



ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

[αφιέρωμα]



**Τμήμα Χειρουργικής Χεριού - Άνω Άκρου,
Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής
Μικροχειρουργικής Ιατρικού Κέντρου Αθηνών**

- 20 χρόνια - Τμήμα Χειρουργικής Χεριού - Άνω Άκρου, Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής
- Η τεχνική της Μικροχειρουργικής • Αρθρίτιδα της βασικής άρθρωσης του αντίχειρα
- Επικονδυλίτιδα ή Αγκώνας των τενιστών • Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα
- Σεμινάριο Εφαρμοσμένης Χειρουργικής του Άνω Άκρου
- «Περιαρθρίτιδα» του Ωμου – Επώδυνος Ώμος • Κακώσεις άνω άκρου στα παιδιά

20 χρόνια - Τμήμα Χειρουργικής Χεριού - Άνω Άκρου, Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής



Το τμήμα **Χειρουργικής Χεριού και Άνω Άκρου, Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής**, υπό τη διεύθυνση των ορθοπαιδικών κ.κ. **Παναγιώτη Γιαννακόπουλου** και **Διαμαντή Μισιντζή**, συμπλήρωσε **20 χρόνια λειτουργίας στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών**. Δημιουργήθηκε το Μάιο του 1993, από μια ομάδα γιατρών, εκπαιδευμένων στο γνωστικό αυτό αντικείμενο, με στόχο την αντιμετώπιση των τραυματισμών και της παθολογίας του Άνω Άκρου οργανωμένα, για πρώτη φορά σε ιδιωτικό νοσοκομείο στη Ελλάδα. Λειτουργώντας συλλογικά, αντιμετώπισαν χιλιάδες ασθενείς με προβλήματα του Άνω Άκρου, καθώς και σύνθετα προβλήματα που απαιτούσαν γνώσεις Μικροχειρουργικής, καλύπτοντας συγχρόνως σε 24ωρη βάση την εφημερία του νοσοκομείου σε επείγοντα περιστατικά. **Στα 20 αυτά χρόνια περισσότεροι από 80.000 ασθενείς εξετάστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στα ιατρεία των γιατρών του τμήματος,**

ενώ ο αριθμός των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά ξεπέρασαν τις 15.000.

Σημαντική θεωρείται και η παρουσία στο τμήμα, από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του, του Χειρουργού Ορθοπαιδικού **Μιχάλη Ιεροδιακόνου**, ο οποίος με τις γνώσεις και την εμπειρία του στην Παιδοορθοπαιδική, αλλά και στη Γενική Ορθοπαιδική συνέβαλε καθοριστικά στην επιτυχή και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών.

Η **Χειρουργική του Χεριού** και γενικότερα η **Χειρουργική του Άνω Άκρου** αποτελεί εξειδίκευση, κυρίως της ειδικότητας της Ορθοπαιδικής. Η χειρουργική του χεριού έχει ως αντικείμενο τη χειρουργική ή τη συντηρητική θεραπεία όλων των **παθήσεων του Χεριού και του Άνω Άκρου**. Είναι αυτές οι παθήσεις οι οποίες καθιστούν το άτομο ανίκανο στο να εκτελέσει διάφορες λειτουργίες του απαραίτητες στη καθημερινή ζωή. Είναι δυνατόν να

οφείλονται σε τραυματισμούς ή σε χρόνια νοσήματα. **Οι τραυματισμοί του Άνω Άκρου αποτελούν ποσοστό 30% και πλέον των συνολικών τραυματισμών του ανθρώπινου σώματος, φθάνοντας σε ποσοστό 60% ή 70% στα εργατικά ατυχήματα.** Τούτο είναι προφανές, καθώς το χέρι είναι το πλέον εκτεθειμένο τμήμα του σώματος και συνεπώς το πλέον ευαίσθητο στους τραυματισμούς. Είναι δυνατόν να είναι **απλοί τραυματισμοί** (π.χ. μεμονωμένο κάταγμα ενός οστού) **ή και περισσότερο σύνθετοι** (ταυτόχρονες βλάβες οστών, νευρών, τενόντων, δέρματος κ.α.). Η άμεση αντιμετώπιση των τραυματισμών αυτών εγγυάται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Τα **χρόνια νοσήματα** αφορούν σύνδρομα που οφείλονται σε υπερχρησιμοποίηση των χεριών, συστηματικά νοσήματα, νεοπλασίες και πολλά άλλα. Για την καλύτερη χειρουργική πρακτική, απαραίτητη είναι η γνώση της **Μικροχειρουργικής Τεχνικής**. Κατ' αυτήν,

με τη χρήση χειρουργικού μικροσκοπίου και ειδικών ληπτών εργαλείων, επιτυγχάνεται η υπό μεγάλη μεγέθυνση χειρουργική. Η τεχνική είναι απαραίτητη σε σειρά επεμβάσεων, όπως είναι η «συγκόλληση» ακρωτηριασμένων μελών, η χειρουργική του βραχιονίου πλέγματος και των περιφερικών νεύρων και η ελεύθερη μεταφορά ιστών (μεταφορά τμήματος δέρματος ή μυός από ένα σημείο του σώματος σε άλλο, μεταφορά δακτύλου του ποδιού στο χέρι κ.λπ.).

Παράλληλα, η γνώση ενδοσκοπικών χειρουργικών μεθόδων κρίνεται απαραίτητη, καθώς όλο και περισσότερες παθολογίες του καρπού, του αγκώνα ή του ώμου είναι δυνατόν να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν **Αρθροσκοπικά**.

Αναλυτικότερα, το αντικείμενο της χειρουργικής πρακτικής των ιατρών του τμήματος περιλαμβάνει:

- Αντιμετώπιση τραυματισμών του Άνω Άκρου (από απλό τραυματισμό, μέχρι συγκολλησεως πλήρως ακρωτηριασμένου άκρου).
- Αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων του Χεριού.
- Αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων Αγκώνα και Ωμου.
- Επανορθωτική χειρουργική περιφερικών νεύρων Άνω και Κάτω άκρων.
- Επανορθωτική χειρουργική τραυματικών βλάβων Βραχιονίου Πλέγματος και μαιευτικής παραλύσεως.
- Μεταφορά αγγειοσύνδεων - νευρούμενων ιστών ολικού πάχους (free flaps).
- Κάλυψη μικρών ή μεγάλων δερματικών ελλειμμάτων στα Άνω και Κάτω Άκρα.
- Αντιμετώπιση συστηματικών νόσων, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- Αντιμετώπιση όγκων των Άνω και Κάτω Άκρων.
- Αρθροσκοπική Χειρουργική του Άνω Άκρου (διαγνωστική - θεραπευτική).
- Θεραπεία ειδικών παθήσεων, όπου είναι απαραίτητη η Μικροχειρουργική τεχνική (νέκρωση μηριαίας κεφαλής - ελεύθερη μεταφορά περόνης).
- Χειρουργική αντιμετώπιση συγγενών ανωμαλιών του Άνω Άκρου.
- Αντικατάσταση αρθρώσεων στο Άνω Άκρο (ολική αρθροπλαστική) - ώμος, αγκώνας, καρπός, δάκτυλα.



- Αποκατάσταση λειτούργων ανεπαρκείων και παραμορφώσεων ολοκλήρου του ανθρώπινου σώματος, όπου απαιτείται μικροχειρουργική τεχνική.

Σημαντική θεωρείται και η εμπειρία των ιατρών του τμήματος στην αποκατάσταση πολεμικών τραυμάτων, καθώς πρόσφατα αντιμετωπίστηκαν, με απόλυτη επιτυχία, εκατοντάδες τραυματίες με βαρύτατες κακώσεις.

Η εκπαιδευτική δραστηριότητα του τμήματος είναι υψηλού επιπέδου, με συνεχή παρουσία των ιατρών του τμήματος σε Ελληνικά και διεθνή Συνέδρια. Ιδιαίτερη σημασία έχει το **Σεμινάριο Εφαρμοσμένης Χειρουργικής του Άνω Άκρου**, που οργανώνεται από το τμήμα με επιτυχία από το 2007. Στο σεμινάριο αυτό εκπαιδεύονται στη Χειρουργική του Άνω Άκρου

Οι γιατροί του τμήματος έχουν διαρκή εκπαιδευτική δραστηριότητα και ακαδημαϊκή παρουσία, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, συμμετέχοντας σε μεγάλα Συνέδρια και Σεμινάρια.

Ο **Διαμαντής Μισιτζής** διετέλεσε Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού το 1999 και της Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής το 2005. Αντίστοιχα, ο **Παναγιώτης Γιαννακόπουλος** διετέλεσε Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Χεριού το 2003 και της Ελληνικής Εταιρείας Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής το 2009. Κατά τη διάρκεια της θητείας τους διοργάνωσαν με επιτυχία διεθνή συνέδρια. Επιπρόσθετα, ο Παναγιώτης Γιαννακόπουλος υπήρξε «Επισκέπτης Καθηγητής» (Visiting Professor), στο πανεπιστήμιο του Drexel, στο Pittsburgh, στην Αμερική, το 2011. Το τμήμα

Χειρουργικής Χεριού και Άνω Άκρου, Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής έχει πιστοποιηθεί ως **Επίσημο Ευρωπαϊκό Κέντρο αντιμετώπισης τραυμάτων του Άνω Άκρου** (Official European Hand Trauma Center), από το 2011. **Η πιστοποίηση γίνεται από την Ένωση των**

Ευρωπαϊκών Εταιρειών Χειρουργικής Χεριού (Federation of European Societies For Surgery Of the Hand) και έχει σαν στόχο την αναγνώριση και καταγραφή των κέντρων αντιμετώπισης του τραύματος του Άνω Άκρου στην Ευρώπη, που πληρούν συγκεκριμένες Επιστημονικές Προδιαγραφές, ώστε η αντιμετώπιση των τραυματισμών αυτών να είναι η πλέον ενδεδειγμένη.

