maging permanente ang pamamanhid at panghihina habang nasisira ang mismong nerve. Iyan ang dahilan kung bakit sulit na kumilos bago lumitaw ang panghihina o ang pagliit ng kalamnan.

Sa gamutan, ang inaasahang resulta ay nakadepende sa kung gaano kalala ang kondisyon sa simula. Ang iyong mga sintomas bago ang gamutan ang pinakamahasag na gabay sa kung gaano ka bubuti. Kung banayad ang iyong mga sintomas, madalas na mabilis ang ginhawa. Kung malala ang mga ito, mas mabagal ang paggaling ng nerve: ang pakiramdam at lakas ay maaaring tumagal nang ilang linggo, buwan, o kahit taon bago bumalik, at ang ilan sa pagbabago ay maaaring unti-unti sa halip na isang malinaw na pagbabago. Maraming tao na may malalang sintomas ang bumubuti pa rin nang malaki, kahit mabagal ang paggaling.

Karamihan sa mga taong nangangailangan ng surgery ay gumagaling nang maayos. Bumubuti ang function ng nerve sa karamihan ng mga brasong sinukat pagkatapos ng surgery, at pagsapit ng tatlong buwan pagkatapos ng surgery, halos pareho ang resulta ng simpleng release at ng operasyong naglilipat ng nerve. Nagkakaroon ng impeksyon sa mga 2.17% ng mga kaso. Kung mapansin mong mainit, mapula, namamaga at masakit ang isang daliri, kamay o braso, lalo na kung may lagnat, pumunta sa emergency department sa araw ding iyon.

Kung hindi naayos ng iyong unang operasyon ang kondisyon, nakakatulong ang pangalawa sa ilang tao ngunit sa karaniwan ay katamtaman lamang ang resulta, at ang mga pangmatagalang sintomas ay madalas na sumasalamin sa kalagayan mismo ng nerve sa halip na sa anumang maaaring ayusin. Mga 75% ng mga tao ang may mas kaunting sakit at pangingilig pagkatapos ng revision surgery. Kung naglalaro ka na ng sport sa overhead o throwing na antas, karamihan sa mga tao ay nakakabalik sa sport pagkatapos ng surgery, bagaman hindi lahat ay nakakabalik sa kanilang dating antas.

Kung ang iyong mga sintomas ay hindi humuhupa, lumalala sa paglipas ng mga linggo, gumigising sa iyo sa gabi, o pumipigil sa iyo na magtrabaho o gamitin ang iyong kamay, magpatingin sa iyong GP o humingi ng specialist review.

Kailan dapat magpatingin

Magpatingin sa iyong GP o humingi ng specialist review kung ang iyong mga sintomas ay hindi humuhupa, lumalala sa paglipas ng mga linggo, gumigising sa iyo sa gabi, o pumipigil sa iyo na magtrabaho o gamitin ang iyong kamay. Ang mga senyales na pinakamahalaga para sa kondisyong ito ay ang pamamanhid at pangingilig sa kalingkingan at sa panig ng kamay na nasa ring finger, mahapding kirot sa paligid ng panloob na bahagi ng siko, at panghihina o pagiging clumsy ng grip. Ang panghihina at pagliit ng maliliit na kalamnan sa kamay ang mga senyales na dapat aksyunan agad, dahil kapag lumitaw ang mga ito ay maaari silang maging permanente. Sulit ding iulat ang pakiramdam na pumipitik sa panloob na bahagi ng siko. Pagkatapos ng surgery, ang daliri, kamay o braso na naging mainit, mapula, namamaga at masakit, lalo na kung may lagnat, ay nangangailangan ng emergency department sa araw ding iyon; hindi kailangan ng referral mula sa GP. Kung hindi mo makontak ang klinika sa labas ng oras ng trabaho o sa weekend, pumunta sa pinakamalapit na emergency department.

Higit pang detalye

Ang seksyong ito ay lumalampas sa kailangan mo para sa iyong sariling mga desisyon sa paggamot. Ang cubital tunnel syndrome ay karapat-dapat sa karagdagang pagbabasa dahil ang surgical debate ay halos naresolba na ngayon pabor sa paggawa ng mas kaunti, at ang natuklasan ay sumasalungat sa isang malakas na intuwisyon na ang isang nerve na nadudulas mula sa kinalalagyan ay dapat ilagay sa isang mas ligtas na lugar.

ANG PINAKASIMPLENG OPERASYON AY KASING-EPEKTIBO NG PINAKAKUMPLIKADO

Mayroong dalawang malawak na pamamaraan. Ang **simple decompression** ay binubuksan ang bubong ng tunnel at hinahayaan ang nerve kung nasaan ito. Ang **transposition** ay inililipat ang nerve sa harap ng siko, maaaring sa ilalim ng balat o sa ilalim ng kalamnan, upang hindi na ito nakapuwesto sa isang groove na nababanat kapag bumabaluktot ang siko. Ang transposition ay ang mas malaking operasyon at ang mas nakasisiya na ideya pagdating sa mekanika.

