

Chirurgia Ręki

Chirurgia ręki

- Co nas wyróżnia?
 - Operacje wykonywane z większą precyzją i w powiększeniu (lupy/mikroskop)–
mniejsze, delikatniejsze struktury jak naczynia/nerwy
 - Zabiegi mikrochirurgiczne
 - Szerokie spektrum jednostek chorobowych
 - Duży udział chirurgii rekonstrukcyjnej
 - Operacje w bezkrwawym polu przy niedokrwieniu
 - Większość operacji w pozycji siedzącej

Chirurgia ręki

- Wykorzystywane techniki

Artroskopia

- Barku
- Łokcia
- Nadgarstka

Endoprotezy:

- Bark
- Łokieć
- Nadgarstek
- Staw CMC I
- Stawy MP

Chirurgia ręki

- Wykorzystywane techniki

Mikrochirurgia

- Naczyń
- Nerwów

Zespolenia:

- Płyty
- Śruby
- Kotwice
- Endobutton
- Druty Kirschnera
- Stabilizatory zewnętrzne

Chirurgia ręki

- Rodzaje znieczulenia
 - Znieczulenie ogólne
 - Blokada splotu ramiennego - znieczulenie całej kończyny na kilka/kilkanaście godzin, stopniowe narastanie bólu pooperacyjnego
 - Znieczulenie miejscowe operowanego pola np. znieczulenie Obersta lub kanału nadgarstka
 - Znieczulenie typu WALANT (***Wide awake local anaesthesia no tourniquet technique***) – znieczulenie miejscowe + adrenalina = bezbolesna operacja w bezkrwawym polu bez opaski uciskowej, nie wyłącza funkcji ruchowej

Zwichnięcie stawu ramiennego

- Epidemiologia:

Najczęstsze ze wszystkich zwichnięć

Młodzi pacjenci, sportowcy

Najczęściej zwichnięcia przednie (>90%)

- Etiologia:

bezpośrednie uderzenie

Upadek na wyprostowaną kończynę

Uraz w pozycji odwiedzenia i rotacji zewnętrznej

Mikrourazy

Zwichnięcie stawu ramiennego

- Obraz kliniczny:

Silny ból

Niemożliwość poruszania ramieniem

Deformacja obręczy barkowej

- Diagnostyka

RTG – zawsze min. 2 projekcje

TK - celem oceny złamań – guzków kości

Ramiennej lub panewki

Konieczna ocena funkcji nerwu pachowego!

Stabilizatory stawu ramiennego:

- Statyczne:

Elementy kostne – głowa i panewka

Obrąbek stawowy

Torebka stawowa

Zgrubienia torebki - więzadła ramiennie-panewkowe

- Dynamiczne:

Wszystkie mięśnie wokół barku – stożek rotatorów,

m. naramienny

LHBT

Mięśnie stabilizujące łopatkę

Zwichnięcia stawu ramiennego

- Leczenie:

Zamknięte nastawienie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym

Po nastawieniu kontrolne RTG

Orteza przez ok. 4 tyg

Fizjoterapia

- Leczenie operacyjne – wskazania:

Niepełna repozycja po nastawieniu zamkniętym

Złamanie przemieszczone panewki łopatki lub guzka większego kości ramiennej

Nawrotowa niestabilność stawu ramiennego

- Niemożność utrzymania głowy kości ramiennej w panewce
- Etiologia urazowa (najczęstsza) oraz nieurazowa (uogólniona wiotkość, dysplazja panewki)
- Czynniki ryzyka:

Uprzednie zwichnięcie stawu ramiennego

Sporty kontaktowe

Młody wiek <20r.ż.

