

Αντιμετώπιση
επικονδυλίτιδας
με αποκόλληση
μυός

Ορθοπαιδική χειρουργική

Αντιμετώπιση της επικονδυλίτιδας με αποκόλληση μυός



Ελληνική Εταιρεία
Αρθροσκόπησης,
Χειρουργικής Γόνατος &
Αθλητικών Κακώσεων
«Γεώργιος Νούλης»

www.eae-net.gr

Ταχ. Διεύθυνση:
ΤΘ 17114, 10024 Αθήνα
Τηλ.: 210 7230601
Κάθε Πέμπτη
17:00-22:00



Persomed Editions

2 rue de la Concorde
68000 Colmar, France
Tel. : +33 (0)3 89 41 39 94
www.persomed.com

Σύνταξη: *P. Simler*

Εικόνες: *J. Dasic*

Μετάφραση: *Μ. Σαλταγιάννη*

Επιμέλεια: *Ν. Τζανακάκης*

Ε. Αντωνογιαννάκης

Με την ευγενική χορηγία των:



Ορθοπαιδικός Χειρουργός:

**Μέλος Ελληνικής
Αρθροσκοπικής Εταιρείας**

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας του. Κάθε ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλες τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν για την αντιμετώπιση του προβλήματός του, τα πιθανά οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους σε κάθε περίπτωση.

Κυρίες, κύριοι

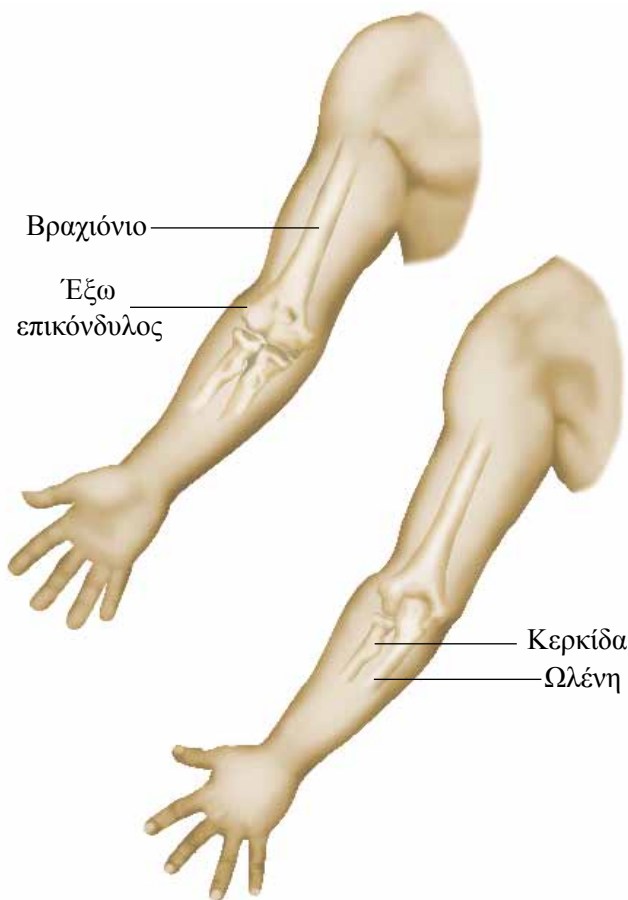
Στόχος αυτού του φυλλαδίου είναι να δώσει απαντήσεις σε κάποιες από τις απορίες σας. Ωστόσο, αναφέρει γενικές οδηγίες. Δεν υποκαθιστά τις οδηγίες του γιατρού σας για την προσωπική κατάσταση της υγείας σας.

Ποιό μέρος του σώματος ;

Ποιά η χρησιμότητα αυτού του μέρους του σώματος ;

Ο **αγκώνας** επιτρέπει τις κινήσεις κάμψης και έκτασης του βραχίονα, καθώς και τις στροφικές κινήσεις του χεριού.

Είναι μια **άρθρωση**: περισσότερα οστά συνδέονται μεταξύ τους, για να επιτρέπεται η κίνηση τους προς όλες τις κατευθύνσεις.



Από τι αποτελείται ;

Η άρθρωση του αγκώνα αποτελείται από τρία οστά: το **βραχίονιο**, που ενώνει τον ώμο με τον αγκώνα, την **ωλένη** και την **κερκίδα**, τα οποία ενώνουν τον αγκώνα με τον καρπό.

