CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

کیوبیٹل ٹنل سنڈروم

کیوبیٹل ٹنل سنڈروم: کہنی کے اندرونی طرف النر عصب (ulnar nerve) پر دباؤ۔

Kieran Hirpara 4.0

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ **انگریزی نسخہ** ہی مستند ہے۔

آپ کو کیا محسوس ہوتا ہے

کیوبیٹل ٹنل سنڈروم (cubital tunnel syndrome) اس وقت ہوتا ہے جب النر عصب (ulnar nerve)، یعنی وہ عصب جو آپ کی کہنی کے اندرونی طرف ایک سرنگ میں سے گزرتا ہے، دب جاتا ہے۔ اس کا مخصوص احساس آپ کی چھوٹی انگلی میں اور انگوٹھی والی انگلی کی النر طرف، یعنی چھوٹی انگلی کے سب سے قریب والی طرف، سُن پن اور جھنجھناہٹ ہے۔ کچھ لوگوں کو کہنی کے اندرونی طرف ہڈی کے ابھار کے اردگرد جلن والا درد بھی محسوس ہوتا ہے۔ کہنی میں یا بازو کے نچلے حصے (forearm) کے اوپری حصے میں دکھن والا درد ہو سکتا ہے، اگرچہ زیادہ تر لوگوں میں درد اصل علامت نہیں ہوتا۔

کہنی موڑنے سے علامات بڑھ جاتی ہیں۔ کان سے فون لگائے رکھنا، کہنی کو میز یا کرسی کے بازو پر ٹکانا، یا کہنی موڑ کر سونا، یہ سب علامات کو بھڑکا سکتے ہیں۔ بہت سے لوگوں کو رات کے وقت جھنجھناہٹ محسوس ہوتی ہے، اور کچھ کی اس سے آنکھ کھل جاتی ہے۔ کہنی سیدھی کرنے سے یہ احساس عام طور پر پھر کم ہو جاتا ہے۔

جیسے جیسے یہ مسئلہ بڑھتا ہے، خود ہاتھ بھی متاثر ہو سکتا ہے۔ ہو سکتا ہے آپ کو اپنی گرفت کمزور یا بھدی محسوس ہو۔ بٹن، چابیاں، مرتبانوں کے ڈھکن اور قلم سنبھالنا مشکل ہو سکتا ہے۔ زیادہ بڑھے ہوئے کیسوں میں ہاتھ کے چھوٹے پٹھے سوکھ سکتے ہیں، جس سے باریک کام واقعی مشکل ہو سکتے ہیں اور انگلیاں پنجے کی طرح مڑی ہوئی حالت میں رہنے لگ سکتی ہیں۔ کچھ لوگوں کو کہنی موڑتے وقت اس کے اندرونی طرف کھٹ سے کچھ سرکنے کا احساس (snapping) ہوتا ہے، جو اس وقت ہوتا ہے جب عصب اپنی نالی سے باہر پھسل جاتا ہے۔

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہ ہو رہی ہوں، ہفتوں کے دوران بگڑ رہی ہوں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہوں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہوں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) سے ملیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

دراصل کیا ہو رہا ہے

النر عصب آپ کے بازو کے اہم اعصاب میں سے ایک ہے۔ یہ آپ کی گردن سے شروع ہو کر کہنی کے اندرونی حصے کے پیچھے سے گزرتا ہوا نیچے آپ کے ہاتھ تک جاتا ہے۔ یہ آپ کی چھوٹی انگلی کو اور ہاتھ کی انگوٹھی والی انگلی کی طرف والے حصے کو احساس فراہم کرتا ہے، اور ہاتھ کے اندر کے زیادہ تر چھوٹے پٹھوں کو طاقت دیتا ہے۔

کہنی پر یہ عصب ایک چھوٹی سی سرنگ میں سے گزرتا ہے جو ہڈی اور سخت ریشے دار بافت کی ایک تہہ سے بنی ہوتی ہے۔ عصب کو ایک باغ کے پائپ کی طرح سمجھیں جو ایک تنگ نالی میں رکھا ہو۔ جب آپ کی کہنی سیدھی ہو تو پائپ ڈھیلا پڑا رہتا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ خون آزادانہ بہتا ہے۔ جب کہنی مڑتی ہے تو نالی پائپ کے گرد تنگ ہو جاتی ہے اور عصب ایک ہی وقت میں کھنچتا بھی ہے اور دبتا بھی ہے۔ جب کہنی قائمہ زاویے (right angle) سے زیادہ مڑ جائے تو سرنگ سب سے زیادہ تنگ ہوتی ہے، اسی لیے فون پکڑے رکھنے یا رات کو سکڑ کر سونے سے جھنجھناہٹ شروع ہو جاتی ہے۔

