

# Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα

Γεώργιος Σταματόπουλος , Νευροχειρουργός

Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα προκαλείται από ερεθισμό ή συμπίεση του μέσου νεύρου στον καρπό. Η συχνότητά του υπολογίζεται σε 1.3 με 4.9 % ,αλλά πιθανόν να είναι υψηλότερη. Συνήθως εμφανίζεται στις ηλικίες 45-65 και είναι συχνότερο στις γυναίκες (3-4:1) . Εμφανίζεται ταυτόχρονα και στα δύο χέρια σε ποσοστό 50 % , αλλά συνήθως είναι βαρύτερη στο επικρατητικό χέρι.

Αν και δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με την αιτιολογία , αποδίδεται σε τραύμα σχετιζόμενο με την εργασία : συνεχόμενες και επαναλαμβανόμενες κινήσεις του χεριού και του καρπού , συνεχής χρήση εργαλείων ή άλλων αντικειμένων που απαιτούν ισχυρή συγκράτηση , ακραίες θέσεις του χεριού/καρπού , απευθείας πίεση στην περιοχή του καρπού , χρήση εργαλείων που προκαλούν δονήσεις (πχ κομπρεσέρ) και τοπικό τραύμα . Συστηματικές παθήσεις , όπως ο σακχαρώδης διαβήτης , ο υποθυρεοειδισμός , η ακρομεγαλία , η ρευματοειδής και η ουρική αρθρίτιδα , το πολλαπλό μυέλωμα , η αμυλοείδωση και η παχυσαρκία , επίσης σχετίζονται με τη νόσο. Τέλος , αυξημένη συχνότητα παρατηρείται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Παρουσιάζεται με μια ποικιλία κλινικών συμπτωμάτων :

- Παιραισθησίες – Μυρμήγκιασμα και αίσθημα τρυπήματος από καρφίτσες και βελόνες στον αντίχειρα, δείκτη , μέσο δάκτυλο και το μισό παράμεσο , συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας. Είναι αρκετά συχνό φαινόμενο , ο ασθενής να αφυπνίζεται λόγω μιας επίπονης δυσαισθησίας και να αναζητά ανακούφιση κουνώντας το χέρι του , κάνοντας μαλάξεις ή ρίχνοντας κρύο ή ζεστό νερό.
- Μειωμένη αισθητικότητα και μούδιασμα των δακτύλων που προαναφέρθηκαν , που μπορεί να είναι μόνιμα σε προχωρημένο ΣΚΣ.
- Πόνος στο χέρι , την παλάμη και ορισμένες φορές στον πήχη ή ακόμη και στο βραχίονα ή/και τον ώμο.
- Αδεξιότητα των χεριών και πτώση αντικειμένων , λόγω αδυναμίας.
- Αδυναμία σύλληψης αντικειμένων και εκτέλεσης πράξεων λεπτής κινητικότητας (π.χ:κούμπωμα-ξεκούμπωμα πουκαμίσου,γραφή).
- Ατροφία των μυών της παλάμης γύρω από τον αντίχειρα.

Η διάγνωση γίνεται κλινικά , μέσω της λήψης ενός καλού ιστορικού , πλήρους κλινικής εξέτασης και τη χρήση ειδικών δοκιμασιών (Tinel και Phalen) , που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στη διάγνωση του συνδρόμου. Η τελική επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο , δηλαδή το ηλεκτρομυογράφημα και τον έλεγχο αγωγιμότητας των νεύρων. Πρόκειται για μια πολύ σημαντική εξέταση , που δίνει σαφή διάγνωση στο 95 % των περιπτώσεων συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Επίσης , αποσαφηνίζει αν η παθολογία προέρχεται μόνο από τον καρπό ή αν συνυπάρχει πίεση νεύρων και στον αυχένα , που μπορεί να δίνει παρεμφερή εικόνα συμπτωμάτων (double-crush syndrome). Τέλος , πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη συστηματικών καταστάσεων που σχετίζονται με το σύνδρομο και αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Το σύνδρομο ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες , ανάλογα με τη σοβαρότητα του :

1. **Ήπιο** : Παραισθησίες που δεν είναι παρούσες όλη την ώρα :

- Νυχτερινές αφυπνίσεις.
- Σχετιζόμενες με τη θέση του χεριού.
- Εγκυμοσύνη.
- Υποθυρεοειδισμός.

