proLékaře.cz | 6.11.2026

Neuropatie n. cutaneus antebrachii posterior – kazuistiky

Posterior Antebrachial Cutaneous Nerve Neuropathy – Case Reports

Souhrn

Nervus cutaneus antebrachii posterior (NCAP) je senzitivní větví n. radialis. Samostatná neuropatie NCAP je vzácná a je většinou iatrogenní. Dochází k ní hlavně při operacích v oblasti distální části humeru a lokte. Manifestuje se nejen senzitivním deficitem v area nervina, ale často i neuropatickou bolestí a dysesteziemi. Lézi NCAP je možno objektivizovat neinvazivní antidromní senzitivní neurografií. Jsou popsány dvě stručné kazuistiky pacientů s neuropatií NCAP a elektrodiagnostická technika neurografie NCAP.

Abstract

The posterior antebrachial cutaneous nerve (PACN) is a sensory branch of the radial nerve. Isolated PACN neuropathy is rare and mostly iatrogenic. It occurs particularly after surgery in lower humerus or elbow. PACN neuropathy is associated not only with sensory loss in the nerve area but pain and dysesthesias are common. PACN lesion can be ascertained in non-invasive neurography. The paper describes two cases of patients with PACN neuropathy and electrodiagnostic technique of sensory nerve conduction study of the PACN.

Z. Ambler

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

✉ prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.
Neurologická klinika
LF UK a FN Plzeň
Alej Svobody 80
304 60 Plzeň
e-mail: ambler@fnplzen.cz

Přijato k recenzi: 11. 6. 2009
Přijato do tisku: 16. 6. 2009

Klíčová slova

nervus cutaneus antebrachii posterior – kondukční studie – senzitivní neurografie – pooperační komplikace – neuralgie

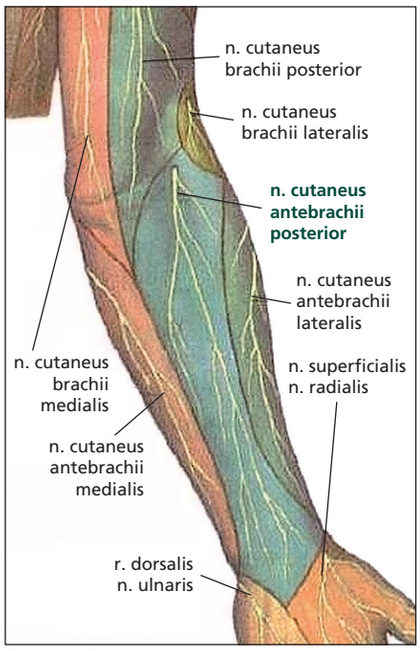
Key words

posterior antebrachial cutaneous nerve – sensory neurography – nerve conduction study – complications after surgery – neuralgia

