

Αντιμετώπιση
της ψευδάρθρωσης
σκαφοειδούς με
μερική αρθρόδεση
του καρπού

Ορθοπαιδική χειρουργική

Αντιμετώπιση της ψευδάρθρωσης σκαφοειδούς με μερική αρθρόδεση καρπού



Ελληνική Εταιρεία
Αρθροσκόπησης,
Χειρουργικής Γόνατος &
Αθλητικών Κακώσεων
«Γεώργιος Νούλης»

www.eae-net.gr

Ταχ. Διεύθυνση:
ΤΘ 17114, 10024 Αθήνα
Τηλ.: 210 7230601
Κάθε Πέμπτη
17:00-22:00



Persomed Editions

2 rue de la Concorde
68000 Colmar, France
Tel. : +33 (0)3 89 41 39 94
www.persomed.com

Σύνταξη: *S. Tresson et P. Simler*

Εικόνες: *J. Dasic*

Μετάφραση: *Μ. Σαλταγιάννη*

Επιμέλεια: *Ν. Τζανακάκης*

Ε. Αντωνογιαννάκης

Με την ευγενική χορηγία των:



Ορθοπαιδικός Χειρουργός:

Μέλος Ελληνικής
Αρθροσκοπικής Εταιρείας

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας του. Κάθε ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλες τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν για την αντιμετώπιση του προβλήματός του, τα πιθανά οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους σε κάθε περίπτωση.

Κυρίες, κύριοι

Στόχος αυτού του φυλλαδίου είναι να δώσει απαντήσεις σε κάποιες από τις απορίες σας.

Ωστόσο, αναφέρει γενικές οδηγίες.

Δεν υποκαθιστά τις οδηγίες του γιατρού σας για την προσωπική κατάσταση της υγείας σας.

Ποιό μέρος του σώματος ;

Ποιά η χρησιμότητα αυτού του μέρους του σώματος ;

Ο καρπός ενώνει το άκρο χέρι με το αντιβράχιο (το μέρος του άνω άκρου μεταξύ του καρπού και του αγκώνα). Αποτελείται από οκτώ μικρά οστά, που σχηματίζουν δυο σειρές των τεσσάρων οστών.

Είναι μια **άρθρωση** : τα διάφορα οστά που την αποτελούν, αρθρώνονται ανάλογα, ώστε να κινούνται μεταξύ τους. Με αυτό τον τρόπο, ο καρπός πραγματοποιεί μεγάλο εύρος κινήσεων.

Το **σκαφοειδές** είναι ένα από τα οκτώ οστά του καρπού. Βρίσκεται στη βάση του αντίχειρα και ανήκει στη σειρά οστών προς το αντιβράχιο. Ο ρόλος του είναι η συνένωση των δυο σειρών και η σταθεροποίηση του καρπού.

Από τι αποτελείται ;

Το σκαφοειδές καλύπτεται από μια σχετικά μαλακή επιφάνεια (το **χόνδρο**), που επιτρέπει στα οστά να γλιστρούν μεταξύ τους.

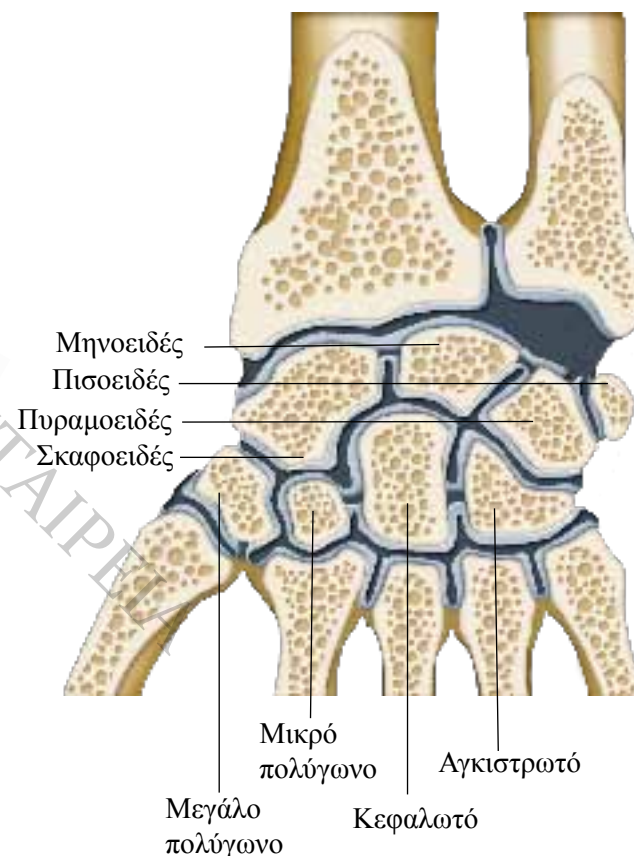
Εκτός από το σκαφοειδές, το πρώτο οστό αυτής της σειράς, ο καρπός περιλαμβάνει τρία ακόμα οστά: το **μηνοειδές**, το **πυραμοειδές** και το **πισοειδές**.

Τέσσερα οστά αποτελούν τη δεύτερη σειρά: το **μεγάλο πολύγωνο**, το **μικρό πολύγωνο**, το **κεφαλωτό** και το **αγκιστρωτό**.

Περιβάλλονται από μια μαλακή και ανθεκτική δομή, της οποίας ο ρόλος είναι η συγκράτηση των διάφορων οστών της άρθρωσης : τους **συνδέσμους**.

Το οστό είναι ζωντανός οργανισμός: αιματώνεται μέσω μικρών αιμοφόρων αγγείων.

