

NEKRÓZA ŠLIACH PO APLIKÁCIÍ KORTIZONOIDOV PRI SYNDRÓME KARPÁLNEHO KANÁLA

Jaroslav CIGAŇÁK, Ľubomír PETRÁŠ, Jozef KONEČNÝ, Július PALAJ

(Z chirurgického oddelenia Nemocnice v Bojniciach, NsP Prievidza, primár MUDr. J. Konečný)

Autori referujú o nekrotickom rozpade flexorov pri syndróme karpálneho kanála u 65 ročnej pacientky, u ktorej bol aplikovaný do karpálneho kanála kortikozonoid 3-krát v mesačných intervaloch. Následná rekonštrukcia šliach a rehabilitácia priniesli uspokojivý výsledok. Píšu o význame kortikozonoidov v liečbe syndrómu karpálneho kanála. Konštatujú dominantné postavenie chirurgickej liečby pri liečení syndrómu karpálneho kanála.

Kľúčové slová: karpálny kanál – kortikosteroidy – nekróza šliach.

Konzervatívna liečba **syndrómu karpálneho kanála (SKK)** má svoje indikácie i odporcov, ktorí uznávajú predovšetkým chirurgickú dekompresiu karpálneho kanála. Jednou z možností konzervatívnej liečby je **aplikácia kortikozonoidov** do karpálneho kanála v nádeji, že antiflogistický účinok zlepší stav a spôsobí ústup subjektívnych ťažkostí. *McConnel* udáva, že úloha kortikozonoidov pri SKK. by sa mala obmedziť na tieto prípady (1):

1. Ako diagnostická pomoc u pacientov, u ktorých sú symptómy atypické.
2. Ako dočasná liečba u pacientov s ťažkými symptómami, ktorí čakajú na chirurgický zákrok.
3. U pacientov, u ktorých sa dá očakávať spontánna remisia.
4. Ako definitívna liečba u pacientov, ktorí sa nechcú dať operovať.

Weiss a spoluprac. (1994) referujú o 76 prípadoch aplikácie kortikozonoidov pri SKK., pričom iba 10 pacientov po 11 mesiacoch nemalo ťažkosti (2). Aplikácia kortikozonoidov má i svoje riziká v možnom poškodení n. medianus i v nekróze šliach flexorov ruky.

Kazuistika

Pacientka O. M., narodená v r. 1932, utrpela trieštivú zlomeninu distálnej časti rádia v r. 1995. Po jej zhojení a ukončení rehabilitácie pretrvávala bolesť s vystreľovaním do ukazováka i palca postihnutej ruky s ľahkou hypotrofiou tenaru. Stav hodnotil traumatológ ako poúrazový SKK a po dvoch rokoch od úrazu 3x v mesačných intervaloch aplikoval do karpálneho kanála 1 ml Diprophos (obsahuje 7 mg betametazónu). Mesiac od poslednej injekcie kortikozonoidu sa postupne rozvinula klinicky výrazná ruptúra ohýbačov ukazováka i III. prsta pravej ruky, zvýšila sa bolesť a obmedzila hybnosť IV. i V. prsta pravej ruky. Operácia bola urobená v marci 1997. Bolo preťaté ligamentum carpi transversum – našiel sa nekrotický rozpad šliach oboch ohýbačov ukazováka, ako aj oboch ohýbačov III. prsta s defektami v týchto šľachách asi 6 – 7 cm. Nekroticky bola rozpadnutá i šľacha m. palmaris longus a prítomná bola jemná okrajová nekróza aj šľachy m. flexor pollicis longus. Do defektu šľachy hlbokého ohýbača ukazováka bola interponovaná šľacha m. palmaris longus z ľavej ruky a do defektu hlbokého ohýbača III. prsta bolo interponované reziduum šľachy povrchového ohýbača pre tento prst. Po trojtýždňovej imobilizácii nasledovala polročná rehabilitácia, po ktorej viazla na ukazováku flexia s deficitom do dlane 3 cm. V septembri v r. 1997 sa urobila adhéziolýza rekonštruovanej šľachy ohýbača uka-

zováka. Po následnej rehabilitácii ostalo obmedzenie terminálnej flexie ukazováka do dlane 1 cm. Napriek makroskopickej celistvosti n. medianus pretrvávajú intermitentne ľahké parestézie ukazováka i palca pravej ruky. Pacientka už pred adhéziolýzou dokázala pliesť.