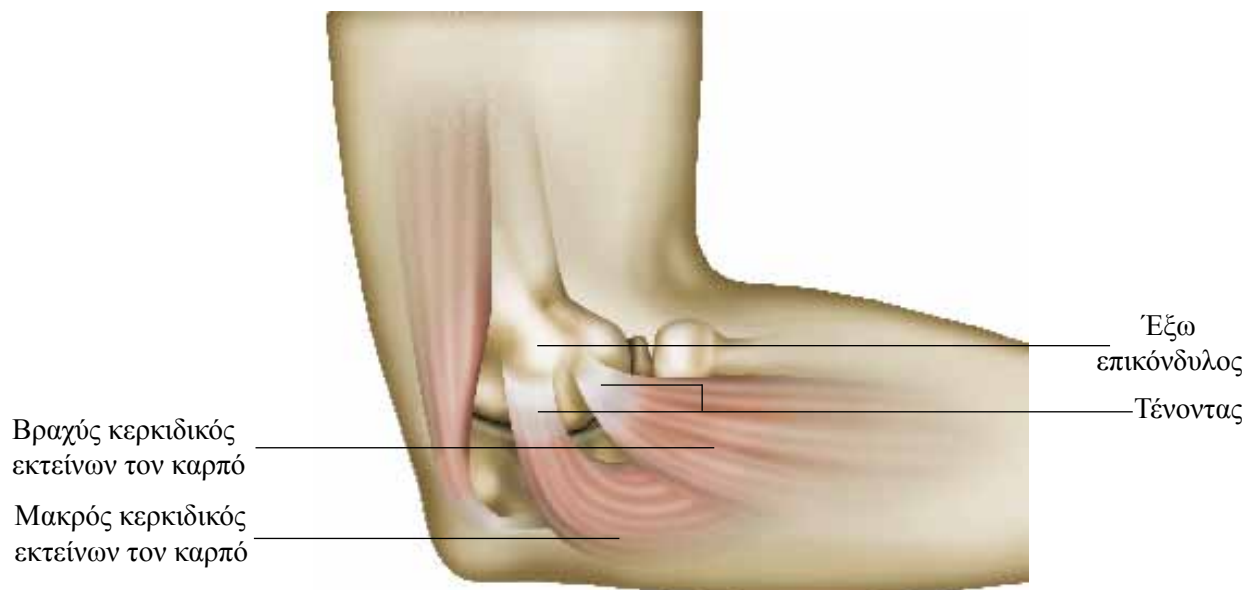
Μια λεπτή μεμβράνη (ο **αρθρικός υμένας**) καλύπτει και προστατεύει το εσωτερικό της άρθρωσης. Ο υμένας εκκρίνει ένα λιπαντικό υγρό, που μειώνει τις τριβές μεταξύ των οστών κατά την κίνησή τους.

Συγκεκριμένοι μύες ενώνουν τον αγκώνα με τα οστά του άκρου χεριού (τα **μετακάρπια**) : ο **μακρός κερκιδικός εκτείνων τον καρπό** και ο **βραχύς κερκιδικός εκτείνων τον καρπό**.

Οι **τένοντες** λειτουργούν ως προσφύσεις των μυών στα οστά.

Όταν σηκώνετε το άκρο χέρι προς τα πάνω, οι εκτείνοντες μύες συστέλλονται και κονταίνουν. Τραβούν τους τένοντες, οι οποίοι με τη σειρά τους τραβούν τα οστά : ο καρπός λυγίζει.

Στο ύψος του αγκώνα, οι τένοντες στηρίζουν τους εκτείνοντες μύς σε μια μικρή προεξοχή του βραχιονίου, που ονομάζεται **έξω επικόνδυλος**. Είναι το μικρό εξόγκωμα που μπορείτε να αισθανθείτε στην εξωτερική επιφάνεια του αγκώνα.



Γιατί χρειάζεται θεραπεία ;

Ποιό είναι το πρόβλημα ;

Όταν λυγίζετε τον καρπό σας προς τα πάνω, οι εκτεινόντες μύες συστέλλονται και κονταίνουν. Όταν, αντίθετα, τεντώνετε τον αγκώνα σας, αυτοί οι μύες μακραίνουν.

