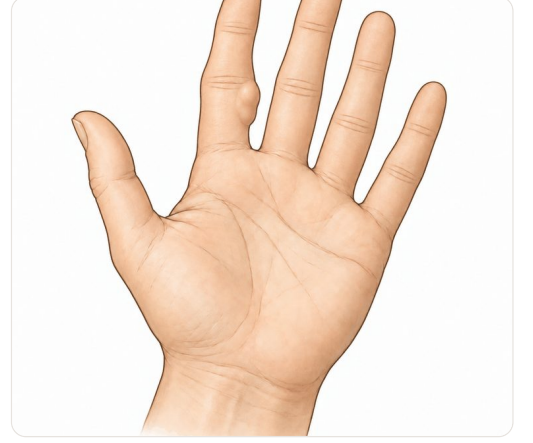


தசைநாண் உறையின் ராட்சத செல் கட்டி (Giant Cell Tumour of Tendon Sheath) — விரலிலோ கட்டைவிரலிலோ ஒரு கட்டி



தசைநாண் உறையின் ராட்சத உயிரணுக் கட்டி (giant cell tumour of tendon sheath) என்பது, புற்றுநோய் அல்லாத, கெட்டியான ஒரு கட்டி; இது வழக்கமாக ஒரு விரலின் பக்கவாட்டிலோ முன்புறத்திலோ இருக்கும்.

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0

இந்தப் பக்கம் இயந்திரத்தால் மொழிபெயர்க்கப்பட்டது; இன்னும் மருத்துவரால் சரிபார்க்கப்படவில்லை.
ஆங்கிலப் பதிப்பே அதிகாரப்பூர்வமானது.

நீங்கள் உணர்வது

பெரும்பாலானோர் ஒரு விரலிலோ கட்டைவிரலிலோ வலிக்காத ஒரு கட்டியைக் கவனிக்கிறார்கள். அது பொதுவாகக் கெட்டியாக இருக்கும்; மெதுவாகவே வளரும். சில கட்டிகள் ஒரு மூட்டுக்கு மிக அருகிலேயே அமைந்திருக்கும்; பெரும்பாலும் அது விரல் நுனிக்கு மிக அருகிலுள்ள மூட்டாக இருக்கும்; அவை விரலின் மேற்புறத்திலோ, பக்கவாட்டிலோ, உள்ளங்கைப் பக்கத்திலோ தோன்றலாம். ஆள்காட்டி விரலே இது மிகப் பொதுவாகத் தோன்றும் இடம்.

கிட்டத்தட்ட எல்லா நேர்வுகளிலும் கட்டி தானாக வலிப்பதில்லை. அசௌகரியம் இருக்கும்போது, கட்டி வளர வளர அருகிலுள்ள அமைப்புகளின் மீது அழுத்துவதால்தான் அது பெரும்பாலும் ஏற்படுகிறது. கட்டி ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்தினால், மிகச் சிலர் விரலில் கூச்ச உணர்வையோ மரத்துப்போதலையோ கவனிக்கிறார்கள். சிலருக்கு, விரல் அசையும்போது அது சிக்கிக்கொள்வதாகவோ 'க்ளிக்' என்று சத்தமிடுவதாகவோ தெரியும்; இது ஓரளவு டிரிக்னர் விரல் (trigger finger) போன்றது — அதில் விரல் சற்று நேரம் சிக்கிக்கொண்டு, பின்னர் திடீரென விடுபடுகிறது. கட்டி ஒரு மூட்டுக்கு அருகில் இருந்தால், கட்டி தடையாக இருப்பதால் அந்த விரலை முழுமையாக வளைப்பது கடினமாக இருக்கலாம்.

அந்த விரலைப் பயன்படுத்தும் அன்றாட வேலைகள் சிரமமாகலாம். உங்கள் பிடி படும் இடத்தில் கட்டி அமைந்திருந்தால், சிறிய நாணயங்களை எடுப்பது, பொத்தான்களைப் போடுவது, பேனாவைப் பிடிப்பது அல்லது ஒரு ஜாடியின் மூடியைப் பற்றுவது தடுமாற்றமாக உணரப்படலாம். கட்டி கையுறைகளிலோ சட்டைப் பைகளிலோ சிக்கிக்கொள்ளவும் கூடும்.

