ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER
Wpłynęło: 10.06.2009 • Poprawiono: 18.06.2009 • Zaakceptowano: 18.06.2009

© Akademia Medycyny

# Ważne aspekty kliniczne w leczeniu i rozpoznawaniu zespołu kanału nadgarstka u osób starszych

## *Treatment of carpal tunnel syndrome in elderly patients*

**Adam Sulewski, Przemysław Nawrot, Andrzej Nowakowski**
Klinika Chirurgii Kręgosłupa, Ortopedii Onkologicznej i Traumatologii,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Streszczenie

Autorzy przedstawiają współczesne poglądy dotyczące leczenia zespołu kanału nadgarstka u starszych chorych. Autorzy wskazują na wiodącą rolę badania klinicznego oraz weryfikują wskazania dla wykonywania badań dodatkowych. We współczesnym podejściu ortopedycznym, u starszych chorych preferuje się zastosowanie technik mało inwazyjnych. Prowadzi to do szybszego powrotu chorych do pełnej sprawności po leczeniu operacyjnym. *Geriatria 2009; 3: 147-150.*

*Słowa kluczowe: kanał nadgarstka, zespół cieśni kanału nadgarstka*

## Summary

Authors show actual opinions on treatment of carpal tunnel syndrome in elderly patients. Authors show enormous meaning of the clinical examination and verify indications for the auxiliary investigations. In modern orthopedic approach for elderly patients minimal invasive technique is preferred. This allows swift postoperative mobilization. Minimally invasive methods in treatment of carpal tunnel syndrome allow the achievement of good results especially in subjective perspective relieving the symptoms. *Geriatria 2009; 3: 147-150.*

*Keywords: CTS, carpal tunnel syndrome*

Zespół kanału nadgarstka (*zkn*) jest najczęściej rozpoznawaną i leczoną neuropatią uciskową kończyny górnej człowieka [1]. Mimo dość dobrze poznanej patologii schorzenia nadal zdarzają się problemy z ustaleniem algorytmu terapii [1,2]. Powszechnie przyjmuje się, że istotą patologii *zkn* jest obrzęk nerwu pośrodkowego w okolicy troczka zginaczy na przedramieniu [3]. Pomimo wielu przyczyn tego obrzęku, wszelkie dostępne metody leczenia prowadzą do jego usunięcia [1,3].

Podstawowe znaczenie dla rozpoznania choroby ma zebranie wywiadu, w którym dominują informacje o tzw. parastezjach pojawiających się na opuszkach kciuka, wskaziciela i palca długiego, które występują głównie w nocy [1-3].

W badaniu przedmiotowym dużą rolę odgrywają testy prowokacyjne [3]. Rozpoznanie zespołu kanału nadgarstka opiera się więc zasadniczo na wywiadzie i badaniu przedmiotowym chorego [1].

Badania epidemiologiczne dotyczące państw wysoko rozwiniętych wykazują, że objawy zespołu kanału nadgarstka w grupach czynnych zawodowo, są stwierdzane u kobiet w 10% i u mężczyzn w 5% [4]. Największą grupę leczonych z powodu *zkn* stanowią chorzy starsi [1,5]. Z tą grupą chorych związane są problemy dotyczące wiarygodnego zebrania wywiadu, interpretacji wyników badania przedmiotowego oraz analizy rezultatów leczenia [3,6].

Zebranie wywiadu chorobowego u starszych osób może sprawiać pewne problemy. Chorzy na ogół

nie znają fachowych określeń klinicznych, takich jak parestezje i zanik kłębu [1,7]. Bardzo ważne są też informacje o parestezjach występujących w nocy.

Kluczowe w rozpoznaniu *zkn* jest jednak badanie przedmiotowe [1,2], a wywołanie testów prowokacyjnych utwierdza w prawidłowym rozpoznaniu choroby [1,2,6]. Z badań pomocniczych oceniamy patologię głównie w USG nadgarstka, od którego oczekujemy wykazania obrzęku nerwu powyżej troczka zginaczy [8]. Podobnie jak większość klinicystów, uważamy, że badania NCV (szybkość przewodzenia nerwu) wykonywane u ludzi starszych są niediagnostyczne [1-3].

W leczeniu *zkn* u ludzi starszych dążymy do wykonania operacyjnego obarczenia nerwu. Naszym zdaniem wykonywanie iniekcji sterydów do kanału nadgarstka, tak skutecznych w leczeniu młodszych chorych, u starszych chorych jest nieefektywne i tylko odsuwa w czasie zabieg operacyjny.

W wyjątkowych wypadkach oczywiście wykonujemy iniekcje sterydów do kanału nadgarstka, ale uzyskiwany wynik kliniczny traktujemy jako potwierdzenie diagnozy [1].

Nie jesteśmy przekonani do farmakologicznego leczenia *zkn*. Niemniej część autorów osiąga sukcesy w leczeniu neuropatii po zastosowaniu enteralnie podawanych środków farmakologicznych [9].

W metodach operacyjnych skutecznie stosujemy techniki małoinwazyjne [10]. Operacje te wykonujemy w trybie „chirurgii jednego dnia". Warunkiem jest zastosowanie odpowiedniej procedury anestezjologicznej. Preferujemy znieczulenie odcinkowe dożylne. Ten typ znieczulenia zapewnia niedokrwienie w polu operacyjnym oraz minimalnie obciąża chorego środkami farmakologicznymi. Zgadzamy się z poglądami anestezjologów, którzy podkreślają, że w chirurgii jednego dnia lepiej stosować wziewne metody znieczulenia [11]. Jednak dla operatora ważne jest niedokrwienie pola operacyjnego. Uważamy, że operując okolice nerwów w okolicy ręki, należy stosować opaskę pneumatyczną na ramieniu i dlatego stosujemy znieczulenie odcinkowe dożylne.

