

Maradandó károsodás a kézen Egy nem felismert idegsérülés kálváriája...

Esetismertetés

DR. RENNER ANTAL

Érkezett: 2014. december 15.

DOI: 10.21755/MTO.2014.057.0004.003

ÖSSZEFOGLALÁS

A nervus medianus tompa sérülése nem tartozik a gyakori sérülések közé a felső végtagon. Panaszokat leggyakrabban alagút szindrómák részeként okoz. Fontos a proximalis (magas) és a distalis nervus medianus károsodás tünetei közötti különbség, valamint a sebészi anatómia ismerete ahhoz, hogy ritkán előforduló sérülések helyes diagnózisához jussunk. Az alkar proximalis harmadában lévő sérüléseket már a magas nervus medianus sérülések közé soroljuk!

Kulcsszavak: *Diagnosztikai hibák; Idegregeneráció; Kézsérülés; Nervus medianus; Perifériás idegsérülés;*

A. Renner: Irrevocable impairment of the hand. A sad story of an unrecognized nerve injury...Case report

Blunt injury of the median nerve is infrequent on the upper extremity. It causes complaints mostly as a part of tunnel syndromes. In order to correctly diagnose this infrequent injury, it is very important to differentiate between the symptoms of proximal (high) and distal lesions to the median nerve; furthermore, also exact knowledge of surgical anatomy is indispensable. Injuries to the median nerve at the height of the proximal third of the lower arm are considered as high injuries!

Key words: *Diagnostic errors; Hand Injuries – Surgery; Median nerve; Nerve regeneration; Peripheral nerves – Surgery;*

BEVEZETÉS

A „Kazuisztikák” sorozatban bemutatott „esetek” számos ok miatt sorolhatók ebbe a kategóriába. Természetesen a lapot olvasó orvosoknak az igazi élményt, ha ilyenkor szakirodalmi ritkasággal találkozónának.

Sajnos a legtöbb bemutatott esetben más közlési okok is szerepelhetnek, amelyeket a szerzők, nagyon helyesen, „okuljon belőle más is” cézzal publikálnak. Ezek közé tartozik a mi közlésünk is.

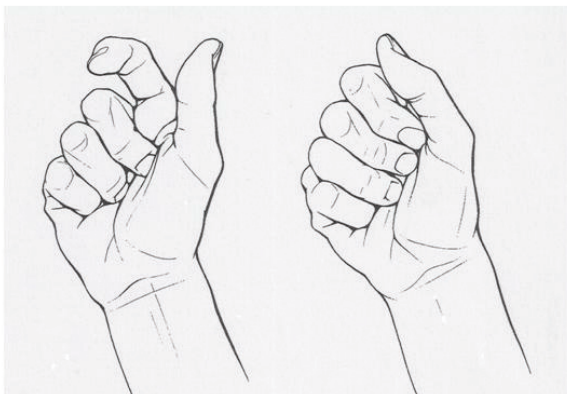
ELŐZMÉNYEK

A kitűnő általános állapotban lévő 73 éves nőbeteg kálváriája 2008 augusztusában kezdődött. Nehéz kosarat cipelve jobb kezében, az alkar középső harmadában palmarisan „roppanást” érzett, erős fájdalom kíséretében, majd rövid idő alatt e terület megduzzadt, s a következő napokban a bőr haematomától elszíneződött. Ezt követően fokozatosan zsibbadás alakult ki a nervus medianus területén, ujaiban, *s nem tudta behajlítani a nyújtott helyzetben maradt hüvelyk- és mutatóujját!* (1. ábra).

A következő hetekben, hónapokban több orvos is látta, a fájdalmas területre borogatást, hűtést javasoltak, majd a kialakuló „Sudeck syndromát” kezelték.



a)



b)

c)

1. ábra

a) A beteg ujjtartása 2010. január 26-án

b) Alkari „magas” nervus medianus sérülés típusos képe rajzon

c) Distalis (csuklótáji) nervus medianus sérülés képe (megtartott hajlítóin működés)

A beteg és a kezelés további történéseit dátumok szerint ismertetjük:

1) Az egyik fővárosi kórházban a hüvelyk- és a mutatóujj hajlításának képtelensége miatt 2009. január 19-én „tendolysist” végeztek, s kezelték a „persistáló Sudeck syndromát”. Az ujjak mozgása, s az érzéskiesés sem javult a műtét után.