Η πιστοποίηση αυτή δόθηκε για πρώτη φορά σε οργανωμένο τμήμα Ιδιωτικού Νοσοκομείου στην Ελλάδα. ♦

Στα 20 αυτά χρόνια, περισσότεροι από 80.000 ασθενείς εξετάστηκαν, ενώ ο αριθμός των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά ξεπερνά τις 15.000.

Ορθοπαιδικοί κυρίως Ιατροί. Περιλαμβάνει 3 ενότητες: **επίδειξη Χειρουργικών περιστατικών** με άμεση μεταφορά της εικόνας από το Χειρουργείο στο Μαρούσι, στο αμφιθέατρο του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών στο Κεφαλάρι, ομιλίες διακεκριμένων ομιλητών από την Ελλάδα και το Εξωτερικό και **πρακτική άσκηση σε πτωματικά χέρια**.

Στα 7 Σεμινάρια που έχουν οργανωθεί μέχρι σήμερα έχουν εκπαιδευτεί περισσότεροι από 350 ιατροί στη χειρουργική του Άνω Άκρου.

Η τεχνική της Μικροχειρουργικής



YOUR HANDS WILL ONLY ACHIEVE WHAT YOUR EYES CAN SEE! (Τα χέρια σου μπορούν να κάνουν μόνο ό,τι βλέπουν τα μάτια σου!).

Παρόλο που η κατασκευή και χρήση συσκευών μεγέθυνσης της όρασης για την παρατήρηση του ουρανού και τη ναυσιπλοΐα είχε επιτευχθεί εδώ και χιλιετίες, η πρώτη εφαρμογή στην ιατρική έγινε από τον Anton van Leeuwenhoek (1632-1723), που κατασκεύασε το πρώτο μικροσκόπιο για εργαστηριακούς ελέγχους. Η πρώτη εφαρμογή για εφαρμοσμένους χειρουργικούς σκοπούς έγινε από τους Σουηδούς Ωτορινολαρυγγολόγους και Νευροχειρουργούς, Nysten, Holmgren και Hinselman, τη δεκατία του '30, του 20ου αιώνα. Η επανάσταση έγινε το 1953, από τον Γερμανό μηχανικό Karl Zeiss, με την κατασκευή του πρώτου χειρουργικού μικροσκοπίου OPMI 1 (Operative Microscope 1).

Ο όρος Μικροχειρουργική, (microsurgery), γεννήθηκε το 1960 από τους J.Jacobson,

D.Miller και E.Suarez, που επέτυχαν αναστόμωση αγγείου διαμέτρου 1 mm και σημαίνει την εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων υπό τη μεγέθυνση χειρουργικού μικροσκοπίου. Είναι δηλαδή τεχνική και όχι ειδικότητα, όπως από πολλούς θεωρείται. Απαραίτητη προϋπόθεση της χειρουργικής αυτής πρακτικής είναι η χρήση μικρο – εργαλείων και μικρο – ραμμάτων. Τα μικρο – εργαλεία είναι εξέλιξη των εργαλείων των ωρολογοποιών και κοσμηματοποιών, καθώς το μικρό τους μέγεθος επέτρεπε τη χρήση του κάτω από τη μεγέθυνση του μικροσκοπίου. Τα μικρο – ράμματα σε διαστάσεις 8/0, 9/0, 10/0 και 11/0, συχνά δεν είναι ορατά δια γυμνού οφθαλμού. Έτσι, **Μικροχειρουργική είναι η τεχνική που χρησιμοποιεί τα 3 «Μ»: Μικροσκόπιο – Μικροεργαλεία – Μικροράμματα.** Με τη χρήση όλων αυτών των μέσων της σύγχρονης τεχνολογίας είναι δυνατόν να αναγνωρίσουμε και να χειριστούμε χειρουργικά ιστούς που το απλό μάτι δεν βλέπει.

Στην Χειρουργική του Άνω Άκρου και γενικότερα στην αποκατάσταση του μυοσκελετικού συστήματος, η μικροχειρουργική χρησιμοποιήθηκε στη χειρουργική των μικρών αγγείων και των νεύρων από Ορθοπαιδικούς και Πλαστικούς Χειρουργούς. Η πρώτη εφαρμογή της ήταν η συγκόλληση ακρωτηριασμένων δακτύλων. Το 1965, οι Komatsu και Tamai στην Ιαπωνία, επέτυχαν την πρώτη συγκόλληση ακρωτηριασμένου δακτύλου σε έναν ασθενή 28 ετών και το 1967 ο Yang στη Κίνα έκανε τη πρώτη πετυχημένη μεταφορά δακτύλου από το πόδι στο χέρι. Στη χειρουργική των περιφερικών νεύρων, ο Γάλλος Michon το 1964, εφάρμοσε τη μικροχειρουργική στην αποκατάσταση τραυματισμένου νευρικού ιστού και ο Αυστριακός Millesi, το 1965, χρησιμοποίησε νευρικά μόσχευμα για τη γεφύρωση νευρικών ελλειμμάτων. Άλλη εφαρμογή της μικροχειρουργικής στην Ορθοπαιδική και Πλαστική Χειρουργική είναι η ελεύθερη μεταφορά ιστών, η λήψη δηλαδή ενός τμήματος δέρματος ή μυός από ένα σημείο του σώματος και η μεταφορά του σε άλλο σημείο. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη μεταφορά αυτή είναι η αναστόμωση των αγγείων που εξασφαλίζουν την αγγείωση του μεταφερόμενου ιστού. Ο Harii το 1972 και οι Daniel και Taylor το 1973, δημοσίευσαν την πρώτη ελεύθερη μεταφορά ιστού. Το τελευταίο επίτευγμα της μικροχειρουργικής είναι η μεταμόσχευση χεριού, που εφαρμόστηκε πρώτα το 1998, στη Γαλλική Λυών, από τον Dubernard και τους συνεργάτες του, για να εξελιχθεί στη ταυτόχρονη μεταμόσχευση δύο χεριών, από τους Biemer

και Hoehhne στη Γερμανία το 2008. Στην Ελλάδα, πατέρας της μικροχειρουργικής θεωρείται ο καθηγητής της Ορθοπαιδικής Παναγιώτης Ν. Σουκάκος, που πρώτος εφάρμοσε τη μέθοδο τη δεκαετία του '70 και επέτυχε την πρώτη συγκόλληση δακτύλου το 1979. Από τότε η μικροχειρουργική στην Ελλάδα παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη και **σήμερα, σχεδόν το σύνολο των μικροχειρουργικών επεμβάσεων είναι σε θέση να πραγματοποιηθεί με υψηλή ποσοστά επιτυχίας, ανάλογα με αυτά της διεθνούς πρακτικής.** Τη χρήση του Χειρουργικού Μικροσκοπίου εφαρμόζουν όλες σχεδόν οι ειδικότητες της χειρουργικής, όπως είναι η οφθαλμολογία, η ωτορινολαρυγγολογία, η ουρολογία, η νευροχειρουργική και άλλες, όμως **δίεθνως ο όρος «Μικροχειρουργός» επικράτησε για τον Χειρουργό που χειρίζεται χειρουργικά τα μικρά αγγεία και νεύρα.**

Τα χέρια σου μπορούν να κάνουν μόνο ό,τι βλέπουν τα μάτια σου!

Οι δυνατότητες της Μικροχειρουργικής σήμερα είναι:

- Συγκόλληση ακρωτηριασμένου χεριού ή δακτύλου.
- Αποκατάσταση διατομής νεύρου (Τελικό -Τελική συρραφή ή νευρικό μόσχευμα).
- Ενδονευρική αφαίρεση συμφύσεων (ενδονευρική νευρόλυση).
- Αφαίρεση ενδονευρικών όγκων.
- Αποκατάσταση τραυματισμών του βραχιονίου πλέγματος.

- Ελεύθερη μεταφορά τμήματος δέρματος ή μυός για την κάλυψη δερματικού ελλείμματος.
- Ελεύθερη μεταφορά οστού για τη

- γεφύρωση οστικού ελλείμματος.
- Μεταφορά αγγειομένο οστού για τη βελτίωση της αιμάτωσης σε άλλο οστό που έχει υποστεί νέκρωση.
- Μεταφορά μυός για την επίτευξη λειτουργίας στο χέρι που έχει αποθεστεί.
- Μεταφορά δακτύλων ή αρθρώσεων από το πόδι στο χέρι, σε περιπτώσεις τραυματισμών ή συγγενών ανωμαλιών.
- Μεταμόσχευση χεριών.

Η εκπαίδευση στη Μικροχειρουργική είναι μια επίμονη διαδικασία, που απαιτεί ηρεμία, υπομονή, αυτοέλεγχο και ...πολλές ώρες άσκησης! Όμως, το αποτέλεσμα δικαιώνει την προσπάθεια, καθώς η προσφορά στον ασθενή είναι σημαντική, προσφέροντάς του λύσεις, που είναι ανέφικτες με τις παραδοσιακές τεχνικές. Στη καθημερινή χρήση, η εφαρμογή στοιχειώδους μεγέθυνσης, όπως είναι η μεγέθυνση των μεγεθυντικών φακών (Loopes), εξασφαλίζει την καλύτερη ορατότητα, για την αναγνώριση και επισκευή των ιστών του Άνω Άκρου. ♦



Αρθρίτιδα της βασικής άρθρωσης του αντίχειρα



Ο αντίχειρας παρουσιάζει την πλέον πολυαξονική κίνηση του ανθρώπινου σώματος, που είναι βασικό χαρακτηριστικό της δυνατότητας σύλληψης του χεριού και της εξέλιξης του ανθρώπου. Η ένωση του αντίχειρα με το υπόλοιπο χέρι γίνεται με την **Βασική Άρθρωση του Αντίχειρα**. Αυτός ο μεγάλος βαθμός ελευθερίας της κίνησης οδηγεί σε πιο γρήγορη φθορά της, σε σχέση με τις άλλες αρθρώσεις του χεριού. **Ο όρος αρθρίτιδα σημαίνει ύπαρξη φλεγμονής στην άρθρωση**. Φυσιολογικά, μία άρθρωση περιλαμβάνει δυο μαλακές επιφάνειες που καλύπτουν το οστό με ένα ιστό, που λέγεται **αρθρικός χόνδρος**, που έχουν μια άριστη επαφή ή μία με την άλλη και που χρησιμεύουν στην ομαλή κίνηση της άρθρωσης. **Ο αρθρικός χόνδρος είναι δυνατόν να φθαρεί για διάφορους λόγους και η βλάβη είναι μη αναστρέψιμη. Η φλεγμονή, λοιπόν, της βασικής αρθρώσεως του αντίχειρα και η επακόλουθη φθορά της** είναι μια συχνή παθολογία που προκαλεί πόνο στο χέρι και

είναι δεύτερη σε συχνότητα αρθρίτιδα του χεριού.

Οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες και η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της νόσου είναι μετά τα σαράντα χρόνια.

Τα πλέον συνήθη αίτια που οδηγούν σε αρθρίτιδα της βασικής αρθρώσεως του αντίχειρα είναι:

- **Αστάθεια της βασικής αρθρώσεως του αντίχειρα**, συγγενής ή επίκτητος, που οδηγεί στη γρηγορότερη φθορά της.
- **Κάταγμα** της βάσης του α΄ μετακαρπίου ή του μείζονος πολυγώνου.
- **Οστεοαρθρίτιδα**, δηλαδή ιδιοπαθής, εκφυλιστικού τύπου, φθορά.
- **Συστηματική υποκείμενη νόσος**, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- **Φλεγμονή** μικροβιακής αιτιολογίας.

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της νόσου, η σαφής μείωση της λειτουργικότητας του χεριού, καθιστά τη θεραπεία απαραίτητη.



αρθρίτιδα του αντίχειρα

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το κύριο σύμπτωμα είναι **βαθύς πόνος στη βάση του αντίχειρα**. Στα αρχικά στάδια υπάρχει μόνο **τοπική ευαισθησία στη βάση του αντίχειρα**, που επιδεινώνεται στην πλήρη σύλληψη, όπως είναι η λειτουργία του ξεκλειδώματος μιας πόρτας. Στη συνέχεια εμφανίζεται **επώδυνο οίδημα στην περιοχή της βάσης του αντίχειρα**. Συνυπάρχει **αδυναμία σταθερής συγκράτησης αντικειμένων**. Είναι χαρακτηριστική η παρατήρηση των ασθενών, ότι «τους πέφτουν αντικείμενα από το χέρι».



ειδικές δυναμικές λήψεις θα δείξουν την ύπαρξη και το βαθμό της αστάθειας της βασικής αρθρώσεως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόληψη είναι πολύ σημαντική για την καθυστέρηση της εξέλιξης και την θεραπεία της νόσου. Η ανατομική ανάταξη ενός κατάγματος της βάσης του α΄ μετακαρπίου ή του μείζονος πολυγώνου θα προλάβει ή θα καθυστερήσει την εμφάνιση της μετατραυματικής αρθρίτιδας. Η αντιμετώπιση, επίσης, της αστάθειας της βασικής αρθρώσεως, με σταθεροποίηση του α΄ μετακαρπίου θα αναστείλει την εξέλιξη της φθοράς.

Στην εγκατεστημένη αρθρίτιδα της βασικής άρθρωσης, η επιλογή του τρόπου θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.

φυσιοθεραπεία είναι τα όπλα στην φαρέτρα του χειρουργού. **Ενδοαρθρικές εκχύσεις κορτιζόνης**, προσφέρουν εξαιρετικό αποτέλεσμα, με λογική χρήση, χωρίς όμως να αναστέλλουν την εξέλιξη της νόσου. **Στα προχωρημένα στάδια της νόσου, με καταστροφή του αρθρικού χόνδρου, η θεραπεία πρέπει να είναι χειρουργική.**



Οι καιρικές μεταβολές επιδεινώνουν τα ενοχλήματα, ενώ συχνά υπάρχει και **νυκτερινός βασανιστικός πόνος**. Με την εξέλιξη της παθολογίας εγκαθίσταται σοβαρή αισθητική και λειτουργική επιδείνωση του χεριού, με **χαρακτηριστική τύπου «Ζ» παραμόρφωση**,

όπου υπάρχει προσαγωγή του α΄ μετακαρπίου προς την παλάμη, που οφείλεται στο προοδευτικό υπερξάρθρωμα της αρθρώσεως.

Αντισταθμιστικά, η πρώτη φάλαγγα υπερεκτείνεται και η τελική κάμπτεται. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση της λειτουργικότητας του χεριού.

Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος θα αναδείξει το στάδιο της φθοράς, ενώ

Ενδοαρθρικές εκχύσεις κορτιζόνης, προσφέρουν εξαιρετικό αποτέλεσμα χωρίς όμως να αναστέλλουν την εξέλιξη της νόσου

Αν και όπως και σε όλες τις αρθρίτιδες, ο ασθενής και τα ενοχλήματά του καθορίζουν το χρόνο που θα χειρουργηθεί, **καλό είναι η χειρουργική αντιμετώπιση να γίνεται πριν την εμφάνιση μόνιμων παραμορφώσεων.**

Υπάρχουν **πολλών ειδών επεμβάσεις**, όπως:

- Απλή αφαίρεση του μείζονος πολυγώνου.
- Αφαίρεση του μείζονος πολυγώνου και σταθεροποίηση του α΄ μετακαρπίου με τμήμα τένοντος στην περιοχή, όπως είναι ο κερκιδικός καμπήρας του καρπού ή ο μακρός απαγωγός.
- Αφαίρεση του μείζονος πολυγώνου και σταθεροποίηση με επεξεργασμένο δερματικό μόσχευμα (graft jacket).
- Ολική αρθροπλαστική.
- Παρεμβολή συνθετικού υλικού.
- Αρθρόδεση.

Η επιλογή της μεθόδου είναι συνάρτηση της γνώσης, της εμπειρίας του χειρουργού, της ηλικίας και των απαιτήσεων του ασθενούς. Όταν επιλεγεί η δέουσα μέθοδος και εκτελεστεί άρτια, προσφέρει στον ασθενή ένα ανώδυνο χέρι για πολλά χρόνια! ♦

Στα αρχικά στάδια, η θεραπεία είναι συντηρητική. Αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ακινητοποίηση του αντίχειρα και



Χαρακτηριστική τύπου «2» παραμόρφωση.

Επικονδυλίτιδα ή Αγκώνας των τενιστών



Η επικονδυλίτιδα, ή αγκώνας των τενιστών όπως έχει καθιερωθεί η πάθηση διεθνώς είναι μια συνηθισμένη παθολογία στη περιοχή του αγκώνα, που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1883, από τον H.P. Major. **Εμφανίζεται με πόνο στην έξω πλευρά του αγκώνα και είναι συνηθισμένη σε ανθρώπους που χρησιμοποιούν τα χέρια τους στην εργασία ή κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων.** Η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους ασχολούμενους με το τένις έδωσε το όνομα του αθλήματος σ' αυτήν.

Στην πραγματικότητα όμως **η εμφάνιση της παθολογίας είναι δυνατόν να υπάρξει σε όλες τις κατηγορίες και ηλικίες του πληθυσμού.** Η δραστηριότητα που κρίνεται **υπεύθυνη για την νόσο είναι οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψεως και στροφής του αντιβραχίου σε ηρνηισμό και υπιασμό με τον καρπό σε έκταση.** Η κίνηση αυτή προκαλεί πόνο στην έξω πλευρά του αγκώνα και πάνω από την πορεία των μυών

που εκτείνουν τον καρπό και τα δάχτυλα. Τα συμπτώματα προκαλούνται συχνότερα με έκταση του καρπού υπό αντίσταση με το αντιβράχιο σε ηρνηισμό (η θέση του αντιβραχίου που ή παλαμιά επιφάνεια κοιτά το έδαφος). Η αιτία που προκαλεί τον πόνο, έχει διαπιστωθεί ότι είναι **ο τραυματισμός της εκφύσεως ενός ή περισσοτέρων μυών που εκτείνουν τον καρπό (βραχίς κερκιδικός εκτείνων τον καρπό, κοινός εκτείνων τους δακτύλους), από τον έξω κόνδυλο του βραχιονίου οστού.** Είναι αποτέλεσμα, συνήθως, χρόνιας υπερχρησιμοποίησης των μυών αυτών, ξαφνικής και έντονης σύσπασής τους, ή άμεσης πλήξης στον έξω βραχιόνιο κόνδυλο.

Η επικονδυλίτιδα είναι πιο συχνή στις γυναίκες και εμφανίζεται, κυρίως, στις ηλικίες μεταξύ 35-50 χρονών.

Είναι όμως γεγονός ότι η επικονδυλίτιδα δεν είναι η μόνη παθολογία της περιοχής που προκαλεί πόνο. Αντίθετα, η επικονδυλίτιδα που επιμένει παρά τη συντηρητική θεραπεία,

δεν είναι συνήθως ...επικονδυλίτιδα. **Είναι δυνατόν να είναι πίεση του κερκιδικού νεύρου στον κερκιδικό σωλήνα (radial tunnel syndrome) ή παρουσία υμενικής πτυχής (Plica του αγκώνα) ή παθολογία γενικότερη, όπως είναι η γενικευμένη υμενίτιδα και η αρθρίτιδα του αγκώνα.** Εάν συνυπάρχουν κινητικές διαταραχές, που είναι η αδυναμία εκτάσεως των δακτύλων, **τότε πρόκειται για το σύνδρομο πίεσεως του οπισθίου μεσόστεου νεύρου,** που είναι κλάδος του κερκιδικού νεύρου. Ο διαχωρισμός των δύο αυτών συνδρόμων δεν είναι πάντα εφικτός καθώς οφείλονται σε πίεση του κερκιδικού νεύρου σε κοινά συνήθως σημεία που είναι η ινώδης μπάνα μπροστά από την κεφαλή της κερκίδας, ο θύσανος των αγγείων της παλινδρομου κερκιδικής αρτηρίας, η τεοντώδης μοίρα του βραχέως κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό και η αψίδα του Froche, γνωστά ανατομικά μέρη της περιοχής. Εκτός από την τυπική έξω επικονδυλίτιδα, παρεμφερείς παθολογίες είναι δυνατόν

να εμφανιστούν και στην έσω ή την οπίσθια πλευρά του αγκώνα, που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέταση του πάσχοντος από επικονδυλίτιδα αγκώνα συνήθως τεκμηριώνεται με τοπική ευαισθησία στην ψηλάφηση πάνω από τον έξω κόνδυλο. Η χαρακτηριστική δυσανεξία είναι δυνατόν να αναπαραχθεί με τις εξής δοκιμασίες:

- υπό αντίσταση έκταση του καρπού
- υπό αντίσταση υπιασμό και έκταση του αντιβραχίου
- υπό αντίσταση έκταση του μέσου δακτύλου.