Σε σχέση με άλλα οστά, τα αιμοφόρα αγγεία που θρέφουν το σκαφοειδές είναι λεπτά και λίγα.



Γιατί χρειάζεται Θεραπεία ;

Ποιό είναι το πρόβλημα ;

Εξαιτίας μιας παλαιότερης πτώσης ή ενός βίαιου χτυπήματος, σπάσατε το σκαφοειδές (**κάταγμα**).

Από τότε, παρά τη θεραπευτική αγωγή που ακολουθήσατε, το οστό δεν «κόλλησε» σωστά. Δεν έχει επιτευχθεί **πόρωση** του κατάγματος.

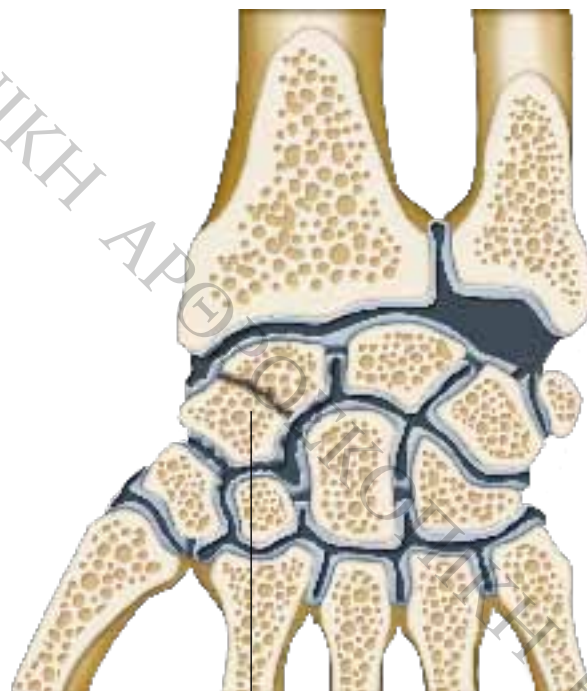
Τα αιμοφόρα αγγεία που θρέφουν το σκαφοειδές είναι ευαίσθητα και συχνά τραυματισμένα, λόγω του κατάγματος του οστού.

Το οστό, λοιπόν, δεν αιματώνεται καλά και η πόρωσή του (επούλωση) είναι πιο αργή και δύσκολη.

Λόγω του κατάγματος, το σκαφοειδές έχει σπάσει σε κομμάτια.

Τα διάφορα θραύσματα του οστού μπορεί να μετακινηθούν μεταξύ τους, καθώς κινείτε το χέρι σας.

Το γεγονός αυτό επιτρέπει κινήσεις στα μικρά οστά του καρπού που ήταν αδύνατες υπό φυσιολογικές συνθήκες: πρόκειται για εμφάνιση μιας «**ψευδούς - άρθρωσης**» (ή **ψευδάρθρωσης** στην ιατρική γλώσσα).



Κάταγμα
του σκαφοειδούς

Ποιά είναι τα συμπτώματα ;

Τα δύο θραύσματα του οστού, που υπέστη το κάταγμα, κινούνται μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να αποδιοργανώνεται τελείως ο καρπός.

Κατά την κίνηση του χεριού σας, δημιουργούνται τριβές μεταξύ των διάφορων θραυσμάτων του σκαφοειδούς. Οι τριβές αυτές καταστρέφουν το οστό και εμποδίζουν την πόρωσή του.

Με την πάροδο του χρόνου, ο χόνδρος που περιβάλλει το σκαφοειδές και τα άλλα μικρότερα οστά του καρπού φθείρεται.

Ανάλογα με την παλαιότητα του κατάγματος, η φθορά μπορεί να πλήξει το ίδιο το οστό. Σε αυτή την περίπτωση, πρόκειται για **αρθρίτιδα**.

Η ένταση του πόνου ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή.

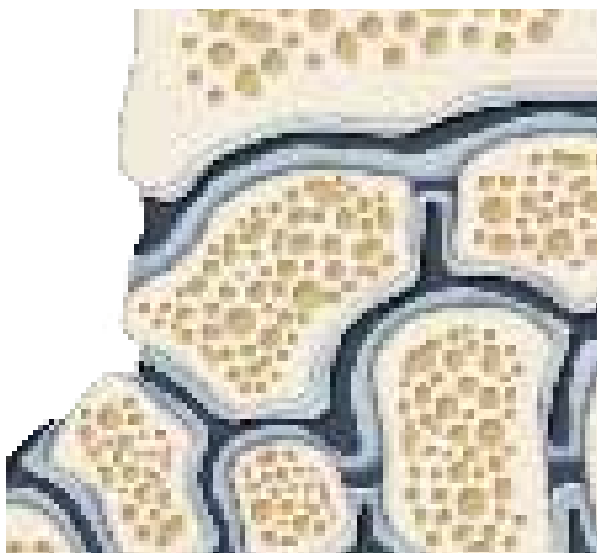
Συνήθως, ο πόνος είναι ήπιας έντασης, εκτός από τις στιγμές που πραγματοποιείτε κινήσεις, που συνηθίζατε να αποφεύγετε, λόγω του κατάγματος.

Τι εξετάσεις χρειάζονται ;

Η **απλή ακτινογραφία** χρησιμοποιεί ακτίνες (τις **ακτίνες X**), για να δούμε τα οστά στο εσωτερικό του σώματος.

Με τις ακτινογραφίες ο χειρουργός μπορεί να εξετάσει εάν το κάταγμα έχει επουλωθεί. Μπορεί, επίσης, να καθορίσει την παλαιότητα του.

