

Ενδοσκοπική αντιμετώπιση του συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα

/ [Πεμπτούσία](#)



Ενδοσκοπικά - και μέσα από οπή μόλις 1 έως 2 εκατοστών - αντιμετωπίζουν χειρουργικά πλέον οι ορθοπεδικοί το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, που ταλαιπωρεί εκατομμύρια γυναίκες και άνδρες σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ενδοσκοπική χειρουργική μέθοδος δεν αφήνει σημάδια, η ανάρρωση και η επούλωση είναι ταχύτατη (3 με 4 ημέρες) , ενώ η επάνοδος στην εργασία γίνεται μέσα σε μια εβδομάδα.

Αποτελέσματα της μεθόδου παρουσιάστηκαν, την περασμένη εβδομάδα, από διάσημους ορθοπεδικούς χειρουργούς στο 5th Vienna Symposium on Surgery of Peripheral Nerves και αξιολογήθηκαν ως άριστα σε σχέση με παλαιών χειρουργικών μεθόδων.

«Η ενδοσκοπική χειρουργική μέθοδος προσφέρει σημαντικά οφέλη για τον ασθενή και πραγματοποιείται μέσα από οπή 1-2 εκατοστών, με χρήση ενδοσκοπικού εργαλείου, το οποίο φέρει αυτόματο μικρό-μαχαιρίδιο με μικροκάμερα, για να έχει

ο χειρουργός άμεση και καθαρή εικόνα», αναφέρει ο Χειρουργός-Ορθοπεδικός/Μικροχειρουργός Χεριού και αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού -Ανω Ακρου, Ιωάννης Α. Ιγνατιάδης (www.ignatiadismicrohand.eu, www.microhand-ortho-spine.gr).

Σύμφωνα με τον κ. Ιγνατιάδη στο εξωτερικό, και κυρίως στη Γαλλία, οι επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του συνδρόμου του καρπιαίου σωλήνα γίνονται κατά 90% με την ενδοσκοπική μέθοδο, ενώ με την παλαιά μέθοδο (ανοιχτό χειρουργείο με μεγάλη τομή) αντιμετωπίζονται ελάχιστες πολύ βαριές περιπτώσεις με συγκεκριμένες επιπλοκές.

Η επέμβαση πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο ορθοπεδικό χειρουργό, πραγματοποιείται με τοπική ή γενική νάρκωση, διαρκεί περίπου 45 λεπτά και ο ασθενής επιστρέφει σπίτι του αυθημερόν.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, είναι η πλέον συχνή περιφερική πιεστική νευροπάθεια που ταλαιπωρεί εκατομμύρια άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο. Έχει ιδιαίτερη «αδυναμία» στις μεσήλικες γυναίκες αφού τις χτυπά 5 με 6 φορές συχνότερα απ' ότι τούς άνδρες. Ταλαιπωρεί πολλές νοικοκυρές αλλά και χειρώνακτες κυρίως μετά από υπερβολική επιβάρυνση των χεριών στη διάρκεια της ημέρας. Το σύνδρομο εμφανίζεται συχνότερα, στις εγκύους, τούς διαβητικούς, τους ρευματοπαθείς και τούς νεφροπαθείς.

Εκδηλώνεται με μουδιάσματα και υπαισθησία (μειωμένη αίσθηση της αφής, μειωμένη ευαισθησία σε εξωτερικά ερεθίσματα) στα πρώτα 3 με 4 δάκτυλα, κυρίως τη νύκτα (πρώτες πρωινές ώρες). Στα τελευταία στάδια εκδηλώνεται επίσης με μυϊκή αδυναμία παλάμης και κυρίως ατροφίας των μυών της βάσης του αντίχειρα, ενώ ο ασθενής δεν μπορεί να πιάσει αντικείμενα (πτώση αντικειμένων απ το χέρι).

«Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται κατ' αρχήν με κλινική εξέταση» προσθέτει ο κ. Ιγνατιάδης και καταλήγει «Υπάρχουν κλινικές δοκιμασίες που βοηθούν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης όπως η επίταση των συμπτωμάτων με το σπάσιμο των καρπών στις 90 μοίρες και η δοκιμασία σφιξίματος με περιχειρίδα. Τελικά πάντα επιβεβαιώνεται και εργαστηριακά με το ηλεκτρομυογράφημα και έλεγχο κινητικής και αισθητικής αγωγής, μια δοκιμασία σε νευροφυσιολογικό εργαστήριο».

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η ακινητοποίηση με νάρθηκες, η ένεση τοπικά με κορτιζόνες, τα αντιφλεγμονώδη

τελικά δεν προσφέρουν μόνιμη απαλλαγή. Η ριζική θεραπεία είναι η χειρουργική με τοπική ή γενική νάρκωση. Μέχρι πριν από 15 χρόνια το σύνδρομο αντιμετωπιζόταν με ανοιχτό χειρουργείο και μεγάλη παλαμιαία τομή 7-8 εκατοστών, ενώ η διατομή (κόψιμο) του συνδέσμου με νυστέρι. Αργότερα εμφανίσθηκε η ελάχιστα επεμβατική (mini-open) ανοικτή μέθοδος με μικρότερη τομή 3-5 εκατοστών και τελικά σήμερα επικρατεί στο δυτικό κόσμο η ενδοσκοπική διάνοιξη (τομή 1-2 εκατ.).

Η ανοικτή μέθοδος είναι η κλασική μέθοδος με τομή επιμήκη η οποία γίνεται στο μέσον της παλάμης και δη επί της μέσης χειρομαντικής γραμμής, δεν χρειάζεται ειδικά εργαλεία για να πραγματοποιηθεί και μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία. Έχει το μειονέκτημα ότι πρέπει να κοπούν όλα τα ανατομικά στρώματα της παλάμης από το δέρμα, υποδόριο, μύες μέχρι και τον παλαμιαίο σύνδεσμο ενώ στην ενδοσκοπική μέθοδο κόβουμε μόνο τον σύνδεσμο.

Επίσης ο χρόνος αποκατάστασης του χεριού είναι περίπου τέσσερις εβδομάδες (στις δυο εβδομάδες κόβουμε τα ράμματα) ενώ στην ενδοσκοπική μέθοδο ο χρόνος ανάρρωσης είναι μια εβδομάδα.

Οι περιπτώσεις που το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα είναι παραμελημένο πλέον των πέντε χρόνων, με ατροφία μυών, περιστατικά με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή νεφροπάθεια ή αμυλοείδωση όπου χρειάζεται να γίνει υμενεκτομή ή νευρόλυση δεν προσφέρονται πάντα για ενδοσκοπική διάνοιξη και πολλές φορές είναι αναγκαία η ευρεία διάνοιξη με μεγάλη τομή.

ΑΛΛΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Ενδοσκοπική μέθοδος με δυο οπές: θεωρείται πεπαλαιωμένη δεν εμφανίζει πλεονεκτήματα και τείνει να εγκαταλειφθεί.
- Ημιανοικτή μέθοδος (minimal invasive): Γίνεται μία τομή περιορισμένη 3-4 εκατοστών και με ειδικό προστατευτικό εργαλείο ανυψώνεται το δέρμα και εισάγεται ένα ειδικό κοπτικό (σαν δρέπανο) και κόπτει συρόμενο τον σύνδεσμο με ημι-τυφλή μέθοδο. Πλεονεκτεί έναντι της ανοικτής μεθόδου ως προς την τομή, αλλά στην ανοικτή ο χειρουργός έχει μεγαλύτερο χειρουργικό πεδίο. Δεν έχει κανένα πλεονέκτημα έναντι των ενδοσκοπικών μεθόδων.