



Απόστολος Ν. Ηλίας
Ορθοπαιδικός Χειρουργός

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



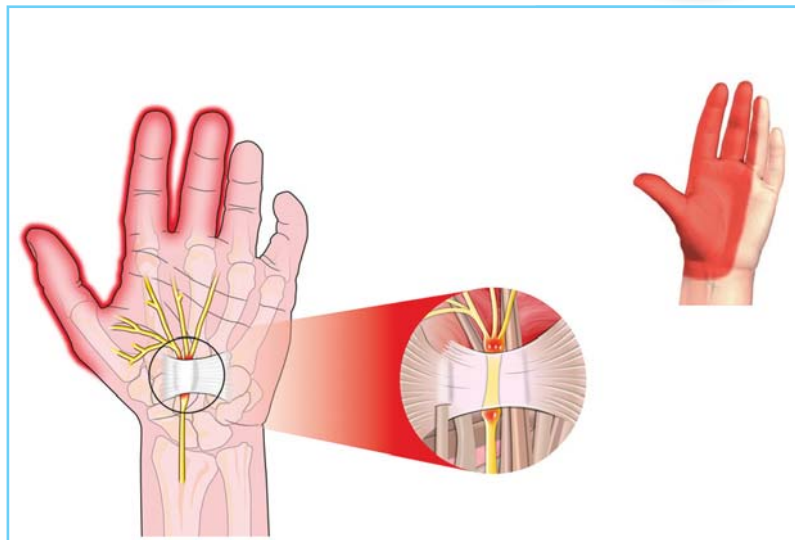
Σύγχρονα δεδομένα για το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα

Το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα είναι η συχνότερη πιεστική νευροπάθεια. Η πάχυνση του εγκάρσιου συνδέσμου του καρπού συμπιέζει το μέσο νεύρο και τους καμπτήρες τένοντες μέσα στον καρπιαίο σωλήνα. Παράγοντες κινδύνου είναι το γυναικείο φύλο, η παχυσαρκία, η γήρανση, η εγκυμοσύνη, το κάπνισμα, η κατανάλωση οισιοπνευματωδών, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και οι βλεννοπολυσακχαριδώσεις. Επιδεινώνεται με επαναλαμβανόμενες κινήσεις και δονήσεις του καρπού κατά την έντονη σωματική εργασία και είναι συχνότερο σε ρίπτες, ποδηλάτες και αθλητές του τένις.

Ο καρπιαίος σωλήνας οριοθετείται κερκιδικά από το φύμα του σκαφοειδούς και το μείζον πολύγωνο οστό, ωλένια από το πισοειδές και το άγκιστρο του αγκιστρωτού οστού, στην οροφή του από τον εγκάρσιο σύνδεσμο του καρπού και στο έδαφός του από τον εγγύς στοίχο των οστών του καρπού. Περιλαμβάνει 9 καμπτήρες τένοντες και το μέσο νεύρο.

Το σύνδρομο εκδηλώνεται με αιμώδεις, αίσθηση μηρμυγκιάσματος και αδυναμία στον αντίχειρα, στον δείκτη, στον μέσο δάκτυλο και στο κερκιδικό ήμισυ του παραμέσου δακτύλου, με πόνο και παραισθησία που ξυπνούν τον ασθενή τη νύχτα και ενίοτε με διαταραχή της φυσιολογικής δεξιότητας του χεριού. Στην επισκόπηση του χεριού παρατηρείται ατροφία των μυών του θέναρος στη βάση του αντίχειρα σε προχωρημένο στάδιο. Τα ειδικά κλινικά τεστ (Durkan, Phalen, Tinel, Semmes-Weinstein) είναι θετικά. Ακτινογραφίες δεν απαιτούνται για τη διάγνωση, η οποία επιβεβαιώνεται με το ηλεκτρομυογράφημα και μελέτες νευρικής αγωγιμότητας.

Η συντηρητική αγωγή ως πρώτη γραμμή θεραπείας περιλαμβάνει τη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών



φαρμάκων, τη χρήση νάρθηκα πηξοκαρπικής, ιδίως κατά τη νύχτα και την αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν τα συμπτώματα.

Η τοπική έγχυση στεροειδούς έχει διαγνωστική αξία σε περιπτώσεις που η κλινική εικόνα και τα ηλεκτρομυογραφικά ευρήματα είναι αμφίβολα. Μετά από τοπική έγχυση στεροειδούς το 80% των ασθενών εμφανίζει παροδική υποχώρηση των συμπτωμάτων και απ' αυτούς το 22% παραμένει χωρίς συμπτώματα για 1 έτος. Κακό προγνωστικό σημείο θεωρείται όταν δεν υπάρχει βελτίωση μετά από την τοπική έγχυση στεροειδούς και τότε η χειρουργική επέμβαση μάλλον δεν θα είναι αποτελεσματική.

Ενδείξεις για ανοικτή χειρουργική αποσυμπίεση του καρπιαίου σωλήνα είναι η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής και το οξύ σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα έπειτα από ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση κατάγματος του κάτω πέρατος της κερκίδας.

Η δύναμη σύλληψης μεταξύ αντίχειρα-δείκτη αποκαθίσταται σε 6 εβδομάδες και η δύναμη σύλληψης ολόκληρου του χεριού αποκαθίσταται

σε 12 εβδομάδες. Σε ήπιο σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα το 2% των ασθενών που χειρουργήθηκαν θα έχουν ήπια συμπτώματα 1 έτος μετά την επέμβαση ενώ σε βαρύ σύνδρομο το 20% θα είναι συμπτωματικοί.

Επανεπέμβαση για διάνοιξη του καρπιαίου σωλήνα συνήθως απαιτείται όταν δεν γίνεται πλήρης διάνοιξη στην αρχική επέμβαση. Σε αυτή την ομάδα των ασθενών το 25% θα έχει πλήρη βελτίωση, το 50% μερική βελτίωση και το 25% καθόλου βελτίωση μετά την επανεπέμβαση.

Η ενδοσκοπική αποσυμπίεση του καρπιαίου σωλήνα σε σχέση με την κλασική ανοικτή τεχνική έχει το πλεονέκτημα της ταχύτερης αποκατάστασης λόγω του μικρότερου τραύματος. Τα μακροπρόθεσμα λειτουργικά αποτελέσματα είναι τα ίδια, ενώ μειονεκτήματα της ενδοσκοπικής μεθόδου είναι η ατελής διάνοιξη του καρπιαίου σωλήνα και το υψηλό κόστος των αναλωσίμων.

Η χειρουργική μας ομάδα μπορεί να προσφέρει οριστική λύση για το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς.