

جامعة حماة
كلية الطب البشري

الأورثوبيديا لطلاب السنة الخامسة
الفصل الثاني

أمراض الطرف العلوي

إعداد الدكتور هيثم أشقر
ماجستير في الجراحة العظمية

أمراض الطرف العلوي

آفات الكتف

١- التهاب وتر فوق الشوك الحاد المكلس :

تظهر توضعات الأملاح الكلسية في المنطقة الحرجة (ارتكاز وتر العضلة فوق الشوك) والسبب غير معروف ولكن يعتقد أن نقص التروية يؤدي إلى تحول ليفي غضروفي للوتر ثم تثبت أملاح الكالسيوم بواسطة الخلايا الغضروفية .

يسبب التكلس في حد ذاته ألم خفيف أو قد لا يسبب الألم

تظهر الأعراض عند حدوثها نتيجة الارتكاس الوعائي المنتشر الذي يسبب التورم والشد على الوتر.

إن امتصاص المواد الكلسية سريع وهو عادة يختفي خلال عدة أسابيع

المظاهر السريرية :

يشكي المريض بعمر ٢٥-٤٥ سنة وأحيانا أكبر من ألم مبهم يتلو أحيانا زيادة الاستعمال .

ويزداد الألم في شدته ساعة بعد ساعة حتى يصل إلى ذروته

ثم وبعد عدة أيام يبدأ الألم بالزوال ويعود الكتف إلى الطبيعي تدريجيا .

أثناء الحالة الحادة يبقى الطرف غير متحرك والمفصل ممض بشدة ويقاوم الحركة و
الجس .

الصورة الشعاعية:

يوجد عادة تكلس فوق الحذبة الكبيرة للعضد وعند ذهاب الألم تغيب الكتلة تدريجيا .

العلاج :

عندما تكون الأعراض غير شديدة جدا تراح الذراع على وشاح ويعطى المريض دورة علاجية قصيرة من مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ويحدث التحسن العفوي خلال عدة أيام و تعود حركة الكتف الكاملة .

إذا كان الألم أكثر إحاحا تعطى حقنة وحيدة من الميثيل بريدنيزولون مع مخدر موضعي في المنطقة مفرطة التروية

إذا لم تؤثر هذه الإجراءات بسرعة أو نكست الأعراض بسرعة يمكن الحصول على الراحة بالعمل الجراحي : حيث يجرى شق عمودي تحت النتوء الأخرمي acromion و نفصل ألياف العضلة الدالية و بتدوير العضد تشاهد المنطقة المصابة من الوتر وتستخرج المواد الكلسية .

٢- التهاب وتر العضلة فوق الشوك المزمن :

تؤدي عدة اضرابات مثل فرط الاستعمال , التمزق الصغير , والتكلس المزمن لتحريض التفاعل الوعائي في الثنية المدورة ويحدث التورم الذي ولو كان خفيفا فهو كافي لإعاقة حركة الوتر بين العضد والقوس الأخرمي الأخمعي

المظاهر السريرية :

عمر المريض عادة بين ٤٠-٦٠ سنة يشكو من ألم في الكتف وفوق العضلة الدالية أسوء في الليل وهو يزداد عند إجراء بعض النشاطات مثل وضع الطرف في الجاكيت

يبدو الكتف طبيعي ولكنه مضمض على مسير حافة النتوء الأخرمي acromion وإلى الأمام في المسافة بين النتوين الأخرمي و الأخمعي

وعند التباعد يزداد الألم عندما تعبر الذراع بين الزاوية ٦٠-١٢٠ درجة مئوية ويعاوض المريض لتفادي هذه الحركة المؤلمة بخفضه للكتف وتدوير الذراع للخارج ليسمح للوتر بالمرور وعبوره القوس الأخرمي الأخمعي

الصورة الشعاعية :

قد تكون الصورة الشعاعية طبيعية في البداية ولكن بعد ذلك يظهر تآكل خفيف فوق الحذبة الكبيرة للعضد مكان ارتكاز الوتر

وقد يشاهد تكلس في نفس المنطقة ميراث من إصابة قديمة

العلاج :

يتحسن بعض المرضى بإعطاء دورة علاجية قصيرة من مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية بجرعات عالية

عند فشل هذه الأدوية يحقن موضعيا ميتيل بريدنيزولون مع مخدر موضعي

عند تكرار الأعراض كل عدة أشهر يستطب العمل الجراحي وذلك بنزع حافة عظمية تتألف من الشفة الأمامية للنتوء الأخرمي مع الرباط المتبط بها وهكذا يكشف القسم الأمامي العلوي للثنية المدورة .

٣- تمزق وتر العضلة فوق الشوك :

قد يكون التمزق جزئي يصيب السطح العميق للوتر أو تام

في التمزق الجزئي تؤمن الألياف الوترية الباقية الاستمرارية وتسمح بنمو الأوعية و حدوث الترميم للمنطقة المصابة

في التمزق التام فإن الارتكاس قليل أو غير موجود ولا يوجد ترميم فتنكمش الألياف القريبة و تلتصق .

المظاهر السريرية :

عمر المريض عادة بين ٤٥-٦٥ سنة

إذا كان التمزق جزئيا فهو إما (١) يشفى تدريجيا بشكل كامل , أو (٢) يتحسن جزئيا و لكن يبقى قوس الألم موجودا عند التباعد , أو (٣) يتطور تدريجيا تجمد الكتف .
إذا كان التمزق كاملا فإن الألم يزول حالا ولكن يبقى ضعف في التباعد وتعود باقي الحركات .

لا يكون تجمد الكتف أبدا أحد عقابيل التمزق الكامل

يتوضع المضض مباشرة تحت قمة النتوء الأخرمي

في الإصابة الحديثة يكون التباعد الفعال متحدد بشدة و مؤلم و كذلك المنفعل ويحاول المريض مقاومته نتيجة الألم وهذه العلامات واحدة في التمزق الجزئي و الكامل وللتفريق بينهما نزيل الألم بواسطة حقنة من المخدر الموضعي فإذا استطاع المريض القيام بعملية التباعد الفعال فالتمزق جزئي .

بعد مرور عدة أسابيع على الإصابة يصبح التفريق بين النوعين سهلا ففي التمزق الكامل يزول الألم مع عدم إمكانية التباعد الفعال ولكن التباعد المنفعل ممكن و عند إبقاء الساعد مرفوع أكثر من زاوية قائمة يستطيع المريض المحافظة على التباعد باستعمال العضلة الدالية (تباعد عجائبي) وعندما يحاول انزالها ببطء تهبط بسرعة و فجأة (علامة هبوط الذراع) .

الصورة الشعاعية :

يثبت التمزق أو ينفي بإجراء صورة ظليلة للمفصل وحديثا بإجراء M.R.I .

في التمزق القديم يشاهد رأس العضد عالي بالنسبة للجوف الحقاني (تحت خلع لرأس العضد) .

العلاج :

في المرحلة الحادة : العلاج محافظ (١):الحرارة التي تعتبر مهدئة

(٢): التمارين (٣): حقن مخدر موضعي في المنطقة المصابة

بعد ثلاثة أسابيع : في التمزق الكامل خاصة عند صغار السن و الفاعلين يجب ترميمه للتخلص من الألم أكثر منه بسبب النقص في الوظيفة وكلما بكرنا كان ذلك أفضل وذلك لتجنب الانكماش والالتصاقات الليفية

العمل الجراحي مضاد استطباب عند المسنين و قليلي الحركة .