Έτσι, εάν λυγίζετε (**κάμψη**) και τεντώνετε (**έκταση**) τον αγκώνα σας την ίδια στιγμή που λυγίζετε και τεντώνετε τον καρπό σας, οι μύες χρειάζεται να εκτελέσουν δύο αντιθετικές κινήσεις.

Η κίνηση αυτή είναι φυσιολογική, όταν, ωστόσο, είναι επαναλαμβανόμενη, οι μύες επιβαρύνονται και πιέζουν το οστό στο ύψος των τενόντων. Οι τένοντες φθείρονται και ερεθίζονται (**φλεγμονή**).

Αυτή η **τενοντίτιδα** του αγκώνα, ονομάζεται **επικονδυλίτιδα**, ή **«αγκώνας των τενιστών»**, διότι η πάθηση πλήττει συχνά τους τενίστες.

Ποιά είναι τα συμπτώματα ;

Ο αγκώνας σας πονάει όταν λυγίζετε και τεντώνετε το βραχίονα και/ή το χέρι σας, όταν εκτελείτε μια κίνηση ή κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Ερεθισμένος
τένοντας



Επικονδυλίτιδα

Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης της επικονδυλίτιδας :

- Εάν ασχολείστε με άθλημα ρακέτας. Σε αυτή την περίπτωση, πρέπει να αποφεύγετε τις λαβές έκτασης του χεριού και τη χρήση ρακέτας με μεγάλη λαβή.

- Εάν είστε άνω των 40 ετών και η εργασία σας απαιτεί επαναλαμβανόμενες κινήσεις του αγκώνα: χειρωνακτική εργασία, σιδέρωμα, καθάρισμα τζαμιών, κτλ.

Τι εξετάσεις χρειάζονται ;

Ο γιατρός πιέζει το σημείο του επικονδύλου, για να διαπιστώσει αν πονάτε.

Στη συνέχεια, σας ζητάει να σηκώσετε τα δάχτυλά σας, ενώ την ίδια στιγμή τα πιέζει προς την αντίθετη κατεύθυνση, ασκώντας αντίσταση. Η κίνηση αυτή ενεργοποιεί τους εκτεινόντες μυς.

Εάν κατά την εξέταση αυτή νιώθετε πόνο, συμπεραίνουμε, συνήθως, ότι το πρόβλημα είναι επικονδυλίτιδα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να υποβληθείτε σε επιπλέον εξετάσεις, για παράδειγμα σε **αξονική τομογραφία**, για να εξετάσουμε εάν η μεμβράνη που καλύπτει την άρθρωση (**αρθρικός υμένας**) συμπιέζεται σε κάποιο σημείο, ή σε **ηλεκτρομυογράφημα**, για να διαπιστώσουμε εάν κάποιο νεύρο συμπιέζεται στην περιοχή του αγκώνα ή του αυχένα.

Και οι δύο αυτές βλάβες, προκαλούν πόνο στον αγκώνα. Μερικές φορές, μπορεί να συνδέονται και με την επικονδυλίτιδα.

Οι διάφορες Θεραπείες

Για τη θεραπεία σας και την καταπολέμηση του πόνου, είναι αναγκαίο να μειώσετε, ίσως και να σταματήσετε τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης και έκτασης. Οι συντηρητικές και χειρουργικές θεραπείες μπορούν να είναι αποτελεσματικές με αυτή την προϋπόθεση.

Εάν η πάθησή σας συνδέεται με την εργασία σας, μπορεί να χρειαστεί να αλλάξετε τις επαγγελματικές σας δραστηριότητες.

Εάν οφείλεται σε άλλες δραστηριότητες που ασκείτε, θα πρέπει να μειώσετε τη συχνότητά τους.

Ποιοί οι κίνδυνοι χωρίς θεραπεία ;

Χωρίς θεραπεία, ο αγκώνας γίνεται συνεχώς πιο επώδυνος. Ο πόνος γίνεται τόσο έντονος, σε σημείο να εμποδίζει την εργασία σας, ιδιαίτερα αν ασκείτε χειρωνακτικό επάγγελμα. Η επικονδυλίτιδα θεωρείται, λοιπόν, επαγγελματική ασθένεια.

