

Steroide nahe am Karpaltunnel wirksam?

r -- Dammers JW, Veering MM, Vermeulen M. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial. BMJ 1999 (2. Oktober); 319: 884-6

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Renato Fricker

Studienziele

Lokale Steroidinjektionen werden zur Behandlung des Karpaltunnelsyndroms (CTS) verwendet. In dieser holländischen Doppelblindstudie wurde die Wirksamkeit einer solchen Injektion knapp proximal des Karpaltunnels untersucht.

Methoden

Die Studie umfasste 60 Personen mit einem seit mehr als 3 Monaten bestehenden, elektrophysiologisch bestätigten CTS. Je 30 Personen wurden mit 40 mg Methylprednisolon (z.B. Depot-Medrol®) plus 10 mg Lidocain (z.B. Xylocain®) bzw. mit 10 mg Lidocain allein behandelt. Die Injektionen erfolgten 4 cm proximal des Handgelenks zwischen die Sehnen des M. flexor carpi radialis und M. palmaris longus. Waren beide Hände betroffen, so wurde die Seite mit den stärkeren Symptomen ausgewählt. Kontrollen erfolgten nach 1, 3, 6, 9 und 12 Monaten. Als Therapieerfolg wurde gewertet, wenn keine oder nur geringe Symptome vorhanden waren. Bei Personen, die eine weitere Behandlung benötigten, erfolgte diese nicht mehr doppelblind, in der Interventionsgruppe chirurgisch und in der Kontrollgruppe zunächst mit Steroid-injektion und schliesslich chirurgisch.

Ergebnisse

Nach einem Monat hatten signifikant mehr Personen in der Interventionsgruppe (23 von 30) keine oder nur geringe Beschwerden als in der Kontrollgruppe (6 von 30). Nach einem Jahr und nur einmaliger Behandlung war die Hälfte der Interventionsgruppe immer noch beschwerdefrei, in der Kontrollgruppe dagegen nur 2 Personen. In der offenen Studienphase erhielten in der Kontrollgruppe 28 Personen eine Steroidinjektion, 12 mussten schliesslich operiert werden. Die Steroidinjektionen führten nicht zu nennenswerten unerwünschten Wirkungen.

Schlussfolgerungen

Eine lokale Injektion mit Methylprednisolon etwas proximal des Karpaltunnels scheint eine wirksame, praktisch nebenwirkungsfreie und auch einfach durchzuführende Behandlungsmöglichkeit des Karpaltunnelsyndroms zu sein.

Bestätigt wird der bekannte Vorteil einer Methylprednisolon-gegenüber einer Lokalanästhetikuminjektion, wobei der Injektionsort proximal des Karpaltunnels durchaus Sinn macht. Die Autoren propagieren als CTS-Ursache eine Hypertrophie des Fettgewebes oder des M. pronator quadratus. Dies ist mir un-

bekannt, meist findet sich eine unspezifische chronische Beuge-sehnensynovitis, die durch Steroidinjektionen wenigstens vorübergehend reduziert werden kann. Beurteilt wurden lediglich subjektive Patientenangaben, was bei 50% Respondern nach 1 Jahr kaum genügt, um diese Behandlung als Standard gegenüber der operativen Dekompression mit einer Rezidivrate um 1% (bei korrekter Diagnose und Retinaculumspaltung unter Sicht) zu empfehlen.

Renato Fricker