

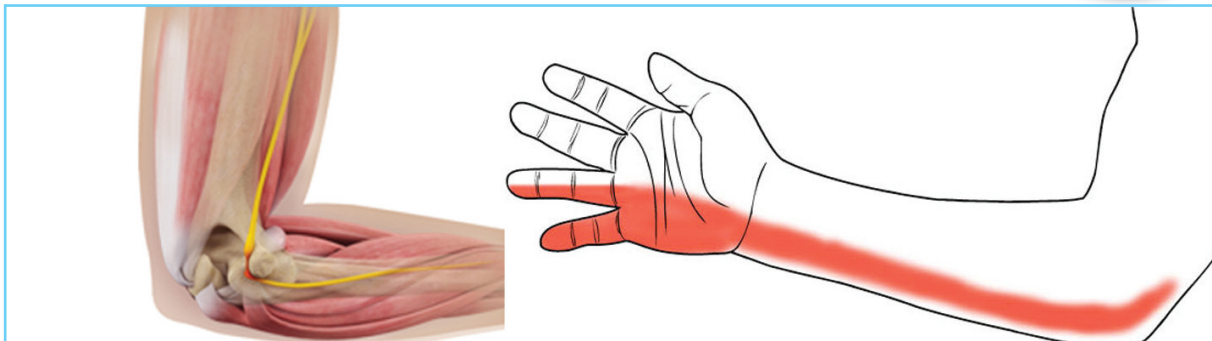


Απόστολος Ν. Ηλίας
Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Email: apostolos.ilias1@gmail.com
Website: www.ilias-ortho.gr



Κλινικά σημεία και θεραπεία της ωλένιας νευρίτιδας του αγκώνα



Είναι η πιεστική νευροπάθεια του ωλενίου νεύρου στην εσωτερική πλευρά του αγκώνα. Είναι η δεύτερη συχνότερη πιεστική νευροπάθεια του άνω άκρου μετά το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

Παράγοντες κινδύνου είναι το προηγούμενο κάταγμα ή ψευδάρθρωση του έσω βραχιονίου κονδύλου, η ύπαρξη οστεοφύτων, γαγγλίου, όγκου, έκτοπης οστεοποίησης στην εσωτερική πλευρά του αγκώνα, προηγούμενη χειρουργική επέμβαση, έγκαυμα ή παραμόρφωση του αγκώνα σε βλαισότητα.

Εκδηλώνεται με πόνο και παραισθησία του μικρού δακτύλου, της ωλένιας πλευράς του παραμέσου δακτύλου και της εσωτερικής ραχιαίας επιφάνειας του χεριού. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται τη νύχτα όταν ο ασθενής κοιμάται με τον αγκώνα σε μεγάλη κάμψη και στη διάρκεια της ημέρας, όταν για παράδειγμα κρατά το τηλέφωνο για αρκετή ώρα με τον αγκώνα σε μεγάλη κάμψη ή σε ανάλογες επαγγελματικές ή αθλητικές δραστηριότητες.

Στην κλινική εξέταση σε προχωρημένο στάδιο ανευρίσκεται ατροφία του πρώτου μεσοδακτύλιου διαστήματος

του χεριού και των μεσώστων μυών, γαμψοδακτυλία του μικρού και του παραμέσου δακτύλου και μειωμένη αισθητικότητα του μικρού δακτύλου, της ωλένιας πλευράς του παραμέσου δακτύλου και της εσωτερικής πλευράς της ράχης του χεριού. Επίσης παρατηρείται αδυναμία ισχυρής σύλληψης του χεριού και αδυναμία στην κίνηση τσιμπήματος μεταξύ αντίχειρα και δείκτη. Χαρακτηριστικές κλινικές δοκιμασίες είναι θετικές (Froment, Wartenberg κλπ.)

Το ηλεκτρομυογράφημα και οι δοκιμασίες νευρικής αγωγιμότητας βοηθούν στη διάγνωση και στην πρόγνωση του χρόνου ανάνηψης του ωλενίου νεύρου.

Η συντηρητική αγωγή είναι αποτελεσματική περίπου στο 50% των ασθενών. Εφαρμόζεται σε ήπιες περιπτώσεις και περιλαμβάνει τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, την τροποποίηση των δραστηριοτήτων του ασθενούς και τη χρήση νυχτερινού νάρθηκα που κρατά τον αγκώνα σε περίπου 45 μοίρες κάμψη.

Η χειρουργική αντιμετώπιση αρχικά περιλαμβάνει την απλή αποσυμπίεση του ωλενίου νεύρου. Όταν υπάρχει

υποτροπή μετά από χειρουργική επέμβαση, σε αθλητές ρίψουν και σε περιπτώσεις που το νεύρο υπεξαρθρώνεται από την αύλακά του εκτελείται αποσυμπίεση του ωλενίου νεύρου και μετάθεσή του στην πρόσθια πλευρά του αγκώνα με ειδική τεχνική.

Η μερική εκτομή του έσω βραχιονίου κονδύλου πρέπει να γίνεται προσεκτικά ώστε να μην προκύψει εσωτερική αστάθεια του αγκώνα λόγω ανεπάρκειας του έσω ωλενίου πλάγιου συνδέσμου.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι η υποτροπή των συμπτωμάτων και ο σχηματισμός νευρώματος λόγω τραυματισμού του εσωτερικού δερματικού νεύρου του αντιβραχίου, που προκαλεί εμμένοντα πόνο στην εσωτερική πλευρά του αγκώνα.

Η χειρουργική επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία ή με νευρικό αποκλεισμό του άνω άκρου, ίσχαμη περίδεση και ο ασθενής συνήθως τοποθετείται σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση. Ο ασθενής εξέρχεται αυθημερόν από το νοσοκομείο, τα ράμματα αφαιρούνται σε περίπου 2 εβδομάδες και κατόπιν εφαρμόζεται πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.