**Αρθροσκοπικη Υμενεκτομη (Arthroscopic Synovectomy) Μυθοι και Πραγματικοτητες**

Ενα απο τα μεγαλυτερα προβληματα στις ρευματοπαθειες ειναι μια κατάσταση που ονομάζεται υμενίτιδα , όπου οι αρθρική μεμβράνη απελευθερώνει περίσσεια υγρού. Αυτό το υγρό έχει ως στόχο να βοηθήσει να εξορκίσει τις συνέπειες της αυτοανωσης επίθεσης , αλλά στην πραγματικότητa προκαλεί τα κύτταρα του αρθρικού υμένα να αναπτύσσονται και διαιρούνται με παθολογικό τρόπο, μεταβάλλοντας το φυσιολογικά λεπτό αρθρικό υμένα σε παχύ, και έτσι η άρθρωση διογκώνεται και να είναι επώδυνη στην επαφή και την κίνηση. Ο αρθρικός υμένας , που επεκτείνεται στον αρθρικό χόνδρο και το οστούν, είναι γνωστός ως πάννος (pannus). Αυτός εισβάλλει ενεργητικά και καταστρέφει τον χόνδρο και το παρααρθρικό οστούν στα όρια μεταξύ αρθρικού υμένα και οστού. Τα περισσότερο δραστικά κύτταρα είναι οι ινοβλάστες και τα μακροφάγα του αρθρικού υμένα. Καθώς η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα εξελίσσεται, τα κύτταρα που διηθούν τον αρθρικό υμένα επεκτείνονται, εισβάλλουν και διαβρώνουν τους αρθρικούς ιστούς καταστρέφοντας τους χόνδρος και τα οστά. Η φλεγμονή στις αρθρώσεις ξεκινάει από τον αρθρικό υμένα που επενδύει την αρθρική κοιλότητα και  θρέφει τον αρθρικό χόνδρο. Η φλεγμονή οδηγεί στην υπερπλασία του αρθρικού υμένα (γνωστός ως πάννος) ο οποίος εισβάλει, στο χόνδρο, στο υποχόνδριο οστούν, στους συνδέσμους κι είναι υπεύθυνος για τις καταστροφές των αρθρώσεων και τις επακόλουθες παραμορφώσεις αυτών.

Η Ρευματοειδής αρθρίτιδα που επηρεάζει την περιοχή των κλειδωσεων είναι μια προοδευτική διαταραχή που οδηγεί σε πόνο, απώλεια του εύρους της κίνησης, καθώς και λειτουργικές δυσκολίες. Τη φλεγμονώδη αντίδραση, η οποία είναι αγνώστου αιτιολογίας, οδηγεί σε υμενίτιδα, σχηματισμό pannus, και την αρθρική καταστροφή. Ακόμα και όταν το ιστορικό του ασθενούς και η φυσική εξέταση υποδηλώνουν ρευματοειδή, εργαστηριακή αξιολόγηση και ακτινολογική αξιολόγηση συχνά είναι απαραίτητα για να καθοριστεί η διάγνωση. Μη Χειρουργικη διαχείριση είναι η βασική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων - φαρμακολογική και φυσική θεραπεία για ασθενείς με ήπια συμπτώματα και λειτουργικές δυσκολίες. Χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται σε ασθενείς με μεγάλο πόνο και περιορισμό στην λειτουργικοτητα των κλειδωσεων όταν η μη χειρουργική θεραπεία αποτυγχάνει να προσφέρει ανακούφιση. Η εκλογη της χειρουργικης επεμβασης εξαρταται σε πιο σταδιο ευρισκεται η υμενιτιδα και απο τα μεσα που υπαρχουν σε καθε Ιατρικο χωρο.