Συνυπάρχει οίδημα και τάση στη μάζα των εκτεινόντων, ενώ σε παραμελημένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να εγκατασταθεί και δυσκαμψία στον αγκώνα.

Η πίεση του κερκιδικού νεύρου τεκμηριώνεται με την αναπαραγωγή του πόνου στη άμεση πίεση στη μάζα των εκτεινόντων στη ραχιαία πλευρά του αντιβραχίου. Σε ένα ποσοστό των ασθενών υπάρχει νυκτερινός πόνος, χωρίς όμως αυτό να αποδεικνύει τη παθολογία.

Η αδυναμία των εκτεινόντων οφείλεται στο συνδρόμο πύεσης του οπισθίου μεσοστέου νεύρου. Στην περίπτωση αυτή το ηλεκτρομυογράφημα είναι πιθανόν να επιβεβαιώσει τη διάγνωση.

Εάν ο πόνος είναι διάχυτος και όχι μόνο στην έξω πλευρά της άρθρωσης είναι πολύ πιθανή η ύπαρξη ενδοαρθρικής παθολογίας.

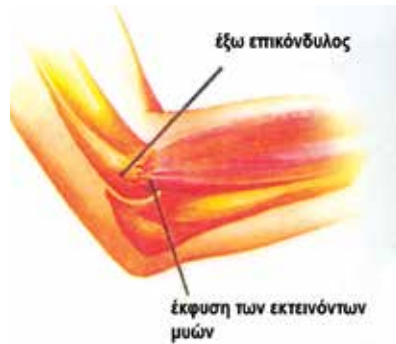
Σε κάθε περίπτωση θα απαιτηθεί περαιτέρω **εργαστηριακός έλεγχος, με αιματολογικές ρευματολογικές εξετάσεις, Μαγνητική Τομογραφία, κ.λ.π. Ο απλός ακυνολογικός έλεγχος πρέπει πάντα να εκτελείται για τη αναζήτηση πιθανής οστικής παθολογίας.**

Πρέπει, επίσης, πάντα να εξετάζεται και η αυχενική μοίρα του ασθενούς και ο ώμος του καθώς είναι δυνατόν να αντανακλάται ο πόνος από παθολογίες στις περιοχές αυτές.

Άλλα αίτια παρόμοιας συμπτωματολογίας είναι το Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου και τα διάφορα σύνδρομα πύεσης περιφερικών νεύρων, όπως είναι, το Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

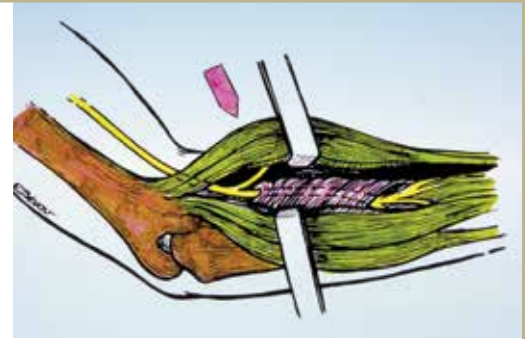
Η θεραπεία της επικονδυλίτιδας είναι **κατ' αρχήν συντηρητική**. Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων και η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων



βοηθά στη μείωση της φλεγμονής στην περιοχή. **Πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης** ακολουθείται με ασκήσεις διατάσεως των μυών του αντιβραχίου και ειδική φυσιοθεραπευτική αγωγή. **Η χρήση ειδικού νάρθηκα** που καθιλώνει την έκφυση των εκτεινόντων του καρπού και των δακτύλων ανακουφίζει, επίσης, από τα συμπτώματα. Επί εμμονής των νοσημάτων, **η τοπική έκχυση κορτιζόνης κρίνεται χρήσιμη**. Αν και πολλοί άνθρωποι θεωρούν την έκχυση της κορτιζόνης επιβλαβή, αυτό είναι λάθος. Η κορτιζόνη είναι ισχυρό αντιφλεγμονώδες φάρμακο και η τοπική έκχυση μια ή περισσότερες φορές δεν δημιουργεί προβλήματα στον οργανισμό. Η ακινητοποίηση του αγκώνα με τον καρπό σε έκταση συμπληρώνει τη συντηρητική θεραπεία.

Αποτυχία της συντηρητικής αγωγής είναι δυνατόν να υποχρεώσει τον ασθενή σε αλλαγή των δραστηριοτήτων, ή ακόμη και της εργασίας του.

Σε αυτή την περίπτωση έχει θέση η χειρουργική θεραπεία. Οι ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία είναι η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής για χρονικό διάστημα πλείον των έξι (6) μηνών, οι αποτυχημένες επανειλημμένες



εκχύσεις κορτιζόνης, ο πόνος ηρεμίας και η εγκατάσταση δυσκαμψίας του αγκώνα. Άλλες ενδείξεις είναι η ύπαρξη συνοδούς ενδοαρθρικής παθολογίας, καθώς και η υποχρέωση του ασθενούς σε αλλαγή δραστηριοτήτων. **Οι επεμβάσεις που γίνονται συνήθως είναι η αφαίρεση τμήματος του έξω κόνδυλου (επικονδυλεκτομή), η απελευθέρωση της εκφύσεως των εκτεινόντων, η διάνοιξη της περιτονίας των εκτεινόντων ή ο συνδυασμός όλων των ανωτέρω.**

Η χειρουργική διάνοιξη έχει θέση και στο σύνδρομο πύεσης του κερκιδικού νεύρου, που αντιστάται στη συντηρητική αγωγή. Αντίθετα, όταν έχουμε αδυναμία ή παράλυση των εκτεινόντων τους δακτύλους (σύνδρομο πύεσης οπισθίου μεσοστέου νεύρου), η χειρουργική θεραπεία για την αποσυμπίεση του κερκιδικού νεύρου κρίνεται επιβεβλημένη και σχετικά επείγουσα. Η διερεύνηση – αποσυμπίεση του κερκιδικού νεύρου είναι προτιμότερο να εκτελείται από ειδικευμένους στη χειρουργική του Άνω Άκρου χειρουργούς, για την αποφυγή τραυματισμού του νεύρου και τη δημιουργία συμφύσεων στη περιοχή (καθιλωτική νευρίτιδα).

Μετεγχειρητικά ακολουθείται ένα πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας 2-3 μηνών. Μετά από ένα διάστημα περιορισμένης χρήσης του χεριού για 3 εβδομάδες, επιτρέπεται η πλήρης κινητοποίηση του αγκώνα και του αντιβραχίου, αφού ακολουθηθεί πρόγραμμα διατάσεως και ενδυνάμωσης των μυών του αντιβραχίου. Τα τελευταία χρόνια προτείνονται από ορισμένους χειρουργούς εναλλακτικές μορφές θεραπείας, όπως είναι η τοπική έκχυση βιολογικών παραγόντων, όμως γενικά η χρησιμότητά τους αμφισβητείται.

Σημαντικός παράγοντας για την τελική επιτυχή έκβαση της θεραπείας είναι η κατάλληλη επιλογή των ασθενών που θα υποβληθούν στην δέουσα θεραπεία, ειδικά στη χειρουργική, καθώς οι παθολογίες με παρόμοια κλινική εικόνα είναι υπαρκτές και η διαφορική τους διάγνωση δύσκολη.

Η πρόληψη της επικονδυλίτιδας είναι σημαντική και δύναται να επιτευχθεί με βελτίωση της τεχνικής, την επιλογή κατάλληλης ρακέτας (όσο αφορά τους αθλητές του τένις) και με την εφαρμογή ειδικών ναρθηκών. ♦

www.hand-surgery.gr



Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα



Από τους

Παναγιώτη Γιαννακόπουλο,

και **Διαμαντή Μισιτζή**

Ορθοπαιδικοί, Χειρουργοί Άνω Άκρου,

Διευθυντές Τμήματος Ορθοπαιδικής

Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής,

Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα των χεριών, ιδιαίτερα στις γυναίκες, είναι το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα. **Προσβάλλει κυρίως γυναίκες μέσης ηλικίας κατά τη διάρκεια της έναρξης εμμηνόπαυσης.**

Η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός είναι, επίσης, παράγοντες που χρονικά σχετίζονται με την έναρξη της νόσου. Η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου ανάγεται στον James Pajet το 1863. Από τότε, η παθογένεια, η συμπτωματολογία και η θεραπεία του συνδρόμου έχει απασχολήσει έντονα τους χειρουργούς, έτσι ώστε σήμερα να γνωρίζουμε πλήρως τα χαρακτηριστικά της νόσου.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το « Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα» είναι η παθολογία εκείνη κατά την οποία πιέζεται το Μέσο Νεύρο στη περιοχή του καρπού.

Το **Μέσο Νεύρο** σχηματίζεται στην Αυχενική Μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης, κυρίως από την 6η αυχενική ρίζα, αποτελώντας τμήμα της κατάληξης του βραχιονίου



πλέγματος. Πορεύεται κατά μήκος της έσω επιφανείας του βραχίονος, κατά μήκος της παλαμιαίας επιφανείας του αντιβραχίου και καταλήγει στα δάκτυλα, αφού διέλθει δια του καρπιαίου σωλήνα. Ο καρπιαίος σωλήνας είναι οστεο-ινώδης σωλήνας, που το έδαφος του αποτελούν τα οστά του καρπού και την κορυφή του ο **εγκάρσιος σύνδεσμος του καρπού**. Το περιεχόμενο του, εκτός από το μέσο νεύρο, είναι οι 9 **καμπήρες τένοντες** που εκτελούν τις κινήσεις των δακτύλων και του αντίχειρα. Ο σωλήνας είναι ανένδοτος και οποιαδήποτε αύξηση του όγκου των περιεχομένων ιστών (κυρίως του ελίτρου των καμπήρων τενόντων) οδηγεί, αναπόφευκτα, σε **πίεση του μέσου νεύρου** που είναι και το πιο ευπαθές.

