

Μή "..." "..." "..."

/ Επισ



Η νόσος του

εκτινασσόμενου δακτύλου (trigger finger) περιγράφηκε από τους Nelaton και Notta το 1850 και αποτελεί ένα από τα συχνότερα σύνδρομα του χεριού. Στην ουσία πρόκειται για μια **φλεγμονώδη πάθηση** όπου ο πάσχων αναφέρει ότι ένα από τα δάκτυλά του ενώ το κλείνει φυσιολογικά δεν μπορεί να το ανοίξει εύκολα ή ανοίγει αλλά συναντά εμπόδιο κατά την κάμψη. Μερικές φορές απαντάται και σε περισσότερα του ενός δάκτυλα και στα 2 χέρια.

Η πάθηση αυτή προσβάλλει το σύστημα των καμπτήρων τενόντων κυρίως στην περιοχή του A1 εγκάρσιου συνδέσμου του δακτυλικού ελύτρου (το έλυτρο είναι ένας φάκελος που περιβάλλει έναν τένοντα και εκτελεί μια προστατευτική λειτουργία, καθώς κάνει τους τένοντες να γλιστρούν). Ο καμπτήρας τένοντας αντιδρά με την παραγωγή μιας *διόγκωσης*, η οποία είναι ψηλαφητή στην παλάμη σαν οζίδιο. Το οζίδιο αυτό κινείται με την κίνηση του τένοντα και είναι επώδυνο στην πίεση. Ο πόνος μερικές φορές αντανακλά προς το αντιβράχιο μέχρι τον αγκώνα. Σε αρχικά στάδια τα συμπτώματα είναι χειρότερα το πρωί και καλυτερεύουν με την πάροδο της ημέρας.

Ποιες ομάδες είναι ευάλωτες να εμφανίσουν τη νόσο αυτή;

Καταρχήν η νόσος αυτή οφείλεται σε μικροτραυματισμούς της παλάμης από την παρατεταμένη χρήση εργαλείων όπως είναι το βίδωμα, το κλάδευμα κτλ. Τέτοιου είδους εργασίες μπορούν να προκαλέσουν μια φλεγμονώδη πάχυνση και στένωση

του στομίου του δακτυλικού ελύτρου.

Συμβαίνει πιο συχνά σε γυναίκες, σε διαβητικούς, σε υπερτασικούς, ασθενείς με ουρική αρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σε ασθενείς με σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και χωρίς συγκεκριμένο παθολογικό υπόβαθρο λόγω τοπικού τραυματισμού ή ασυνήθιστης δραστηριότητας. Η πάθηση μπορεί να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, **ακόμη και στη βρεφική** με προτίμηση τις γυναίκες. Στα βρέφη παρουσιάζεται με πόνο και οίδημα κυρίως στον αντίχειρα και προκαλεί εκτός από τον εκτιναγμό και πλήρες κλείδωμα της φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης σε κάμψη ή σε έκταση. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται εγχειρητική απελευθέρωση του καμπτήρα τένοντα από την περίσφιξη του ελύτρου.

Συντηρητική αγωγή

Σε αρχικό στάδιο και ιδίως στην οζώδη μορφή, η **συντηρητική αγωγή** με αντιφλεγμονώδη, ακινητοποίηση, με διάφορους κηδεμόνες, μαλάξεις, επιθέματα πάγου και τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς, **είναι συνήθως αποτελεσματική**.

- Ειδικότερα, η ανταπόκριση **σε έγχυση κορτικοστεροειδούς** είναι περίπου 60-70%. Η τοπική έγχυση του στεροειδούς θεραπεύει τη φλεγμονή μέσα σε λίγες ημέρες και ελευθερώνει την κίνηση του δακτύλου από τον εκτιναγμό και τον πόνο.
- Η θεραπεία μέσω του **νάρθηκα** απαιτεί να φορεθεί για τουλάχιστον 4 μήνες.

Χειρουργική θεραπεία

Μετά από 6 μήνες συντηρητικής αγωγής, αν δεν υπάρχει αποτέλεσμα, συνιστάται **χειρουργική θεραπεία**. Η επέμβαση γίνεται με τοπική αναισθησία, διανοίγεται μία μικρή τομή του 1-2 cm και απελευθερώνεται ο τένοντας ώστε να κινείται ελεύθερα. Η διάρκειά της κυμαίνεται στα 10 - 15 λεπτά και ο ασθενής φεύγει άμεσα από την κλινική.

Υπάρχει και η **διαδερμική μέθοδος** αλλά ακόμη δεν είναι ευρέως αποδεκτή, καθώς δε φαίνεται να υπερτερεί σε κάτι από την κλασική μικρή τομή. Σε βρεφικό εκτινασόμενο αντίχειρα καλό είναι κανείς να περιμένει μέχρι το βρέφος να γίνει 1 έτους, γιατί πολλές φορές υπάρχει αυτόματη ίαση.

Μετεγχειρητική πορεία

- Βαμβακερή επίδεση και ανάρτηση για 1-2 ημέρες και στη συνέχεια χρήση χεριού για απλές καθημερινές πράξεις χωρίς να έρθει το τραύμα σε επαφή με το νερό, έως την κοπή των ραμμάτων.

- Αλλαγή επιδέσμων 5-7 ημέρες μετά την επέμβαση.
- Αποφυγή βάρους τις πρώτες 3-4 εβδομάδες, ενώ εκτελείται πρόγραμμα ασκήσεων.
- Κοπή ραμμάτων σε 15 ημέρες από το χειρουργείο.

Συντάκτης: Ιωάννης Τσαπακίδης, Ορθοπεδικός Χειρουργό

Πηγή: flowmagazine.gr