Πριν υπαρξει καταστροφη του χονδρου και του οστου μπορει να γινει ενας καθαρισμος στην προβληματικη κλειδωση με αρθροσκοπικη χειρουργικη. Η αρθροσκοπική χειρουργική αν και είναι πιο απλή από μία κλασσική επέμβαση, απαιτεί επίσης αναισθησία, ειδικά εργαλεία καθώς και παραμονή (μειωμένη ωστόσο) στο νοσοκομείο. Μπορεί να γίνει με γενική, ραχιαία ή τοπική αναισθησία, αναλόγως την άρθρωση που χειρουργείται ή την αναμενόμενη παθολογία.
Μέσω μικρής τομής στο μέγεθος κουμπότρυπας εισέρχεται το αρθροσκόπιο. Αρκετές τομές του ιδίου μεγέθους μπορεί να γίνουν ώστε να επισκοπηθούν όλα τα σημεία της άρθρωσης ή να εισαχθούν επιπλέον εργαλεία. Με την εισαγωγή κατάλληλων εργαλείων μέσω των προαναφερθεισών τομών μπορεί να επιτελεσθούν και εγχειρήσεις αποκατάστασης.

Αρχικά η αρθροσκόπηση ήταν απλά ένα διαγνωστικό εργαλείο για την προετοιμασία ανοιχτής επέμβασης. Με την ανάπτυξη καλύτερου εξοπλισμού και την πρόοδο των χειρουργικών τεχνικών, όλο και περισσότερες καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπισθούν αρθροσκοπικά οπως η αφαίρεση φλεγμονώδους υμένα από διάφορες αρθρώσεις (υμενεκτομή)

 Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί τα τελευταία 30 χρόνια στην αρθροσκοπική χειρουργική. H αρθροσκόπηση άλλαξε σταδιακά από ένα διαγνωστικό σε ένα θεραπευτικό εργαλείο

Ενδοσκοπική χειρουργική (δηλαδή, ενδοσκοπική και αρθροσκοπική χειρουργική επέμβαση), προσφέρει τα πιθανά πλεονεκτήματα της άμεσης απεικόνισης των δομών, βελτιωμένη αξιολόγηση του αρθρικού χόνδρου, λιγότερη μετεγχειρητική νοσηρότητα, πιο γρήγορη λειτουργική αποκατάσταση, οππου ο ασθενης μπορει να επανελθει στην φυσιολογικη του ζωη πιο γρηγορα.

Υμενεκτομη(Bursectomy, synovectomy) για διατήρηση του Χόνδρου ενδείκνυται για ασθενείς με ενεργό κυρίως υμενίτιδα χωρίς στοιχεία εκτεταμένης αρθρικής καταστροφής. Αν και η κοινή Υμενεκτομη débridement μπορεί να παρέχει συμπτωματική ανακούφιση σε ασθενείς με διόγκωση των μαλακων ιστών και με αποδεικτικά στοιχεία φλεγμονής, σπάνια οδηγεί σε σημαντική αύξηση της κινητικοτητας της κλειδωσης. Συνηθως ομως βελτιωνεται και κυριως φευγει ο πονος και η φλεγμονη. Υμενεκτομη (Synovectomy) επίσης μπορεί να γίνει σε ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη υμενίτιδα, σε μια προσπάθεια να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της Υμενεκτομης( synovectomy) γενικά εξαρτώνται από το βαθμό συμμετοχής του αρθρικού χόνδρου, τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται σε ασθενείς σε πρώιμο στάδιο. Υμενεκτομη (Synovectomy) μπορεί να είναι είτε ανοικτή ή αρθροσκοπική, με επιτυχή επιστροφή σε ελεύθερη απο πόνο κίνηση έως 80% των ασθενων.

Με τις καινουργιες εξελιξεις στην αρθροσκοπικη χειρουργικη ειναι δυνατο να γινει με μεγαλη επιτυχια καθαρισμος και υμενεκτομη των κλειδωσεων - μεγαλων κλιδωσεων οπως γονατο, ωμος, ισχιο και τωρα προσθεθηκε η δυνατοτητα παρομοιων εγχειρησεων σε μικρες κλειδωσεις οπως την ποδοκνημικη, την πηχαιοκαρπικη, την αγκωνα ακομα και το μεγαλο δακτυλο του ποδιου. Αυτο εγινε δυνατο με την δημιουργια μικρου αρθροσκοπιου και την δημιουργια μικρων εργαλειων. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή κοινή χειρουργική επέμβαση που απαιτεί μεγάλες τομές για να εκθέσει την άρθρωση, αρθροσκόπηση χρησιμοποιεί μικρά ανοίγματα eξαλείφοντας την ανάγκη για μεγάλες τομές.Ετσι η αρθροσκόπηση μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης και πρήξιμο και είναι συχνά μια «αυθημερόν» διαδικασία που επιτρέπει στον ασθενή να επιστρέψουν στο σπιτι τους μετά από μια χειρουργική επέμβαση την ιδια μερα.