கட்டி உங்களுக்குப் போதுமான தொந்தரவு தந்து, அதைப் பற்றி நீங்கள் கேட்பதற்கு முன்பே, அது பெரும்பாலும் நீண்ட காலமாக இருந்திருக்கும். பலர், அது மெதுவாக மாறுவதைக் கவனித்தபடியே, மாதக்கணக்கிலோ ஆண்டுக்கணக்கிலோ காத்திருக்கிறார்கள்.

இந்த நிலை பற்றித் தெரிந்துகொள்ள வேண்டிய சில விஷயங்கள் உள்ளன. இது தீங்கற்றது (benign); அதாவது இது உடலின் மற்ற பகுதிகளுக்குப் பரவுவதில்லை. இது ஆண்களைவிடப் பெண்களிடம் சற்று அதிகமாகக் காணப்படுகிறது; பொதுவாக 32 முதல் 51 வயதுக்கு இடையில் தோன்றுகிறது. பெரும்பாலானோருக்கு ஒரே ஒரு கட்டி இருக்கும்; இருப்பினும் சிலருக்கு வெவ்வேறு இடங்களில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கட்டிகள் இருக்கும்.

ஒரு விரலோ கையோ (hand) சூடாகி, சிவந்து, வீங்கி, வலிக்கத் தொடங்குகிறதா என்று கவனியுங்கள் — குறிப்பாகக் காய்ச்சலும் இருந்தால். அப்படி நடந்தால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். கட்டி தொடர்ந்து வளர்ந்தால், வலிக்கத் தொடங்கினால், அல்லது விரல் வழக்கம்போல் செயல்படாவிட்டால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது சிறப்பு நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் தசைநாண்கள் (tendons) என்பவை, தசையை எலும்புடன் இணைத்து உங்கள் விரல்களை வளைய வைக்கும் வலுவான கயிறுகள். ஒவ்வொரு தசைநாணும் தசைநாண் உறை (tendon sheath) எனப்படும் ஒரு மெல்லிய உறைக்கு உள்ளே செல்கிறது; இது ஓரளவு ஒரு கயிற்றைச் சுற்றியுள்ள கேஸ்கெட் (gasket) போலச் செயல்பட்டு, விரல் அசையும்போது அந்தக் கயிறு நழுவிச் செல்லும்படி அதை வழுவழுப்பாக வைத்திருக்கிறது.

இந்த நிலையில், அந்த உறையில் உள்ள செல்கள் தேவைக்கு அதிகமாக வளரத் தொடங்குகின்றன. இதன் விளைவாக, தசைநாணின் மீதோ அதன் அருகிலோ, பெரும்பாலும் ஒரு மூட்டுக்கு அருகில், ஒரு மென்திசுக் கட்டி உருவாகிறது. இது தீங்கற்றது, அதாவது இது பரவுவதில்லை; மெதுவாகவே வளர்கிறது. பெரும்பாலான கட்டிகள் சிறியவை, சராசரியாகச் சுமார் 1.35 செ.மீ.; இருப்பினும் சில பெரிதாக வளர்கின்றன.

இந்தக் கட்டி சில பொருட்கள் ஒன்றாக நெருக்கமாகக் கூடியதால் உருவாகிறது: அழற்சிச் செல்கள் (inflammatory cells), ராட்சத செல்கள் (giant cells; இவை வெறுமனே பல உட்கருக்களைக் கொண்ட செல்கள்), ஹீமோசிடெரின் (haemosiderin) எனப்படும் ஒரு கரும் நிறமி — பழைய கன்றிய காயத்துக்கு நிறம் தரும் அதே பொருள். அறுவை சிகிச்சையின்போது இந்தக் கட்டிகள் பார்க்கப்பட்டால், அவை பழுப்பு நிறமாகத் தோன்றக் காரணம் அந்த நிறமிதான்.