W tym trybie postępowania skracamy czas i rozległość operacji. Krótki czas operacji i niewielka rana pooperacyjna powodują znaczne ograniczenie ekspozycji chorego na czynniki chorobotwórcze. Wpływa to w sposób istotny na skrócenie czasu rekonwalescencji i hospitalizacji chorego. W przypadku ludzi starszych jest to niezwykle ważne.

W okresie pooperacyjnym nie stosujemy unieruchomienia nadgarstka. Cechą charakterystyczna po operacji dekompresji nerwu pośrodkowego na poziomie nadgarstka jest natychmiastowe ustąpienie objawów o charakterze parestezji [2]. Zaburzenia czucia na opuszkach palców cofają się nieco wolniej.

Analiza dynamiki zmian chorobowych wykazała, że „cofanie się" zmian chorobowych, czyli poprawa czynności nerwu pośrodkowego, występuje w sposób najbardziej odczuwalny przez chorego w czasie do jednego miesiąca po operacji [10].

W przypadku niesatysfakcjonującego wyniku leczenia *zkn*, czekamy do ok. 6 miesięcy po pierwszej operacji, następnie wykonujemy ponowne przecięcie troczka [1,2].

Badania retrospektywne wykazały, iż decydującym czynnikiem wpływającym na dobry wynik leczenia operacyjnego jest czas przeprowadzenia zabiegu operacyjnego [12]. Im szybciej wdrożymy skuteczne leczenie, tym lepsze uzyskujemy rezultaty.

Techniki operacyjne małoinwazyjne wykorzystywane w leczeniu neuropatii uciskowych odgrywają w ostatnich latach w medycynie coraz większą rolę [13,14]. Skuteczność tych technik w analizach retrospektywnych jest bardzo wysoka, dorównująca metodom klasycznym, które zakładają rozległe preparowanie nerwów [2,10,11]. Pozwalają na obniżanie kosztów leczenia, umożliwiając operowanie nerwów w warunkach ambulatoryjnych [13,14].

To powoduje, iż starszemu człowiekowi cierpiącemu z powodu neuropatii uciskowych skraca się „drogę" do kwalifikowanej pomocy lekarskiej, jednak głównie zapewnia komfort życia w jego „jesieni".

Adres do korespondencji:
Adam Sulewski
Klinika Chirurgii Kręgosłupa, Ortopedii Onkologicznej i Traumatologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. 28 czerwca 1965 r. 135/147; 61-545 Poznań
Tel: + 48 61 83 10 176; E-mail: adam@sulewski.pl

## Piśmiennictwo


1. Spinner RJ, Amadio PC. Compressive neuropathies of the upper extremity. Clin Plastic Surg 2003; 30: 155-73.
2. Nawrot P, Nowakowski A, Bartochowski Ł. Współczesne poglądy dotyczące diagnostyki i leczenia zespołu kanału nadgarstka. Chir Narz Ruchu Ortop Pol 2008; 73: 112-5.
3. Nawrot P, Nowakowski A, Kubaszewski Ł. Zastosowanie testów prowokacyjnych dla monitorowania sprawności nerwów w chirurgicznym leczeniu neuropatii uciskowych kończyny górnej. Chir Narz Ruchu Ortop Pol 2007; 72: 105-15.
4. Menenti G. A relief maneuver in carpal tunel syndrome. Muscle Nerve 1999; 22: 1597-9.
5. Leit ME, Weiser RW, Tomaino MM. Patient - reported outcome after carpal tunnel release for advanced disease: a proscective and longitudinal assessment in patients older than age70. J Hand Surg 2004; A-29: 379-83.
6. Porter P, Venkasteswaran B, Stephenson U, Wray CC. The influence of age on outcome after operations for the carpal tunnel syndrome. J Bone Joint Surg 2002; 84-B: 688-91.
7. Nawrot P, Romanowski L, Nowakowski A, Bartochowski Ł. Observation on nerves evaluation methods for efficiency analysis of the operative treatment in upper extremity compressive neuropathies. Chir Narz Ruch Ortop Pol 2007; 72: 297-301.
8. Kwon BC, Jung KI, Baek GH. Comparison of sonography and electrodiagnostic testing in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. J Hand Surg 2007; 33-A: 65-71.
9. Taverner D, Lisbona MP, Segales N, et al. Efficacy ad gabapentin in the treatment of carpal tunnel syndrome. Med Clin 2009; 130: 371-3.
10. Nawrot P, Nowakowski A, Kubaszewski Ł. Zespół kanału nadgarstka - ocena dekompresji nerwu pośrodkowego metodą dwóch cięć. Chir Narz Ruchu Ortop Pol 2005; 70: 337-41.
11. Smith I. Inhalation versus intravenosus anaesthesia for day surgery. J Ambulatory Surg 2003; 10: 89-94.
12. Nawrot P, Nowakowski A, Bartochowski Ł, Jaroszewski J. Wpływ wieku chorego i czasu trwania neuropatii na wynik operacyjnego leczenia neuropatii uciskowych kończyny górnej. Chir Narz Ruch Ortop Pol 2008; 73: 116-28.
13. Nawrot P, Nowakowski A, Kubaszewski Ł, Rogala P. Zastosowanie metod małoinwazyjnych w operacyjnym leczeniu zespołu kanału nadgarstka i zespołu rowka nerwu łokciowego. Chir Narz Ruch Ortop Pol 2007; 72: 25-8.
14. Nazzi V, Franzini A, Messina G., Broggi G. Carpal tunnel syndrome: matching minimally invasive surgical techniques. Technikal note. J Neurosurg 2008; 108: 1033-6.