Εάν το οστό δεν έχει συγκολληθεί, ο γιατρός σας επιλέγει την κατάλληλη θεραπεία. Για το λόγο αυτό, μερικές φορές, χρειάζεται να γνωρίζει περισσότερες πληροφορίες για τη γενική κατάσταση του καρπού σας. Σας υποβάλλει, λοιπόν, σε συμπληρωματικές εξετάσεις, όπως **αρθρογράφημα** και/ή **μαγνητική τομογραφία**.



Στην απλή ακτινογραφία απεικονίζονται μόνο τα οστά, καθώς είναι σκληρές δομές.

Οι **σύνδεσμοι**, που περιβάλλουν την άρθρωση, είναι μαλακές και ανθεκτικές δομές, που μοιάζουν με ταινίες και ενώνουν τα οστά μεταξύ τους. Η κατάσταση τους δίνει πληροφορίες για την κατάσταση της άρθρωσης. Ωστόσο, ως μαλακές δομές, δεν είναι ορατοί από την κλασική ακτινογραφία.

Για να γίνουν ορατοί, εισάγουμε στην άρθρωση, με τη βοήθεια μιας σύριγγας, ένα διάλυμα (που περιέχει **ιώδιο**) και χρωματίζει την επιφάνεια των συνδέσμων.

Με τη λήψη αρκετών ακτινογραφιών μετά την έγχυση της ουσίας, μπορούμε να δούμε όλους τους συνδέσμους. Η εξέταση αυτή ονομάζεται **αρθρογράφημα**.

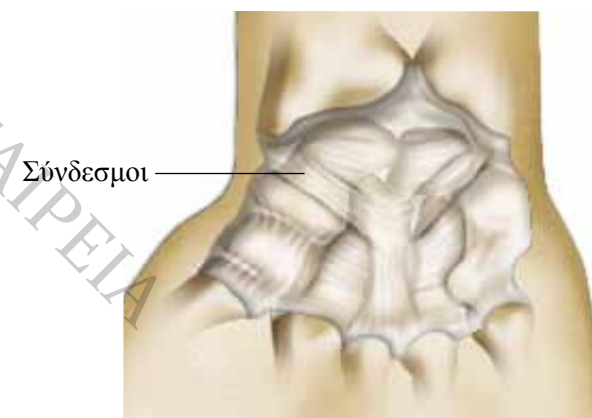
Για τη λεπτομερή εξέταση αυτών των εικόνων, υποβάλλεστε σε **αξονική**. Ο καρπός σας τοποθετείται σε ένα μηχάνημα, που σαρώνει την περιοχή με ακτίνες X. Μέσω ανιχνευτών, οι πληροφορίες καταγράφονται και επεξεργάζονται από έναν υπολογιστή. Μετατρέπονται σε εικόνα, που εμφανίζει λεπτομερώς όλα τα μέρη της άρθρωσης.

Συνήθως, λοιπόν, το **αρθρογράφημα** γίνεται σε συνδυασμό με **αξονική**.

Τα ευρήματα αυτής της εξέτασης δίνουν στο γιατρό σας μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του καρπού. Εξετάζει και την έκταση φθοράς των μικρών οστών (**αρθρίτιδα**).

Η **μαγνητική τομογραφία (M.R.I.)** δίνει πληροφορίες για τις μαλακές δομές (π.χ. συνδέσμους), καθώς επίσης και για τα στοιχεία στο εσωτερικό των οστών, όπως τα αιμοφόρα αγγεία.

Οι εικόνες της μαγνητικής δίνουν πληροφορίες για την κατάσταση του κάθε μικρού οστού του καρπού. Αυτή η τεχνική βοηθάει, συγκεκριμένα, να διαπιστώσουμε εάν τα δύο θραύσματα του σκαφοειδούς αιματώνονται κανονικά και βρίσκονται σε καλή κατάσταση. Αυτή η εξέταση πραγματοποιείται πιο σπάνια.



Οι διάφορες Θεραπείες

Όρια της συντηρητικής θεραπείας

Δεν υπάρχουν φάρμακα για την πόρωση ενός κατάγματος. Μόνο η χειρουργική μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα επούλωσης των οστών.

Οι χειρουργικές θεραπείες

Στην περίπτωσή σας, οι ακτινογραφίες και τα αποτελέσματα των πιθανών συμπληρωματικών εξετάσεων (**αρθρογράφημα με αξονική και/ή μαγνητική**) επιβεβαιώνουν τη μη πόρωση του σκαφοειδούς και αποκαλύπτουν, επίσης, την ύπαρξη αρθρίτιδας στα μικρά οστά του καρπού σας.

Ο χειρουργός σας προτείνει επέμβαση για το μερικό αλλά οριστικό «κλειδώμα» μέρους της άρθρωσης του καρπού, ώστε να αντιμετωπιστεί ο πόνος και να είναι λειτουργικός ο καρπός.

Στην ιατρική γλώσσα, αναφέρεται ως **μερική αρθρόδεση**.

Στόχος της είναι η αφαίρεση του φθαρμένου σκαφοειδούς και η ένωση των τεσσάρων μικρών οστών του καρπού, ώστε να αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο.

Καθώς τα οστά συγκολλούνται μεταξύ τους, χάνουν την κινητικότητά τους. Ο πόνος, που προερχόταν από τις τριβές μεταξύ αυτών των οστών, υποχωρεί.

Τα όρια της χειρουργικής

Μετά τη μερική αρθρόδεση του καρπού, τα οστά που αποτελούν την άρθρωση ενώνονται οριστικά μεταξύ τους. Ο καρπός γίνεται δύσκαμπτος και χάνει σημαντικό μέρος της κινητικότητάς του.