Τα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν σε πίεση του μέσου νεύρου στον καρπιαίο σωλήνα είναι πολλά. Τα πλέον συνήθη είναι:

- Επαναλαμβανόμενη έντονη χρησιμοποίηση των χεριών,
- Επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψεως του καρπού,
- Κατάγματα-εξάρθρα του κάτω πέρατος της κερκίδας και των οστών του καρπού,
- Συστηματικές φλεγμονώδεις παθήσεις με συνθεστέρα μορφή τη ρευματοειδή αρθρίτιδα,
- Ενδοκρινολογικές διαταραχές, όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός ή οι ορμονικές διαταραχές μετά την εμμνόπαυση και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού,
- Μεταβολικά νοσήματα, κυρίως ο σακχαρώδης διαβήτης,
- Ανατομικές ανωμαλίες,
- Τοπικοί όγκοι.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα συμπτώματα εκδηλούνται κυρίως με μούδιασμα στα δάκτυλα που νευρώνονται από το μέσο νεύρο, δηλαδή στον αντίχειρα, στο δείκτη, στο μέσο και στο μισό παράμεσο. Τα δάκτυλα που εμπλέκονται περισσότερο είναι ο δείκτης και ο μέσος. Στην αρχή το μούδιασμα έρχεται και παύει, ενώ αργότερα γίνεται μόνιμο, εμφανίζεται κυρίως τις πρωινές ώρες και πολλές φορές ξυπνά την άρρωστη. Τα συμπτώματα αυτά, για άγνωστο λόγο, υποχωρούν ή βελτιώνονται με την ανύψωση του μέλους και την άσκηση και επιδεινώνονται σε καταστάσεις όπου ο καρπός βρίσκεται σε κάμψη, όπως στην

οδήγηση ακόμα και στο διάβασμα της εφημερίδας. Συχνά εμφανίζεται πόνος κεντρικότερα του καρπού, στη μεσότιπα του αντιβραχίου και στον αγκώνα, ενώ μερικές φορές μπορεί να φτάσει μέχρι τον βραχίονα και τον ώμο. Υπαισθησίες ή παραισθήσεις μπορεί να υπάρχουν σ' ολόκληρο το χέρι και η απώλεια της αισθήσεως οδηγεί στην καλούμενη «αταμοσύνη», να πέφτουν δηλαδή τα αντικείμενα από το χέρι. Μικκή αδυναμία εμφανίζεται σε παραμελημένες καταστάσεις και εκδηλώνεται με ατροφία των μυών του θέναρως και αδυναμία χρησιμοποίησης του αντίχειρα.

Η διάγνωση επιτυγχάνεται με τη σωστή κλινική εξέταση και επιβεβαιώνεται με τον εργαστηριακό έλεγχο (ηλεκτρομυογράφημα). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, το ηλεκτρομυογράφημα δεν επιβεβαιώνει την κλινική εκτίμηση, η οποία θεωρείται και η πλέον σημαντική.

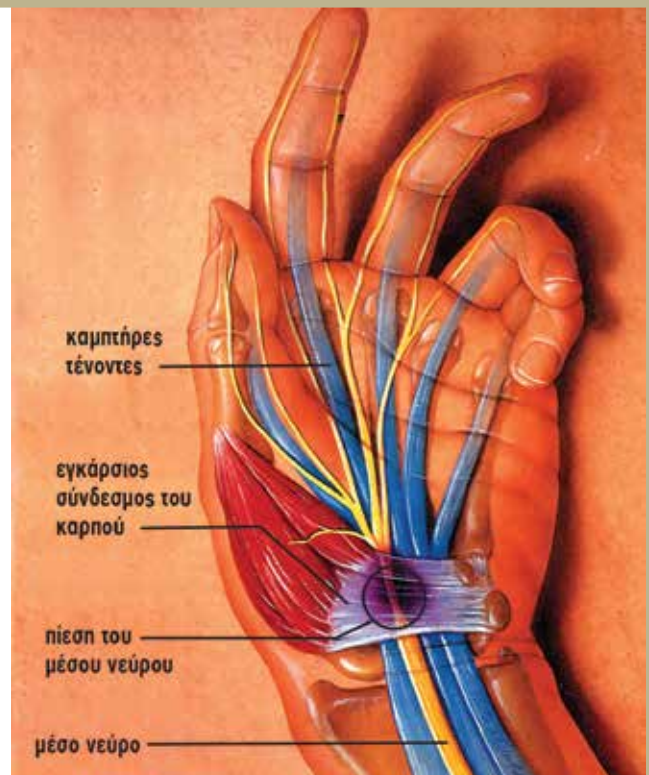
Σπανιότερα απαιτούνται ειδικές εξετάσεις για τον καθορισμό της αιτιολογίας της νόσου.

Άλλες παθολογίες με παρόμοια κλινική εικόνα που συχνά συγχέονται από τον μη έμπειρο χειρουργό, είναι η πίεση του μέσου νεύρου κεντρικότερα από τον καρπό. Το ηλεγόμενο **Αυχενικό Σύνδρομο**, η πίεση δηλαδή των νευρικών ριζών (Α6) από οστεόφυτα ή κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου είναι η συνθεστέρα αιτία αιμωδιών του Μέσου Νεύρου εκτός του Συνδρόμου Καρπιαίου Σωλήνα. Το **σύνδρομο Πρηνιστού**, η πίεση δηλαδή του Μέσου Νεύρου στον αγκώνα είναι άλλη αιτία εμφάνισης παρόμοιων αιμωδιών.

Η σωστή κλινικοεργαστηριακή εξέταση θα καθορίσει την ακριβή αιτία της συμπτωματολογίας και θα επιλέξει τη θεραπεία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. **Ελαφρές μορφές αντιμετωπίζονται με νυχτερινούς νάρθηκες και αποφυγή κινήσεως κάμψεως του καρπού.** Η ανάπαυση οδηγεί στη μείωση



Σχηματική παράσταση του συνδρόμου, όπου διακρίνεται η μεγάλη πίεση του μέσου νεύρου, κάτω από τον εγκάρσιο σύνδεσμο.

του ερεθισμού της περιοχής. Ταυτόχρονα, η **χορήγηση με στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων** ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η **έκχυση κορτιζόνης** στον καρπιαίο σωλήνα επίσης, έχει προταθεί σαν θεραπεία σε πιο σοβαρά σύνδρομα πίεσεως του καρπιαίου σωλήνα και χρησιμοποιείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Καθώς όμως ο κίνδυνος τραυματισμού του μέσου νεύρου είναι υψηλός, θα πρέπει να επιχειρείται μόνο από εξειδικευμένους ιατρούς.

Στους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική αγωγή, καθώς και στους ασθενείς με έντονα σημεία πίεσεως είναι απαραίτητη η χειρουργική διάνοιξη.

Η εγχείρηση γίνεται με τοπική αναισθησία στην περιοχή του καρπού. Η τομή είναι επιμήκης 3cm περίπου και η αποσυμπίεση του μέσου νεύρου επιτυγχάνεται κατόπιν διατομής του εγκάρσιου συνδέσμου. **Η επέμβαση κρίνεται απόλυτα ασφαλής, συνήθως δεν παρουσιάζει επιπλοκές και η πίεση δεν υποτροπιάζει.** Τα περιστατικά υποτροπής που αναφέρονται οφείλονται είτε σε ατελή διάνοιξη, είτε σε πίεση του Μέσου Νεύρου σε περιοχή διαφορετική από το Καρπιαίο Σωλήνα.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε επιλεγμένους ασθενείς μικρή παρέμβαση





Η χρήση του ειδικού μαχαιριδίου κατά τη διάνοιξη του εγκαρσίου συνδέσμου.

τεχνικές, όπως είναι η διάνοιξη με τη χρήση ειδικού μαχαιριδίου ή η ενδοσκοπική διάνοιξη.

Η τεχνική χρήσης του ειδικού μαχαιριδίου χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια από τους γιατρούς του τμήματος με πολύ καλά αποτελέσματα. Η επέμβαση γίνεται και αυτή με τοπική αναισθησία. Η τομή δέρματος είναι μήκους 1cm στο μέσο της παλάμης. Από αυτό το σημείο εισάγεται το ειδικό μαχαιρίδιο διανοίξεως του εγκαρσίου συνδέσμου. Η απ' ευθείας όραση των εν τω βάθει ιστών (του μέσου νεύρου και των τενόντων) επιτρέπει την αποφυγή τραυματισμών τους, καθώς στο παρελθόν άλλες μέθοδοι ενδοσκοπικής διανοίξεως παρουσίαζαν σχετικά αυξημένο ποσοστό επιπλοκών.

Η ενδοσκοπική διάνοιξη εφαρμόζεται σε επιλεγμένους ασθενείς και γίνεται συνήθως με περιοχική αναισθησία. Η τομή δέρματος είναι μήκους 1cm κεντρικά στο αντιβράχιο. Από αυτό το σημείο εισάγεται η χειρουργική κάμερα και τα ειδικά εργαλεία διανοίξεως του εγκαρσίου συνδέσμου. Μετεχειρτητικά εφαρμόζεται επίδεση για (2) δύο εβδομάδες όπου και επιτρέπεται η ελεύθερη χρήση του χεριού. Η πλήρης δραστηριότητα του χεριού επανέρχεται σε χρονικό διάστημα περίπου 4-6 εβδομάδων. Βαριές χειρωνακτικές εργασίες και καταπόνηση του χεριού επιτρέπεται μετά τον 3ο μήνα.