Ασφαλως το τελικο αποτελεσμα μιας τετοιας επεμβασης – Αρθροσκοπικης υμενεκτομης εξαρταται απο την ομαδικη προσπαθεια ολων των εμπλεκομενων – ασθενη, τον Ρευματολογο, τον Ορθοπεδικο χειρουργο και τον Φυσιοθεραπευτη με ιδιαιτερο ενδιαφερον στις ρευματοπαθειες. Ο Ρευματολογος παιζει μεγαλο ρολο σε μια τετοια επεμβαση ωστε ασθενης να ειναι στην καλυτερη αντιφλεγμονωδη κατασταση απο αποψεως φαρμακευτικης αγωγης. Σε μερικες περιπτωσεις, μετεγχειρητικα θα χρησιμοποιηθει παθητικη κινητοποιηση με μηχανες και η παραμονη στην κλινικη μπορει να ειναι μεγαλυτερη απο μια μερα. Θα πρεπει να ακολουθηθουν αυστηρα πρωτοκολλα αποκαταστασης ωστε να παρουμε το καλυτερο δυνατο αποτελεσμα.

Αρθροσκοπικη υμενεκτομη μπορει να χρησιμοποιηθει και σε λαχνοοζώδης υμενίτιδα κυριως στην εντοπισμένη μορφή. Η διάχυτη μορφη πιθανως να χρειαστει ανοικτη υμενεκτομη.

Επαναλαμβανω οτι πανω απο 80% των ασθενων θα εχουν μια επιτυχή επιστροφή με κινηση χωρις πονο στην κλειδωση, με λιγότερη μετεγχειρητική νοσηρότητα και πιο γρήγορη λειτουργική αποκατάσταση.

**Βιβλιογραφια . References**

1. **Pigmented Villonodular Synovitis** Wakenda K. Tyler, MD, MPH Armando F. Vidal, MD Riley J. Williams, MD John H. Healey, MD.  ***J Am Acad Orthop Surg 2006;14:376-385***
2. **Rheumatoid Arthritis of the Shoulder** *Andrew L. Chen, MD, MS, Thomas N. Joseph, MD, and Joseph D. Zuckerman, MD.* ***J Am Acad Orthop Surg 2003;11:12-2***
3. **Surgical Management of the Rheumatoid Elbow** *Jeffrey I. Kauffman, MD, Andrew L. Chen, MD, MS,Steven Stuchin, MD, and Paul E. Di Cesare, MD***J Am Acad Orthop Surg 2003;11:100-108**
4. **Rheumatoid Arthritis of the Hip** *Paul F. Lachiewicz, MD* **J Am Acad Orthop Surg 1997;5:332-338**
5. **The Rheumatoid Wrist** Steven R. Papp, MD, MSc,FRCSCGeorge S. Athwal, MD, FRCSCDavid R. Pichora, MD, FRCSC. **J Am Acad Orthop Surg 2006;14:65-77**
6. **Advancements in Ankle Arthroscopy** C. Niek van Dijk, MD, PhD Christiaan J. A. van Bergen, MD

 ***J Am Acad Orthop Surg 2008;16:635-646***

1. **Wrist Arthroscopy:Principles and Clinical Applications** *Ranjan Gupta, MD, David J. Bozentka, MD, and A. Lee Osterman, MD.* **J Am Acad Orthop Surg 2001;9:200-209**
2. **Rheumatoid Arthritis of the Foot and Ankle** *Richard V. Abdo, MD, and Louis J. Iorio, MD*
3. ***J Am Acad Orthop Surg 1994;2:326-332***
4. **Advances in Wrist Arthroscopy** Jennifer Moriatis Wolf, MD Alex Dukas, MA Michael Pensak, MD

 **J Am Acad Orthop Surg 2012;20:725-734**