Diskusia a záver

Kortikozonoidy v liečbe SKK majú svoje miesto a ich aplikácia si vyžaduje správnu indikáciu i techniku. Odporúča sa vo všeobecnosti aplikovať ich chirurgom, ktorí majú skúsenosti i s chirurgickou liečbou SKK (3, 4, 5). *Seror* (1992) referuje o 56 pacientoch, u ktorých sa podal kortikozonoid pri SKK (6). Uvádza, že u všetkých nastalo zlepšenie za jeden mesiac od aplikácie, avšak symptómy sa vrátili o 6 až 12 mesiacov po aplikácii kortikozonoidu. Naopak, u skupiny 33 pacientov po chirurgickom uvoľnení n. medianus rapidne zlepšenie pretrvávalo aj po 1 roku po chirurgickom výkone. Riziko nekrózy šliach po aplikácii kortikozonoidov je všeobecne známe v traumatológii i ortopédii a aplikujúci lekár si ho musí byť vedomý (7, 8, 9). Je len samozrejme, že sa musí vyhnúť aplikácii kortikozonoidu intratendinózne.

Literatúra: 1. *McConnel, J. R., Bush, D. C.:* Intraneural steroid injection as a complication in the management of carpal tunnel syndrome. A report of three cases. *Clin. Orthop*, 250, 1990, č. 1, s. 181–184. 2. *Weiss, A. P., Sachar, K., Gendreau, M.:* Conservative management of carpal tunnel syndrome: a reexamination of steroid injection and splinting. *J Hand Surg*, 19, 1994, č. 3, s. 410–415. 3. *Irwin, L. R., Beckett, R., Suman, R. K.:* Steroid injection for carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg*, 21B, 1996, č. 3, s. 355–357. 4. *Kaplan, S. J., Glickel, S. Z., Aeton, R.G.:* Predictive factors in the non-surgical treatment of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg-Br*, 15, 1990, č. 1, s. 106–108. 5. *Matulová, H., Para, F., Kyrál, V.:* The effect of corticoid injections in relation to the duration of the disease and distal motor latency in the carpal tunnel syndrome. *Sb Ved Pr Lek Fak Karlovy Univerzity, Hradci Králové, Suppl.*, 32, 1989, č. 5, s. 589–596. 6. *Seror, P.:* Nerve conduction studies after treatment for carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Br*, 17, 1992, č. 6, s. 641–645. 7. *Stahl, S., Yarmitsky, D., Volpin, G., Fried, A.:* Conservative therapy in carpal tunnel syndrome. *Harefuah*, 130, 1996, č. 4, s. 241–245. 8. *Urbaniak, J. R., Desai, S. S.:* Complications of nonoperative and operative treatment of carpal tunnel syndrome. *Hand Clin*, 12, 1996, č. 2, s. 325–335. 9. *Fredberg, U.:* Local corticosteroid injection in sport: review of literature and guidelines for treatment. *Scand J Med Sci Sports*, 7, 1997, č. 3, s. 131–139.

Do redakcie došlo: 1. 2. 1998

Adresa autorov: J. C. Nemocničná 2, 972 01 Bojnica

J. Cigaňák, Ľ. Petráš, J. Konečný, J. Palaj: Necrosis of tendons after the application of corticosteroids in the syndrome of carpal tunnel

The authors report on necrotic breakdown of the flexors in the syndrome of carpal tunnel in a 63-year old patient treated with corticosteroids applied into the carpal tunnel three times in 1-month-intervals. Subsequent reconstruction of tendons and rehabilitation were effective. The authors deal with the significance of corticosteroids in the treatment of carpal tunnel syndrome. Surgical treatment is dominant in the therapy of this disease.