Η αποδοχή της επέμβασης, που σας προτείνει ο χειρουργός σας, συνεπάγεται μια σημαντική επιλογή. Επιλέγετε τη σταθερότητα του καρπού σας και την εξάλειψη του πόνου, σε βάρος της κινητικότητάς του.

Συνήθως, είναι δύσκολο να φανταστείτε τις κινήσεις που θα μπορείτε να εκτελείτε μετά την επέμβαση. Μερικές φορές, πριν από μια τέτοια επέμβαση, οι χειρουργοί προτείνουν στους ασθενείς την τοποθέτηση γύψου για μερικές μέρες, που τους επιτρέπει, σε γενικές γραμμές, μόνο τις κινήσεις που θα είναι δυνατές μετά την επέμβαση.

Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι ακόμα και μια μικρή κινητικότητα του καρπού αρκεί για να ανταποκρίνονται στις περισσότερες κινήσεις της καθημερινότητας: να σηκώσουν το ακουστικό του τηλεφώνου, να κρατήσουν ένα αντικείμενο, κτλ. Αντιθέτως, είναι αδύνατο, για παράδειγμα, να στηριχτούν για να σηκωθούν από μια πολυθρόνα. Αν δυσκολεύεστε να αποφασίσετε, μπορείτε να συζητήσετε τις αμφιβολίες σας με το χειρουργό σας.

Πότε χρειάζεται επέμβαση ;

Η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση του προβλήματος πόρωσης των οστών (**ψευδάρθρωση**).

Η επέμβαση που σας προτείνουν, μειώνει τον πόνο που εμποδίζει τη χρήση του καρπού σας.

Ποιοί οι κίνδυνοι χωρίς θεραπεία ;

Χωρίς θεραπεία, η αρθρίτιδα μπορεί να επιδεινωθεί και να πλήξει σταδιακά όλο τον καρπό. Μετά από δέκα χρόνια, η επιδείνωση του καρπού είναι ολική. Προκαλεί έντονο πόνο και δεν μπορείτε να πραγματοποιήσετε συγκεκριμένες κινήσεις. Είναι μια χρόνια ασθένεια με αργή εξέλιξη, αλλά μη αναστρέψιμη.

Πρέπει να γνωρίζετε ότι η αρθρίτιδα του καρπού, μερικές φορές, μπορεί να εμποδίσει ακόμα και την επαγγελματική σας δραστηριότητα.

Ωστόσο, η εξέλιξη της αρθρίτιδας εξαρτάται από την κατάσταση του κάθε ασθενή και μόνο ο γιατρός σας μπορεί να αξιολογήσει, μετά από εξέταση, τους κινδύνους που διατρέχετε εάν δεν υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση.

Η επέμβαση που σας προτείνουν

Εισαγωγή

Η ψευδάρθρωση του σκαφοειδούς και η αρθρίτιδα που προκαλείται, φθείρουν τον καρπό σας. Η κατάστασή του είναι κρίσιμη: η φθορά των οστών είναι σημαντική και αφύσικη.

Δεν είναι δυνατή η αποκατάσταση του σκαφοειδούς και η αντιμετώπιση της αρθρίτιδας. Ο γιατρός σας προτείνει **μερική αρθρόδεση**.

Πριν την επέμβαση

Πριν την επέμβαση, επικοινωνείτε με τον **αναισθησιολόγο**, ο οποίος προτείνει την κατάλληλη μέθοδο αναισθησίας για εσάς και σας δίνει οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσετε.

Προετοιμασία

Η επέμβαση πραγματοποιείται σε χώρο (**χειρουργείο**), που υπόκειται σε αυστηρούς κανόνες υγιεινής και ασφάλειας.

Τοποθετείστε ξαπλωμένος ανάσκελα.

Στη διάρκεια της επέμβασης, ο χειρουργός πρέπει να προσαρμοστεί και πιθανώς να πραγματοποιήσει επιπλέον ενέργειες, που επιμηκύνουν την επέμβαση χωρίς, ωστόσο, να γίνεται πιο δύσκολη ή επικίνδυνη.

Σχόλια

Αυτή η αρθρόδεση ονομάζεται μερική, καθώς μετά την επέμβαση είναι δυνατή η εκτέλεση μικρού αριθμού κινήσεων.

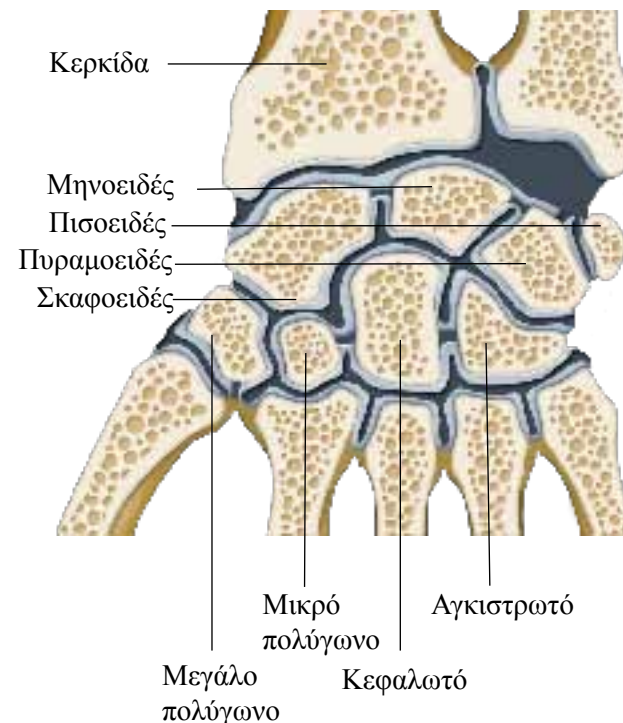
Ο σκελετός του καρπού αποτελείται από μικρά οστά, που σχηματίζουν δύο σειρές των τεσσάρων οστών.