Σε σύγκριση των διαφόρων μεθόδων της διανοίξεως του εγκαρσίου συνδέσμου, οι περισσότεροι Χειρουργοί του Άνω Άκρου πιστεύουν ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των. Όμως, η διατήρηση της συνέχειας του δέρματος αλλά και των υποκείμενων ιστών (υποδόριο λίπος-περιτονία) οδηγεί στη γρηγορότερη αποκατάσταση, στο μικρότερο περιορισμό

δραστηριοτήτων του ασθενούς, όπως και το μικρότερο χειρουργικό τραύμα πιθανόν να συντελεί στην αποφυγή των προβλημάτων επώδυνης ουλής που ταλαιπωρούν τον ασθενή σε κάποιες περιπτώσεις επί μακρόν. Πιστεύουμε, ότι οι μικρές παρέμβασες τεχνικές αποτελούν εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής, υπό την προϋπόθεση ότι επιλέγονται με σωστές ενδείξεις και εφαρμόζονται με άρτια χειρουργική τεχνική. Αντίθετα, παραμελημένες μορφές, με έντονη πίεση του μέσου νεύρου, με μυικές ατροφίες, με εκτεταμένη ελιτρίτιδα των καρπών, όπως και σε περιπτώσεις διαταράξεως της ανατομικής σχέσης των ιστών της περιοχής (π.χ. κάταγμα καρπού) είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται με την κλασική ανοικτή χειρουργική. ♦



Ατροφία των μυών του θέναρως.



Σεμινάριο Εφαρμοσμένης Χειρουργικής του Άνω Άκρου

Το Σεμινάριο Εφαρμοσμένης Χειρουργικής του Άνω Άκρου είναι μια εκπαιδευτική δραστηριότητα που ξεκίνησε το 2007 και οργανώνεται σε ετήσια βάση από το Τμήμα Χειρουργικής Χεριού και Άνω Άκρου - Ορθοπαιδικής Επανορθωτικής Μικροχειρουργικής του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών. **Στόχος του Σεμιναρίου είναι η εκπαίδευση των νέων χειρουργών στη Χειρουργική του Άνω Άκρου.**

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει **3 ενότητες:**

- 1. Επίδειξη Χειρουργικών σε πραγματικό χρόνο (Live Surgery).**
- 2. Διαλέξεις διακεκριμένων Ελλήνων και ξένων ομιλητών.**
- 3. Άσκηση σε πτωματικά χέρια (Workshop on Cadavers).**

Οι επεμβάσεις πραγματοποιούνται στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών στο Μαρούσι. Επιλέγονται περιστατικά ποικίλης δυσκολίας με κριτήριο την εκπαίδευση των ιατρών σε καθημερινά, όσο και σύνθετα προβλήματα.

Οι χειρουργοί, συνήθως είναι οι Παναγιώτης Γιαννακόπουλος και Διαμαντής Μιλιτσίης. Σπανιότερα, συμμετέχουν στις επεμβάσεις και διακεκριμένοι προσκαλεσμένοι ιατροί ορθοπαιδικοί από το Εξωτερικό.

Ο αριθμός των επεμβάσεων συνήθως είναι 8 με 10. Υπάρχει ζωντανή σύνδεση με το αμφιθέατρο του Ομίλου στο Κεφαλάρι, όπου οργανώνονται οι υπόλοιπες εργασίες του Σεμιναρίου. Στους συμμετέχοντες παρέχεται η δυνατότητα να παρεμβαίνουν κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων για ερωτήσεις και εξηγήσεις των χειρουργικών πρακτικών που διενεργούνται.

Οι διαλέξεις των προσκεκλημένων ομιλητών έχουν εκπαιδευτικό προσανατολισμό και στόχο την ανάπτυξη χειρουργικών τεχνικών. Πρόκειται για συναδέλφους με αποδεδειγμένη εμπειρία στη χειρουργική του Άνω Άκρου, από σχεδόν όλες τις Πανεπιστημιακές Σχολές και τα αντίστοιχα κέντρα Χειρουργικής Χεριού της χώρας μας. Παραδοσιακά, συμμετέχουν ως ομιλητές / εκπαιδευτές και διακεκριμένοι συνάδελφοι από το εξωτερικό.

Η άσκηση σε πτωματικά χέρια αποτελεί ίσως τη βασικότερη και χρησιμότερη εκπαιδευτική δραστηριότητα του Σεμιναρίου.



Υπάρχουν συνήθως 15 τραπέζια, 13 εκπαιδευόμενοι και 2 εκπαιδευτικά. Από τους οργανωτές του Σεμιναρίου και από εκπαιδευτές αναλύονται χειρουργικές τεχνικές, που στη συνέχεια εφαρμόζονται από τους εκπαιδευόμενους. **Παρέχεται, επίσης, εξοπλισμός για πρακτική άσκηση στην αρθροσκόπηση του καρπού.**

Τέλος, παρέχεται χρόνος για άσκηση Ανατομικής στα πτωματικά χέρια.

Τα πτωματικά χέρια εισάγονται από την Αμερική για την ειδική αυτή χρήση και είναι ελεγμένα για οιαδήποτε μολυσματική νόσο.

Ο αριθμός των εκπαιδευόμενων είναι περίπου 50 ιατροί ετησίως, ενώ οι ομιλητές/εκπαιδευτές ξεπερνούν τους 25.

Ο συνολικός αριθμός των εκπαιδευμένων, μέχρι σήμερα, είναι 350 ιατροί.

Είναι η μόνη συστηματική εκπαιδευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα, που συνδυάζει «ζωντανό» Χειρουργείο στο Άνω Άκρο και άσκηση σε πτωματικά χέρια.

Μία άλλη βασική επιτυχία του Σεμιναρίου είναι ότι, μέχρι σήμερα, προσφέρεται **χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση για τους εκπαιδευόμενους, όταν αντίστοιχα σεμινάρια στο εξωτερικό κοστίζουν περισσότερο από 800 ευρώ, ανά συμμετοχή.**

Υπεύθυνος της οργάνωσης του Σεμιναρίου είναι ο Χειρουργός του Άνω Άκρου **κ. Παναγιώτης Γιαννακόπουλος.** ♦

www.hand-surgery.gr



«Περιοarthρίτιδα» του Ώμου – Επώδυνος Ώμος



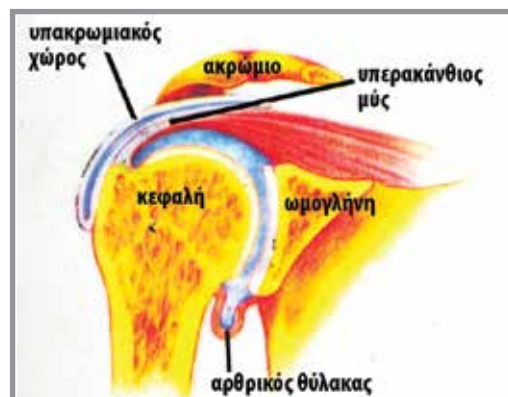
Ο πόνος στον ώμο ονομαζόταν για πολλά χρόνια από τους Χειρουργούς Ορθοπαιδικούς «περιοarthρίτιδα» του ώμου. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που επισκέπτονταν τον γιατρό με πόνο στον ώμο έφευγαν με τη διάγνωση «έχεις περιοarthρίτιδα του ώμου». Τα φάρμακα (αντιφλεγμονώδη), οι ενέσεις (κορτιζόνη) και η φυσιοθεραπεία είναι οι συνήθεις γενικές οδηγίες προς τους ασθενείς, καίτοι συχνά δεν φέρνουν αποτέλεσμα. Και τούτο είναι λογικό καθώς **δεν υπάρχει πάθηση με το όνομα περιοarthρίτιδα**. Ο όρος είναι γενικός και δηλώνει παθολογία στην περιοχή του ώμου. Σαν να λέμε δηλαδή οσφυαλγία (πόνος στη μέση) ή πονοκέφαλος. **Δεν καθορίζουμε την αιτιολογία της πάθησης, αλλά το σύμπτωμα!** Η εξέλιξη της Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και η εξειδίκευσή της στις επιμέρους υποειδικότητες οδήγησε στην πληρέστερη κατανόηση και εξήγηση των παθολογιών της περιοχής. Έτσι, σήμερα γνωρίζουμε, ότι **τα περισσότερα προβλήματα του ώμου πηγάζουν από βλάβες, κυρίως στα μαλακά μόρια** (μυϊκές ομάδες, σύνδεσμοι και τένοντες) **και λιγότερο από οστική συμμετοχή**. Τα νοσήματα αυτά είναι δυνατόν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Τενοντοπάθεια των στροφέων
 - Αστάθειες (πρόσθια, οπίσθια, πολλαζονική)
 - Αρθρίτιδες
- Άλλες, περισσότερο σπάνιες, παθολογίες που προκαλούν πόνο στον ώμο είναι οι νεοπλασίες, οι φλεγμονές καθώς και διάφορα αίτια από τον αυχένα, το άνω άκρο και τις άλλες γειτονικές περιοχές, που αντανακλούν τον πόνο στην περιοχή του ώμου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τις παθήσεις του ώμου, πρέπει να έχουμε μια σαφή γνώση της ανατομικής της περιοχής. Ο ώμος σχηματίζεται από το άνω τμήμα του βραχιονίου, που ονομάζεται **κεφαλή** και την **ωμοπλάτη**. Το σημείο επαφής του βραχιονίου με την ωμοπλάτη λέγεται **ωμογλήνη**, σχηματίζει τη γληνοβραχιόνιο άρθρωση και είναι η κύρια άρθρωση του ώμου. Στην άνω περιοχή, της άρθρωσης ευρίσκεται μια οστική απόφυση που λέγεται **ακρώμιο**. Μεταξύ