மேலே உள்ள பகுதியில் நீங்கள் கவனித்த அறிகுறிகள், கட்டி தடையாக இருப்பதால் ஏற்படுகின்றன. அது வளரும்போது தசைநாண், மூட்டு அல்லது ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்தலாம்; சிக்கிக்கொள்ளுதல், விறைப்பு, அவ்வப்போது ஏற்படும் கூச்ச உணர்வு ஆகியவற்றுக்கு இதுவே விளக்கம். பெரும்பாலான நேரங்களில் அது வலிப்பதே இல்லை; சுமார் 16 பேர் மட்டுமே (100 பேரில்) வலி இருப்பதாகத் தெரிவிக்கிறார்கள்.

தெரிந்துகொள்ள வேண்டிய சில விஷயங்கள். பெரும்பாலானோருக்கு ஒரே ஒரு கட்டி இருக்கும்; ஆனால் சுமார் 21 பேருக்கு (100 பேரில்) இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட தனித்தனிக் கட்டிகள் இருக்கும். கட்டி பொதுவாக ஒரு மூட்டுக்கு அருகில் அமைந்திருக்கும்; விரல் நேர்வுகளில் சுமார் மூன்றில் ஒரு பங்கில், அது விரல் நுனிக்கு மிக அருகிலுள்ள மூட்டில் இருக்கும். மிக அரிதாக, கட்டி எலும்புக்குள்ளேயே அழுத்தி உள்நுழையலாம்; இது எக்ஸ்-ரேயில் தெரியும்.

இதே நிலையின், அரிதான, அதிகம் பரவிய (diffuse) வடிவம் ஒன்றும் உள்ளது; அது ஒரு நேர்த்தியான கட்டியாக உருவாகாமல், மெல்லிய இலைத் தளிர்கள் போலத் தசைநாணின் நீளவாக்கில் பரவுகிறது. அந்த வடிவம் விரலில் மிகவும் குறைவாகவே காணப்படுகிறது; அது வேறு விதமாக நடந்துகொள்ளும் போக்குடையது; அதனால்தான், எதையும் திட்டமிடுவதற்கு முன்பு, இது சரியாக எந்த வகைக் கட்டி என்பது பற்றிய தெளிவான சித்திரத்தை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் பெற விரும்புவார்.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, உடலுக்குள் மிகக் குறைவாகத் தலையிடும் (least invasive) தேர்வுகளுடன் தொடங்குகிறார். நோயாளிகள் பொதுவாக அவர்களுடைய GP (பொது மருத்துவர்) மூலம் எங்கள் கிளினிக்கிற்குப் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றனர்; ஒரு இயன்முறை சிகிச்சையாளர் (physiotherapist) எங்களைப் பார்க்கும்படி பரிந்துரைத்திருந்தாலும், Medicare தள்ளுபடியைப் (rebate) பெறத் தகுதி பெற உங்கள் GP-யிடமிருந்து பரிந்துரைக் கடிதம் (referral) இன்னும் தேவைப்படும். கிளினிக் சந்திப்பின்போது நாங்கள் உங்கள் மருத்துவ வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் கையைப் (hand) பரிசோதித்து, இது சரியாக எந்த வகைக் கட்டி என்பதைக் கண்டறியத் தேவைப்படும் இடத்து உருவப் பரிசோதனைகளுக்கு (imaging) ஏற்பாடு செய்கிறோம்.

இந்தக் கட்டி தீங்கற்றதாகவும் மெதுவாக வளர்வதாகவும் இருப்பதால், எதுவும் செய்யாமல் இருப்பதும் ஓர் உண்மையான தேர்வே. சிறிய, வலியற்ற கட்டிக்கு, அதை வெறுமனே கண்காணித்து வருவதே சரியான தேர்வாக இருக்கலாம். கட்டி தடையாக இருந்தால், கை சிகிச்சை (hand therapy) விறைப்புக்கும் சிக்கிக்கொள்ளுதலுக்கும் உதவும். விரலைத்

தொடர்ந்து அசைத்துக்கொண்டிருக்கச் செய்வதும், அன்றாட வேலைகளை எளிதாக்குவதும் தான் இந்தச் சிகிச்சையின் நோக்கம். அறுவை சிகிச்சை பற்றி யோசிப்பதற்கு முன்பு, இதற்கு நியாயமான ஒரு வாய்ப்புக் கொடுத்துப் பார்க்கும்படி நாங்கள் பொதுவாகப் பரிந்துரைக்கிறோம்.