Εάν υπάγεστε σε αυτή την κατηγορία, σας συνιστάται η αλλαγή θέσης εργασίας.

Σε κάθε περίπτωση, αρμόδιος για να εκτιμήσει τους κινδύνους από την έλλειψη θεραπείας είναι ο γιατρός σας. Μη διστάσετε να μιλήσετε μαζί του.

Οι συντηρητικές θεραπείες...

Χρειάζεται ανάπαυση και παύση των κινήσεων που προκαλούν πόνο.

Ο γιατρός σας προτείνει αγωγή για τη μείωση του πόνου (**αναλγητικά**), καθώς και φάρμακα που περιορίζουν τον ερεθισμό του τένοντα (**αντιφλεγμονώδη**). Μπορεί να πραγματοποιηθεί απευθείας έγχυση αυτών των φαρμάκων στην άρθρωση (**τοπική έγχυση κορτικοειδών**).

Ορισμένοι γιατροί προτείνουν τη συγκράτηση του βραχίονα με τη χρήση προϊόντων όπως **κηδεμόνας** ή **νάρθηκας** χωρίς, ωστόσο, να αποτελεί κανόνα.

Μερικές φορές, ένας **κινησιοθεραπευτής** συμβάλλει στη θεραπεία, πιέζοντας τον τένοντα (**εγκάρσια μάλαξη σε βάθος**) για να «διαλύσει» του κόμπους που έχουν δημιουργηθεί στο επίπεδο των μυών ή των οστών (**συμφύσεις**). Αυτή η μέθοδος μπορεί στιγμιαία να προκαλεί πόνο, είναι όμως αποτελεσματική για τη μείωση των καθημερινών πόνων.

Με τη χρήση ενέσεων μπορούμε να αναισθητοποιήσουμε την επώδυνη περιοχή (**έγχυση τοπικού αναισθητικού**).

Επίσης, συνιστάται η εφαρμογή πάγου στον αγκώνα.

... και τα όριά τους

Συχνά, οι συντηρητικές θεραπείες αρκούν για την αντιμετώπιση του πόνου, όχι όμως πάντα.

Πότε χρειάζεται επέμβαση ;

Συνήθως, η συντηρητική θεραπεία αρκεί και η χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται σπάνια. Εάν, ωστόσο, μετά από έξι μήνες συντηρητικής θεραπείας, τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, ο γιατρός σας σάς προτείνει χειρουργική επέμβαση.

Οι χειρουργικές θεραπείες...

Υπάρχουν δύο τεχνικές για την αντιμετώπιση της επικονδυλίτιδας :

- Επιμήκυνση του φθαρμένου μυός, ώστε να «τραβάει» λιγότερο το οστό κατά την κίνηση. Πρόκειται για **επιμήκυνση βραχύ κερκιδικού**.

- Απόσπαση του μυός από τον επικόνδυλο. Στην ιατρική γλώσσα, αναφέρεται ως **αποκόλληση μυός**.

Ο χειρουργός επιλέγει την αποκόλληση. Κόβει τον τένοντα στο ύψος του επικονδύλου. Ο μυς διατηρεί τη λειτουργικότητά του, καθώς εξακολουθεί να στηρίζεται στους γειτονικούς μυς και στο σάκο τους (**απονεύρωση**). Καθώς δεν επιβαρύνεται πια το οστό, ο πόνος μειώνεται ή εξαφανίζεται. Είναι η καταλληλότερη τεχνική σύμφωνα με την περίπτωσή σας και τις τεχνικές που εφαρμόζει ο χειρουργός σας.

... και τα όριά τους

Τα αποτελέσματα της επέμβασης δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά ύστερα από τρία ή τέσσερα χρόνια ύπαρξης του πόνου.

Η επέμβαση που σας προτείνουν

Εισαγωγή

Ο χειρουργός προτείνει την απόσπαση του εκτεινόντος μυός από το οστό, κόβοντας τον τένοντα που τον ενώνει με τον επικόνδυλο. Στην ιατρική γλώσσα, η επέμβαση αυτή ονομάζεται **αποκόλληση μυός**.

Η αναισθησία

Πριν την επέμβαση, επικοινωνείτε με τον **αναισθησιολόγο**, ο οποίος προτείνει την κατάλληλη μέθοδο αναισθησίας για εσάς και σας δίνει οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσετε.

