

# Ωλένια νευρίτιδα: Ένα επικίνδυνο μούδιασμα του χεριού

/ [Πεμπτούσια](#)



**Οριστική λύση στην Ωλένια νευρίτιδα του αγκώνα, που πλήττει χιλιάδες ανθρώπους, δίνει η Μικροχειρουργική σε συνδυασμό με την άμεση μετεγχειρητική κινητοποίηση του χεριού. Αυτό τονίστηκε στο 21ο Κοινό Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής και της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού και Άνω Άκρου, που πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα 19 με 21 Νοεμβρίου.**

«Η Ωλένια νευρίτιδα ή παγίδευση του ωλένιου νεύρου στον αγκώνα, το δεύτερο σε συχνότητα σύνδρομο παγίδευσης νεύρου μετά τον Καρπιαίο Σωλήνα, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να προκαλέσει παράλυση των δακτύλων» αναφέρει ο Δρ. Ιωάννης Ιγνατιάδης, Χειρουργός Ορθοπαιδικός, τέως αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού.

Το ωλένιο νεύρο είναι ένα από τα τρία κύρια νεύρα του χεριού. Ελέγχει τους

αυτόχθονες μύες του χεριού, συμβάλλει στο σφίξιμο της γροθιάς και στην σταθερή σύλληψη αντικειμένων. Περνάει από την μέσα πλευρά του αγκώνα, στην ωλένια αύλακα όπου πολλοί κάποιες φορές όταν χτυπούν αισθάνονται ένα μούδιασμα σαν ρεύμα να περνά από τον αγκώνα και να φθάνει στα μικρά μας δύο δάκτυλα (μικρό και παράμεσο). Το μούδιασμα αυτό, αλλά υπό τη μορφή της συνεχούς ενόχλησης, κυρίως όταν λυγίζουμε τους αγκώνες, είναι το αρχικό σύμπτωμα της νόσου (Αρχικό στάδιο-Οξεία μορφή).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ -ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το σύνδρομο πλήττει κυρίως άτομα του ενεργού πληθυσμού ηλικίας 30 έως 60 χρόνων. Κινδυνεύουν κυρίως αυτοί που δουλεύουν σε χειρωνακτική εργασία ή δακτυλογραφική (πληκτρολόγηση) και η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου φθάνει το 1%, ενώ σε άτομα που δουλεύουν κρατώντας σταθερά εργαλεία με κλειστούς τους αγκώνες φθάνει το 1,4%-12,0% (μ.ο. 4,1%), σε παχύσαρκους ασθενείς το 1,3% - 16,0% (μ.ο. 4,3%). Επίσης σε άτομα με βλαισούς αγκώνες ή με ιστορικό κατάγματος στον αγκώνα όταν συνυπάρχουν και οι παραπάνω παράγοντες το ποσοστό συχνότητας τριπλασιάζεται.

Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι όταν κοιμούνται οι ασθενείς με τούς αγκώνες εντελώς κλειστούς, οιδήματα ή αρθρίτιδες αγκώνα, εργασία με τσακισμένους αγκώνες και σπανίως κάποια γάγγλια στη περιοχή του αγκώνα.

Εκτός απ' τα προαναφερθέντα μούδιασμα, υπαισθησία και ατροφίες-αδυναμίες μυών, η διάγνωση επιβεβαιώνεται με το test κάμψης του αγκώνα για 1 λεπτό που επιτείνει τα συμπτώματα. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται και με το Ηλεκτρομυογράφημα το οποίο όμως για να βγει θετικό πρέπει συνήθως η νόσος να είναι ήδη βαρεία, στο 50% των ελαφρών περιπτώσεων μπορεί να βγει και αρνητικό. Σπανίως η ακτινογραφία δείχνει κάποιο παλαιό κάταγμα ή παραμόρφωση ή αρθρίτιδα που μπορεί να επηρεάσει.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η συντηρητική θεραπεία (που περιλαμβάνει ξεκούραση, νάρθηκες ευθειασμού, διόρθωση στάσης αγκώνα, αντιφλεγμονώδη, φυσικοθεραπείες με ασκήσεις νάρθηκες ) προσφέρει πρόσκαιρη ανακούφιση με υποχώρηση των συμπτωμάτων χωρίς όμως οριστική λύση του προβλήματος .

«Η μονιμοποίηση των συμπτωμάτων, που συνοδεύονται από υπαισθησία στο μικρό κυρίως δάκτυλο (ίσως και στο παράμεσο - στη μία πλευρά) πρέπει να μας οδηγήσει άμεσα στο χειρουργείο» προσθέτει ο Δρ. Ιγνατιάδης και εξηγεί:

«Αν δεν υπάρξει χειρουργική αντιμετώπιση του συνδρόμου τότε θα αρχίζει να εμφανίζεται και μυϊκή ατροφία, δηλαδή να αδυνατίζουν οι μύες μεταξύ των μετακαρπίων και να φαίνονται έντονα τα μετακάρπια οστά απογυμνωμένα από μύες, ενώ μπορεί αργότερα να χαθεί και ο έλεγχος των δυο μικρών (τελευταίων) δακτύλων. Τότε ίσως είναι αργά και η εγχείρηση απλά μπορεί να ανακουφίσει από τα μουδιάσματα και να βελτιώσει την αίσθηση, αλλά η μυϊκή απώλεια ελάχιστα ή καθόλου θα ανακτηθεί».

Η χειρουργική αντιμετώπιση του συνδρόμου της Ωλένιας νευρίτιδας του αγκώνα γίνεται με τρεις τρόπους:

- Την απλή αποσυμπίεση και νευρόλυση του ωλένιου νεύρου που προσωρινά ανακουφίζει, αλλά η πάθηση μπορεί να επανέλθει σε λίγους μήνες και συνιστάται μόνο σε ελαφρές περιπτώσεις
- Την πρόσθια μεταφορά του νεύρου και κάλυψη με μύες, που είναι η πιο συχνή επιλογή
- Την επικονδυλεκτομή, με την οποία αφαιρείται η οστική απόφυση πάνω στην οποία στριμώχνεται και συμπιέζεται το νεύρο, όταν η αιτία είναι οστική πίεση, π.χ. από παραμόρφωση σε παλαιό κάταγμα, βλαισό αγκώνα ή εξόστωση.

«Η σωστή επιλογή της μορφής του χειρουργείου ανάλογα με το είδος του συνδρόμου όταν γίνεται με μικροχειρουργική (ατραυματική) τεχνική σε συνδυασμό με σωστή μετεγχειρητική αγωγή δίνει οριστική λύση στο πρόβλημα» καταλήγει ο Δρ. Ιγνατιάδης. Η σωστή μετεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει ολιγοήμερη σχετική ακινητοποίηση και πρώιμη κινητοποίηση που σύντομα ακολουθείται από πρωτόκολλο ενδυνάμωσης στο φυσικοθεραπευτήριο.

Φωτ.: Depositphotos.com