இந்த நிலையில் கட்டியைச் சுருக்கும் மருந்து எதுவும் இல்லை; எனவே வலி நிவாரண மாத்திரைகளும் அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்துகளும் (anti-inflammatories), கட்டி அருகிலுள்ள திசுவின் மீது அழுத்துவதால் ஏற்படும் அசௌகரியத்தை மட்டுமே தணிக்கின்றன. அவை கட்டியைச் சிறியதாகக் குவதில்லை.

கட்டி பெரியதாக இருந்தால், வலித்தால், அல்லது விரல் சரியாகச் செயல்படுவதைத் தடுத்தால், அறுவை சிகிச்சையே வழக்கமான சிகிச்சை. தசைநாண் உறையுடன் கட்டி ஒட்டியிருக்கும் பகுதியையும் சேர்த்து, முழுக் கட்டியையும் அகற்றுவதுதான் நோக்கம்; ஏனெனில் அந்த ஒட்டியிருக்கும் பகுதியை விட்டுவிடுவதுதான் கட்டி மீண்டும் வளர வழிவகுக்கிறது. அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்பு நாங்கள் கவனமாகத் திட்டமிடுகிறோம்; அறுவை சிகிச்சையின்போது உருப்பெருக்கத்தைப் (magnification) பயன்படுத்துகிறோம்; கட்டியை முழுமையாக அகற்றுகிறோம். இந்த நிலையில் முக்கிய அபாயம் கட்டி மீண்டும் வருவதுதான் (recurrence); அது பொதுவாக அகற்றலுக்குப் பிறகு 36 மாதங்களுக்குள் நிகழ்கிறது. விரல் கட்டி அகற்றப்பட்ட 605 பேர் கொண்ட ஒரு குழுவில், 14.8% பேருக்கு அது மீண்டும் வந்தது. இதை வேறு விதமாகச் சொன்னால்: பெரும்பாலானோருக்கு, சுமார் 85 பேருக்கு (100 பேரில்), அது மீண்டும் வருவதில்லை. அது மீண்டும் வந்தால், மீண்டும் வளர்வதைத் தடுக்கக் கூடுதல் நடவடிக்கைகளுடன் அதை மீண்டும் அகற்றுவதன் மூலம் பிரச்சினையை இன்னும் சரிசெய்ய முடியும்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

இந்தக் கட்டியின் போக்கு நாடகத்தனமானது அல்ல; நிலையானது. இது தீங்கற்றது; எனவே உங்கள் உடலில் வேறு எங்கும் பரவுவதில்லை. அப்படியே விட்டுவிட்டால், சிறிய, வலியற்ற கட்டி பொதுவாக மெதுவாகத் தொடர்ந்து வளர்கிறது, அல்லது அப்படியே இருக்கிறது. அது தானாகத் தணிவது அரிது; அது ஆபத்தான எதுவாகவும் மாறுவதில்லை.

காலப்போக்கில் இந்த நிலை செய்யும் முக்கியமான விஷயம், அகற்றிய பிறகு மீண்டும் வருவதுதான். இந்தக் கட்டியின் முதன்மை அபாயம் அது மீண்டும் வருவதே; அது பொதுவாக அகற்றலுக்குப் பிறகு 36 மாதங்களுக்குள் நிகழ்கிறது. சில கட்டிகள் மற்றவற்றைவிட மீண்டும் வர அதிக வாய்ப்புள்ளவை: ஒன்றோடொன்று இணையாத, இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட தனித்தனித் துண்டுகளால் ஆன கட்டிகளும், தசைநாணுக்குள்ளேயோ மூட்டின் உள்படலத்துக்குள்ளேயோ வளர்ந்துவிட்ட கட்டிகளும். கட்டி ஒட்டியிருக்கும் இடத்துடன் சேர்த்து முழுக் கட்டியும் அகற்றப்படும்போது, அந்த அபாயம் வெகுவாகக் குறைகிறது.