Wiotkość stawowa

Nawrotowa niestabilność stawu ramiennego

- Wywiad:

Przebyte epizody zwichnięcia/podwichnięcia

Poczucie niestabilności – obawa przed zwichnięciem

Obecność bólu barku

- Badanie kliniczne:

Badanie zakresu ruchu, siły mięśniowej

Testy niestabilności – test obawy, relokacji, szuflady

Nawrotowa niestabilność stawu ramiennego

- Diagnostyka:

RTG – projekcja AP i osiowa

TK – ocena ubytków kostnych pourazowych

MRI – ocena uszkodzeń kostnych oraz obróbka stawowego

Artrografia – uwidocznienie uszkodzeń obróbka, więzadeł, ścięgien

Nawrotowa niestabilność stawu ramiennego

- Leczenie nieoperacyjne: najczęściej w przypadku niestabilności nieurazowej lub u osób starszych - intensywny program rehabilitacji
- Leczenie operacyjne: u większości przypadków niestabilności urazowej

Artroskopowa naprawa obrábka stawowego

Plastyka torebki stawowej

Rekonstrukcja panewki – operacja wg Latarjet

Po operacji konieczne unieruchomienie – orteza przez 3-4 tygodnie,
następnie rehabilitacja

Zmiany zwyrodnieniowe w obrębie barku

- Zmiany zwyrodnieniowe stawu barkowo-obojczykowego
- Zmiany zwyrodnieniowe stawu ramiennego

Zmiany zwyrodnieniowe stawu barkowo- obojczykowego

- Epidemiologia: od 2 dekady życia, wzrost częstości występowania z wiekiem
- Etiologia:
 - Zwykle pierwotne
 - Rzadziej pourazowe
- Wywiad i obraz kliniczny:
 - Dolegliwości bólowe
 - Poszerzony obrys (asymetria) i bolesność miejscowa
 - Bolesny łuk – ból barku przy odwiedzeniu powyżej 130st
- Leczenie:
 - NLPZ, iniekcje sterydowe
 - Otwarta lub artroskopowa resekcja osteofitów, resekcja końca barkowego obojczyka

Zmiany zwyrodnieniowe stawu ramiennego

Epidemiologia :

- Zwykle po 50-60 rż
- Częściej u kobiet
- Ponad 50 % pacjentów po przedni zwichnięciu stawu ramiennego – w kontroli po 25 latach

Etiologia:

- Pierwotna – rzadsze
- Wtórna
 - Pourazowa (po przebytych złamaniu, zwichnięciu)
 - Artropatia w przebiegu uszkodzenia pierścienia rotatorów
 - Choroby zapalne: RZS, dna moczaniowa
 - Jałowa martwica głowy kości ramiennej

Zmiany zwyrodnieniowe stawu ramiennego

Wywiad:

- Ból i ograniczenie zakresu ruchów, krepitacje podczas ruchu

Obraz kliniczny:

- Ograniczenie zakresu czynnego i biernego
- Krepitacje
- W zaawansowanych przypadkach obrzęk

Diagnostyka:

- RTG w dwóch projekcjach
- USG, MR, TK - planowanie leczenia operacyjnego

Zmiany zwyrodnieniowe stawu ramiennego

Leczenie zachowawcze:

- fizykoterapia: krioterapia, ultradźwięki, laser, fono- i jonoforeza
- ćwiczenia utrzymujące zakres ruchu, wzmacniające siłę mięśniową
- NLPZ, iniekcje sterydowe
- wiskosuplementacja

Leczenie operacyjne:

Wybór metody leczenia zależy od stopnia uszkodzenia panewki łopatkki i głowy kości ramiennej, funkcji pierścienia rotatorów i mięśnia naramiennego

- kapoplastyka, endoprotezoplastyka połówicza
- endoprotezoplastyka całkowita anatomiczna
- endoprotezoplastyka odwrócona
- artrodeza

Zwichnięcie stawu łokciowego

Epidemiologia:

- Najczęstsze po stawie łokciowym
- 10-25% urazów łokcia
- Młodzi ludzie
- Najczęstsze tylnoboczne

Etiologia:

- Obciążenie osiowe
- Rotacja zewnętrzna i supinacja przedramienia\
- Siła koślawiąca skierowana ku tyłowi i bokowi

Zwichnięcie stawu łokciowego

Wywiad:

- Okoliczności urazu
- Kiedy miał miejsce

Obraz kliniczny :