وقت کے ساتھ، بار بار کا یہ دباؤ اور کھنچاؤ عصب کے اندر خون کی فراہمی کم کر دیتا ہے۔ جب آپ اپنا کندھا، کہنی، کلائی اور انگلیاں حرکت دیتے ہیں تو عصب کو 2 سینٹی میٹر سے زیادہ پھسلنے اور کھنچنے کی ضرورت ہوتی ہے، اس لیے جو چیز بھی اسے ایک جگہ جکڑ دے وہ رکاوٹ پیدا کرتی ہے۔ عصب میں جلن (irritation) اور سوجن پیدا ہو جاتی ہے، اور اس کے اشارے ٹھیک طرح سے نہیں پہنچ پاتے۔ اسی لیے آپ کو چھوٹی اور انگوٹھی والی انگلیوں میں سُن پن اور جھنجھناہٹ محسوس ہوتی ہے، اور اسی لیے اگر دباؤ جاری رہے تو گرفت کی کمزوری اور بھدا پن آ جاتا ہے۔

کئی چیزیں سرنگ میں جگہ تنگ کر سکتی ہیں۔ کہنی کی دو ہڈیوں کے درمیان سخت ریشے دار بافت کی ایک پٹی موٹی ہو کر عصب کو دبا سکتی ہے۔ ایک چھوٹا اضافی پٹھا، جو کچھ لوگوں میں پیدائشی طور پر ہوتا ہے، سرنگ کے اوپر آ کر جگہ گھیر سکتا ہے۔ کچھ لوگوں میں ہر بار کہنی موڑنے پر عصب اپنی نالی سے باہر پھسل جاتا ہے، اور یہی وہ کھٹ سے سرکنے کا احساس ہے جو کچھ لوگ محسوس کرتے ہیں۔

اچھی خبر یہ ہے کہ عصب کو آزاد کرنے سے عام طور پر مسئلہ ٹھیک ہو جاتا ہے۔ سرجری کروانے والے 90 فیصد سے زیادہ لوگ ٹھیک ہو جاتے ہیں یا ان میں بہتری آتی ہے۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہرپرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، آپ کے مسئلے کے لحاظ سے سب سے کم چیر پھاڑ والے طریقوں سے شروع کرتے ہیں۔ مریضوں کو عام طور پر ان کے فیملی ڈاکٹر (GP) ہمارے کلینک بھیجتے ہیں؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے تو بھی میڈیکیئر (Medicare) کی رقم واپسی کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) لینا ہوگا۔ کلینک میں ہم آپ سے آپ کی تکلیف کی تفصیل پوچھتے ہیں، آپ کی کہنی اور ہاتھ کا معائنہ کرتے ہیں، اور جہاں ضرورت ہو وہاں ٹیسٹ کرواتے ہیں۔ چونکہ یہ ایک دیرینہ مسئلہ ہے، اس لیے ہم عام طور پر پہلے آپریشن کے بغیر علاج آزماتے ہیں اور جب اس سے کافی بہتری نہ آئے تو سرجری پر غور کرتے ہیں۔

پہلا قدم اپنی کہنی کے استعمال کا انداز بدلنا ہے۔ لمبے وقت تک کہنی موڑے رکھنے، کہنی کو میز یا کرسی کے بازو پر ٹکانے، یا کان سے فون لگائے رکھنے سے پرہیز کرنا، یہ سب مدد کر سکتا ہے۔ ایک اور راستہ ایسا اسپلنٹ ہے جو رات کو آپ کی کہنی کو مڑنے سے روکے۔ ہینڈ تھراپی (ہاتھ کی بحالی کا علاج) کا مقصد عصب کی جلن کو کم کرنا اور عصب کو اس طرح حرکت کرتے اور پھسلتے رکھنا ہے جیسے اسے کرنا چاہیے۔ مزید کوئی فیصلہ کرنے سے پہلے ان تبدیلیوں کو مناسب وقت تک آزمائیں۔