٤- التهاب المحفظة الالتصاقي (تجمد الكتف) :

اضطراب مجهول السبب و من المحتمل أن تبدأ العملية بنفس الطريقة في التهاب الوتر المزمن ولكنها تمتد لتصيب داخل أوتار الثنية التي تصبح ثخينة و متوعية و مرتشحة بالمفوايات و الخلايا البلاسمية وهي تلتصق إلى رأس العضد و للأجواف تحت المفصالية للمحفظة وقد يتغير الغشاء الزليلي نتيجة الالتصاقات

تعلل هذه الاصابة بأنها استجابة مناعية ذاتية لمنتجات تحرب الأنسجة الواسع .

المظاهر السريرية :

عمر المريض ٤٠-٦٠ سنة , يصيب الرجال والنساء بالتساوي .

يحدث تحديدا في جميع حركات المفصل مع ألم عام فيه .

توجد ثلاثة أطوار للمرض يستمر كل واحد منها عدة أشهر

(١) : ازدياد الألم و التيبس

(٢) : نقص الألم مع بقاء التيبس

(٣) : عودة الحركة غير المؤلمة

الصورة الشعاعية :

الصورة الشعاعية طبيعية أو تنقص الكثافة العظمية في الحدة الكبيرة للعضد .

العلاج :

يهدف العلاج المحافظ إلى تخفيف الألم و الوقاية من زيادة التيبس بمضادات الالتهاب و المسكنات في انتظار التحسن العفوي .

من المهم إفهام المريض أن التحسن أكيد

التشجيع على القيام بالتمارين البندولية (حركة بندول الساعة)

حقن الكورتيزون مع المخدر الموضعي بشكل موضع

وأخيرا حقن المصورة الغنية بالصفائح (P.R.P) في الحالات المعندة

٥- تمزق وتر العضلة ذات الرأسين :

يحدث انقطاع في الوتر الطويل نتيجة احتكاكه بمنقار عظمي في الكتف المصاب باستحالة تنكسية أو بالتهاب رثواني للغمد الوتري ويعتقد معظم الجراحين أن التمزق يحدث في المنطقة المصابة بنقص توعية نتيجة الاستحالة بالمقارنة مع تلك التي تحدث في وتر فوق الشوكية .

المظاهر السريرية :

دائما المريض مسن فوق الخمسين سنة وأثناء حمله لشيء ثقيل نسبيا يشعر بالتمزق

يكون الكتف طبيعي المظهر ولكنه يصبح مؤلما لفترة معينة حيث تتأثر الحركة

حالما يختفي الألم تعود الحركة لطبيعتها

تظهر كتلة العضلة أسفل الذراع وتسمى علامة القرص Bunching في ذات

الرأسين ولاتتوتر العضلة أثناء وضعها بوضعية العمل

العلاج :

مسكنات و مضادات الالتهاب أثناء الألم .

لا تستطب الجراحة في معظم الحالات ولكن في حالات نادرة قد يخاط الجزء المحيطي من الوتر بالميزابة العظمية لذات الرأسين .

إعداد الدكتور هيثم أشقر

ماجستير في الجراحة العظمية

آفات المرفق :

١- مرفق التنس :

سبب هذه الاصابة غير معروف و نادرا ما تعزى للعب التنس وأغلب الحالات تعزى للرضوض الصغيرة المتكررة لمنشأ العضلات الباسطة للمعصم مع تشكل الالتصاقات .

المظاهر السريرية:

الحدوث تدريجي عادة و نادرا ما يكون مفاجئ ويشكو المريض من ألم أثناء قيامه ببعض الحركات كسكب الشاي و تدوير يد الباب القاسية و المصافحة أو التعلق و الساعد بوضعية الكب توجد ثلاث علامات فيزيائية :

١-المضض الموضعي فوق اللقيمة الوحشية للعضد

- ٢- ألم عند التمطيط المنفعل وذلك بجعل المرفق مستقيماً و الساعد بوضعية الكب و الأصابع معطوفة باتجاه الراحة
- ٣- ألم عند التقلص مع وجود مقاومة (بالوضعية السابقة يحاول المريض بسط المعصم ضد مقاومة)

العلاج :