Στη διάρκεια της επέμβασης, είτε είστε τελείως «κοιμισμένος» (**γενική αναισθησία**), είτε αναισθητοποιείται μόνο το χέρι σας (**περιοχική αναισθησία του άνω μέρους**).

Στο άνω μέρος του βραχίονα, τοποθετούμε σφιχτά έναν ειδικό επίδεσμο για να σταματήσουμε τη ροή του αίματος (**ίσχειμος περιίδεση**). Ο περιορισμός της κυκλοφορίας του αίματος βελτιώνει την ορατότητα του χειρουργού στην εγχειριζόμενη περιοχή.

Προετοιμασία

Η επέμβαση πραγματοποιείται σε χώρο (**χειρουργείο**), που υπόκειται σε αυστηρούς κανόνες υγιεινής και ασφάλειας.

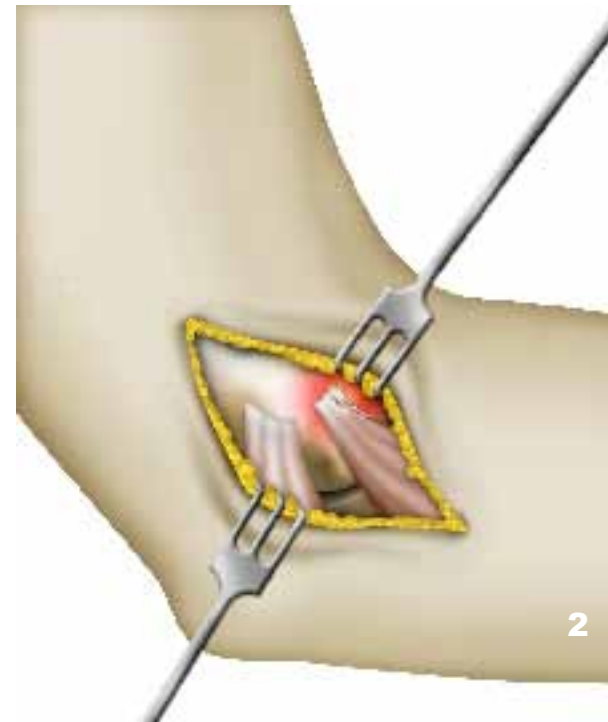
Τοποθετείστε στο χειρουργικό τραπέζι σε ύπτια θέση.

Στη διάρκεια της επέμβασης, ο χειρουργός πρέπει να προσαρμοστεί και πιθανώς να πραγματοποιήσει επιπλέον ενέργειες, που επιμηκύνουν την επέμβαση χωρίς, ωστόσο, να γίνεται πιο δύσκολη ή επικίνδυνη.

Η διάνοιξη

Ο χειρουργός πραγματοποιεί την τομή στην πλάγια επιφάνεια του αγκώνα. Το μέγεθός της είναι 3 έως 10 εκατοστά, ανάλογα με την περίπτωση σας και τις πιθανές επιπλέον ενέργειες στις οποίες χρειάζεται να προβεί.

Στη συνέχεια, ανοίγει το σάκο που προστατεύει τους μυς (**απονεύρωση**) για να φτάσει τους μυς και τους τένοντες.



Η επέμβαση

Ο χειρουργός κόβει σταδιακά τον τένοντα που ενώνει το μυ με το οστό: αποσπά το μυ από το οστό στο οποίο στηρίζεται.

Για να διασφαλίσουν την πλήρη απόσπαση του τένοντα από το οστό, ορισμένοι χειρουργοί αφαιρούν και ένα μικρό τμήμα του επικονδύλου.

Επίσης, μπορεί να ξύσουν ελαφρώς την επιφάνεια του οστού, για να προκαλέσουν μικρή αιμορραγία. Η κίνηση αυτή διευκολύνει την επούλωση του τένοντα στο οστό.

Μερικές φορές, ο βραχύς κερκιδικός εκτείνων τον καρπό, συμπιέζει ένα νεύρο (το **οπίσθιο μεσόστεο νεύρο**), προκαλώντας πόνους. Σε αυτή την περίπτωση, ο χειρουργός κόβει το σάκο (**απονεύρωση**), που περιβάλλει το βραχύ εκτείνοντα μυ, για να ελευθερώσει το νεύρο.

