

Μερική παράλυση προκαλεί η ωλένια νευρίτιδα

/ [Πεμπτουσία· Ορθοδοξία-Πολιτισμός-Επιστήμες](#)



Μερική παράλυση της παλάμης και των δακτύλων προκαλεί το σύνδρομο της Ωλένιας Νευρίτιδας αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν κορυφαίοι Ορθοπαιδικοί, καθώς το σύνδρομο πλήττει εκατοντάδες χιλιάδες άνδρες και γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο.

Λύση στο σοβαρό αυτό πρόβλημα, όπως τονίστηκε στο 22ο Κοινό Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής και της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού και Άνω Άκρου, (1 με 3 Δεκεμβρίου, στη Λάρισα)

δίνει η μικροχειρουργική με εξαιρετικά αποτελέσματα.

«Είναι γεγονός ότι η μη έγκαιρη αντιμετώπιση του συνδρόμου (τραυματισμός του ωλένιου νεύρου) προκαλεί μερική παράλυση της παλάμης και των δακτύλων» αναφέρει ο Χειρουργός Ορθοπαιδικός- Μικροχειρουργός Χεριού, Δρ. Ιωάννης Α. Ιγνατιάδης, και προσθέτει: «Αυτό γιατί το ωλένιο νεύρο είναι ένα απ τα τρία κύρια νεύρα του χεριού. Ελέγχει τους αυτόχθονες μύες του χεριού, συμβάλλει στο σφίξιμο της γροθιάς και στην σταθερή σύλληψη αντικειμένων».

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ -ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το σύνδρομο Ωλένιας Νευρίτιδας εκδηλώνεται ως πόνος ή μούδιασμα στο χέρι με τα συμπτώματα να εντοπίζονται κυρίως στο μικρό δάκτυλο και τον παράμεσο. Προσβάλλει άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 30 έως 60 χρόνων και «προτιμά» αυτούς που κάνουν χειρωνακτική εργασία, αλλά και δουλειά γραφείου (πληκτρολόγηση). Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου σε αυτές τις κατηγορίες εργαζομένων φθάνει το 1%, ενώ σε άτομα που δουλεύουν κρατώντας σταθερά εργαλεία με κλειστούς τους αγκώνες φθάνει το 1,4%-12,00% (μ.ο. 4,1%), σε παχύσαρκους ασθενείς το 1,3%-16,00%(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, με οιδήματα ή αρθρίτιδες αγκώνα, εκτελούντες εργασία με τσακισμένους αγκώνες και σπανίως με κάποια γάγγλια στη περιοχή του αγκώνα.

Εκτός απ' τα προαναφερθέντα μούδιασμα, υπαισθησία και ατροφίες-αδυναμίες μυών χεριού, η διάγνωση επιβεβαιώνεται με το testφούλ κάμψης του αγκώνα για 1 λεπτό που επιτείνει τα συμπτώματα. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται και με Ηλεκτρομυογράφημα το οποίο όμως για να βγει θετικό πρέπει συνήθως η νόσος να είναι ήδη βαρεία, ενώ 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.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η μονιμοποίηση των συμπτωμάτων, που συνοδεύονται από υπαισθησία στο μικρό κυρίως δάκτυλο (ίσως και στον παράμεσο – στη μία πλευρά), είναι δείγματα πως η όποια συντηρητική αγωγή (ξεκούραση, νάρθηκες, αντιφλεγμονώδη, φυσικοθεραπείες) ακολούθησε ο ασθενής δεν απέδωσε και πρέπει οδηγηθεί άμεσα στο χειρουργείο.

«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 διαγράφονται 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» εξηγεί ο Δρ. Ιγνατιάδης.

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, πχ από παραμόρφωση σε παλαιό κάταγμα, βλαισό αγκώνα ή εξόστωση.

«Η μικροχειρουργική (μη τραυματική) τεχνική σε συνδυασμό με το είδος του συνδρόμου όταν γίνεται 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.