- Obrzęk, deformacja i podbiegnięcie krwawe
- Ograniczony czynny i bierny ROM
- Ocenić czy nie ma ZCPP
- Ocenić nerwy i ukrwienie

Zwichnięcie stawu łokciowego

Diagnostyka:

- RTG AP i bok - przed i po nastawieniu
- USG ocena więzadeł (po nastawieniu)
- TK ocena więzadeł

Leczenie:

- Zamknięte nastawienie w znieczuleniu
- Leczenie operacyjne:
 - Zwichnięcie otwarte
 - Uszkodzenie naczyń
 - ZCPP
 - Złamanie którego nie da się nastawić

Ocenić nerwy i ukrwienie przed i po nastawieniu

Uszkodzenie przyczepu dalszego m. dwugłowego ramienia

Epidemiologia:

- Mężczyźni
- 3-5 dekada życia

Etiologia:

- Dźwiganie przy zgiętym łokciu

Uszkodzenie przyczepu dalszego m. dwugłowego ramienia

Wywiad:

- Słyszalny trzask i ból

Obraz kliniczny :

- Obrzęk i podbiegnięcie krwawe
- Deformacja brzuśca m. dwugłowego ramienia
- Niewyczuwalne ścięgno w dole łokciowym
- Osłabienie supinacji i zgięcia

Uszkodzenie przyczepu dalszego m. dwugłowego ramienia

Diagnostyka:

- USG – ocena retrakcji
- MRI

Leczenie:

- Leczenie operacyjne (stosowane najczęściej):
 - Reinsercja ścięgna – kotwice lub szew przezkostny lub endobutton i śruba
 - Rekonstrukcja przy użyciu przeszczepu m. dłoniowego długiego lub półścięgnistego
- Zachowawcze:
 - Starsi pacjenci
 - Przeciwwskazania internistyczne lub anestezyjologiczne do znieczulenia
 - Pacjent akceptuje deformację ramienia i osłabienie supinacji i zgięcia
 - Nie ma bólów kurczowych brzośca

Złamania nadkłykciowe kości ramiennej u dzieci

Epidemiologia:

- 5-7 rż.
- Jedne z najczęstszych złamań u dzieci
- Najczęściej złamanie typu wyprostnego

Etiologia:

- Upadek na wyprostowaną rękę

Złamania nadkłykciowe kości ramiennej u dzieci

Wywiad:

- Okoliczności urazu
- Kiedy miał miejsce

Obraz kliniczny :

- Obrzęk, deformacja i podbiegnięcie krwawe
- Odmawia ruszania łokciem
- Ocenić unerwienie i ukrwienie:
 - Nerw międzykostny przedni - pośrodkowy, łokciowy i promieniowy
 - Ocenić puls – palpacyjnie i/lub Doppler oraz ocenić perfuzję kończyny (kolor, temperatura i powrót włóśniczkowy)
 - **Ocenić przed i po nastawieniu**

Złamania nadkłykciowe kości ramiennej u dzieci

Diagnostyka:

- RTG przed i po nastawieniu

Leczenie:

- Leczenie zachowawcze
 - Nieprzemieszczone lub z niewielkim przemieszczeniem
 - Unieruchomienie w gipsie ramiennym
- Leczenie operacyjne
 - Przemieszczone
 - Zaburzenia krążenia i unerwienia
 - Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną drutami
 - Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną drutami

Ocenić nerwy i ukrwienie przed i po nastawieniu

Łokiec tenisisty

Epidemiologia:

- Najczęstsze ból łokcia nie związany z urazem
- 50% tenisistów
- Pracownicy fizyczni – ciężkie narzędzia (młotki)
- 35-50 rż

Etiologia:

- Przeciążenie ekcentryczne przyczepu prostownika krótkiego nadgarstka
- Zapalenie i tendinoza

Łokiec tenisisty

Wywiad:

- Od kiedy boli, natężenie bólu, czy ból stały
- Sporty, praca, ból przy ściskaniu ręki
- Osłabienie ręki

Obraz kliniczny :

- Bolesność palpacyjna okolicy dystalnie do nadkłykcia bocznego kości ramiennej
- Osłabienie siły chwytu
- Bolesny oporowany wyprost nadgarstka i placów
- Bolesne bierne zgięcie dłoniowe nadgarstka
- Ocenić okolicę nerwu międzykostnego tylnego (przejście przez m. odwracacz).