Η πρώτη σειρά, που περιλαμβάνει το σκαφοειδές, αρθρώνεται με το ένα από τα δύο οστά του αντιβραχίου, την **κερκίδα**. Η δεύτερη σειρά αρθρώνεται με τα οστά του άκρου χεριού, τα **μετακάρπια**.

Μεταξύ της κερκίδας και του μηνοειδούς υπάρχει μια άρθρωση. Είναι η τελευταία που μπορεί να πληγεί από την αρθρίτιδα: συνήθως, μένει ανέπαφη.

Στη διάρκεια της αρθρόδεσης, ο χειρουργός δεν επεμβαίνει σε αυτή την άρθρωση, ώστε το σύστημα των τεσσάρων οστών του καρπού που θα συγκολληθεί, να διατηρήσει τη δυνατότητα κίνησης σε σχέση με το αντιβράχιο.

Ο περιορισμένος αριθμός κινήσεων που επιτρέπεται, αρκεί για την εκτέλεση των απλών κινήσεων της καθημερινότητάς σας.



Η αναισθησία

Στη διάρκεια της επέμβασης, αναισθητοποιείται μόνο το χέρι σας (**περιοχική αναισθησία του άνω μέρους**).

Η διάνοιξη

Για την αρθρόδεση, ο χειρουργός πραγματοποιεί τομή στο ύψος του καρπού, στην πρόσθια επιφάνεια του χεριού.

Η βασική επέμβαση

Ο χειρουργός αφαιρεί αρχικά το σκαφοειδές και το σπάει σε μικρότερα τεμάχια (**μοσχεύματα**).

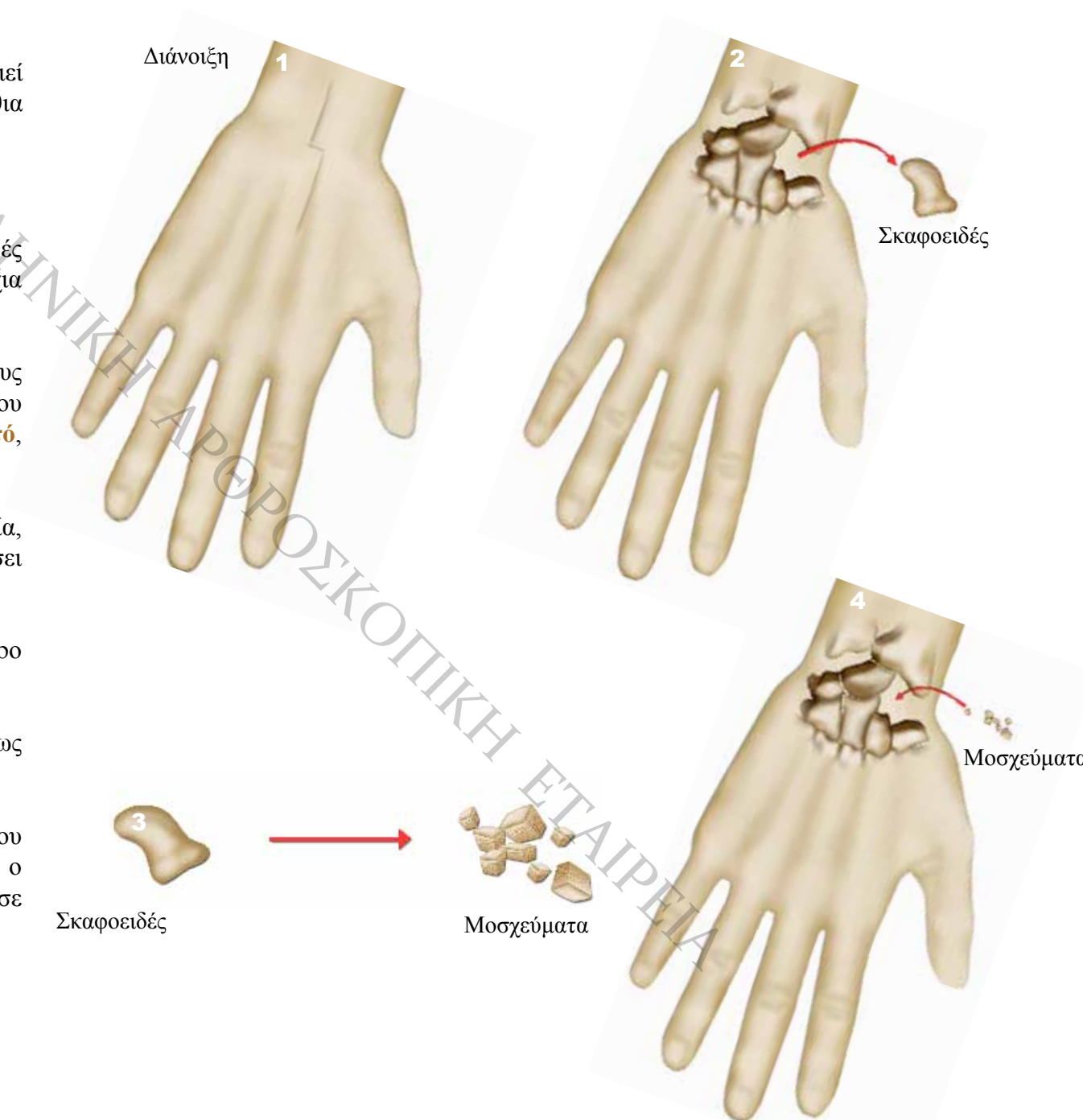
Στη συνέχεια, αφαιρεί τις μαλακές δομές (τους χόνδρους) που περιβάλλουν τα οστά, που πρόκειται να ενώσει (**κεφαλωτό, αγκιστροτό, μηνοειδές και πυραιοειδές**).