- ١- تحقن المنطقة الممضعة بخليط من ١٪ ليدوكائين مع ميتيل بريدنيزولون وعند تحسن الحالة و بدون شفاء يعاد الحقن بعد ٣ أسابيع .
- ٢-العلاج الفيزيائي :التدليك العرضي و هو مؤلم و يمكن استعمال الأمواج فوق الصوتية .
- ٣- المناورات (التحريك) : يبسط المرفق بقوة و الساعد بوضعية الكب و المعصم معطوف باتجاه الراحة .
- ٤- الراحة : يراح الطرف على و شاح أو جبيرة
- ٥- العمل الجراحي :يحتاج قليل من الحالات لعمل جراحي حيث نقوم بنقل العضلات الباسطة إلى اللقمة الوحشية و يقطع الرباط الحلقي .

٢- مرفق لاعب الغولف:

و هو مشابه لمرفق التنس و لكن يصاب منشأ القابضات من اللقيمة الأنسية للعضد و العلاج مشابه

٣- الأجسام الحرة في المرفق :

تتضمن الأسباب المحتملة مايلي :

الرضوض :الكسور , الخلع , الرضوض الصغيرة المتكررة قد تؤدي إلى انفصال قطعة صغيرة من العظم و دخولها إلى المفصل وإن التهاب العظم و الغضروف المشرح قد يكون ذو منشأ رضي و هو انفصال قطعة من رؤيس العضد capitulum

الاستحالة : قد ينفصل منقار عظمي في التهاب المفاصل التنكسي

الالتهاب : توجد أجسام ليفية حرة كثيرة في الأمراض الالتهابية

المظاهر السريرية :

نادرا ما يمكن جس الجسم الحر و عند حدوث الاستحالة التنكسية فإن
أغلب الحركات تتحدد

الصورة الشعاعية :

تكشف الصورة الشعاعية الجسم الحر في معظم الحالات وفي بعض
الحالات كما في التهاب العظم و الغضروف المشرح قد يبدو مكان
خروج الجسم الحر من العظم .

العلاج :

عمل جراحي لنزع الجسم الحر.

٤- الاستحالة التنكسية للمرفق :

قد تنجم الاستحالة التنكسية للمرفق عن تخرب السطح المفصلي و
احتواء المفصل على جسم حر أو قد يتلو كسر شديد .
المظاهر السريرية :

الأعراض خفيفة وقبل حدوث التيبس تبقى غير ملاحظة و قد يحدث
تضخم بالمفصل و لكن لا يوجد ضمور أو مضمض .
الصورة الشعاعية :

تبدي :

١- نقص المسافة المفصلية .

٢- تصلب عظمي على حواف المفصل و تشكل المناقير .

٣- وقد يشاهد واحد أو أكثر من الأجسام الحرة.

العلاج:

نادرا ماتحتاج الاستحالة في حد ذاتها للعلاج

يجب نزع الأجسام الحرة إذا وجدت و سببت الانعقال

عند وجود أعراض شلل عصب زندي يجب تحرير العصب و نقله
للأمام

٥- التهاب مفصل المرفق الرثياني :

يصاب المرفق في ٥٠٪ من المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الرثياني المتعدد
المظاهر السريرية :

في المراحل الباكرة بسبب التهاب الغشاء الزليلي يحدث الألم و الموض خاصة
فوق المفصل الكعبري العضدي و بعد ذلك يصبح كل المرفق متورم و متيبس
و على كل حال إذا كان التهدم العظمي شديدا فإن تمزق المحفظة و عدم الثبات هي
أكثر الاختلاطات حدوثا .

الصورة الشعاعية :

تبدي الصورة الشعاعية التآكل العظمي و التخرب التدريجي لرأس الكعبرة و توسع
الحفرة لرأس الزند .

العلاج :

بالإضافة للعلاج العام يجب و ضع المرفق على جبيرة أثناء المرحلة الحادة لالتهاب
الغشاء الزليلي و للالتهاب المزمن و المؤلم

مع صورة شعاعية تبدي تخرب عظمي فإن استئصال رأس الكعبرة مع اجراء
استئصال غشاء زليلي جزئي يعطي نتائج جيدة

إذا كان المفصل غير ثابت يفضل إجراء تبديل مفصل كامل .