της γληνοβραχιονίου, αρθρώσεως και του ακρωμίου υπάρχει μια **ομάδα μυών, που λέγονται στροφείς του ώμου** (rotator cuff), καταφύονται στο άνω τμήμα του βραχιονίου και έχουν σαν ενέργεια την απαγωγή – ανύψωση του άνω άκρου και την έξω-έσω στροφή. **Οι μύες αυτοί είναι ο υπερακάνθιος, ο υπακάνθιος, ο υποπλάτιος και ο ελάσσον στρογγύλος μύς και αποτελούν ενιαία ομάδα μυών**. Πρακτικά, διαχωρίζουν τη γληνοβραχιόνιο άρθρωση από την ευρισκόμενη κάτω του ακρωμίου κοιλότητα, που αποτελεί τον **υπακρωμιακό**



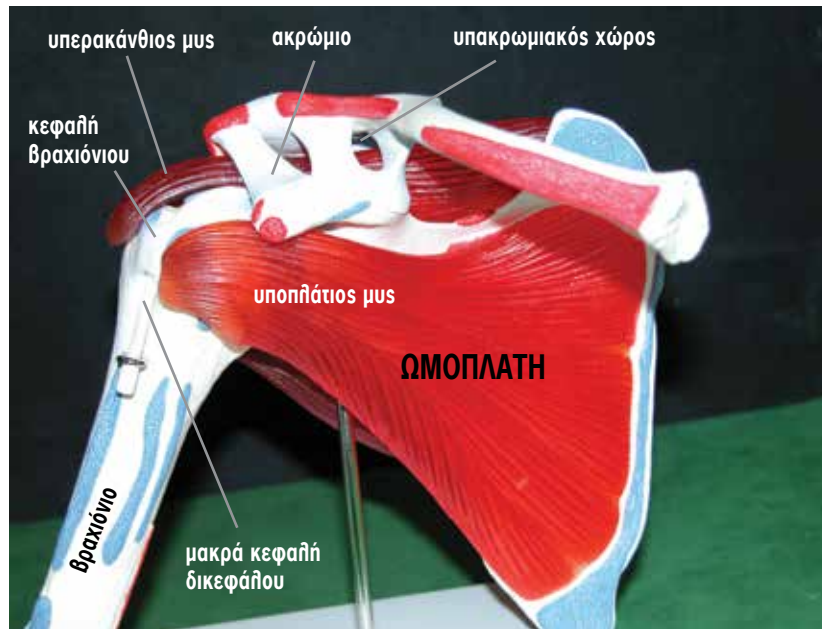
χώρο. Η γληνοβραχιόνιος άρθρωση και ο υπακρωμιακός χώρος αποτελούν κλειστές κοιλότητες και φυσιολογικά δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Αυτό αποτελεί σημαντική γνώση, που είναι χρήσιμη στη διαφορική διάγνωση των παθολογιών του ώμου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διάγνωση των παθήσεως του ώμου βασίζεται στη **λήψη πλήρους ιστορικού και σωστή κλινική εξέταση.** Στα αρχικά στάδια μιας παθολογίας στον ώμο έχουμε πόνο στη κίνηση αυτού. Αργότερα, ο πόνος γίνεται μόνιμος, βασανιστικός και περιορίζει σταδιακά την κίνηση του ώμου. Η νυκτερινή επιδείνωση είναι πιθανή, αφυπνίζοντας τον ασθενή. Στις περιπτώσεις ρήξεως των στροφένων εμφανίζεται σαφής μείωση της



έξω στροφής του ώμου. Τα διαγνωστικά τεστ επιβεβαιώνουν τη διάγνωση, ενώ είναι σε θέση να ανιχνεύσουν την πιθανή ρήξη των στροφένων. Μία άλλη χρήσιμη διαγνωστική δοκιμασία είναι η τοπική έγχυση τοπικών αναισθητικών φαρμάκων (ξυλοκαΐνης) στον υπακρωμιακό χώρο, που θα ανακουφίσει τον πόνο και θα επιτρέψει την κίνηση του ώμου, στην τενοντίτιδα και το σύνδρομο πρόσκρουσης, σε αντίθεση με τη ρήξη των στροφένων, όπου θα παραμείνει η αδυναμία απαγωγής και έξω στροφής. Αντίθετα, οι ασθενείς με αστάθεια του ώμου, εμφανίζουν πόνο κυρίως στη έντονη δραστηριότητα και μείωση αυτού στην ηρεμία. **Συχνά είναι απαραίτητη η εκτέλεση μαγνητικής τομογραφίας στην περιοχή και μάλιστα ο συνδυασμός μαγνητικής τομογραφίας με αρθρογράφημα.** Σ' αυτή την περίπτωση χορηγούμε ενδοαρθρικά σκιαγραφικό υλικό στην άρθρωση του ώμου



αναζητώντας διαφυγή αυτού από την κλειστή κοιλότητα της άρθρωσης. Η διαφυγή αυτή θα επιβεβαιώσει τη ρήξη κάποιου ανατομικού μορίου (στον υπακρωμιακό χώρο εάν έχουν ρήξη οι στροφείς, περιαρθρικά εάν η βλάβη είναι στον επιχείλιο χόνδρο κ.λπ.) και θα μας κατευθύνει στη σωστή θεραπεία. Η συνδυασμένη αυτή εξέταση παρέχει πολύ υψηλό ποσοστό αξιοπιστίας στις τραυματικές αστάθειες του ώμου και στη ρήξη των στροφένων, σε αντίθεση με την απλή Μαγνητική Τομογραφία που εμφανίζει χαμηλό σχετικά βαθμό αξιοπιστίας στις μερικές ρήξεις των στροφένων και στις αποκολλησεις του επιχείλιου χόνδρου και της εκφύσεως της μακράς κεφαλής του δικεφάλου. Σπανιότερα, απαιτείται αξονική τομογραφία της περιοχής για τον έλεγχο ενός κατάγματος ή και ηλεκτρομυογράφημα, αναζητώντας κάποια νευρική βλάβη. Η θεραπεία των παθήσεων του ώμου είναι συντηρητική ή χειρουργική. **Η χειρουργική του ώμου σήμερα γίνεται αρθροσκοπικά,** όπως άλλωστε και όλων των άλλων μεγάλων αρθρώσεων του ανθρώπινου σώματος.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- Ασφαλής τεχνική.
- ΑΝΩΤΕΡΗ διαγνωστική και συχνά θεραπευτική ευαισθησία, καθώς αριθμός ενδοαρθρικών παθολογιών δεν δύναται να διαγνωστούν – θεραπευτούν με την κλασική ανοικτή χειρουργική (SLAP lesion – internal impingement κ.λπ.).
- Ελάχιστη επιβάρυνση του ασθενούς.

- Συχνά δεν απαιτείται ενδοσσοκομειακή νοσηλεία.
- Ελάχιστο χειρουργικό τραύμα.
- Μικρότερος χρόνος αποθεραπείας.

Σε κάποιες περιπτώσεις, είναι δυνατόν να απαιτηθεί μια μικρή συμπληρωματική τομή μήκους 1-2 cm (real mini open), ειδικά όπου απαιτείται καλύτερη ορατότητα στον υπακρωμιακό χώρο (ρήξη στροφένων, εκτεταμένη ακρωμιοπλάστική). Σε κάθε περίπτωση όμως, **ο αρθροσκοπικός έλεγχος του ώμου είναι απαραίτητος, για τη διάγνωση και θεραπεία των ενδοαρθρικών παθολογιών, καθώς δεν υπάρχει ασφαλέστερος τρόπος για αυτή τη διαδικασία.**

Αντίθετα, **η κλασική ανοικτή χειρουργική του ώμου τείνει να εγκαταλειφθεί, καθώς παρέχει μειωμένη διαγνωστική ευαισθησία και το μεγάλο χειρουργικό τραύμα προκαλεί αυξημένο μεταχειρουργικό πόνο και σημαντικό βαθμού μετατραυματική δυσκαμψία.**

Ολοκληρώνοντας αυτή τη σύντομη ανασκόπηση της παθολογίας και της θεραπείας του ώμου, κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί η **αναγκαιότητα της ύπαρξης έμπειρης φυσιοθεραπευτικής ομάδας,** καθώς η πρώιμη παθητική και η ελεγχόμενη ενεργητική κινητοποίηση, όπως και η ενδυνάμωση των μυών της ωμικής ζώνης, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας των παθήσεων του ώμου. ♦

www.hand-surgery.gr

Κακώσεις άνω άκρου στα παιδιά



Οι **τραυματισμοί του άνω άκρου** αποτελούν ποσοστό 30% και πλέον των συνολικών τραυματισμών του ανθρωπίνου σώματος φθάνοντας το 60% ή 70% στα εργατικά ατυχήματα. Αυξημένο είναι, επίσης, το ποσοστό και στα παιδιά. Τούτο είναι προφανές, καθώς το χέρι είναι το πλέον εκτεθειμένο τμήμα του σώματος και συνεπώς το πλέον ευαίσθητο στους τραυματισμούς. Είναι δυνατόν να είναι απλή (π.χ. μεμονωμένο κάταγμα ενός οστού), ή και περισσότερο σύνθετη (ταυτόχρονης βλάβης οστών, νεύρων, τενόντων, δέρματος κ.α.).

Τραυματισμοί είναι δυνατόν να είναι:

- Τραυματισμοί στους χώρους των σχολικών εγκαταστάσεων ή στους χώρους αθλοπαιδιών.
- Τραυματισμοί κατά τη διάρκεια των αθλητικών δραστηριοτήτων.

Η πρόληψη και η άμεση αντιμετώπιση των τραυματισμών αυτών, εγγυάται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Καταρχήν είναι η πρόληψη, η οποία επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

- Βελτίωση των σχολικών εγκαταστάσεων,

σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ασφαλείας.

- Βελτίωση των χώρων Άθλησης και λήψη των απαραίτητων μέσων προστασίας.
- Βελτίωση της φυσικής καταστάσεως των μαθητών.