Είναι μια ιδιαίτερα σχολαστική διαδικασία, κατά την οποία ο χειρουργός πρέπει να αφήσει ένα κενό χώρο γύρω από κάθε οστό.

Τοποθετεί τα οστικά μοσχεύματα στο χώρο αυτό, ανάμεσα στα οστά που θα ενώσει.

Τα μικρά αυτά μοσχεύματα λειτουργούν όπως το τσιμέντο ανάμεσα στα τούβλα.

Μόλις τοποθετηθούν τα τμήματα του σκαφοειδούς, όλα τα μικρά οστά που ο χειρουργός πρόκειται να ενώσει, είναι σε επαφή με τα υπόλοιπα μικρά οστά.



Η βασική επέμβαση (συνέχεια)

Σταθεροποιεί, λοιπόν, στην οριστική τους θέση το σύνολο των οστών με τη βοήθεια κατάλληλων μεταλλικών υλικών, όπως βίδες, βελόνες, πλάκες ή αγκράφες. Αυτό το στάδιο στερέωσης ονομάζεται **οστεοσύνθεση**.

Σε κάθε σημαντικό στάδιο, ο χειρουργός επιβεβαιώνει τη σωστή θέση των μεταλλικών υλικών με τη βοήθεια ενός ακτινολογικού μηχανήματος με **ενισχυτή εικόνας**.

Το μηχάνημα αυτό επιτρέπει τη λήψη ακτινοσκοπικών εικόνων του καρπού σας κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Η εικόνα προβάλλεται σε μια οθόνη, τοποθετημένη δίπλα στο χειρουργό, για να μπορεί να ελέγχει τη θέση των θραυσμάτων των οστών πριν τη στερέωσή τους.

Χρειάζεται μετάγγιση ;

Όχι, είναι μια επέμβαση κατά την οποία ο ασθενής χάνει λίγο αίμα. Συνήθως, δεν απαιτείται η χορήγηση αίματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης (**μετάγγιση**), εκτός από την περίπτωση ατυχήματος.

Επιπλέον, ο γιατρός τοποθετεί έναν επίδεσμο στο ύψος του βραχίονα ή του αντιβραχίου. Πρόκειται για **ίσχαιμο περίδεση**, που σφίγγει το χέρι και εμποδίζει την κυκλοφορία του αίματος. Έτσι δεν αιμορραγείτε και δευκολύνονται οι κινήσεις του χειρουργού στη διάρκεια της επέμβασης.



Η διάρκεια της επέμβασης

Η διάρκεια της επέμβασης ποικίλλει χωρίς να σημαίνει ότι η εξέλιξη της παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα, καθώς εξαρτάται από το σημείο αφαίρεσης του μοσχεύματος, αλλά και τις δυσκολίες που παρουσιάζει η συρραφή του.

Συνήθως, διαρκεί από μία έως δύο ώρες. Πρέπει, επίσης, να υπολογίσετε το χρόνο προετοιμασίας, ανάνηψης, κτλ.

Η συρραφή

Είναι φυσιολογικό η εγχειρισμένη περιοχή να παράγει υγρά (αίμα, κτλ). Αν χρειαστεί, ο χειρουργός σας τοποθετεί ένα λεπτό σωληνάκι (**παροχέτευση**), για να παροχετεύονται τα υγρά μετά την επέμβαση.

Για τη συρραφή της τομής, ο γιατρός σας χρησιμοποιεί ράμματα, αγκράφες, ή κάποιο άλλο σύστημα συρραφής, που είναι σταθερό ή απορροφάται σταδιακά από τον οργανισμό (**απορροφήσιμο υλικό**).

Στη συνέχεια, ο χειρουργός ακινητοποιεί τον καρπό σας.

Μερικές φορές, επειδή ο καρπός είναι ιδιαίτερα πρησμένος, και κυρίως εάν ο χειρουργός έχει τοποθετήσει παροχέτευση, η ακινητοποίηση γίνεται με τη χρήση ενός **νάρθηκα**, που αφήνει ελεύθερη μια πλευρά του καρπού.

Με αυτό τον τρόπο, μπορεί το νοσηλευτικό προσωπικό να σας παρέχει τις βασικές φροντίδες κατά τη νοσηλεία σας.

Ο γύψος, που ξεκινά από τη βάση των δακτύλων και φτάνει μέχρι τον αγκώνα, τοποθετείται μερικές μέρες μετά την επέμβαση.

Η τελική μορφή της ουλής εξαρτάται από την κατάσταση του δέρματός σας, τα «τραβήγματα» που υφίσταται, ή ακόμα από την έκθεσή σας στον ήλιο, που πρέπει να αποφεύγεται μετά την επέμβαση.

Τις επόμενες μέρες...

Πόνος

Κάθε οργανισμός αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον πόνο. Συνήθως, είναι ιδιαίτερα έντονος στο ύψος του καρπού τις δύο πρώτες μέρες, αλλά ελέγχεται με την κατάλληλη αγωγή.

Για τη μείωση του πόνου, μπορείτε να κρατάτε το χέρι σας ψηλά τις εβδομάδες που ακολουθούν την επέμβαση.