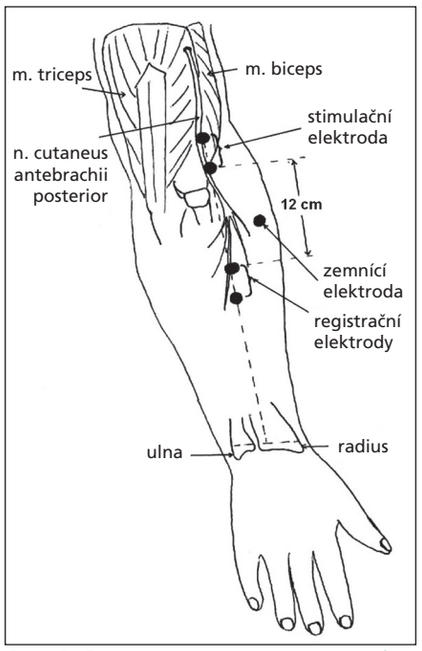
proLékaře.cz | 6.11.2026

Úvod

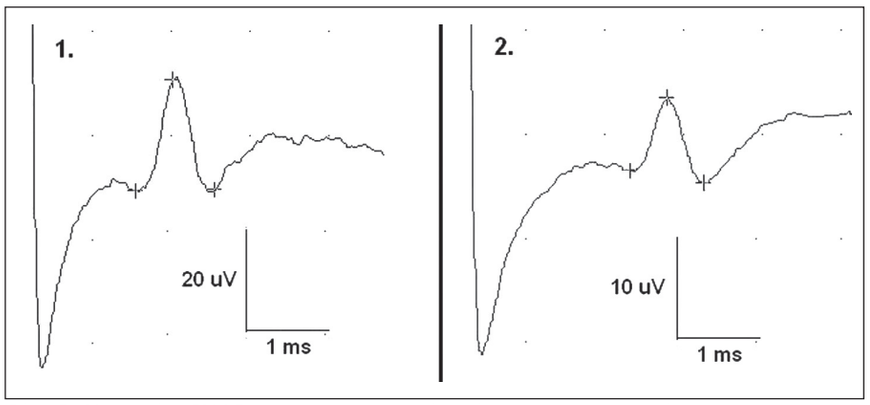
Nervus cutaneus antebrachii posterior (NCAP) je senzitivní větví n. radialis. Odstupuje v sulcus nervi radialis, někdy v jeho proximální části, sestupuje dorzálně při laterálním okraji m. brachioradialis mezi olecranon a laterální epikondyl humeru na zadní plochu předloktí a větví se v kůži na zadní straně distální části paže a zadní straně předloktí. Senzitivně zásobuje malou oblast dolní poloviny paže a hlavně dorzální část předloktí (obr. 1). Distálně mohou jeho větve anastomozovat s větvemi n. cutaneus antebrachii medialis i lateralis. Vzhledem k odstupu v sulcus n. radialis a počátečním průběhu společně s n. radialis může být NCAP poškozen při poměrně častých lézích n. radialis v této lokalizaci [1]. Při dominující motorické symptomatice se většinou současné postižení NCAP nevyšetřuje, ale i při cíleném vyšetření může být při lézi n. radialis v této lokalizaci NCAP ušetřen [2]. Samostatná neuropatie NCAP není příliš častá. Její příčiny jsou hlavně iatrogenní, k poranění může dojít při operacích distální části humeru a lokte (fraktury, epikondylitidy), ale i při artroskopii loketního kloubu [3–5]. Méně často dochází k lézi NCAP při vlastním traumatu. Symptomatika izolované neuropatie NCAP je pouze senzitivní, kromě poruchy čití na dorzu předloktí jsou časté neuropatické bolesti a dysestezie. Příčinou postoperační léze může být také traumatický neurom, který je možno i chirurgicky ošetřit jeho resekcí a implantací nervu proximálně do m. brachioradialis [6].



Obr. 1. Oblast senzitivní inervace nervus cutaneus antebrachii posterior.



Obr. 2. Schéma senzitivní neurografie nervus cutaneus antebrachii posterior [7].



Obr. 3. Normální SNAP n. cutaneus antebrachii posterior na zdravé straně u pacientů 1 a 2.

Neurografie

Neurografie NCAP se běžně neprovádí, přestože jde o techniku velmi jednoduchou [7]. Standardním způsobem jako při běžné antidromní senzitivní neurografii stimulujeme povrchovou elektrodou nerv 1–2 cm nad laterálním epikondylem a aktivní registrační elektrodu umístíme 12 cm distálně na spojnici stimulační elektrody a středu zápěstí (obr. 2). Obvykle stačí několik zprůměrnění, abychom registrovali kvalitní reprodukovatelný senzitivní nervový akční potenciál (SNAP). Počáteční latence SNAP jsou průměrně 2 ms (rozsah 1,8–2,6), vrcholové latence 2,3 ms (2–2,9), amplituda koreluje s věkem a bývá kolem 6 μV (2,9–21). Stranová diference rozdílu amplitud se udává 0,8 μV (0,6–1) [7]. Rychlost vedení je průměrně 60 ms/s. Při lézi NCAP většinou SNAP nevybavíme, případně při lehčí lézi je amplituda ve srovnání s nepostiženou stranou podstatně nižší. Pokud jde o distálnější manifestaci léze, může být vhodná i distálnější registrace, resp. srovnání ve vzdálenostech 12, 15 a 20 cm pod stimulační elektrodou [8].