சிகிச்சைக்குப் பிறகு செயல்பாடு பொதுவாக நன்றாகவே இருக்கும். விரலிலிருந்து இத்தகைய கட்டி அகற்றப்பட்டவர்கள், அவயவம் எவ்வளவு நன்றாகச் செயல்படுகிறது என்பதை அளவிடும் ஒரு நிலையான அளவீட்டில், சராசரியாக இயல்பான அவயவச்

செயல்பாட்டில் 92% மதிப்பெண் பெறுகிறார்கள். பதிவான நேர்வுகளில், விரலின் முழு அசைவும் தக்கவைக்கப்பட்டது; இரண்டு ஆண்டுப் பரிசோதனையின்போது, எக்ஸ்-ரேயில் விரல் எலும்பின் வடிவம் இயல்பு நிலைக்குத் திரும்பியிருந்தது.

கட்டி, இலைத் தளிர்கள் போலத் தசைநாணைச் சுற்றிப் படரும், அரிதான, அதிகம் பரவும் வகையாக இருந்தால், அதை முழுமையாக அகற்றுவது கடினம்; அது மீண்டும் வர வாய்ப்பும் அதிகம். அத்தகைய நேர்வுகளில், அந்தப் பகுதியை நோக்கிச் செலுத்தப்படும் கதிர்வீச்சுச் சிகிச்சை (radiation therapy), உங்கள் கையை (hand) செயல்பட வைத்தபடியே கட்டியைக் கட்டுப்படுத்த உதவும்.

சிறிய, வலியற்ற கட்டியை வெறுமனே கண்காணித்து வர நீங்கள் தேர்ந்தெடுத்தால், யதார்த்தமான சித்திரம் இதுதான்: கட்டி மெதுவாக வளரலாம் அல்லது அப்படியே இருக்கலாம்; அது படிப்படியாக விரலை வளைப்பதையோ சிறிய வேலைகளுக்கு அதைப் பயன்படுத்துவதையோ மேலும் தடுமாற்றமாக்கலாம். அது வலிக்கத் தொடங்கினால், தொடர்ந்து வளர்ந்தால், அல்லது விரல் வழக்கம்போல் செயல்படாமல் போனால், அந்தக் கட்டத்தில்தான் சிகிச்சை பொதுவாகப் பயனுள்ளதாகிறது.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

இதைப் போன்ற பெரும்பாலான கட்டிகள் அவசரமானவை அல்ல; சிகிச்சைக்கு ஒருபோதும் அவசரப்பட வேண்டியதில்லை. கட்டி தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் வளர்ந்துகொண்டிருந்தால், வலிக்கத் தொடங்கினால், அல்லது விரலையோ கையையோ (hand) இயல்பாகப் பயன்படுத்த விடாமல் தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள். விரல் அசையும்போது சிக்கிக்கொண்டாலோ 'க்ளிக்' என்று சத்தமிட்டாலோ, கூச்ச உணர்வையோ மரத்துப்போதலையோ நீங்கள் கவனித்தாலோ, அல்லது கட்டி தடையாக இருப்பதால் விரலை முழுமையாக வளைப்பது கடினமாகிவிட்டாலோ, சிறப்பு நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள். இவற்றைத் தாமதிக்காமல் விரைவில் பரிசோதிப்பது நல்லது; ஏனெனில் தசைநாணுக்குள்ளோ மூட்டின் உள்படலத்துக்குள்ளோ வளர்ந்துவிட்ட கட்டியை முழுமையாக அகற்றுவது கடினம்; அது மீண்டும் வர வாய்ப்பும் அதிகம்.

ஓர் அறிகுறித் தொகுப்புக்கு மட்டும் அதே நாளிலேயே சிகிச்சை தேவை. உங்கள் விரலோ கையோ (hand) சூடாகி, சிவந்து, வீங்கி, வலித்தால் — குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் — அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். அதற்கு முதலில் GP பரிந்துரை தேவையில்லை. அலுவல் நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புகொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. தசைநாண் உறையின் ராட்சத் செல் கட்டி பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் இதன் தனித்துவமான பிரச்சினை, கட்டி மீண்டும் வருவதுதான் (recurrence); மேலும், கட்டி எப்படி அகற்றப்பட்டது என்பதைவிட, தனிப்பட்ட கட்டியின்

உயிரியல்தான் மீண்டும் வருவதை அதிகமாகத் தீர்மானிக்கிறது என்று ஆதாரங்கள் சுட்டுகின்றன.