إعداد الدكتور هيثم أشقر

ماجستير في الجراحة العظمية

أمراض الرسغ واليد

١- داء دوكيرفان (التهاب غمد الأوتار المضيق) :

يعتبر من أمراض النفق الوتري حيث يتسكك الغمد الذي يحوي وتر مبعده الابهام الطويلة و باسطة الابهام القصيرة .

تشيع هذه الاصابة عند النساء بين ٤٠-٥٠ سنة

الشكاية :

ألم في الناحية الكعبرية للرسغ و يسوء هذا الألم بعد بعض الأفعال كحياكة الصوف .

الفحص :

تشاهد كتلة صغيرة في الطرف الكعبري فوق الرسغ ب ٢ سم على الناتئ الابري للكعبرة و تجس الكتلة بقساوة عظمية و قد يعتقد أنها عبارة عن عرن عظمي و لكن الصورة الشعاعية طبيعية دائما .

يتوضع الموضع فوق الكتلة .

يشعر بالألم عند بسط الابهام ضد مقاومة أو بتقريب الابهام بشكل منفعل عبر راحة اليد.

العلاج :

التطور الطبيعي لهذه الحالة هو أن تشفى عادة عفويا خلال عدة أسابيع.

يمكن تحسين الحالة الباكرة بحقن الكورتيزون في الغمد

تستفيد الحالات المعندة أكثر من التثبيت الطويل المشارك مع الحقن

وأخيرا العمل الجراحي بخزع الغمد و تحرير الأوتار و النتائج فورية .

٢- الاصبع القافز :

يعلق الوتر العاطف للأصابع عند دخوله في غمده وعند البسط بقوة تحصل الحركة مع انفلات (قدح).

الأسباب المتهمه :

(١)- التهاب غشاء الوتر tenosynovitis رضي أو رثواني .

(٢)- تسمك عقدي في الوتر .

(٣)- سماكة في الغمد الليفي .

بوضعية العطف تكون العقيدة حرة ولكن بوضعية البسط تواجه العقيدة صعوبة في دخولها الغمد بالاتجاه البعيد .

المظاهر السريرية :

قد تصاب أي اصبع عند البالغين و لكن أشيعها الاصبع الرابع و الوسطى

يلاحظ المريض أن اصبعه تطق وهي عادة مؤلمة عندما يقوم بعطفها .

وبالتطور تبقى الاصبع بحالة عطف ومع المحاولة بجهد للبسط تصبح مستقيمة فجأة مع ظهور القدح أو تبقى معطوفة حتى تبسط بقوة باليد الأخرى .

يمكن جس عقدة مؤلمة أمام المفصل المشطي السلامي المصاب ويوجد طقة مجسوسة عند تحريك الأصبع .

يصاب الإبهام فقط عند الأطفال وتلاحظ الأم أن الإبهام يبقى منحنيا و كثيرا ما يشخص خطأ على أنه خلع.

العلاج :

في الحالات الباكرة يمكن تحسين الحالة باجراء حقن للميتيل بريدنيزولون بعناية في غلاف الوتر مباشرة عند دخوله الغمد .

تتطلب الحالات المعقدة العمل الجراحي عبر شق عرضي في الثنية الراحية البعيدة أو في الثنية المشطية السلامية للإبهام نزع الغمد الليفي في القسم القريب منه حتى يتحرك الوتر بحرية .

٣- داء دوبيتران :

هو عبارة عن فرط تصنع عقدي و انكماش للصفاق الراجي وهو مرض وراثي جسمي قاهر وهو أكثر شيوعا عند الأوربيين خاصة الانكلوساكسون و حدوثه مرتفع عند مرضى الصرع الذين يتعالجون بالفينوتئين و يترافق أيضا مع تشمع الكبد الكحولي و السل الرئوي والرضوض المتكررة .