Sa pagsasama-sama ng **906** na pasyente, **walang statistically significant difference** sa clinical outcome sa pagitan ng simple decompression at alinman sa anyo ng transposition; may trend na pumapabor sa transposition, ngunit hindi ito umabot sa significance [1]. Sa paghahambing ng dalawang anyo ng transposition sa isa't isa sa **352** na pasyente, ang ebidensya ay **hindi sapat upang matukoy ang isang optimum technique** [2].

Ang medial epicondylectomy, ang pagtanggal ng bony ridge kung saan tumatakbo ang nerve sa likuran, ay hindi rin nakasagot sa katanungan: isang review ng **886** na pasyente ang nakatuklas na ang literatura ay may limitadong methodological quality, na hindi nagpapahintulot ng mga matibay na konklusyon tungkol sa efficacy nito laban sa simple decompression [3].

AT KUNG SAAN ANG NERVE AY UNSTABLE NA, ANG DAGDAG NA SURGERY AY MAY KAPALIT NA GASTOS

Ito ang natuklasan na nagpapabago sa praktis ng karamihan, dahil tinutugunan nito ang isang sitwasyon kung saan ang transposition ay tila malinaw na kinakailangan: ang nerve na nag-su-sublux na sa ibabaw ng bony prominence habang bumabaluktot ang siko.

Sa **768** na pasyente, ang decompressed at transposed groups ay nagpakita ng **magkatulad na symptomatic improvement**, na may **mas mataas na complication rates sa transposed group** [4]. Ang mga may-akda ay maingat tungkol sa mga limitasyon, kakaunting pag-aaral ang nag-uulat ng instability, at ang mga disenyo ay biased – ngunit ang direksyon ay kabaligtaran ng intuwisyon. Ang paglipat ng isang unstable nerve ay hindi nagresulta sa mas mabuting symptom relief, at nagdulot ito ng mas maraming problema.

ANG KEYHOLE LABAN SA OPEN AY HINDI ANG MAHALAGANG KATANUNGAN

Kung saan isinasagawa ang decompression, ang pagpili ng teknik ay nakakakuha ng higit na atensyon kaysa sa nararapat dito. Sa **981** na pasyente, ang endoscopic at open cubital tunnel release ay nagpakita ng **magkatulad na kinalabasan, magkatulad na profile ng komplikasyon at magkatulad na rate ng reoperation** [5].

BAKIT ANG REVISION SURGERY AY ISANG MAGKAIBANG PROPOSISYON

Kung ang unang operasyon ay hindi nakapag-ayos ng mga sintomas, ang mga ekspektasyon para sa ikalawa ay dapat itakda nang maingat. Isang pagsusuri sa **192** na pasyenteng sumailalim sa revision surgery para sa refractory cubital tunnel syndrome ang nakatuklas ng **average functional outcomes**, kung saan ang transposition ang pinakakaraniwang index procedure, at ang pagbabago-bago sa mga pag-aaral ay humahadlang sa anumang pagtukoy ng isang optimal na revision procedure [6].

Ito ay isang makabuluhang pagkakaiba mula sa carpal tunnel release, kung saan ang ikalawang pagsusuri ay madalas na nakakahanap ng hindi kumpletong release na dapat itama. Dito, ang mga nananatiling sintomas ay mas madalas na sumasalamain sa kalagayan ng mismong nerve bago ang unang operasyon, kung gaano ito katagal na na-compress, at kung gaano kalaki ang muscle wasting na nangyari na, kaysa sa isang technical failure na maaaring maituwid. Ito ang pinakamalakas na argumento para sa hindi pagpapaliban ng gamutan kapag lumitaw na ang panghihina o wasting.

MGA SANGGUNIAN

- [1] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Simple decompression versus anterior subcutaneous and submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a meta-analysis. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1-1314.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.03.006>
- [2] Liu C, Chen C, Xu J, Wang H, Ke X, Zhuang Z, et al. Anterior subcutaneous versus submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(6):e0130843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130843>
- [3] O'Grady EE, Vanat Q, Power DM, Tan S. A systematic review of medial epicondylectomy as a surgical treatment for cubital tunnel syndrome. J Hand Surg Eur Vol. 2017;42(9):941-5. <https://doi.org/10.1177/1753193417724351>

- [4] Clark DM, Piscoya AS, Dunn JC, Nesti LJ. The impact of pre-existing ulnar nerve instability on the surgical treatment of cubital tunnel syndrome: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg.* 2020;29(11):2339-46. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.05.028>
- [5] Aldekhayel S, Govshievich A, Lee J, Tahiri Y, Luc M. Endoscopic versus open cubital tunnel release: a systematic review and meta-analysis. *Hand (N Y).* 2016;11(1):36-44. <https://doi.org/10.1177/1558944715616097>
- [6] Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak J, et al. Revision surgery for refractory cubital tunnel syndrome: a systematic review. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2019;105(5):867-76. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.020>