DETERMINANTY DĹŽKY PREŽITIA PO RESEKCII PEČENE PRE METASTÁZY KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU

Determinans of survival following hepatic resection for metastatic colorectal carcinoma

Bakalagos, E. A., Kim, J. A., Young, D. C., Martin, E. W.: *World J Surg*, 22, 1998, č. 4, s. 399–405

Resekcia pečene je v súčasnosti jedinou potenciálne kuratívou liečbou pečňových metastáz kolorektálneho karcinómu. Autori z onkochirurgického centra Ohio (USA) v retrospektívnej štúdií 301 pacientov s 345 plánovanými resekciami pečene pre metastázy kolorektálneho karcinómu v r. 1978 – 1993 sa pokúsili identifikovať faktory, determinujúce dĺžku prežitia po operácii. Uskutočnili 245 resekcii jednej metastázy, 45 resekcii dvoch metastáz a 12 resekcii troch metastáz v pečeni. Výsledky: Celkový medián prežitia bol 20,6 mesiacov, operačná mortalita 1,1 %, celková morbidita 17,2 %, priemerná doba hospitalizácie bola 9 dní. Uni- a multivariačnou štatistickou analýzou zistili, že významné faktory, determinujúce dĺžku prežitia boli: a/ distribúcia metastáz (unilokulárna versus multilokulárna $p = 0,0001$), b/

resekcia versus neresekcia ($p = 0,0001$), c/ tumornegatívne versus tumorpozitívne okraje resekcii ($p = 0,001$). Po resekcii unilobárnej metastázy, s tumornegatívnym okrajom resekcii, bolo 5-ročné prežitie v 29 % prípadoch, s mediánom prežitia 35 mesiacov. Osem resekovaných pacientov žije už vyše 7 rokov. Po resekcii bilobárnych metastáz bol medián prežitia signifikantne kratší (17,5 mesiacov). Ostatné faktory nemali vplyv na prežitie po resekcii pečene pre metastázy kolorektálneho karcinómu. Interval po primárnej resekcii kolorekta, štádium primárneho karcinómu kolorekta, veľkosť metastáz, krvná skupina, počet peroperačných transfúzií krvi

Černý



NEOAJUVANTNÁ CHEMOTERAPIA EXTRAHEPATÁLNEHO CHOLANGIOKARCINÓMU

Neoadjuvant chemoradiation for extrahepatic cholangiocarcinoma

McMasters, K. M., Tuttle, T. M., Leach, S. T., Rich, T., Cleary, K. R., Curley, S.: *Amer J Surg*, 174, 1997, č. 6, s. 605–609

Autori z viacerých amerických centier v multicentrickej štúdií 91 pacientov s extrahepatálnym cholangiokarcinómom (51 nere-sekabilných a 40 resekovaných) zistili medián prežitia u resekovaných 22,2 mesiacov, kým u neresekovaných iba 10,7 mesiacov. Predoperačná chemoterapia pozostávala podávaním infúzií počas piatich dní 5-fluorouracilu v dávke 300 mg/deň + von-

kajšia rádioterapia perihilárna, resp. distálna na d. choledochus 1,8 Gy do celkovej dávky 45 – 54 Gy. Z výsledkov vyplynulo, že predoperačná chemorádioterapia je bezpečná, má výrazný protitumorózny účinok a môže predĺžiť dobu prežitia po resekcii extrahepatálneho cholangiokarcinómu.

Černý



KRYOCHIRURGICKÉ ODSTRÁNENIE NÁDOROV PEČENE

Cryosurgical ablation of hepatic tumors

Crew, K. A., Kuhn, J. A., McCarty, T. D., Fisher, T. L., Goldstein, R. M., Preski, H. J. T.: *Amer J Surg*, 174, 1997, č. 6, s. 614–618

Autori z Dallasu v USA uskutočnili kryochirurgickú abláciu primárneho hepatocelulárneho karcinómu alebo metastázy v pečeni u 30 pacientov. Indikáciou boli bilobárne tumory, centrálné nere-sekovateľné tumory, vysoké operačné riziko a tiež okraje pečene po klinovej resekcii, infiltrované malignými bunkami. Diagnóza sa stanovila peroperačným USG vyšetrením, resp. peroperačným histologickým vyšetrením. Komplikácie: peroperačné krvácanie ($n = 5$), 1 biliárna stenóza, 1 poranenie

v. cava inferior, 3 pacienti exitovali v pooperačnom období z iných príčin, nesúvisiacich s operáciou. Doba prežitia po operácii bola 16 mesiacov u 60 % pacientov s primárnym karcinómom pečene, a u 30 % s metastatickými tumormi. Autori zastávajú názor, že kryochirurgická ablácia karcinómu pečene je bezpečná a vhodná u pacientov, nevhodných na resekciiu tumoru.

Černý