وقد وجد أن خطر تعرض العمال ذوي الأعمال اليدوية الشاقة للإصابة ليس بأكبر منه عند الآخرين الذين يعملون في أعمال إدارية .

الآلية المرضية :

ينشأ الصفاق الراجي من قيد القابضات في الرسغ ويمتد بشكل مروحي معطيا انتشارات إلى الأصابع بحدود السلامة الثانية .

يتسمك الصفاق الراجي مقابل الاصبع الرابع عادة ويحدث في البداية تكاثر لصانعات الليف غير الناضجة ثم يتسمك الصفاق و ينكمش فتجعل امتداداته البعيدة الأصابع معطوفة والتصاقها مع الجلد تجعد جلد الراحة .

المظاهر السريرية :

المريض عادة رجل في منتصف العمر

قد يشكو من ألم عند القبضة أو من العقد في راحة اليد وبعد ذلك تصبح الحالة غير مؤلمة و لكن يتطور التشوه ببطء مع ازدياد الاعاقة لقبضة اليد وتصبح الأصابع المعطوفة مزعجة و هناك صعوبة في ترك الأشياء .

تصاب اليدين معا بشكل شبه كامل ولكن إحداهما أكثر من الأخرى

يتجعد جلد راحة اليد ويصبح عقدي و سميك وقد يجس حبل واضح تحت الجلد وإذا امتد هذا الحبل عبر المفصل المشطي السلامي و بين المفاصل السلامية تبقى المفاصل معطوفة .

في الحالات الشديدة يصل رأس الاصبع حتى راحة اليد

لو وجد الانكماش في الأوتار القابضة للأصابع لساعد عطف الرسغ في بسط هذه الأصابع .

العلاج :

يستطب العمل الجراحي في حالات كون التشوه مزعج أو يتقدم بسرعة و الهدف نسبي و ليس التصحيح الكامل :

(١)- خزع الصفاق المغلق :يدخل الخازع تحت الجلد و يخزع الحبل المؤدي للتشوه بعناية في عدة نقاط

(٢)- استئصال الصفاق المحدد : وهي العملية المختارة و قد تحتاج مشاركتها مع خزع الصفاق المغلق عندما يكون التشوه شديدا .

(٣)- استئصال الصفاق الكامل : ولها اختلاطات عديدة بما فيها الورم الدموي وتموت الجلد و الانتان و لاينصح بها .

(٤)- البتر : وهو مستطب أحيانا عند وجود انكماش شديد في المحفظة المفصالية .

٤- داء كاينبوك :

يحدث تموت لاوعائي للعظم الهلالي والسبب غير معروف وقد تكون الرضوض هي السبب المهيء إن كان رض وحيد مميز أو رضوض صغيرة متكررة . ويكون الزند عادة أقصر من الكعبرة وهكذا ينضغط العظم الهلالي على حافة الكعبرة .

ويعرف بأنه حالة من التهاب عظم و غضروف ولكنه يختلف كثيرا عن هذه الحالات لكونه يحدث بعد اكتمال النضج العظمي حصرا .

سريريا :

المريض عادة شاب بالغ يشكو من ألم مع تيبس وبالفحص مضمض موضعي و تحدد في حركة بسط المعصم .

عادة يكون وحيد الجانب .

الصورة الشعاعية :

في البداية تبدي الصورة الشعاعية ازدياد في الكثافة مع ازدياد في تمدد العظم الهلالي و بعد ذلك يبدو العظم مهشما وغير منتظما و بعد ذلك تظهر مظاهر الاستحالة على الرسغ .

العلاج :

يفيد تقصير الكعبرة في الحالات الباكرة أو تطويل الزند لازالة الضغط عن العظم الهلالي .

في الحالات المتقدمة ينصح بتبديل العظم ببدائل صناعية .

وعند حدوث الاستحالة التنكسية في الرسغ فالخيارات هي : وضع الجبائر – استئصال الصف القريب من عظام الرسغ – اجراء الايثاق المفصلي .