Łokieć tenisisty

Diagnostyka:

- RTG AP i bok stawu łokciowego
- USG przyczepu ścięgna ECRB
- MRI

Leczenie:

- Zachowawcze:
 - Fizjoterapia: stretching i ekcentryczne wzmacnianie zginaczy i masaż głęboki
 - Fizykoterapia: LASER, krioterapia, jonoforeza
 - Orteza
 - Leki p/zapalne NLPZ lub iniekcje ze sterydu (blokada) – uwaga na nerw łokciowy
 - Fala uderzeniowa
 - Osocze bogatopłytkowe
- Leczenie operacyjne:
 - Artroskopowe lub otwarte
 - Obniżenie przyczepu prostowników od nadkłykcia bocznego

Łokiec golfisty

Epidemiologia:

- 5 x rzadziej niż łokiec tenisisty
- Kończyna dominująca najczęściej
- Golfiści i miotacze (oszczep, kręgle), też tenisiści
- Pracownicy fizyczni >20kg podnoszą, wibracje w pracy
- 30-40 rż

Etiologia:

- Przeciążenie ekcentryczne przyczepu zginaczy nadgarstka
- Zapalenie i tendinoza

Łokiec golfisty

Wywiad:

- Od kiedy boli, natężenie bólu, czy ból stały
- Sporty, praca, ból przy ściskaniu ręki
- Osłabienie ręki

Obraz kliniczny :

- Bolesność palpacyjna okolicy dystalnie do nadkłykcia przyśrodkowego kości ramiennej
- Osłabienie siły chwytu
- Bolesny oporowane zgięcie nadgarstka i płaców, nawracanie przedramienia
- Wykluczyć uszkodzenie więzadła pobocznego łokciowego i zespół rowka nerwu łokciowego

Łokieć golfisty

Diagnostyka:

- RTG AP i bok stawu łokciowego
- USG przyczepu zginaczy
- MRI

Leczenie:

- Zachowawcze:
 - Fizjoterapia: stretching i ekcentryczne wzmacnianie zginaczy i masaż głęboki
 - Fizykoterapia: LASER, krioterapia, jonoforeza, ultradźwięki
 - Orteza
 - Leki p/zapalne NLPZ lub iniekcje ze sterydu (blokada) – uwaga na nerw łokciowy
 - Fala uderzeniowa
 - Osocze bogatopłytkowe
- Leczenie operacyjne:
 - Otwarta operacja
 - Obniżenie przyczepu zginaczy od nadkłykcia przyśrodkowego

Zwyrodnienie stawu łokciowego

Epidemiologia:

- Mężczyźni 4 x częściej
- Kończyna dominująca najczęściej
- Ciężka praca fizyczna
- Między 20 a 70 rż

Etiologia:

- Pierwotne
- Wtórne 98% - po urazach, po przewlekłym przeciążeniu (sport, praca), po zakażeniu (rzadko), hemofilia (rzadko)
- Choroby zapalne - RZS

Zwyrodnienie stawu łokciowego

Wywiad:

- Ból, początkowo tylko przy obciążeniu
- Zawód, sport
- Zgłaszają trzeszczenia, blokowanie się stawu

Obraz kliniczny :

- Ograniczenie zakresu ruchu czynnego i biernego
- Krepitacje
- Obrzęk/badalny wysięk
- Ocena nerwu łokciowego – często 50% zespół rowka nerwu łokciowego
- W artropatiach zapalnych:
 - Ocena innych stawów, zwykle objawy w ręce szybciej
 - Częściej niestabilność stawu

Zwyrodnienie stawu łokciowego

Diagnostyka:

- RTG AP i bok stawu łokciowego
- TK i MRI (planowanie leczenia operacyjnego, wybór techniki i dostępu)