Μετά το χειρουργείο, η πρακτική αυτή εφαρμόζεται συστηματικά, καθώς το χέρι σας είναι ιδιαίτερα πρησμένο: παρουσιάζει **οίδημα**.

Μπορείτε να συνεχίσετε να εφαρμόζετε αυτή την οδηγία ακόμα και μετά την επιστροφή σας στο σπίτι. Αρκεί να τοποθετήσετε τον καρπό σας κάτω από την καρδιά, πάνω στην κοιλιά σας.

Για το σκοπό αυτό, υπάρχουν ειδικά προϊόντα, που ονομάζονται **φάκελοι ανάρτησης** και συγκρατούν το χέρι στη σωστή θέση.

Εάν, ωστόσο, ο πόνος επιμένει, μη διστάσετε να μιλήσετε με τους θεράποντες ιατρούς. Πάντα υπάρχει λύση.

Λειτουργία

Ο καρπός σας ακινητοποιείται μετά την επέμβαση, για την προστασία του και τη μείωση του πόνου.

Για δύο μήνες περίπου, τοποθετείται γύψος. Ξεκινάει από τη βάση των δακτύλων και φτάνει μέχρι τον αγκώνα. Τα υπόλοιπα δάκτυλα, εκτός του αντίχειρα, μπορούν να κινηθούν.

Αυτονομία

Αν και οι καθημερινές σας δραστηριότητες συχνά περιπλέκονται λόγω της τοποθέτησης γύψου στον καρπό, μπορείτε να αυτοεξυπηρετήστε.

Επιστροφή στο σπίτι

Γενικά, επιστρέφετε σπίτι σας μία με δύο μέρες μετά την επέμβαση. Η νοσηλεία σας στοχεύει στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου.

Η διάρκεια νοσηλείας εξαρτάται από το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύεστε και κυρίως από την περίπτωσή σας και την κατάσταση της υγείας σας.

Βασική φροντίδα

Εκτός από την επίδεση και τις γάζες για τη φροντίδα της ουλής κατά τη νοσηλεία σας, δεν χρειάζεται να κάνετε κάτι περισσότερο. Η ουλή προστατεύεται από το γύψο.

Παρακολούθηση

Πρέπει να ακολουθείτε αυστηρά τις οδηγίες του γιατρού σας. Είναι σημαντικό να είστε συνεπής στις μετεγχειρητικές σας επισκέψεις και να υποβληθείτε σε εξετάσεις ελέγχου, αν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Λίγες μέρες μετά την επέμβαση, υποβάλλεστε σε **ακτινογραφία** για τον έλεγχο της μετεγχειρητικής σας κατάστασης.

Μπορεί να υποβληθείτε σε νέα ακτινογραφία μετά από ένα μήνα, καθώς και μετά την αφαίρεση του γύψου, δύο μήνες περίπου μετά την επέμβαση.

Για τον έλεγχο της διαδικασίας πόρωσης των οστών, ακολουθούν ακτινογραφίες σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Το αποτέλεσμα

Πόνος

Ο πόνος υποχωρεί γρήγορα (συνήθως, μέσα σε λίγες μέρες).

Ωστόσο, μπορεί να πονάτε μετά την αφαίρεση του γύψου και την επανέναρξη των κινήσεων του καρπού. Για το λόγο αυτό, η επαναφορά στις δραστηριότητές σας γίνεται σταδιακά.

Αυτονομία

Μη διστάσετε να ρωτήσετε το χειρουργό σας για οποιαδήποτε απορία έχετε σχετικά με τους κινδύνους που κρύβει κάθε δραστηριότητα.

Ιδανικά, η επέμβαση στοχεύει στην κατάργηση του πόνου και στη σταθερότητα του καρπού σας.

Επιπλέον, στόχος της είναι να επιτρέψει την επιστροφή σας στις αθλητικές και επαγγελματικές σας δραστηριότητες. Ωστόσο, ανάλογα με το επαγγελματίά σας, αυτό δεν είναι πάντα δυνατό.

Λειτουργία

Μετά την αφαίρεση του γύψου, ο καρπός σας είναι δύσκαμπτος και πονάει. Έχασε σημαντικό μέρος της ευκαμψίας του εξαιτίας του είδους της επέμβασης που εφαρμόστηκε, αλλά και λόγω του διαστήματος που χρειάστηκε να ακινητοποιηθεί: πρέπει να επανακτήσει σταδιακά την κινητικότητά του.

Είναι απαραίτητο ένα διάστημα ενός ή δύο μηνών με ασκήσεις αποκατάστασης (**φυσιοθεραπεία**).

Η πρόοδος είναι γρήγορη τις πρώτες εβδομάδες φυσιοθεραπείας. Στη συνέχεια, η βελτίωση είναι λιγότερο εμφανής και χρειάζονται έξι μήνες έως ένας χρόνος. Το αποτέλεσμα δεν είναι, λοιπόν, οριστικό πριν την πάροδο ενός έως δύο χρόνων μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Παρά τη φυσιοθεραπεία, αυτό το είδος επέμβασης, που συνίσταται στη συγκόλληση αρκετών οστών μεταξύ τους (**αρθρόδεση**), μειώνει σε σημαντικό βαθμό την κινητικότητα του καρπού.

Ωστόσο, επιτρέπει να πραγματοποιείτε τις περισσότερες απαραίτητες καθημερινές κινήσεις και κυρίως μειώνει τον πόνο.

Βασική φροντίδα

Μετά την ακινητοποίηση του καρπού, είναι σημαντικό να είστε συνεπής στις ασκήσεις φυσιοθεραπείας για τρεις με έξι μήνες.