2) 2009. április 29.

EMG vizsgálatot kértek, amely: „A nervus medianus motoros működés javulását, és a szenzoros mutatók romlását írta le. A Sudeck syndroma rendeződése után reoperációt javasoltak.

3) 2009. augusztus 3.

A „reoperáció” egy „Kézsebészeti Centrumban” történt: „hegkímetszés, tendo- és a nervus medianus lysisé”-t végezték.

4) A beteg a BRO-ba került, „Carpal tunnel syndroma I. d. op. recid. Digitus IP-tans dig. II. III. op. dx. Limit. motil. in artic. IP-, PIP- et DIP dig. I. II. dx. St. post morbus Sudeck manus dx. – beutaló diagnózisokkal, utókezelésre.

A BRO-ban elkezdődött a szakszerű kezelés és azonnal újabb vizsgálatokat rendeltek el.

5) 2009. november 2.

Péterfy Sándor Utcai Kórház EMG vizsgálat: Itt vettek fel először gondos, érdemi anamnesist, amelyben a sajátunkkal azonos módon, **pontosan leírják a történeteket, s a tüneteket!!! Ebből idézünk: „Jelenleg is jobb keze eskütartásban van (I. II. ujj nyújtott helyzetben, s gyengült az I. ujj abduktiója)”. (Az „eskütartás” részükről hibás megnevezés, a szakirodalom nem ezt nevezi eskütartásnak!!).**

„Vélemény: a j. n. medianus súlyos fokú, de inkomplett axonalis, a csuklótól proximálisan lévő laesiója mutatható ki. A duzzanat alapján leginkább a könyök alatti részen lévő patológia merül fel, de javasolt a felkar vizsgálata is.”

6) 2010. január 26.

Az EMG lelet birtokában a BRO konzíliumot kért a Baleseti Centrumban: A történetben számunkra a legfontosabb adat a piacról hazatérő beteg „roppanás szerű alkari fájdalom”, s az érzés zavar mellett kialakuló nyújtott helyzetű hüvelyk- és mutatóujj” volt!

E két tünet azonnal felkeltette a „magas

medianus sérülés” gyanúját, ami indokolta a sürgős műtétet.

7) 2010. január 27. MŰTÉT

A pronator teres izom kereszteződése mögött a felületes hosszú hajlítók közös fasciája hosszirányba beszakadt, s ebbe a distal felé szűkülő, V-alakú hasadékba az ideg becsúszott és beszorult (2. ábra). Ettől proximalisan az ideg csaknem duplájára vastagodott, fehér színűre változott. A fascia köteget átvágva megszüntettük az ideg leszorítását, amelyen folytonosság-megszakadást makroszkóposan nem láttunk, s laza ágyba az izom mögé visszahelyeztük. **Sebgyógyulás után a BRO-ban az utókezelés folytatódott.**

8) 2010. március 17. KONTROLL

Az ideg regenerációja megkezdődött, Tinnel jel a csuklóízület magasságában található. Hüvelykujját aktívan mozgatja, hajlítja **már**, de a mutatóujjon a mélyhajlítón gyengén, de már biccenti a végpercet. További utókezelés javasolt.

9) 2010. április 28. KONTROLL

Kezét még fázékonynak érzi. A nervus medianus területén kialakult a védekező szenzibilitás, a tárgyak hőmérsékletét érzi, szemellenőrzése nélkül az enyhe érintést is lokalizálja. A mutatóujján is gyengén beindult a mélyhajlítón működése, s javult a végperc hajlítása.

10) 2010. június 28.

A hüvelykujját már jól hajlítja, a mutatóujján viszont még gyengén működik mindkét hajlítón. A szenzoros funkció tovább javult.

11) 2010. október:

Az EMG vizsgálat – a műtét előttihez képest – „zajló reinnerváció”-t írt le.