Kazuistiky

Jako příklad léze NCAP uvádíme dvě stručné kazuistiky.

Kazuistika 1

48letá žena. V květnu roku 2008 byla provedena operace mediální epikondylitidy vpravo, při které došlo k popálení laserem na dorzu nad loktem. Od operace měla subjektivní pocit mrtvění na dorzu předloktí a bolesti, které se zesilovaly hlavně při zátěži prstů. Při vyšetření v únoru 2009 byla přítomna hypestezie na dorzu pravého předloktí v typické oblasti pro NCAP, ostatní nález byl normální. Při neurografii NCAP vlevo byl registrován normální SNAP s latencí 2 ms a amplitudou 21 μV (obr. 3-1), vpravo SNAP nebyl vybaven. K poranění NCAP nedošlo při vlastní operaci mediální epikondy-

proLékaře.cz | 6.11.2026

litidy, ale při popálení laserem nad laterálním epikondylem.

Kazustika 2

25letý muž. V lednu 2008 při autohavárii utrpěl tříštivou zlomeninu diafýzy pravého humeru, která byla léčena osteosyntézou. Od března roku 2008 si stěžoval na brnění a bolesti na dorzu pravého předloktí, někdy i v prstech a neurčitý pocit slabosti pravé ruky. Při vyšetření v lednu roku 2009 byla přítomna hypestezie na dorzu pravého předloktí, ostatní nález byl normální a žádné projevy motorické léze nebyly zjištěny. Při neurografii nebyl vybaven SNAP NCAP. Vlevo byl nález normální, SNAP s latencí 2,8 ms a amplitudou 6,9 μV (obr. 3-2).

Závěr

V krátkém sdělení jsme chtěli upozornit na dosud málo diagnostikovanou neuropatii NCAP a možnost objektivizace léze jednoduchou neinvazivní neurografií. Problematika by měla být známa nejen neurologům, ale i ortopedům, event. chirurgům, kteří provádějí operace v oblasti distálního humeru a lokte a měli by vědět o riziku poranění NCAP [9]. Pacienti často po operaci udávají bolesti a dysestezie, které nejsou správně interpretovány a někdy se chybně považují i za psychogenní. Přitom diagnóza je jednoduchá, pokud na tuto možnost myslíme, a je možno ji i objektivizovat senzitivní neurografií.

Literatura

1. Markiewitz AD, Merryman J. Radial nerve compression in the upper extremity. J Am Soc Surg Hand 2005; 5: 87–99.
2. Lo YL, Prakash KM, Leoh TH, Tan YE, Dan YF, Xu LQ et al. Posterior antebrachial cutaneous nerve conduction study in radial neuropathy. J Neurol Sci 2004; 223(2): 199–202.
3. Chang CW, Oh SJ. Posterior antebrachial cutaneous neuropathy. Case report. Electromyogr Clin Neurophysiol 1990; 30(1): 3–5.
4. Doyle JJ, David WS. Posterior antebrachial cutaneous neuropathy associated with lateral elbow pain. Muscle Nerve 1993; 16(12): 1417–1418.
5. Kelly EW, Morrey BF, O'Driscoll SW. Complications of elbow arthroscopy. J Bone Joint Surg Am 2001; 83(1): 25–34.
6. Dellon AL, Kim J, Ducic I. Painful neuroma of the posterior cutaneous nerve of the forearm after surgery for lateral humeral epicondylitis. J Hand Surg Am 2004; 29(4): 387–390.
7. Prakash KM, Leoh TH, Dan YF, Nurjannah S, Tan YE, Xu LQ et al. Posterior antebrachial cutaneous nerve conduction studies in normal subjects. Clin Neurophysiol 2004; 115(4): 752–754.
8. Souayah N, Bhatt M, Sander HW. Posterior antebrachial cutaneous nerve conduction study technique. Neurol Neurophysiol Neurosci 2007; 5: 1–8.
9. MacAvoy MC, Rust SS, Green DP. Anatomy of the posterior antebrachial cutaneous nerve: practical information for the surgeon operating on the lateral aspect of the elbow. J Hand Surg Am 2006; 31(6): 908–911.

