

Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα: Νέα, αναίμακτη θεραπεία

/ [Πεμπτούσία](#)



KarpiaiosSolinasSyndromo_UP

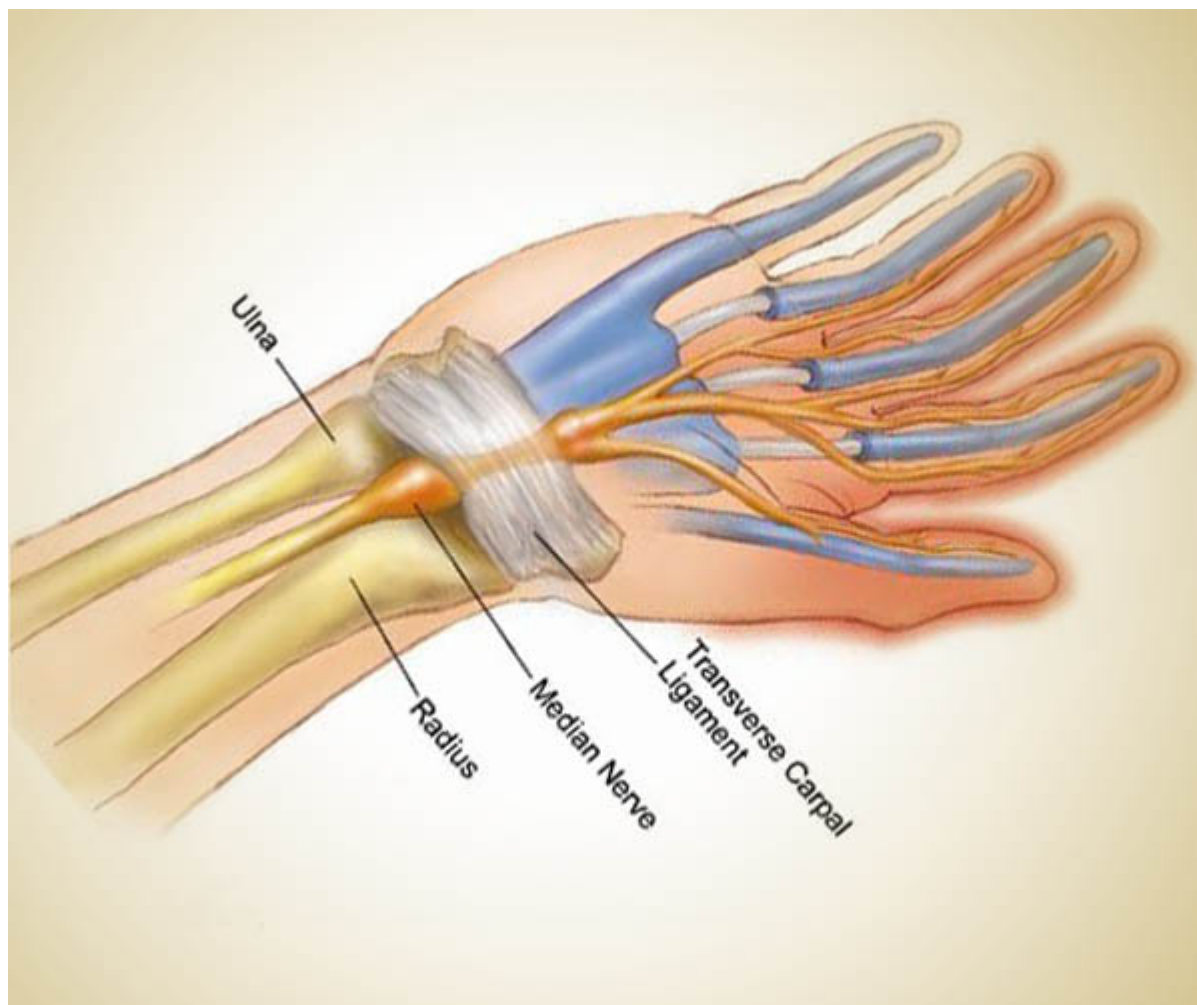
Καλά τα νέα που έρχονται από διεθνές συνέδριο χειρουργικής, για όσους πάσχουν από το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα. Μια νέα, αναίμακτη, ενδοσκοπική μέθοδος αντιμετώπισης της πάθησης υπόσχεται μείωση της ταλαιπωρίας στο ελάχιστο και ταχύτατη ανάρρωση.