٥- تناذر نفق الرسغ (C.T.S.):

شائع عند النساء بنسبة ثمانية إلى واحد و العمر المناسب بين ٤٠-٥٠ سنة وخاصة بعد سن الأمل وعند الأصغر سنا نلاحظ وجود عوامل مؤهبة مثل :

التهاب المفاصل الرثياني و الحمل و الوذمة المخاطية والتهاب أغمدة الأوتار والسكري وضخامة النهايات بالإضافة للتعرض لأذيات في الرسغ بما فيها كسر كوليس , ونادرا خلع العظم الهلالي .

ويبدي التصوير الطبقي المحوري أن النساء ذات نفق رسغي أضيق من الرجال و اللواتي يشكين من تناذر النفق الرسغي يمتلكن أصغر نفق رسغي .

الأعراض :

ألم وخدر على مسير العصب الناصف في اليد .

يستيقظ المريض ليلة بعد ليلة في الساعات الباكرة مع ألم حارقة وخدر و نمل .

قد يشعر المريض بالأصابع متورمة وكل الطرف ثقيل .

إن أرجحة اليد على طرف السرير أو النهوض و المشي يريح من الألم بعد ساعة أو أكثر .

يخف الألم أثناء النهار ماعدا أثناء بعض الأشغال كحياكة الصوف و إمساك الجريدة أو الهاتف المحمول .

قد ينتشر الألم للأعلى إلى الذراع ويوجد تشوش في الحس مع صعوبة في اجراء الحركات الناعمة كالخياطة .

العلامات :

قد تصاب كلا اليدين أو اليد المعتمد عليها ويمكن إثارة التبدلات الحسية بوضع المعصم بالعطف وذلك لمدة دقيقة (اختبار فالين) أو بالقرع على الوجه الراحي للمعصم (علامة تينيل) أو بالضغط على الوجه الراحي للمعصم بإبهام اليد لمدة نصف دقيقة (إختبار دوركان) أو بضغط الذراع بجهاز الضغط ويشير المريض لأماكن الخدر وهي الأصابع الثلاثة الأولى و النصف الوحشي للإصبع الرابع وفي الحالات المتقدمة يحدث ضمور في عضلات إلية اليد .

يمكن تشخيص تأذي الحركة في الحالات المتقدمة باختبار التباعد التنافسي الراحي للإبهام .

يمكن تأكيد التشخيص بدراسة الناقلية للعصب الناصف .

العلاج :

في الحالات الخفيفة قد يفيد حقن الميثيل بريدنيزولون في اللقافة العاطفة وعند فشل هذه الطريقة و عدم تحسن الأعراض العصبية

يستطب العمل الجراحي بقطع الرباط الرسغي الأمامي وهكذا يستيقظ المريض بدون ألم ولكن قد لا تتحسن الاصابة العصبية بشكل كامل .

٦- الكيسة المصلية المعصمية :

تنشأ الكيسة الصغيرة من مادة المحفظة المفصلية أو من اللقافة الليفية للأوتار وتتوسع هذه الكيسات من المحتمل بعد الرضوض و تؤدي لظهور الكيسة الكبيرة و قد يصبح لها امتدادات كاذبة و تحتوي على سائل لزج

سريريا :

المريض عادة يافع ويأتي للطبيب بسبب وجود كتلة غير مؤلمة و أحيانا هناك ألم خفيف .

الكتلة واضحة الحدود كيسية القوام غير ممضة و قد تكون شفافة على الضوء و قد تكون متوترة

ظهر المعصم هو المكان المفضل لظهورها

ضغط الكتلة قد يؤدي لاختفائها و لكن النكس شائع

العلاج :

يمكن بزل الكيسة و حقن الكورتيزون فيها و لكن أفضل طريقة للعلاج استئصالها الجراحي .

الدكتور هيثم أشقر

مع تمنياتي بالتوفيق