Η τομή σε αυτή την περίπτωση, είναι μεγαλύτερη (περίπου 10 εκατοστά), καθώς ο χειρουργός πρέπει να έχει πρόσβαση στο νεύρο.

Εάν η επικονδυλίτιδα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, μπορεί να δημιουργηθεί ένας ιστός (**εκφυλιστικός ιστός**) γύρω από τους μύς και τους τένοντες. Ο χειρουργός μπορεί να χρειαστεί να τον αφαιρέσει, εφόσον κρίνει ότι δημιουργεί ενοχλήσεις.

Εάν η μεμβράνη που προστατεύει την άρθρωση (**αρθρικός υμένας**) συμπιέζεται, προκαλεί επίσης πόνους. Ο χειρουργός ανοίγει, λοιπόν, το σάκο της άρθρωσης, για να την απελευθερώσει. Ορισμένοι χειρουργοί προχωρούν συστηματικά σε αυτή την ενέργεια.

Συρραφή τομής

Είναι φυσιολογικό η εγχειρισμένη περιοχή να παράγει υγρά (αίμα, κτλ).

Αν χρειαστεί, ο χειρουργός τοποθετεί ένα λεπτό σωληνάκι (**παροχέτευση**), για να παροχετεύονται τα υγρά μετά την επέμβαση.

Για τη συρραφή της τομής, ο γιατρός σας χρησιμοποιεί ράμματα, αγκράφες, ή κάποιο άλλο σύστημα συρραφής, που είναι σταθερό ή απορροφάται σταδιακά από τον οργανισμό (**απορροφήσιμο υλικό**).

Η τελική μορφή της ουλής εξαρτάται από την κατάσταση του δέρματός σας, τα τραβήγματα που υφίσταται, ή ακόμα από την έκθεσή σας στον ήλιο, που πρέπει να αποφεύγεται μετά την επέμβαση.

Η διάρκεια της επέμβασης

Η διάρκεια της επέμβασης ποικίλλει χωρίς να σημαίνει ότι η εξέλιξή της παρουσιάζει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα, καθώς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (τη μέθοδο, τον αριθμό των συνδυαστικών ενεργειών, κτλ)

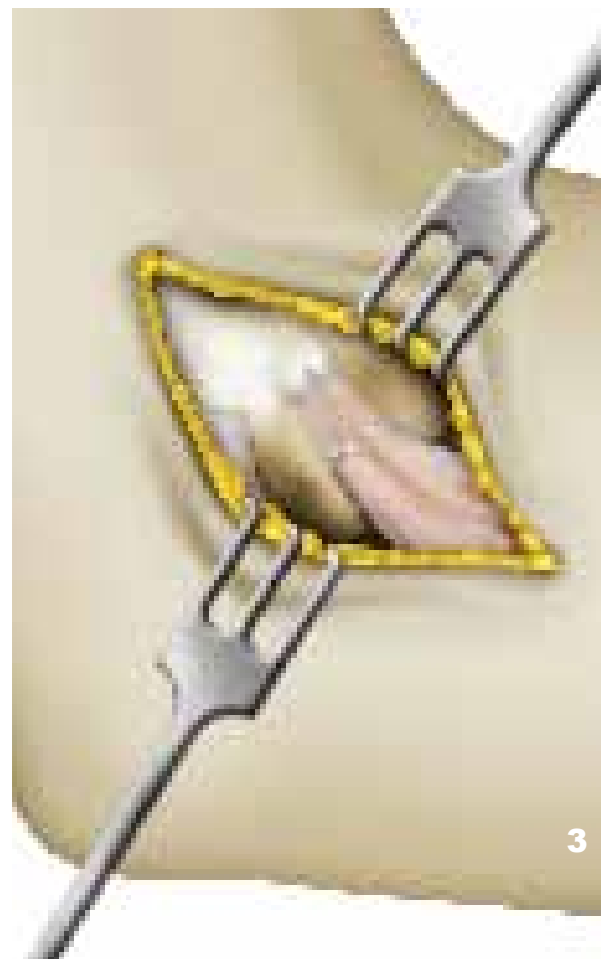
Συνήθως, διαρκεί από 15 λεπτά έως 1 ώρα.