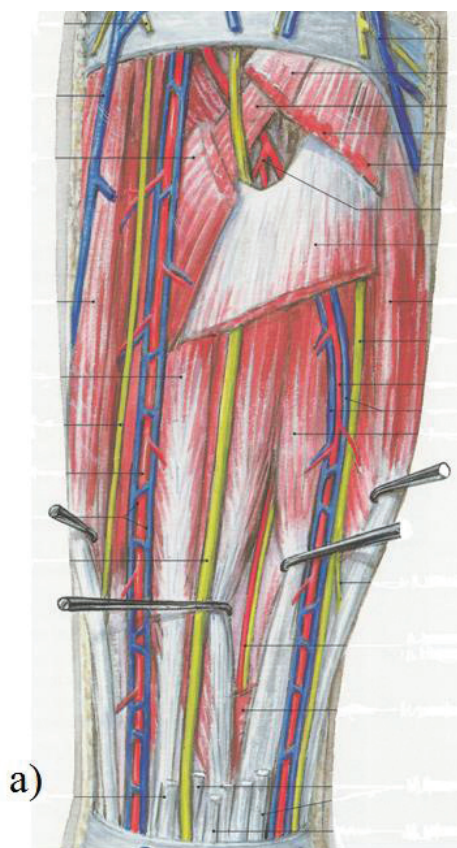
12) 2011. január 19.

EMG vizsgálat: a motoros funkció erőteljesen javult az érintett izmokon, de érdekes módon a szenzoros funkció nem az elvárt ütemben javul, illetve stagnál.

13) 2011. március 3. KONTROLL

A mutatóujj hajlítóina nem teljes értékű: UTB 8 cm.

További utókezelés javasolt! A beteg hosszú időre „eltűnt”, s kifejezett kérésünkre jelent meg utánvizsgálaton.



2. ábra (Tömböl Teréz: Tájélatómia című könyv ábrájának felhasználásával)

a) anatómiai helyzet

b) műtétnél észlelt beszakadás

KÉSŐI UTÁNVIZSGÁLAT

2014. szeptember 24.

A három évvel ezelőtti utolsó kontrollvizsgálathoz képest, sajnos, jelentősebb mértékű további javulás nem következett be. A hüvelykujj hajlítása igen jó, ellenben a mutatóujj PIP ízületi hajlítása kiesett, a DIP ízületét megtartott, de gyenge, így az UTB 8 cm. Egyébként a mutatóujj egésze közepesen atrofias. A szem kontrollja nélküli érzésvizonyok: a nervus medianus által beidegzett ujjakon a legenyhébb érintést is pontosan érzi, de a mélyérzés nem alakult ki. A fájdalomérzés kialakult, de a tárgyak megfogása, tartása – mint mondja – csak rendkívül „ügyetlenül” történik, azokat

könnyen elejti. A csúcsfogás hárompontos fogásként ugyan létrejön, ez dominánsan a hüvelyk- és a középsőujj között jó, de ez sem erőteljes.

2014. november 24. EMG

A jobb nervus medianus motoros neurographiája során az APS-ből elvezetve alacsony válasz nyerhető, de a korábbi vizsgálathoz képest szignifikánsan magasabb. A distalis motoros látencia közel normális. A könyöknél ingerelve kifejezett temporalis dispersio alakul, az amplitúdó szignifikánsan lecsökken, a vezetési sebesség jelentősen csökkent (vezetési blokk?). Szenzoros válasz nem nyerhető.

MEGBESZÉLÉS

Milyen hibákat lehet felfedezni az ismertetett esetben?

1) Az első észlelő orvos hiányos anamnesis felvétele: A beteg nagyon pontosan elmondta a betegség kezdetének körülményeit, pontosan lokalizálta a primer fájdalmat, ahol látható duzzanat – haematoma keletkezett.

2) Szakorvosi szinten senki nem ismerte fel a „magas medianus sérülés” tüneteit (1. b ábra), s ez halmozta a téves következtetéseket, a nem adekvát műtéteket.