Leczenie:

- Zachowawcze:
 - Łagodne lub średnie nasilenie objawów
 - Fizykoterapia: LASER, krioterapia, jonoforeza, ultradźwięki
 - Orteza
 - Leki p/zapalne NLPZ lub iniekcje ze sterydu (blokada)
 - Wiskosuplementacja – kwas hialuronowy
 - Oszczędzanie, unikanie obciążania
 - Osocze bogato-płytkowe
- Leczenie operacyjne:
 - Otwarta lub artroskopowa synowektomia, przecięcie torebki (korekcja przykurczu), usunięcie ciał wolnych i osteofitów (młodszy pacjenci przed 60 rż)
 - Endoprotezoplastyka stawu łokciowego po 65 rż, zwyrodnieni pourazowe, nie wskazana u aktywnych ludzi którzy nie akceptują zakazu obciążania

Ręka

Ręka anatomicznie składa się z trzech odcinków ¹:

- nadgarstek (łac. *carpus*)
- śródręcze (łac. *metacarpus*)
- palce (łac. *digiti*)

Urazy w obrębie ręki

- Złamanie końca dalszego kości promieniowej
- Złamanie kości łódeczkowatej
- Złamanie V kości śródręcza tzw. „złamanie bokerskie”

Złamanie końca dalszego kości promieniowej

- Etiologia i epidemiologia
 - Jedno z najczęstszych złamań w obrębie kończyny górnej
 - Efekt upadku z podparciem się ręką
 - 4x częściej dotyczy kobiet
 - Predysponuje starszy wiek, osteoporoza – często może być wskazaniem do wykonania densytometrii kości

Złamanie końca dalszego kości promieniowej

- Wywiad, objawy, badanie
 - Czas powstania urazu oraz jego mechanizm
 - Ból, obrzęk, deformacja kończyny, ograniczenie funkcji
 - Ocena ukrwienia oraz unerwienia ręki, ocena w kierunku zespołu ciasnoty międzypowięziowej
 - RTG w projekcji AP oraz bocznej
 - TK w złamaniach wielofragmentowych i/lub śródstawowych

Złamanie końca dalszego kości promieniowej

- Klasyfikacja

Tabela. 61.1. Klasyfikacja AO złamań końca dalszego kości promieniowej

Złamania końca dalszego kości promieniowej	A pozastawowe	A1 złamanie kości łokciowej
		A2 złamanie proste Colles'a lub Smiths'a
		A3 złamanie złożone
	B śródstawowe z zachowaną częścią powierzchni stawowej	B1 w płaszczyźnie strzałkowej
		B2 w płaszczyźnie czołowej grzbietowe
		B3 w płaszczyźnie czołowej dłoniowej
	C śródstawowe obejmujące całą powierzchnię	C1 proste
		C2 proste powierzchni stawowej ale złożone w części bliższej
		C3 złożone, wielofragmentowe

Złamanie końca dalszego kości promieniowej

- Złamanie pozastawowe z przemieszczeniem grzbietowym tzw. złamanie w miejscu typowym (*loco typico*) lub **złamanie Colles'a**
- Najczęstsze ze wszystkich złamań

Złamanie końca dalszego kości promieniowej

- Złamanie pozastawowe z przemieszczeniem dłoniowym
Złamanie Smiths'a
- Złamanie śródstawowe z zsunięciem się odłamu dłoniowo lub grzbietowo
Złamanie Barton'a

Złamanie końca dalszego kości promieniowej

- Leczenie operacyjne
 - Złamania przemieszczone pierwotnie lub wtórnie, wielofragmentowe, stawowe,
 - Najczęściej otwarta repozycja i stabilizacja płytą dłoniową i śrubami

Złamanie kości łódeczkowatej

- Etiologia i epidemiologia
 - Najczęstsze złamanie kości nadgarstka (>60%)
 - Po upadku na wyciągniętą, zgiętą grzbietowo rękę
 - 2x częściej u mężczyzn
 - 3 dekada życia