Πραγματοποιείτε τις ασκήσεις αποκατάστασης της κίνησης με τη βοήθεια ενός **κινησιοθεραπευτή**.

Μετά το πέρας αυτού του διαστήματος, η πρόοδος στη λειτουργία του καρπού και την ευκαμψία της άρθρωσης συνεχίζεται για τρεις μήνες.

Η φυσιοθεραπεία δεν είναι πάντα ευχάριστη, καθώς προκαλεί πόνο κατά τη σταδιακή αποκατάσταση των κινήσεων.

Είναι, ωστόσο, απαραίτητη για την ανάρρωσή σας.

Ακόμα και ο καλύτερος χειρουργός δεν μπορεί να θεραπεύσει έναν καρπό, εάν ο ασθενής δεν ακολουθήσει ασκήσεις φυσιοθεραπείας.

Πρέπει να ακολουθείτε πιστά τις συστάσεις του γιατρού και του κινησιοθεραπευτή και να εκτελείτε σχολαστικά τις ασκήσεις.

Οι πιθανοί κίνδυνοι

Η ιατρική ομάδα παίρνει όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις, για να περιορίσει τις επιπλοκές, όμως προβλήματα μπορεί πάντα να παρουσιαστούν.

Αναφέρουμε εδώ μόνο τις πιο συνηθισμένες ή τις πιο σοβαρές ανάμεσα σε αυτές που μπορεί να παρουσιάσει αυτή η επέμβαση.

Για τους συνηθεις κινδύνους κάθε επέμβασης, αναζητήστε το φυλλάδιο «οι κίνδυνοι μιας χειρουργικής επέμβασης».

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με την αναισθησία αναφέρονται στο έντυπο «αναισθησία».

Ανάλογα με την κατάσταση της υγείας σας, είστε λίγο ή πολύ εκτεθειμένος σε κάποιους από αυτούς τους κινδύνους.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Διάφορα στοιχεία που βρίσκονται κοντά στην εγχειριζόμενη περιοχή (αιμοφόρα αγγεία, νεύρα, μυς, οστά, κτλ.) μπορεί να τραυματιστούν στη διάρκεια της επέμβασης, κυρίως αν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη ευαισθησία.

Ευτυχώς, αυτή η περίπτωση είναι σπάνια και ο χειρουργός καταφέρνει να αποκαταστήσει το πρόβλημα.

Μετά την επέμβαση

Η μόλυνση της εγχειρισμένης ζώνης από μικρόβια (**λοίμωξη**) είναι εξαιρετικά σπάνια. Η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (**αντιβιοτικά**) αρκεί για την αντιμετώπισή της. Με τις ανάλογες εξετάσεις, ο γιατρός εντοπίζει το μικρόβιο και προσαρμόζει τη θεραπεία για την πιο αποτελεσματική καταπολέμησή του.

Μπορεί να δημιουργηθεί θύλακος αίματος (**αιμάτωμα**) στο σημείο της επέμβασης. Συνήθως, υποχωρεί μόνο του, μερικές φορές όμως, χρειάζεται η χειρουργική αφαίρεσή του. Η παρουσία του μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση λοίμωξης.

Το διάστημα ακινητοποίησης του καρπού προκαλεί δυσκαμψία της άρθρωσης, που εξαρτάται τόσο από τη διάρκεια ακινητοποίησης, όσο και από την ικανότητα ανάρρωσης του οργανισμού σας. Μερικές φορές, η δυσκαμψία επιμένει παρά τη φυσιοθεραπεία. Είναι σημαντικό να κινείτε τον καρπό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του χειρουργού σας και να είστε συνεπής στις συνεδρίες φυσιοθεραπείας.

Μικρός αριθμός ασθενών, μετά την επέμβαση, παρουσιάζει μια σπάνια και επώδυνη ασθένεια, που ονομάζεται **αλγοδυστροφία**.

Τα αίτια της ασθένειας είναι άγνωστα. Είναι, λοιπόν, δύσκολο να την προλάβουμε, υπάρχουν όμως θεραπείες για την αντιμετώπιση του πόνου και της επιδείνωσής της.

Η αλγοδυστροφία προκαλεί αρχικά οίδημα και ερεθισμό του χεριού και στη συνέχεια, δυσκαμψία του καρπού. Ευτυχώς, η περίπτωση αυτή είναι σπάνια.

Ο βασικός κίνδυνος της επέμβασης, παρά τις προσπάθειες του χειρουργού σας, είναι η λάθος συγκόλληση των μικρών οστών του καρπού.

Μπορεί να χρειαστεί δεύτερη επέμβαση. Μπορεί να πρόκειται για μια νέα αρθρόδεση, ή για άλλο είδος επέμβασης, ανάλογα με την κατάσταση του καρπού σας και την εξέλιξη της φθοράς της άρθρωσης (της **αρθρίτιδας**).

Μερικές από τις επιπλοκές αυτές απαιτούν συμπληρωματικές ενέργειες ή μια νέα επέμβαση.

Μην ανησυχείτε. Ο χειρουργός σας γνωρίζει καλά αυτά τα προβλήματα και ενεργεί ανάλογα ώστε να τα αποτρέψει.

Σε περίπτωση προβλήματος...

Αν διαπιστώσετε οτιδήποτε μη φυσιολογικό μετά την επέμβαση, μη διστάσετε να μιλήσετε με το χειρουργό σας. Είναι ο αρμόδιος να σας βοηθήσει, καθώς γνωρίζει ακριβώς την περίπτωσή σας.