Πρέπει, επίσης, να υπολογίσουμε το χρόνο προετοιμασίας, ανάνηψης, κτλ.

Χρειάζεται μετάγγιση ;

Όχι, είναι μια επέμβαση κατά την οποία ο ασθενής χάνει λίγο αίμα.

Συνήθως, δεν χρειάζεται η χορήγηση αίματος (**μετάγγιση**).



3

Τις επόμενες μέρες...

Πόνος

Κάθε οργανισμός αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον πόνο. Είναι, λοιπόν, δύσκολο να προβλέψουμε την έντασή του. Σας χορηγείται φαρμακευτική αγωγή (**αναλγητικά**) για δύο εβδομάδες περίπου, ώστε να μειωθεί ο πόνος.

Καθώς το δέρμα και οι μύες έχουν υποστεί τομή, μπορεί να νιώθετε «τραβήγματα» στην ουλή για δύο με τρεις εβδομάδες.

Εάν, ωστόσο, ο πόνος είναι έντονος, μη διστάσετε να μιλήσετε με τους θεράποντες ιατρούς. Πάντα υπάρχει λύση.

Λειτουργία και αυτονομία

Ορισμένοι χειρουργοί επιλέγουν την ακινητοποίηση του αγκώνα για μερικές εβδομάδες, ώστε να αποφευχθούν επικίνδυνες κινήσεις. Άλλοι, πιστεύουν ότι η ακινητοποίηση αυτή προκαλεί ελαφριά δυσκαμψία στην άρθρωση. Εξαρτάται, λοιπόν, από το χειρουργό σας, καθώς και από την περίπτωση σας.

Μπορείτε να σηκωθείτε από το κρεβάτι και να περπατήσετε την ίδια μέρα της επέμβασης.

Βασική φροντίδα

Οι γάζες πρέπει να αλλαχθούν μετά από δύο με τρεις μέρες. Τα ράμματα αφαιρούνται μετά από δύο εβδομάδες περίπου.

Επιστροφή στο σπίτι

Συνήθως, επιστρέφετε σπίτι μία με δύο ημέρες μετά την επέμβαση.

Είναι, ωστόσο, πιθανό να επιστρέψετε και την ίδια μέρα (**χειρουργείο ημέρας**).

Εξαρτάται από το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύεστε και κυρίως από την περίπτωσή σας και την κατάσταση της υγείας σας.

Παρακολούθηση

Πρέπει να ακολουθείτε αυστηρά τις οδηγίες του γιατρού σας.

Είναι σημαντικό να είστε συνεπής στις μετεγχειρητικές σας επισκέψεις και να υποβληθείτε σε εξετάσεις ελέγχου, αν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Συνήθως, επισκέπτεστε το γιατρό σας ένα μήνα περίπου μετά την επέμβαση. Πιστοποιεί τη φυσιολογική λειτουργία του αγκώνα σας.

Εάν έχετε οποιοδήποτε πρόβλημα, μη διστάσετε να του το αναφέρετε.

Συζητήστε με το γιατρό σας οποιαδήποτε απορία έχετε σχετικά με τους κινδύνους που κρύβει κάθε δραστηριότητα.

Αποτέλεσμα

Πόνος

Ο πόνος δεν υποχωρεί αμέσως μετά την επέμβαση. Είναι φυσιολογικό να νιώθετε ελαφρείς πόνους αρκετούς μήνες μετά.

Λειτουργία

Η λειτουργία του αγκώνα σας επανέρχεται, συνήθως, σε διάστημα ενός έως τριών μηνών. Μερικές φορές, δεν μπορείτε να τεντώσετε τελείως το χέρι σας, ωστόσο, δεν είναι ιδιαίτερα ενοχλητικό, εκτός αν χρειάζεται να μεταφέρετε βαριά αντικείμενα.

Εάν αποφεύγετε τις κινήσεις του αγκώνα, από φόβο μην προκληθεί πόνος, η άρθρωση μπορεί να γίνει δύσκαμπτη και να μην ανακτήσει όλες τις λειτουργίες της. Σε αυτή την περίπτωση, ο γιατρός σας σάς προτείνει συνεδρίες κινησιοθεραπείας, για να επανέλθει η κινητικότητα της άρθρωσης.

