

Víceetážová léčba tenosynovitidy de Quervain



MUDr. Miroslav Černý

Neurologicko-pediatrické centrum, Brno

Pokud jste zrovna v zahraničí a někdo vás požádá o pomoc v případě revmatologicko-ortopedického onemocnění, přičemž nejste odborníkem v dané problematice a nemůžete využít doplňkových vyšetření, stáváte se (svým způsobem) opět klinikem, tedy lékařem, spoléhajícím se především na klinické vyšetření. V titulku uvedené onemocnění naštěstí patří k těm postižením, u nichž doplňující diagnostika není většinou nutná. Jde o onemocnění s vyhraněným klinickým nálezem.

Tenosynovitidy vznikají nejčastěji po opakovaných mikrotraumatech způsobených nepřiměřenou zátěží. Provázejí i systémová onemocnění, infekční etiologie je méně častá. De Quervainova tenosynovitida je způsobena stenózující tenosynovitou dlouhého abduktoru a krátkého extenzoru palce (obrázek 1).

Její vznik je výsledkem opakovaných, ne zcela fyziologických pohybů (pletení, šití, spravování rybářských sítí atd.), způsobujících mikrotraumatizaci v dané oblasti. Při palpačním vyšetření dominuje bolestivé zduření postižených šlach s bolestivostí radiální části předloktí a (někdy) drásoty. Finkelsteinův test (flexe palce v dlani, prsty ve flexi kolem palce a ulnární dukce), který provokuje akutní bolest podél šlachy, je natolik charakteristicky pozitivní, že většinou vystačíme pouze s touto klinicky jednoznačnou diagnostikou (obrázek 2).

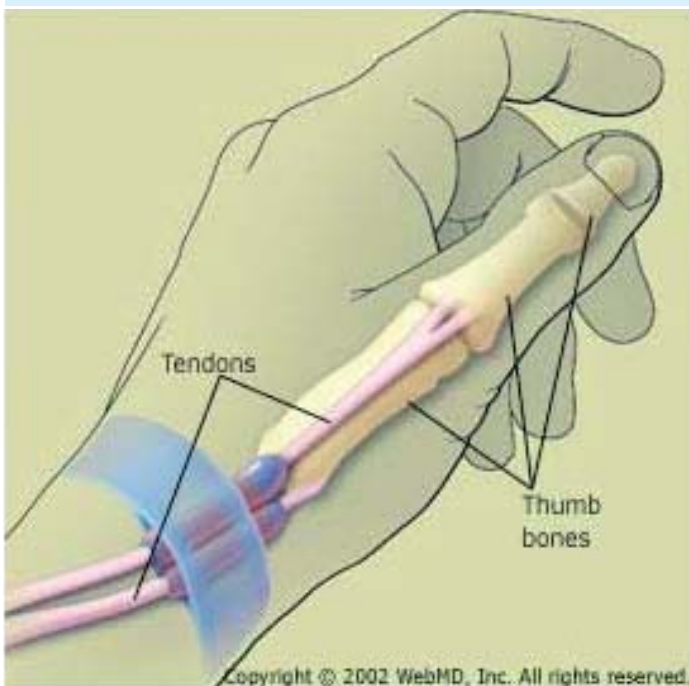


Obrázek 2: Pozitivita Finkelsteinova testu (flexe palce v dlani, prsty ve flexi kolem palce a ulnární dukce) většinou stačí k potvrzení tenosynovitidy de Quervain.

Léčebně se v akutní fázi imobilizuje končetina ortézou, aplikuje se soft laser, dále nesteroidní antirevmatika lokálně, event. obstříky kortikoidy. Pouze výjimečně je nezbytná chirurgická intervence.

Případ rybáře s bolestí radiální částí předloktí

Znali jsme se již několik roků. Tím spíše v rámci jedné z lodních výprav přitáhla mou pozornost nápadná neobratnost jeho pravé ruky při ovládání kormidla, následně při spravování sítí a dalších repetitivních pohybech. Přestože lidé v lokalitě, kde jsem se pohyboval, nemají ve zvyku kontaktovat lékaře pro drobné bolístky (ostatně sídlí většinou daleko), byl jsem prostě „po ruce“, abych pomohl. Mé diagnostické štěstí spočívalo v samém charakteru onemocnění, které většinou nevyžaduje



Obrázek 1: Místo útlaku šlachových pochev – m. abduktor pollicis longus a m. extensor pollicis brevis pod retinaculum extensorum.



Obrázek 3: Přítel-rybář s radostí ukazuje podstatně zlepšený stav pravé ruky po měsíční terapii.

další diagnostická upřesnění. Anamnestické údaje byly jednoznačné, Finkelsteinův test pozitivní, přítomny byly i krepitace při palpaci.

Doporučená léčba byla limitována přípravky, jež byly k dispozici. Nicméně přesto je možné označit tento léčebný přístup termínem víceetážová léčba.

Míníme tím nejen primárně analgetický a protizánětlivý účinek léčiv, ale rovněž jejich léčebné působení, určené na základě vertikální či horizontální topiky (cf. Černý: Léčebný přístup k pacientovi s individuálním algickým syndromem).

Terapeutický protokol:

Guna-Flam (s význačným podílem protizánětlivě působících složek, a tím i akutnějším léčebným účinkem) 2x denně 15 kapek

Guna-Arthro (k potenciaci tenosynoviálního působení Guna-Flam) 2x denně 15 kapek

Oba přípravky užívat současně 6 týdnů (tj. do využívání lahvičky)

MD-Small Joints (z pohledu vertikální topiky postižen i topiky horizontální – preferenční účinek na šlachové pochvy)

1 ampule 1x týdně subkutánně, celkem 3x (po dobu mého pobytu)

Následné šestitýdenní léčebné schéma:

Guna-Arthro Pokračovat ve stejném dávkování

Guna-Matrix (ve vztahu k dextenobiotizaci a k chronicitě procesu) 2x denně 15 kapek

Léčba poté ukončena s konstatováním ústupu i některých dalších symptomů. Zlepšena celková hybnost, menší vliv teplého vlhka na kloubní obtíže v jiných oblastech, zmírnění některých symptomů artrózy atd.



Fritz de Quervain (1868–1940)

Lékař Fritz de Quervain, švýcarský chirurg, byl významným zastáncem komplexního přístupu k pacientovi a jeho léčbě. Svůj život zasvětil studiu štítné žlázy, diagnostice jejího postižení, chirurgickému přístupu, ale rovněž epidemiologii a prevenci onemocnění štítné žlázy (zavedl do praxe využívání jodidované kuchyňské soli).