Reference:

1) Jacobs LD et al. Ann Neurol. 1996;39:285-294

2) Barak and Achiron. Eur Neurol. 2002;47:11

3) Kappos L, Clanet M, Sandberg-Wollheim M, Radue EW, Hartung HP, Hohlfeld R et al. Neutralizing antibodies and efficacy of interferon beta-1a. A 4-year controlled study. Neurology 2005; 65: 40–47

4) Devonshire et al. ECTRIMS, 2006. Abstract and Poster 316

5) Vyhláška MZ ČR č. 63/2007 Sb., o úhradě léčiv a potravin pro zvláštní účely

Zkrácená informace o přípravku AVONEX
Před předepsáním léku respektujte, prosím, celou odbornou informaci o léku AVONEX.
Zkrácená informace o léku: AVONEX 30 mikrogramů /0,5 ml injekčního roztoku. **Léčivo:** Jedna předplněná stříkačka 0,5 ml obsahuje 30 mikrogramů (6 mil.m.j.) Interferonum beta 1a. **Indikace:** relabsující sclerosis multiplex - roztroušenou sklerózou (RS), včasná léčba RS po první demyelinizační příhodě s aktivním zánětlivým procesem při potvrzení vysokého rizika rozvoje klinicky nesporné RS. **Dávkování:** Doporučená dávka činí 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku) injikovaných i.m. jedenkrát týdně. *Na počátku léčby mohou pacienti začít buď na plné dávce 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku), nebo na přibližně poloviční dávce jednou týdně, aby se mohli léčbě lépe přizpůsobit, a posléze zvýšit dávku na plných 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku). Aby byla účinnost dostatečná, je třeba dosáhnout dávky 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku) jednou týdně a po počátečním titračním období tuto dávku udržovat. Pro pacienty zahajující léčbu přípravkem AVONEX je k dispozici manuální titrační zařízení aplikující přibližně polovinu dávky. Léčba by měla být zahajována pod dohledem lékaře, který již má zkušenosti s terapií RS. Místo aplikace i.m. je třeba každý týden měnit. **Kontraindikace:** přecitlivělost na interferon beta, lidský albumin nebo pomocnou látku, zahájení léčby v těhotenství, těžké deprese a/nebo suicidální myšlenky. **Upozornění:** Při plánovaní gravidity je zapotřebí zvážit přerušení léčby. Zvláštní opatření pro použití léku pacientům s dřívějšími nebo stávajícími onemocněními: deprese, epilepsie, jaterní a renální selhání, srdeční onemocnění. Lék by neměl být podáván pacientům ve věku do 12 let. Interakce: se zvýšenou pozorností je třeba postupovat při podávání léku v kombinaci s léčivými přípravky, které mají úzký terapeutický index a jejichž clearance je ve větší míře závislá na jaterním cytochromu P450. **Nežádoucí účinky:** příznaky podobné chřipce, nejčastější bolesti ve svalech, zvýšená teplota, pocity mrazení, pocení, astenie, bolesti hlavy a nauzea. **Držitel rozhodnutí o registraci:** BIOGEN IDEC LTD., Berkshire, Velká Británie. Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. **Datum revize textu:** 12/2008

**Všimnete si prosím změny v informaci o přípravku.*

AV00-CZE-24571 Datum přípravy: únor 2009

Biogen Idec (Czech Republic) s.r.o., Na Strži 1702/65, 140 62 Praha 4, tel.: 222 191 640, fax: 222 191 783, www.biogenidec.com.

biogen idec™