Αυτονομία

Συνήθως, επιστρέφετε στην εργασία σας περίπου τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Ωστόσο, το διάστημα αυτό μπορεί να είναι μεγαλύτερο.

Δεν απαγορεύεται καμία κίνηση, πρέπει όμως να αποφεύγετε τις κινήσεις που προκάλεσαν αρχικά τον πόνο : για παράδειγμα, να μειώσετε τις αθλητικές σας δραστηριότητες ή να τροποποιήσετε τις επαγγελματικές σας.

Οι πιθανοί κίνδυνοι

Η ιατρική ομάδα παίρνει όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις, για να περιορίσει τις επιπλοκές, όμως προβλήματα μπορεί πάντα να παρουσιαστούν.

Αναφέρουμε εδώ μόνο τις πιο συνηθισμένες ή τις πιο σοβαρές ανάμεσα σε αυτές που μπορεί να παρουσιάσει αυτή η επέμβαση.

Για τους συνήθεις κινδύνους κάθε επέμβασης, αναζητήστε το φυλλάδιο «οι κίνδυνοι μιας χειρουργικής επέμβασης».

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με την αναισθησία αναφέρονται στο έντυπο «αναισθησία».

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Στη διάρκεια της επέμβασης, ένα γειτονικό νεύρο (το **οπίσθιο μεσόστεο νεύρο**, κλάδος του κερκιδικού νεύρου) μπορεί να τραυματιστεί, με συνέπεια την απώλεια αισθητικότητας ή κινητικότητας.

Μην ανησυχείτε, καθώς η περίπτωση αυτή είναι σπάνια.

Μετά την επέμβαση

Η περίπτωση μόλυνσης της εγχειρισμένης περιοχής από μικρόβια (**λοίμωξη**) είναι σπάνια. Η φαρμακευτική αγωγή (**αντιβιοτικά**), συνήθως, αρκεί για την καταπολέμησή τους. Ειδικές αναλύσεις επιτρέπουν να εντοπίσουμε το μικρόβιο και να προσαρμόσουμε την αγωγή για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

Ακόμα και μετά από μια επιτυχημένη επέμβαση, ο πόνος μπορεί να μην υποχωρήσει στο βαθμό ή στο χρονικό διάστημα που ελπίζατε. Είναι πιθανό, επίσης, να έχετε δυσκολίες στην ανάκτηση ορισμένων λειτουργιών του αγκώνα.

Η άρθρωση του αγκώνα μπορεί να παρουσιάσει ερεθισμό και οίδημα (**αλγοδυστροφία**), τα οποία προκαλούν έντονο πόνο. Σας χορηγείται, λοιπόν, θεραπεία για τη μείωση του πόνου (**αναλγητικά**). Μην ανησυχείτε, καθώς η περίπτωση αυτή είναι σπάνια.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιπλοκή αυτή εξελίσσεται και προκαλεί δυσκαμψία του αγκώνα.

Στην περίπτωση που ο χειρουργός ξύσει ελαφρώς την επιφάνεια του οστού στη διάρκεια της επέμβασης, μπορεί να δημιουργηθεί θύλακος αίματος (**αιμάτωμα**).

Εάν παρά τις συστάσεις του γιατρού σας, εξακολουθείτε να επιβαρύνετε τον αγκώνα σας, λυγίζοντας και τεντώνοντας το βραχίονα και το χέρι σας κατ' επανάληψη, υπάρχει ο κίνδυνος νέας επικοινωνίας (**υποτροπή**).

Μερικές από τις επιπλοκές αυτές απαιτούν συμπληρωματικές ενέργειες ή μια νέα επέμβαση. Μην ανησυχείτε. Ο χειρουργός σας γνωρίζει καλά αυτά τα προβλήματα και ενεργεί ανάλογα, ώστε να τα αποτρέψει.

Ανάλογα με την κατάσταση της υγείας σας, είστε λίγο ή πολύ εκτεθειμένος σε κάποιους από αυτούς τους κινδύνους.

Σε περίπτωση προβλήματος...

Αν διαπιστώσετε οτιδήποτε μη φυσιολογικό μετά την επέμβαση, μη διστάσετε να μιλήσετε με το χειρουργό σας.

Είναι ο αρμόδιος να σας βοηθήσει, καθώς γνωρίζει ακριβώς την περίπτωσή σας.