2. **Μέτριας Βαρύτητας** : Συνεχείς Παραισθησίες :

- Επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Συνεχείς νυχτερινές επίπονες αφυπνίσεις .
- Αναστρέψιμο αίσθημα μούδιασματος ή/και πόνου (πχ με το τίναγμα του χεριού ή με το ανοιγμα-κλείσιμο της γροθιάς).

3. **Βαρύ** :

- Συνεχές μούδιασμα ή/και πόνος ,
- Ατροφία των μυών στον αντίχειρα και την πέριξ περιοχή και/ή
- Αδυναμία των μυών του αντίχειρα.

## Θεραπεία

### Συντηρητική :

- Ανάπαυση του πάσχοντος χεριού και τροποποίηση πιθανών επιβαρυντικών παραγόντων εργασίας.
- Νάρθηκας καρπού , κυρίως για νυχτερινή χρήση. Βελτιώνει τα συμπτώματα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80 % των ασθενών, αλλά τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα επανέρχονται.
- Εξειδικευμένη φυσικοθεραπεία (κινητοποίηση οστών καρπού,υπέρηχοι) και ασκήσεις τύπου yoga.
- Θεραπεία συνυπαρχουσών παθήσεων (πχ υποθυρεοειδισμός, διαβήτης).
- Τοπικές ενέσεις στεροειδών. Βελτιώνουν τα συμπτώματα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 75 % , αλλά το αποτέλεσμα είναι αμφίβολο μετά τον ένα μήνα. Εκτός από το θεραπευτικό ρόλο , σημαντική είναι η σημασία της ένεσης σε περίπτωση αμφίβολης διάγνωσης ( αν υπάρξει βελτίωση των συμπτωμάτων μετά την ένεση , σημαίνει ότι η διάγνωση του συνδρόμου είναι βέβαιη).
- Δεν έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικά τα εξής φαρμακευτικά σκευάσματα : μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη , διουρητικά και βιταμίνη Β6.

Η συντηρητική αγωγή ενδείκνυται σε περιπτώσεις :

- Ήπιου συνδρόμου.
- Αμφίβολης διάγνωσης (ενδείκνυται διαγνωστική ένεση στεροειδούς ή σε ακραίες περιπτώσεις MRI καρπού).
- Υποθυρεοειδισμός (διόρθωση ορμονικής λειτουργίας και επανεκτίμηση).
- Εγκυμοσύνη (συνήθως βελτιώνεται μετά τον τοκετό).

- **Χειρουργική** :

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται σε διατομή του εγκάρσιου συνδέσμου του καρπού , ο οποίος πιέζει το μέσο νεύρο και προκαλεί όλη τη συμπτωματολογία. Πρόκειται για ένα πολύ αποτελεσματικό χειρουργείο , με τοπική αναισθησία και νοσηλεία ορισμένων ωρών. Ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στις δραστηριότητές του ταχύτατα ,σε 7-14 μέρες. Η βελτίωση είναι μακράς διάρκειας (συνήθως μόνιμη) , αξιόπιστη και ουσιαστικά με σχεδόν μηδενικές επιπλοκές , όταν πραγματοποιηθεί από έμπειρους νευροχειρουργούς ή ορθοπαιδικούς.

Απόλυτες ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση είναι :

- Αποτυχία της συντηρητικής αγωγής.
- Βαριά συμπτωματολογία του ασθενούς (η Τρίτη κατηγορία και οι περισσότεροι ασθενείς της Δεύτερης).
- Διάρκεια συμπτωμάτων μεγαλύτερη του έτους (ή έξι μηνών κατά άλλους).
- Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη , ρευματοειδή αρθρίτιδα , ηλικιωμένοι και με συνυπάρχουσα αυχενική σπονδύλωση ,πρέπει να αντιμετωπιστούν νωρίτερα χειρουργικά , γιατί πιθανή καθυστέρηση μπορεί να επιβαρύνει την πρόγνωση.