



**Απόστολος Ν. Ηλίας**  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Email: [apostolos.ilias1@gmail.com](mailto:apostolos.ilias1@gmail.com)  
Website: [www.ilias-ortho.gr](http://www.ilias-ortho.gr)



## Στενωτική τενοντοελυτρίτιδα / Εκτινασσόμενος Δάκτυλος: Διάγνωση και Θεραπεία

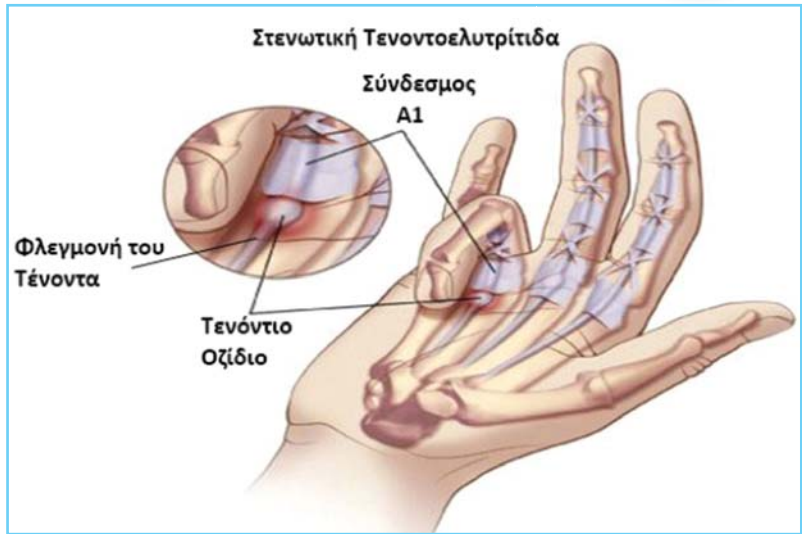
Είναι η στενωτική υμενίτιδα που προκαλείται από φλεγμονή του ελύτρου των καμπτήρων τενόντων της άκρας χείρας. Παρατηρείται συχνότερα σε διαβητικούς και στους ενήλικες προσβάλλεται συχνότερα ο παράμεσος δάκτυλος, ενώ στα παιδιά ο αντίχειρας.

Συμβαίνει λόγω παγίδευσης των καμπτήρων τενόντων στο επίπεδο του A1 δακτυλιοειδούς συνδέσμου. Κατά την ιστολογική εξέταση παρατηρείται ινοχόνδρινη μετάπλαση των τενόντων και του δακτυλιοειδούς συνδέσμου. Παράγοντες κινδύνου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η αμυλοείδωση, το κάπνισμα και η έντονη χειρωνακτική εργασία.

Εμφανίζεται με κριγμό κατά την κίνηση του δακτύλου και πόνο στην παλάμη στο επίπεδο της μετακαρπιοφαλαγγικής άρθρωσης του δακτύλου, που αντιστοιχεί στο επίπεδο του A1 δακτυλιοειδούς συνδέσμου. Σταδιακά το δάκτυλο σταματά σε μία ενδιάμεση θέση κάμψης και όταν απεμπλέκεται εκτινάσσεται σε θέση πλήρους έκτασης.

Η κλινική εξέταση μπορεί να αναδείξει ένα ψηλαφητό οζίδιο, με συνοδό πόνο και ευαισθησία στην ψηλάφηση του A1 δακτυλιοειδούς συνδέσμου, που αντιστοιχεί στο επίπεδο της μετακαρπιοφαλαγγικής άρθρωσης στην παλαμιαία επιφάνεια του πάσχοντος δακτύλου.

Κατά την ταξινόμηση Green υπάρχουν 4 στάδια που περιγράφουν τη νόσο. Στο 1ο στάδιο υπάρχει πόνος και ευαισθησία στην παλάμη κατά την ψηλάφηση του A1 δακτυλιοειδούς συνδέσμου. Στο 2ο στάδιο υπάρχει διαταραχή της ομαλής κίνησης του δακτύλου με διαλείποντα επεισόδια εμπλοκής. Στο 3ο στάδιο υπάρχει εμπλοκή του δακτύλου που διορθώνεται μόνο παθητικά με το άλλο χέρι. Στο 4ο στάδιο υπάρχει



πλήρης εμπλοκή που δε διορθώνεται παθητικά.

Δεν απαιτείται συνήθως ακτινολογικός ή άλλος απεικονιστικός έλεγχος για τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Σπάνια, αν υπάρχουν συνοδά άτυπα συμπτώματα, μπορεί να γίνει απλή ακτινογραφία ή μαγνητική τομογραφία άκρας χείρας.

Η συντηρητική αγωγή έχει ένδειξη για τα πρώτα 2 στάδια της νόσου και περιλαμβάνει τη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, τη χρήση νυχτερινού νάρθηκα και την τροποποίηση των δραστηριοτήτων του ασθενούς. Η έγχυση κορτικοστεροειδούς μέσα στο έλυτρο των καμπτήρων τενόντων μπορεί να προσφέρει παροδική ύφεση των συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα της έγχυσης είναι χειρότερα σε διαβητικούς ασθενείς και όταν το πρόβλημα αφορά τον αντίχειρα σε σχέση με τα υπόλοιπα δάκτυλα.

Η χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται

όταν αποτύχει η συντηρητική αγωγή και είναι απαραίτητη στα στάδια 3 και 4 της νόσου. Υπό τοπική αναισθησία, ίσχυαιμη περιέδεση του άκρου και με τη συνήθη χειρουργική προετοιμασία και αντισηψία του χεριού γίνεται μία μικρή τομή 2 εκατοστών στην παλάμη στο επίπεδο της μετακαρπιοφαλαγγικής άρθρωσης του πάσχοντος δακτύλου. Γίνεται διατομή του A1 δακτυλιοειδούς συνδέσμου και διανοίγεται το τενόντιο έλυτρο απελευθερώνοντας τους καμπτήρες τένοντες. Τα ράμματα του δέρματος αφαιρούνται σε 10 περίπου ημέρες και μετεχειρητικά εφαρμόζεται άμεσα παθητική και ενεργητική κινησιοθεραπεία των δακτύλων.

Οι επιπλοκές είναι σπάνιες και αφορούν τη λοίμωξη του τραύματος και τον τραυματισμό δακτυλικών νεύρων ή αγγείων. Άμεσα ο ασθενής παρουσιάζει ανακούφιση από τα συμπτώματα με αποκατάσταση της κίνησης των δακτύλων. Η υποτροπή είναι πολύ σπάνια.