Η βελτίωση των υποδομών, καίτοι είναι κυρίως αρμοδιότητα της πολιτείας, σαφώς αποτελεί υποχρέωση και των εκπαιδευτικών να επιμένουν στη εφαρμογή των κανονισμών. Για παράδειγμα, η αντικατάσταση των παιδιών τζαμιών στις πόρτες και τα παράθυρα με άθραυστα ασφαλείας είναι απαραίτητη για τη μείωση των επικίνδυνων εκτεταμένων θλαστικών τραυμάτων με διατομές αγγείων, νεύρων και τενόντων. Η αποφυγή επίπλων με αιχμηρές γωνίες μειώνει τον κίνδυνο τραυματισμών των μαλακών μορίων. Αντικατάσταση ολισθηρών δαπέδων με αντιολισθητικού τύπου, μειώνει τον κίνδυνο πτώσεων και καταγμάτων.

Η βελτίωση της φυσικής κατάστασης είναι αποτέλεσμα συστηματικής άσκησης και προσεκτικής προθερμάνσεως των παιδιών, ώστε να διατηρούν ένα καλό μυϊκό σύστημα ικανό να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες των αθλητικών δραστηριοτήτων.

Οι τραυματισμοί στο Άνω Άκρο περιλαμβάνουν:

- Κατάγματα,
- Συνδεσμικές βλάβες,
- Απλά θλαστικά τραύματα,
- Σύνθετες κακώσεις με διατομές Αγγείων και Νεύρων,
- Ακρωτηριασμούς,
- Εγκαύματα.

Κατάγματα

Τα κατάγματα στα παιδιά είναι συχνά και προκαλούνται μετά από ελαφρούς σχετικά τραυματισμούς. Παρουσιάζουν ιδιομορφίες σε σχέση με τα κατάγματα των ενηλίκων, καθώς τα οστά ευρισκόμενα σε φάση ανάπτυξης παρουσιάζουν μεγαλύτερη ελαστικότητα και διαφορετική ανατομική κατασκευή. Ταυτόχρονα, μια πλημμελής αντιμετώπιση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μόνιμη παραμόρφωση, ως αποτέλεσμα της διαταραχής της ανάπτυξης.

Είναι δυνατόν να εμφανίζονται με επώδυνη σαφή παραμόρφωση του Άνω Άκρου, που υπονοεί ένα πλήρες παρεκτοπισμένο κάταγμα, ή να μην εμφανίζουν καμία διαφοροποίηση στην εμφάνιση και να προκαλούν ήπιο πόνο στη πίεση ή τις κινήσεις. Αυτό συμβαίνει στα



κατάγματα «δίκην χλωρού ξύλου», όπως λέγονται και αφορούν μικρά ρωγμώδη κατάγματα.

Σε κάθε περίπτωση οστικού πόνου στα χέρια μετά από κάκωση, μόνο ο ακτινολογικός έλεγχος και η έμπειρη κλινική εξέταση δύνανται να αποκλείσει μια οστική βλάβη, το δε μέλος πρέπει να ακινητοποιείται σε πρόχειρο νάρθηκα και ο τραυματίας να μεταφέρεται για περαιτέρω έλεγχο.

Συνδεσμικές βλάβες

Οι συνδεσμικές βλάβες, τα λεγόμενα «διαστρέμματα», αφορούν κακώσεις των συνδέσμων. Δύνανται να είναι μια απλή διάταση, είτε να είναι μια πλήρης ρήξη. Οι πλήρεις ρήξεις είναι σχετικά σπάνιες στα παιδιά, λόγω της αυξημένης ελαστικότητας των αρθρώσεων. Σε κάθε περίπτωση **η ακινητοποίηση σε νάρθηκα** κρίνεται απαραίτητη για χρονικό διάστημα που μπορεί να φτάσει και τις έξι (6) βδομάδες.

Απλή θλαστικά τραύματα

Τα απλή θλαστικά τραύματα των χεριών είναι πολύ συνηθισμένα και κυρίως δεν υποκρύπτουν σοβαρή βλάβη. Έκπλυση με άφθονο τρεχούμενο νερό, επάλειψη με απλό αντισηπτικό και επίδεση με αποστειρωμένες γάζες, είναι η πρωτοπαθής σωστή αντιμετώπιση. **Μεγαλύτερα τραύματα του ενός εκατοστού απαιτούν συρραφή από κατάλληλο χειρουργό.** Αντιτετανικός ορός συνήθως δεν απαιτείται, καθώς η πλειοψηφία των παιδιών σήμερα εμβολιάζεται κανονικά. Καθώς στο χέρι υπάρχουν πολλά ευγενή ανατομικά μόρια (αγγεία, νεύρα, τένοντες) αμέσως κάτω από το δέρμα και αρκετές φορές ένα αθώο φαινομενικά τραύμα είναι δυνατόν να υποκρύπτει σοβαρή βλάβη, κρίνεται **σκόπιμη η εξέταση και των απλών τραυμάτων από ειδικό γιατρό.**

Σύνθετες κακώσεις με διατομές Αγγείων και Νευρών

Αφορούν εκτεταμένα θλαστικά τραύματα των Άνω Άκρων με σοβαρούς τραυματισμούς ευγενών ανατομικών μορίων. Είναι, συνήθως,

αποτέλεσμα τραυματισμού από αιχμηρό όργανο, όπως είναι ένα σπασμένο τζάμι ή ένα μαχαίρι. Άλλου τύπου κακώσεις των δομών αυτών είναι αυτές που οφείλονται σε σύνθλιψη, όπως για παράδειγμα μετά από πτώση μεγάλου βάρους αντικείμενου που προκαλεί εκτεταμένη βλάβη των μαλακών μορίων (π.χ. μύς) με αποτέλεσμα οίδημα (πρήξιμο), που μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρό και να επιπλακεί με περαιτέρω πειστική κάκωση αγγείων και νευρών. **Απλή ελαστική επίδεση με αποστειρωμένες γάζες και άμεση διακομιδή είναι τα πρώτα απαραίτητα μέτρα στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.** Να σημειωθεί τέλος ότι οι κακώσεις των αγγείων και των νευρών μπορεί να συνοδεύουν κατάγματα στα παιδιά, όπως λόγω χάρη τα κατάγματα υπερθεν του αγκώνα και αποτελούν επείγουσες καταστάσεις στην Χειρουργική του Άνω Άκρου

Ακρωτηριασμοί

Οι ακρωτηριαστικές κακώσεις, δηλαδή η απώλεια μέλους ή και τμήματος ενός μέλους (π.χ. το άκρο ενός δακτύλου) είναι συνήθεις κακώσεις στα παιδιά. Συχνότατα προκαλούνται από εγκλιωισμό ενός δακτύλου από μια πόρτα, αλλά δυστυχώς συμβαίνουν και βαρύτεροι ακρωτηριασμοί με απώλεια ολόκληρου ή τμημάτων του άνω άκρου, εξαιτίας της παιδικής περιέργειας και της διάθεσης των παιδιών να εντυπωσιάσουν τους γύρω τους. Γενικά, **οι κακώσεις αυτές (εκτός των ακρωτηριασμών των δακτύλων) απειλούν τη ζωή του παιδιού και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.** Πειστική επίδεση του κοίλωματος είναι απαραίτητη, καθώς θα περιορίσει την αιμορραγία. Όσον αφορά τη μεταφορά του ακρωτηριασμένου μέλους, αυτό θα πρέπει να τοποθετείται σε μια πλαστική σακούλα και εν συνεχεία η σακούλα σε δοχείο που περιέχει πάγο μαζί με νερό.

Εγκαύματα

Η απώλεια των σιβάδων του δέρματος, που συμβαίνει σε ένα έγκαυμα και η έκθεση των υποκείμενων δομών στο περιβάλλον έχει πρωτίστως κίνδυνο λοιμώξεων και απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι εγκαυμάτων (θερμικό, χημικό, εζ' ακτινοβολίας), αναλόγως του βλαπτικού αιτίου, αλλά αυτό που κυρίως ενδιαφέρει είναι η έκταση του εγκαύματος ως ποσοστό της συνολικής επιφάνειας του σώματος. Αύξηση του ποσοστού αυτού οδηγεί σε δραματική αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας. **Άμεση έκπλυση με άφθονο νερό θα μειώσει την τοπική θερμοκρασία και θα περιορίσει τις βαθύτερες βλάβες. Εφαρμογή τοπικού αντισηπτικού, κάθιση**

με κατά προτίμηση βαζελινούχες γάζες εμπλουτισμένες με αντιβιοτικό και στη συνέχεια, εάν αυτό είναι δυνατόν, με αποστειρωμένες γάζες είναι οι ιδανικές συνθήκες μεταφοράς του παιδιού στο νοσοκομείο.

Παρόλο που σοβαροί τραυματισμοί δε γίνονται συνήθως στο χώρο ενός σχολείου, καλό είναι να αναφέρουμε ότι σε μια τέτοια περίπτωση, συνιστάται να ακολουθείται η πιο κάτω σειρά ενεργειών.

- Εξασφάλιση ελεύθερων αναπνευστικών οδών,
- Έλεγχος της αιμορραγίας,
- Άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο και από ειδικούς τραυματιοφορείς, ειδικά εάν υπάρχει υποψία τραυματισμού της Σπονδυλικής Στήλης.

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στη **ψυχολογική υποστήριξη που απαιτεί ένα τραυματισμένο παιδί.** Συνήθως, παραμένουν ήρεμα καίτοι έχουν υποστεί ακόμα και σοβαρό τραυματισμό. Επηρεάζονται όμως από την αγωνία και την πιθανή ανασφάλεια των δασκάλων ή/και των γονέων τους, καθώς και από το άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου. Είναι ανάγκη λοιπόν:

- Να προσπαθήσουμε να τα ηρεμήσουμε,
- Να αποφύγουμε να τα φορτίσουμε με αισθήματα ενοχής,
- Να ενημερώσουμε με ειλικρίνεια και σαφήνεια τους γονείς,
- Να τα πείσουμε ότι οι προθέσεις και προσπάθειες των ιατρών είναι ειλικρινείς, ότι υπάρχει επάρκεια γνώσεων και ότι κάθε ενέργεια είναι για το καλό τους.

Η παρακολούθηση και αντιμετώπιση από ειδικούς παιδοψυχιάτρους κρίνεται επιβεβλημένη σε ειδικές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα ο βαρύς τραυματισμός, που μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία. ♦

www.hand-surgery.gr

