

Riešo kanalo sindromas: tarp anatomijos ir chirurgijos

Mes su dideliu susidomėjimu perskaitėme mikrochirurgo M. Minderio straipsnį apie riešo kanalo sindromą (RKS) [1, 2] ir norėtume pasidžiaugti autoriaus atlikta temos apžvalga.

Mes sutinkame, kad kruopšti anamnezė ir klinikinis tyrimas dažnai padeda nustatyti tikslią RKS diagnozę, vis dėlto norėtume pabrėžti neurofiziologinio tyrimo svarbą, diagnozuojant šį sindromą. Savo straipsnyje autorius linkęs abejoti neurofiziologinio tyrimo verte, galbūt todėl, kad Lietuvoje šis tyrimas vis dar nėra pakankamai prieinamas.

Elektrofiziologinis tyrimas yra vertingas žingsnis tarp klinikinės diagnozės nustatymo ir gydymo taktikos apsprendimo. Jis leidžia: (1) patvirtinti, kad yra pakenktas būtent vidurinis nervas ir jo pakenkimo vieta yra riešo kanale, (2) objektyviai įvertinti ir dokumentuoti pakenkimo sunkumą, (3) išaiškinti kito nervo pažeidimą, jeigu paaiškėja, kad pakenktas ne vidurinis nervas ar pakenkimas ne riešo kanale. Šio tyrimo rezultatai ir kiti klinikiniai duomenys, aprašyti straipsnio autoriaus, yra reikalingi pasirenkant atitinkamą gydymo taktiką. Pagaliau elektrodiagnostiniai tyrimai gali padėti stebėti gydymo eigą ir kartais suprasti nesėkmingo gydymo priežastį.

Elektrofiziologinį tyrimą sudaro dvi dalys – nervo laidumo tyrimas arba neurografija ir elektromiografija (taigi elektroneuromiografija, ENMG).

Neurografija tiria juntamųjų ir motorinių nervinių skaidulų laidumą. Laidumas sulėtėja dėl mielino pakenkimo ir greito laidumo aksonų netekimo. RKS metu nervo laidumas sulėtėja riešo kanale, tai pirmą kartą aprašė Simpson 1956 metais [3]. Ryškiausias laidumo sulėtėjimas būna distaliniame kanalo krašte delne, kur staiga pasikeičia suspaudimas. Laidumo sulėtėjimą lydi lėtinės demielinizacijos-remielinizacijos požymiai, atsirandantys dėl naujų menkai mielinizuotų skaidulų pažeidžiamumo ir mielino segmentų sutrumpėjimo. Didelio diametro ir greito laidumo juntamosios skaidulos pakenkiamos pirmiausiai, taigi laidumo sulėtėjimas šiomis skaidulomis paprastai yra anksčiausias ir jautriausias patologinis radinys. Motorinių skaidulų laidumo sulėtėjimas ir aksono pakenkimas atsiranda vėliau. Pats laidumo sulėtėjimas simptomų nesukelia. Ankstyviausių simptomų atsiradimo priežastis yra išeminis veikimo potencialų laidumo blokas, atsirandantis šiose trapiose nervinėse skaidulose nakties metu ar atliekant tam tikrą kasdieninę veiklą, kai riešas ilgai laikomas nepalankioje padėtyje. Laidumo sulėtėjimas paprastai

būna stebimas ir asimptominėje pusėje dar iki klinikinių simptomų atsiradimo; jis tam tikru laipsniu išlieka ir po chirurginio gydymo. Būklei pablogėjus yra pakenkiami aksonai, sukeliantys denervaciją. Amiotrofija nepasireiškia tol, kol neišsėks reinervacijos proceso galimybės (kolateralinių šakučių vystymasis ir terminalių reinervacija). Reinervacijos požymiai gali būti nustatyti tiek neurografijos (vėlyvo potencialo, kylančio dėl naujai susidariusių nervinių galūnelių lėto laidumo, radimas), tiek elektromiografijos metu. Aksono pakenkimo, kurį lydi lėtinė denervacija-reinervacija, nustatymas yra pagrindinis požymis, teikiant pirmenybę chirurginiam gydymui prieš konservatyvų gydymą.

Elektromiografijos metu vidurinio nervo inervuojami raumenys yra tiriami adatiniais elektrodais. Tyrimas parodo „ūmios denervacijos“ (fibriliacijų ir lėtų teigiamų aštrių bangų registravimas) ir „lėtinės denervacijos“ požymius (polifaziniai motorinio vieneto potencialai su satelitiniais potencialais; dideli motorinio vieneto potencialai, nurodantys reinervaciją).

Amerikos Neurologijos akademija, Amerikos Elektrodiagnostinės medicinos asociacijos ir Amerikos Fizinės medicinos ir reabilitacijos akademija paskelbė rekomendacijas, kuriose teigiama, jog elektrodiagnostiniai tyrimai yra tiksliausias būdas ir pasirinkimo tyrimas, padedantis labai jautriai ir specifiskai diagnozuoti RKS [4, 5, 6].

RKS yra pati dažniausia suspaudimo neuropatija ir dažniausias nervo susirgimas, tyrinėjamas ENMG laboratorijose. Taigi elektrofiziologai kvalifikuotai ir naudingai bendradarbiauja su klinicistais ir chirurgais. Kruopštus elektrodiagnostinis tyrimas yra svarbus žingsnis tarp klinikinio įtarimo ir gydymo. Tiek Amerikos, tiek Europos geros praktikos rekomendacijos plačiai akcentuoja šio objektyvaus tyrimo svarbą. Įsigaliojus paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymui, tiksli diagnostika ir saugus gydymas tampa ypač aktualūs, taigi ENMG turėtų tapti standartinio tyrimo dalimi, diagnozuojant RKS Lietuvoje. Tai yra svarbi grandis tarp sėkmingo tyrimo ir gydymo.

Jovita ŠVILPAUSKAITĖ

Kauno medicinos universiteto

Neurologijos klinika

Prof. Michel R. MAGISTRIS

ENMG ir nervų-raumenų susirgimų skyrius

Neuromokslų padalinys

Ženevos universitetinė ligoninė

Ženeva, Šveicarija

Literatūra

1. Minderis M. Riešo kanalo sindromas. I dalis: Istorijos apžvalga, anatomija, etiopatogenezė. Neurologijos seminarai 2004; 3(21): 13–8.
2. Minderis M. Riešo kanalo sindromas. II dalis: Diagnostika, gydymas. Neurologijos seminarai 2004; 4(22): 5–14.
3. Simpson JA. Electrical signs in the diagnosis of carpal tunnel and related syndromes. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1956; 19: 275–80.
4. Jablecki CK, Andary MT, So YT, Wilkins DE, Williams FH. Literature review of the usefulness of nerve conduction studies and electromyography for the evaluation of patients with carpal tunnel syndrome. AAEM Quality Assurance Committee. Muscle Nerve 1993; 16: 1392–414.
5. Jablecki CK, Andary MT, Floeter MK, Miller RG, Quartly CA, Vennix MJ, Wilson JR. Second AAEM literature review of the usefulness of nerve conduction studies and needle electromyography for the evaluation of patients with carpal tunnel syndrome. Muscle Nerve (published online June 1), 2002.
6. Jablecki CK, Andary MT, Floeter MK, Miller RG, Quartly CA, Vennix MJ, Wilson JR. Practice parameter: electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome. Report of the American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Neurology 2002; 58: 1589–92.