Złamanie kości łódeczkowatej

- Wywiad, objawy, badanie
 - Ból, obrzęk nadgarstka, bolesny zakres ruchu, u młodych osób często bez/skąpoobjawowo
 - Testy prowokacyjne
 - Bolesny ucisk tabakiery anatomicznej – grzbietowo
 - Bolesny ucisk guzka k. łódeczkowatej – dłoniowo
 - Test kompresyjny – ból przy kompresji w osi kciuka
 - Dodatkowo wszystkie trzy testy dają czułość na poziomie 87-100% i specyficzność 74% w pierwszych 24h od urazu

Złamanie kości łódeczkowatej

- Badania obrazowe
 - RTG – 3 projekcje : AP, boczne, skośne – często brak odchyień przy dodatnich objawach klinicznych
 - TK lub MR – wątpliwe przypadki
- Klasyfikacja wg Herberta – na podstawie RTG

Złamanie kości łódeczkowatej

- Leczenie
 - Złamanie nieprzemieszczone – unieruchomienie w łusce gipsowej
 - Złamanie przemieszczone, opóźniony zrost, staw rzekomy – leczenie operacyjne w postaci przezskórnego zespolenia śrubą kompresyjną

Złamanie kości łódeczkowatej

- Rokowanie – z powodu słabego unaczynienia k. łódeczkowatej, która pokryta jest w ponad 60% chrząstką, gojenie jest dłuższe a zrost często trudny do uzyskania (zwłaszcza przy złamaniu bieguna bliższego) - staw rzekomy

Złamanie kości łódeczkowatej

- Przy braku odchyłeń w badaniu RTG, a przy dodatnim wywiadzie i testach klinicznych należy podejrzewać złamanie k. łódeczkowatej i zastosować standardowe unieruchomienie oraz kontrolę RTG za 14-21 dni lub skierować na KT lub MR

Złamania kości śródreęcza

- Dotyczą 40% wszystkich złamań w ręce
- Głównie mężczyźni w wieku 10-29 lat
- Anatomicznie najczęściej dochodzi do złamania szyjki kości śródreęcza, a najczęściej łamaną jest V kość śródreęcza
- Bezpośrednie uderzenie w rękę lub ręką w twarde przedmiot np. ściana

Złamanie bokserkie

- Złamanie szyjki V kości śródreńcza tzw. **złamanie bokserkie**
- Złamanie w okolicy V stawu MP
- Po uderzeniu pięścią

Złamanie bokserkie

- Objawy - ból, obrzęk, deformacja, zaburzenie funkcji
- Diagnostyka – RTG w pozycji AP, bocznej i skośnej

Złamanie boksterskie

- Leczenie
 - Zamknięte nastawienie i unieruchomienie
 - Duża tolerancja tego stawu na zmiany anatomiczne, można leczyć nieoperacyjne z zagięciem głowy do 60-70°
 - Przy takim zagięciu trzeba liczyć się ze zmianą wyglądu tej okolicy po wygojeniu
 - Leczenie operacyjne – śruby, druty Kirschnera

Choroby przewlekłe ręki

- Choroba de Quervaina
- Ganglion
- Choroba Dupuytrena
- Zmiany zwyrodnieniowe stawu śródrečno-nadgarstkowego CMC kciuka

Choroba de Quervaina

- Zapalenie pochewki lub błony maziowej I przedziału prostowników (APL i EPB)
- Częstość w populacji 1%
- Częściej u kobiet, w ostatnim okresie ciąży lub wczesnie po urodzeniu dziecka (do 6mc)
- Etiologia nieznana
- Objawy od powtarzalnych czynności z ruchem kciuka lub niewłaściwe noszenie niemowlęcia

Choroba de Quervaina

- Wywiad
 - Stopniowo narastający ból u podstawy kciuka, promieniuje do kciuka lub przedramienia
 - Ból narasta przy ruchach kciuka, chwycie, czynnościach dnia codziennego
 - Identyfikacja możliwej przyczyny – przeciążenie ręki, ciąża, opieka nad niemowlęciem

Choroba de Quervaina

- Badania

- Bolesność w rzucie I przedziału prostowników
- Dodatkowo testy prowokacyjne – **test Finkelsteina**