سوزش کم کرنے والی دوائیں کہنی کے اردگرد کی دکھن کو کم کرنے میں مدد کر سکتی ہیں۔ ہم اس مسئلے کے لیے انجکشن نہیں لگاتے۔

اگر آپریشن کے بغیر علاج سے کافی بہتری نہ آئی ہو تو سرجری اگلا قدم ہے۔ عام آپریشن ایک سادہ دباؤ ختم کرنے کا آپریشن (simple release) ہے: سرنگ کی چھت کھول دی جاتی ہے تاکہ عصب مزید نہ دبے۔ عصب کو کہنی کے اگلے حصے میں منتقل کرنا صرف شاذ و نادر ہی کیا جاتا ہے، اس عصب کے لیے جو اپنی نالی سے باہر پھسل جاتا ہو۔ اگر آپ کا پہلے ہی ریلیز کا آپریشن ہو چکا ہے اور آپ کی علامات واپس آ گئی ہیں، تو ہم احتیاط سے بتاتے ہیں کہ کیا توقع رکھی جائے: دوسرے آپریشن کے نتائج اوسطاً معمولی ہوتے ہیں، اور جو علامات برقرار رہیں وہ اکثر

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

خود عصب کی حالت کی عکاسی کرتی ہیں۔ سرجری کے بعد بحالی کے لیے Extend Rehabilitation کی Ruby Doolan کے ساتھ ہینڈ تھراپی ہوتی ہے، جو آپ کی ورزشوں میں رہنمائی کریں گی اور آپ کو جس اسپلنٹ کی بھی ضرورت ہو وہ تیار کریں گی۔

کیا توقع رکھیں

کیوبیٹل ٹنل کی علامات ایک دم آنے کے بجائے آہستہ آہستہ بڑھتی ہیں۔ شروع میں جھنجھناہٹ آتی جاتی رہتی ہے، اکثر رات کو یا کہنی کو لمبے وقت تک موڑے رکھنے کے بعد۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو دباؤ جاری رہتا ہے، اور جیسے جیسے خود عصب خراب ہوتا جاتا ہے، سُن پن اور کمزوری مستقل ہو سکتی ہے۔ اسی لیے کمزوری یا پٹھوں کے سوکھنے کے ظاہر ہونے سے پہلے قدم اٹھانا مفید ہے۔

علاج کے ساتھ، آگے کی صورتحال اس بات پر منحصر ہے کہ شروع میں مسئلہ کتنا شدید تھا۔ علاج سے پہلے کی آپ کی علامات اس بات کا سب سے اچھا اندازہ ہیں کہ آپ کتنے بہتر ہو سکتے ہیں۔ اگر آپ کی علامات ہلکی ہیں تو آرام اکثر جلدی آ جاتا ہے۔ اگر وہ شدید ہیں تو عصب زیادہ آہستہ ٹھیک ہوتا ہے: احساس اور طاقت واپس آنے میں ہفتے، مہینے، بلکہ برس بھی لگ سکتے ہیں، اور ہو سکتا ہے کچھ تبدیلی کسی ایک واضح موڑ کے بجائے بتدریج آئے۔ شدید علامات والے بہت سے لوگوں میں بھی کافی بہتری آتی ہے، چاہے صحت یابی آہستہ ہو۔

جن لوگوں کو سرجری کی ضرورت پڑتی ہے ان میں سے زیادہ تر اچھی طرح ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ سرجری کے بعد جن بازوؤں کی جانچ کی گئی ان میں سے زیادہ تر میں عصب کی کارکردگی بہتر ہوئی، اور سرجری کے تین ماہ بعد تک سادہ ریلیز اور عصب کو منتقل کرنے والے آپریشن کے نتائج تقریباً ایک جیسے ہوتے ہیں۔ انفیکشن تقریباً 2.17 فیصد کیسوں میں ہوتا ہے۔ اگر آپ کی انگلی، ہاتھ یا بازو گرم، سرخ، سوجا ہوا اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔

