

# Pronator teres-syndrom er en sjælden, men vigtig årsag til smerter i underarmen

Mathias Bæk Rasmussen & Søren Rasmussen Deutch

## KASUISTIK

Ortopædkirurgisk  
Afdeling,  
Regionshospitalet  
Randers

Ugeskr Læger  
2016;178:V05160361

Nerveafklemningssyndromer på overekstremiteterne er hyppige: karpaltunnelsyndrom (CTS) og afklemning af n. ulnaris på håndleds- og albueniveau er almindeligt kendt.

Syndromet blev først beskrevet 1951 [1] og er en afklemning af n. medianus forårsaget af en eller flere strukturer proksimalt i underarmen. Der er beskrevet afklemning af passagen gennem m. pronator teres og m. flexor digitorum superficialis, ved aponeurosen fra m. biceps brachii og ved det ikkekonstante Struthers ligament distalt på humerus [2-5]. Typiske symptomer er smerter proksimalt i underarmen, hvilket dog også kan forekomme i håndled og hånd. Ligeledes kan der forekomme muskelkramper, træthedsfølelse i muskulturen og nedsat sensibilitet i n. medianus' innervationsområde. N. interosseus anterioris funktion kan også være påvirket, dette giver nedsat kraftudvikling ved fleksion af yderleddet på de radiale 2-3 fingre.

## SYGEHISTORIE

En 69-årig pensioneret mand blev henvist fra egen læge pga. smerter proksimalt i begge underarme. Han havde gennem 10-15 år haft smerter, som blev forværret i forbindelse med tunge belastninger, f.eks. håndtering af værktøj. Han havde ligeledes haft krampeformnelse og følelse af svaghed, når han skulle bøje fingrene.

Ved en objektiv undersøgelse fandt man bilateralt normal sensibilitet, kraft og bevægelighed over albuer, håndled og fingre. Der var let palpationsømhed over begge humerusepikondyler, men ellers ingen sympto-

mer på epikondylitis. Ved pronation mod modstand og ved direkte tryk var der udtalt ømhed over pronator teres-muskelbugen, og patienten fik herved smerter, der strålede ned i håndled og hånd i n. medianus' innervationsområde. En nerveledningsundersøgelse af n. medianus på både albue- og håndledsniveau viste normale forhold bilateralt.

På klinisk mistanke om pronator teres-syndrom (PTS) blev han opereret med dekompression af n. medianus proksimalt på begge arme med to måneders mellemrum. Postoperativt fik han hurtigt bedring af symptomerne, og efter fem måneder var han symptomfri i hvile og havde kun diskrete smerter ved tunge belastninger.

## DISKUSSION

Patienten i sygehistorien havde typiske fund ved PTS: smerter ved direkte tryk over m. pronator teres, positiv Tinels tegn med udstråling ved påvirkning af n. medianus proksimalt i underarmen samt smerter og evt. udstråling ved pronation med modstand i 30-60 sekunder [2-5]. På trods af den lange varighed af hans symptomer blev han stort set symptomfri efter behandlingen, hvilket illustrerer vigtigheden af at kende til PTS som differentialdiagnose til andre og mere hyppige lidelser med samme symptom billede som f.eks. CTS, epikondylitis, tenosynovitis og kronisk kompartmentsyndrom. PTS er en velbeskrevet, men sjælden lidelse, specielt sammenlignet med CTS, som den nemt kan forveksles med [5]. Hos en gruppe patienter stilles diagnosen PTS også først, efter at de er blevet opereret for CTS uden effekt [3, 4]. Både PTS og CTS kan give paræstesier i de radiale 3½ fingre, men ved PTS er der sjældent natlige gener, og smerterne er typisk i den proksimale underarm samt forværres ved belastninger. Elektrofysiologiske undersøgelser er usikre, idet kun ca. 30% vil være positive ved PTS, ligesom patienten i sygehistorien også havde normale resultater ved nerveledningsundersøgelse bilateralt [3, 5]. Nerveledningsundersøgelser har dog en plads i udredningen, da en del vil være positive for PTS, ligesom de kan være en hjælp, hvis der klinisk er usikkerhed om, hvorvidt der er tale om PTS eller CTS. PTS er derfor en klinisk diagnose, som stilles ud fra symptomer og anamnese. Ved en række kliniske test kan man underbygge diagnosen, og resultaterne

Pronator kompresionstest. Ved pronator teres-syndrom kan der ved kompression anteriort over m. pronator teres typisk udløses smerter og paræstesier i n. medianus' innervationsområde.



indikere, hvilken struktur der udøver tryk på n. medianus.

Behandlingen kan i lette tilfælde være konservativ, det vil primært være aflastning fra evt. repetitivt hårdt arbejde, typisk hvor der er gentagen supination/pronation [3, 5]. Ved manglende effekt eller ved udtalte symptomer foretages der åben eksploration af n. medianus i forløbet proksimalt i underarmen, og strukturer, der kan komprimere nerven, løsnes. I to retrospektive studier har man fundet gode resultater efter dekompression med hel eller delvis symptomfrihed hos hhv. 92% og 77% af patienterne [3, 4].

## SUMMARY

Mathias Bæk Rasmussen & Søren Rasmussen Deutch:

Pronator teres syndrome is a rare but important cause of pain in the forearm

Ugeskr Læger 2016;178:V05160361

Pronator teres syndrome is a rare but clinically important condition which can cause pain in the forearm. It is a compression neuropathy due to compression of the median nerve proximal in the forearm. In this case report we describe a 69-year-old male patient with pain in both forearms in more than ten years. After surgical decompression of the median nerve in both arms he experienced almost complete relief of his symptoms.

**KORRESPONDANCE:** Mathias Bæk Rasmussen. E-mail: mathiasr@sol.dk

**ANTAGET:** 30. august 2016

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 14. november 2016

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Seyffarth H. Primary myositis in the m. pronator teres as cause of lesion of the n. medianus (the pronator syndrome). *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1951;26(suppl 74):251-4.
2. Morrey BF. *The elbow and its disorders*. Third ed. W.B Saunders Company, 2000.
3. Hartz CR, Linscheid RL, Gramse RR et al. The pronator teres syndrome: compressive neuropathy of the median nerve. *J Bone Joint Surg* 1981; 63A:885-90.
4. Olehnik WK, Manske PR, Szerzinski J. Median nerve compression in the proximal forearm. *J Hand Surg* 1994;19A:121-6.
5. Koo JT, Szabo RM. Compression neuropathies of the median nerve. *J AM Soc Hand* 2004;4:156-75.