- RTG – wykluczenie innych patologii
- USG – potwierdzenie stanu zapalnego

Choroba de Quervaina

- Leczenie
 - Najczęściej nieoperacyjne
 - Odpoczynek, unikanie powtarzalnych czynności wywołujących objawy
 - Orteza z unieruchomieniem kciuka
 - Iniekcje kortykosteroidu – obniżające stan zapalny
 - Fizykoterapia – ciepło, zimno, magneto, ultradźwięki
 - Operacyjne
 - Niepowodzenie leczenia zachowawczego po 6 mc
 - Nacięcie pochewki I przedziału prostowników, czasami usunięcie zmieniono zapalnej błony maziowej

Ganglion

- Inaczej torbiel galaretowata – guzek wypełniony gęstym płynem uwypuklający się ze stawów lub pochewek ścięgien
- Najczęściej lokalizuje się po stronie grzbietowej nadgarstka (70%) na wysokości stawu łódeczkowo-kciężycowatego
- Powstają na wskutek przeciążeń i mikro/makrourazów nadgarstka (często więzadeł)
- Najczęściej niebolesne, miękkie, powiększają się i zmniejszają w zależności od intensywności pracy
- Towarzyszą często RZS, zwyrodnieniom stawów

Ganglion

- Badania:
 - Najczęściej wystarczy badanie kliniczne
 - Ganglion często jest objawem innej choroby nadgarstka (niestabilności, uszkodzeń więzadłowych), niezbędne jest całościowe zbadanie nadgarstka
 - USG – do potwierdzenia rozpoznania, RTG – identyfikacja możliwej przyczyny powstania ganglionu

Ganglion

- Leczenie
 - Leczenie nieoperacyjny – odciążenie kończyny (temblak, orteza), masowanie/rozbijanie ganglionu , fizykoterapia
 - Leczenie inwazyjne – punkcja ganglionu z aspiracją treści galaretowatej, może być połączona z podaniem leku sterydowego
 - Leczenie operacyjne – wycięcie torbieli wraz z szypułą penetrującą do stawu.
- Należy rozważyć leczenie przyczynowe powstania ganglionu, który może być objawem innej choroby nadgarstka

Choroba zwyrodnieniowa CMC I

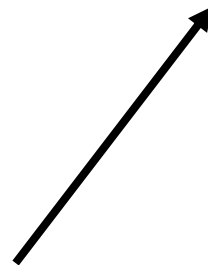
- Zmiany zwyrodnieniowe stawu śródrečno-nadgarstkowego kciuka (CMC I) dotyczą najczęściej kobiet w średnim wieku
- Zwykle mają charakter pierwotnych zmian zwyrodnieniowych
- Objawy:
 - Ból u podstawy kciuka i ograniczenie zakresu ruchu przy czynnościach chwytnych z użyciem kciuka

Choroba zwyrodnieniowa CMC I

- Badanie
 - Poszerzenie obrysu stawu, deformacja, osteofity, w zaawansowanej postaci deformacja typu „łabędzia szyjka”
 - Bolesność stawu CMC I
 - Dodatni test „mielenia” oraz kompresji osiowej I kości śródreżca

Choroba zwyrodnieniowa CMC I

- RTG – ocena zaawansowania zmian zwyrodnieniowych
 - Zwężenie szpary stawowej
 - Osteofity
 - Deformacja k. czworobocznej większej i podstawy I kości śródrečna
 - Podwichnięcie I kości śródrečna w kierunku grzbietowo-promieniowym



Choroba zwyrodnieniowa CMC I

- Leczenie
 - Leczenie nieoperacyjne – unikanie przeciążeń stawu, NLPZ, ortezy, fizykoterapia, iniekcje sterydowe/kw. hialuronowego
 - Leczenie operacyjne – silne dolegliwości bólowe, znaczne ograniczenie funkcji stawu
 - Resekcja kości czworobocznej większej z plastyką hamakową ścięgien
 - Endoprotezoplastyka stawu CMC I