اگر آپ کا پہلا آپریشن مسئلہ ٹھیک نہ کرے، تو دوسرا آپریشن کچھ لوگوں کی مدد کرتا ہے لیکن اس کے نتائج اوسطاً معمولی ہوتے ہیں، اور دیرپا علامات اکثر کسی قابل علاج خرابی کے بجائے خود عصب کی حالت کی عکاسی کرتی ہیں۔ دوبارہ آپریشن (revision) کے بعد تقریباً 75 فیصد لوگوں کا درد اور جھنجھناہٹ کم ہو جاتی ہے۔ اگر آپ پہلے سے ایسا کھیل اس سطح پر کھیلتے ہیں جس میں بازو سر سے اوپر لے جانا یا کچھ پھینکنا شامل ہو، تو زیادہ تر لوگ سرجری کے بعد کھیل میں واپس آ جاتے ہیں، اگرچہ ہر کوئی اپنی پچھلی سطح تک نہیں پہنچ پاتا۔

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہ ہو رہی ہوں، ہفتوں کے دوران بگڑ رہی ہوں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہوں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہوں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ملیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہ ہو رہی ہوں، ہفتوں کے دوران بگڑ رہی ہوں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہوں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہوں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ملیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔ اس مسئلے میں سب سے اہم علامات یہ ہیں: چھوٹی انگلی اور ہاتھ کی انگوٹھی والی انگلی کی طرف سُن پن اور جھنجھناہٹ، کہنی کے اندرونی حصے کے اردگرد جلن والی دکھن، اور گرفت میں کمزوری یا بھدا پن۔ ہاتھ میں کمزوری اور چھوٹے پٹھوں کا سوکھنا وہ علامات ہیں جن پر جلدی قدم اٹھانا چاہیے، کیونکہ ایک بار ظاہر ہونے کے بعد یہ مستقل ہو سکتی ہیں۔ کہنی کے اندرونی حصے پر ٹھوکر سے کچھ سرکنے کا احساس بھی بتانے کے لائق ہے۔ سرجری کے بعد اگر کوئی انگلی، ہاتھ یا بازو گرم، سرخ، سوجا ہوا اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جانا ضروری ہے؛ اس کے لیے فیملی ڈاکٹر کے ریفرل کی ضرورت نہیں۔ اگر آپ دفتری اوقات کے بعد یا ہفتے کے آخر میں کلینک سے رابطہ نہ کر سکیں، تو اپنے قریب ترین ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

مزید تفصیل

یہ حصہ آپ کے اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضروری معلومات سے آگے جاتا ہے۔ کیوبیٹل ٹنل سنڈروم اضافی مطالعے کے لائق ہے کیونکہ سرجری کے بارے میں بحث اب کافی حد تک کم کرنے کے حق میں طے ہو چکی ہے، اور یہ نتیجہ اس مضبوط فطری خیال کے خلاف جاتا ہے کہ جو عصب اپنی جگہ سے کھسکتا ہو اسے کسی زیادہ محفوظ جگہ پر رکھنا ضروری ہے۔

سب سے سادہ آپریشن بھی اتنا ہی اچھا کام کرتا ہے جتنا سب سے پیچیدہ

دو بڑے طریقے ہیں۔ **سادہ ڈی کمپریشن (simple decompression)** میں سرنگ کی چھت کھول دی جاتی ہے اور عصب کو اس کی جگہ پر ہی رہنے دیا جاتا ہے۔ **ٹرانسپوزیشن (transposition)** میں عصب کو کہنی کے اگلے حصے میں منتقل کر دیا جاتا ہے، یا تو جلد کے نیچے یا پٹھے کے نیچے، تاکہ وہ مزید اس نالی میں نہ رہے جو کہنی موڑنے پر کھنچتی ہے۔ ٹرانسپوزیشن بڑا آپریشن ہے اور میکانکی لحاظ سے زیادہ تسلی بخش خیال لگتا ہے۔

906 مریضوں کے اعداد و شمار کو ملا کر دیکھا گیا تو سادہ ڈی کمپریشن اور ٹرانسپوزیشن کی کسی بھی شکل کے درمیان طبی نتائج میں **کوئی شماریاتی طور پر نمایاں (statistically significant) فرق نہیں تھا**، ایک رجحان ٹرانسپوزیشن کے حق میں تھا لیکن وہ نمایاں حد تک نہیں پہنچا [1]۔ **352** مریضوں میں ٹرانسپوزیشن کی دونوں شکلوں کا آپس میں موازنہ کرنے پر، شواہد **کسی بہترین طریقے کی نشاندہی کے لیے ناکافی تھے** [2]۔