3) A jellegzetes ujjtartásból helytelen következtetést levonva, „ínsérülés” diagnózist felállítva, megtörtént az első műtét. Végül „tendolysis” jelzéssel, 7 hónapot elvesztegetve „Speciális Kézsebészeti Centrumban....”, bizonyára már senki nem törődött az anamnesissel – csak a zsibbadásra koncentrált a nervus medianus területén, – s itt sem ismerték fel a magas idegsérülésre ordítóan jellemző kéztartást, neurolysist végeztek a carpal tunnel szindrómánál szokásos feltárásból!, majd a BRO-ba irányították.

4) A BRO-ban kértek *először* EMG vizsgálatot, ahol – VÉGRE – leírták a nervus medianus valószínűsíthető sérülését, s először ismerték fel ezen ideg magas sérülésére jellemző kéztartását!

5) A kézsebészeti konzíliumon már könnyű dolgunk volt: a beteg anamnesise, a még mindig jellegzetes kéztartás egyértelművé tette a baj helyének felkeresését, s az ok megszüntetését.

6) Sajnos, teljes gyógyulásról nem beszélhetünk:

A rendkívül hosszú ideig fennálló idegleszorítás miatt bizonyos fokú definitív szenzoros

és motoros károsodás maradt vissza, az idegrostok egy része már nem reagált az ideg felszabadítására és az utókezelésre.

7) Talán a legfontosabb tanulság, hogy a beteggel való orvosi foglalkozás kezdő szakaszában nem figyeltek kellő mértékben az anamnesisre, a sérülés létrejöttének okára, nem gondoltak arra, hogy ebben a magaságban már „magas” nervus medianus sérülés lehetséges, így nem került felismerésre a helyes diagnózis.

A későbbiekben pedig – e kezdeti mulasztás miatt – a beteg kezelése teljesen más, téves irányban haladt!

VÉGKÖVETKEZTETÉS

Többszöri felületes vizsgálat, a magas medianus sérülés jellegzetes kéztartásának nem felismerése, sorozatos kezelési hibák miatt csak másfél évvel később kerülhetett sor a nervus medianus leszorításának kézsebész általi megszüntetésére.

JAVASLAT

Felhívnam a kézsebészeti rendeléseken dolgozó kollégák figyelmét a folyamatos önképzés, továbbképzés szükségességére, a beteg által elmondottak figyelmes meghallgatásának és a panaszokkal, tünetekkel való összevetésének fontosságára.

Mielőtt műtétet ajánlunk a betegnek, használjuk ki a műszeres vizsgálatok nyújtotta lehetőségeket, az idősebb, tapasztaltabb kollégák konzíliumát, a lehető legpontosabb – műtét előtti – diagnózis érdekében, ezzel elkerülve a felesleges, eredményre nem vezető beavatkozások sorát.

IRODALOM

1. Bíró V.: Az idegsérülések ellátásának fejlődése a kézen. *Irodalmi elemzés és saját tapasztalatok az elmúlt negyven évről. Magyar Traumatológia Ortopédia Kézsebészet Plasztikai Sebészet*, 2007. 50. (3): 250-263.
2. Bíró V.: Funkciópótló eljárások ideghelyreállító műtétek kudarca után a kézen. *Irodalmi elemzés. Magyar Traumatológia Ortopédia Kézsebészet Plasztikai Sebészet*, 2011. 54. (3): 153-167.
3. Doyle J., Botte M. J.: *Surgical anatomy of the hand and upper extremity*. Philadelphia, Lippincott, William and Wilkins. 2003. 407-460. p.
4. Johnson R., Spinner M., Shrewsbury M.: Median nerve entrapment syndrome in the proximal forearm. *J. Hand Surg.* 1979. 4: 48-51.
5. Sántha E.: Az idegek és izmok maradandó károsodásai. In.: Renner A., Sántha E.: *A kéz sebészete*. Budapest, Kadix Press Kiadó, 2014. 303. p.
6. Swiggett R., Ruby L. K.: Median nerve compression neuropathy by the lacertus fibrosus: report of three cases. *J. Hand Surg.* 1986. 11-A: 700-703.
7. Tetro A., Pichora D. R.: High median nerve entrapments: an obscure cause of upper extremity pain. *Hand Clin.* 1996. 12: 691-703.

Prof. Emer. Dr. Renner Antal

Baleseti Központ

1081 Budapest, Fiumei út 17.