Τα αποτελέσματα της νέας ενδοσκοπικής μεθόδου, η οποία πραγματοποιείται μέσα από οπή μόλις 1,0-1,5 εκατοστών, παρουσιάστηκαν στο 5th Annual meeting of American Society for Surgery of the Hand 2015 (5η Ετήσια Συνάντηση της Αμερικανικής Εταιρείας για τη Χειρουργική της Χειρός, 2015) που πραγματοποιήθηκε στις 21 με 24 Ιανουαρίου 2015, στις ΗΠΑ, με τη συμμετοχή εκατοντάδων χειρουργών χειριού απ' όλο τον κόσμο.

Η νέα, ενδοσκοπική χειρουργική μέθοδος δεν αφήνει επώδυνες ουλές ή αντιαισθητικά σημάδια, ούτε δυσκαμψία(αγκύλωση). Η ανάρρωση και η επούλωση είναι ταχύτατη(4 με 7 ημέρες), ενώ η επάνοδος στην εργασία γίνεται μέσα σε λίγες ημέρες (έως 2 εβδομάδες) όταν δεν πρόκειται για βαριά χειρωνακτική εργασία.

Σύμφωνα με τον Χειρουργό Ορθοπαιδικό – Μικροχειρουργό Χεριού και αντιπρόεδρο για το 2014 της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού – Άνω Άκρου, Ιωάννη Α. Ιγνατιάδη, το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα αντιμετωπίζεται στο εξωτερικό, σε ποσοστό 90%, με τη νέα μέθοδο. Με την παλαιά μέθοδο (ανοιχτό χειρουργείο με μεγάλη τομή) αντιμετωπίζονται ελάχιστες πολύ βαριές περιπτώσεις με συγκεκριμένες επιπλοκές.

Η νέα μέθοδος, πραγματοποιείται πλέον και στη χώρα μας, αλλά πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο ορθοπαιδικό χειρουργό. Πραγματοποιείται με τοπική ή γενική νάρκωση, διαρκεί περίπου 25 λεπτά και ο ασθενής επιστρέφει σπίτι του αυθημερόν.



Τι είναι το ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, είναι η πλέον συχνή περιφερική πιεστική νευροπάθεια που ταλαιπωρεί εκατομμύρια άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο (1-5% του πληθυσμού). Έχει ιδιαίτερη «αδυναμία» στις μεσήλικες γυναίκες αφού τις «χτυπά» 5 με 6 φορές συχνότερα απ' ότι τούς άνδρες.

Ταλαιπωρεί πολλές νοικοκυρές αλλά και εργαζόμενους 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 στα πρώτα 3 με 4 δάχτυλα – κυρίως τη νύκτα (πρώτες πρωινές ώρες).

Στα τελευταία στάδια με μυϊκή αδυναμία παλάμης και κυρίως ατροφίας των μυών της βάσης του αντίχειρα, ο ασθενής δεν μπορεί να πιάσει αντικείμενα.

«Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται κατ' αρχήν με κλινική εξέταση» σημειώνει ο

κ. Ιγνατιάδης (www.ignatiadismicrohand.eu) 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».

Αντιμετώπιση του Συνδρόμου

Η ριζική θεραπεία είναι η χειρουργική με τοπική ή γενική νάρκωση, καθώς η ακινητοποίηση με νάρθηκες, η ένεση τοπικά με κορτιζόνη και τα αντιφλεγμονώδη δεν προσφέρουν μόνιμη απαλλαγή.

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 1-1,5 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 πλαμιαίο 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 μιάμιση 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 κάποιες φορές είναι αναγκαία η ευρεία διάνοιξη με μεγάλη τομή.