کہنی کی ہڈی کا اندرونی ابھار نکالنے کا آپریشن (medial epicondylectomy)، یعنی وہ ہڈی کا ابھار ہٹانا جس کے پیچھے سے عصب گزرتا ہے، بھی اس سوال کو حل نہیں کر سکا: **886** مریضوں کے ایک جائزے میں تحقیقات کا معیار محدود پایا گیا، جس کی وجہ سے سادہ ڈی کمپریشن کے مقابلے میں اس کی افادیت کے بارے میں پختہ نتائج اخذ نہیں کیے جا سکتے [3]۔

اور جہاں عصب پہلے ہی غیر مستحکم ہو، وہاں اضافی سرجری کی قیمت ہے

یہ وہ نتیجہ ہے جو عملی طریقۂ کار کو سب سے زیادہ بدلتا ہے، کیونکہ یہ اس ایک صورتحال سے متعلق ہے جہاں ٹرانسپوزیشن واضح طور پر ضروری لگتی ہے: وہ عصب جو کہنی موڑتے وقت پہلے ہی ہڈی کے ابھار کے اوپر سے کھسک جاتا ہے۔

768 مریضوں میں، ڈی کمپریشن اور ٹرانسپوزیشن والے گروپوں میں **علامات میں ملتی جلتی بہتری** دیکھی گئی، اور **ٹرانسپوزیشن والے گروپ میں پیچیدگیوں کی شرح زیادہ تھی** [4]۔ مصنفین حدود کے بارے میں محتاط ہیں، بہت کم تحقیقات مستحکم عصب کے غیر مستحکم ہونے کی اطلاع دیتی ہیں، اور تحقیقات کے ڈیزائن جانبدار ہیں — لیکن نتیجے کی سمت فطری خیال کے الٹ ہے۔ غیر مستحکم عصب کو منتقل کرنے سے علامات میں بہتر آرام نہیں ملا، اور اس سے زیادہ مسائل پیدا ہوئے۔

دوربین کے ذریعے آپریشن (KEYHOLE) یا کھلا آپریشن، یہ اہم سوال نہیں

جہاں ڈی کمپریشن کیا جا رہا ہو، وہاں طریقے کے انتخاب پر اس سے زیادہ توجہ دی جاتی ہے جتنی اس کی ضرورت ہے۔ **981** مریضوں میں، دوربین کے ذریعے (endoscopic) اور کھلے کیوبیٹل ٹنل ریلیز کے **نتائج، پیچیدگیاں اور دوبارہ آپریشن کی شرحیں ملتی جلتی تھیں** [5]۔

دوبارہ آپریشن (REVISION) ایک مختلف معاملہ کیوں ہے

اگر پہلے آپریشن سے علامات ٹھیک نہ ہوں تو دوسرے آپریشن سے توقعات احتیاط سے طے کرنی چاہییں۔ ضدی کیوبیٹل ٹنل سنڈروم کے لیے دوبارہ آپریشن کروانے والے **192** مریضوں کے ایک جائزے میں **اوسط درجے کے فعلی نتائج** پائے گئے، جن میں پہلا آپریشن زیادہ تر ٹرانسپوزیشن تھا، اور تحقیقات میں فرق کی وجہ سے دوبارہ آپریشن کے کسی بہترین طریقے کا تعین نہیں ہو سکا [6]۔

یہ کارپل ٹنل ریلیز سے ایک اہم فرق ہے، جہاں دوسری بار دیکھنے پر اکثر ادھورا ریلیز ملتا ہے جسے درست کیا جا سکتا ہے۔ یہاں مستقل علامات زیادہ تر پہلے آپریشن سے پہلے خود عصب کی حالت، اس کے دبے رہنے کی مدت، اور پٹھوں کے سوکھنے کی حد کو ظاہر کرتی ہیں، نہ کہ کسی تکنیکی ناکامی کو جسے ٹھیک کیا جا سکے۔ یہی سب سے مضبوط دلیل ہے کہ کمزوری یا پٹھوں کا سوکھنا ظاہر ہونے کے بعد علاج میں تاخیر نہ کی جائے۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

حوالہ جات

[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 .e1-1314.e12.1314:(8)33;2008 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 j.otsr.2019.03.020/10.1016

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au