மீண்டும் வருவது கட்டியின் ஒரு பண்பு, அறுவை சிகிச்சையின் பண்பு மட்டுமல்ல

ஒரு கட்டி மீண்டும் வருவதற்கு உள்ளுணர்வாக நாம் தரும் விளக்கம், கொஞ்சம் எஞ்சிவிட்டது என்பதுதான். விரல்களில் ஏற்பட்ட 605 வழக்குகளை ஆய்வு செய்த ஒரு முறைமையான மதிப்பாய்வு (systematic review) வேறு முடிவுக்கு வந்தது: **கட்டி இருக்கும் இடமோ அது உள்ளூரில் ஊடுருவும் தன்மையோ அல்ல, கட்டியின் உள்ளார்ந்த உயிரியல்தான் மீண்டும் வருவதில் மிக அடிப்படையான பங்கு வகிப்பதாகத் தெரிகிறது**; எந்தக் கட்டிகள் மீண்டும் வர வாய்ப்புள்ளவை என்பதைக் கண்டறிய இன்னும் பெரிய முன்னோக்கு ஆய்வுகள் (prospective studies) தேவை என்றும் ஆசிரியர்கள் கோரினர் [1].

அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்பு அறிந்துகொள்ள இது உண்மையிலேயே பயனுள்ள செய்தி. நன்கு செய்யப்பட்ட ஓர் அகற்றலுக்குப் பிறகும் கட்டி மீண்டும் வருவது, ஏதோ தவறு நடந்துவிட்டது என்பதற்கான சான்று அல்ல — அது இந்தக் கட்டியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஒரு நடத்தை.

சிகிச்சை விருப்பத் தேர்வுதான்; எதுவும் செய்யாமல் இருப்பதும் ஓர் உண்மையான தேர்வே

ஒரு அறுவை சிகிச்சை திட்டமிடப்படத் தொடங்கியதும் இதை மறந்துவிடுவது எளிது. முதல்-நிலைச் சிகிச்சையின் கோட்பாடு முழுமையாக அகற்றுவதுதான்; ஆனால் சிகிச்சை **ஒருபோதும் அவசரமானது அல்ல**; அறிகுறிகள், நோயின் முன்னேற்றம், கட்டி இருக்கும் இடம், மேலும் உங்கள் சொந்தச் சூழ்நிலைகள் ஆகியவற்றுக்கு எதிராக இதன் தேவையை எடைபோட வேண்டும் [4].

சிறியதாக, வலியின்றி, மெதுவாக வளரும் ஒரு முடிச்சைப் பொறுத்தவரை, அதைக் கண்காணித்து வருவது நியாயமான தேர்வு. கட்டி தீங்கற்றது, பரவுவதும் இல்லை; எனவே அறுவை சிகிச்சை செய்வதற்கான வாதம், செயல்பாடு, அளவு, தொல்லை ஆகியவற்றைப் பற்றியது — ஆபத்தைப் பற்றியது அல்ல.

ஆனால் இரண்டு அறுவை சிகிச்சைக் காரணிகள் உண்மையிலேயே முக்கியம்

உயிரியல் மட்டுமே முழுக் கதையும் அல்ல. உள்ளூர் வகை டெனோசினோவியல் ராட்சத செல் கட்டி (localised-type tenosynovial giant cell tumour) உள்ள 941 நோயாளிகளில், அகற்றலுக்குப் பிறகு கட்டி மீண்டும் வருவதுடன் தொடர்புடைய காரணிகள் **கட்டியின் பெரிய அளவு** மற்றும் **ஆர்த்ரோஸ்கோபி (arthroscopy) மூலம் தொடங்கப்பட்ட சிகிச்சை** ஆகியவையே. ஒப்பீட்டளவில் குறைந்த சிக்கல் விகிதங்களையும் நல்ல செயல்பாட்டு விளைவுகளையும் கருத்தில்கொண்டு, அதிக ஆபத்துள்ள வழக்குகளில் கட்டி மீண்டும் வருவதைக் குறைக்க, முடிந்தவரை **முழுமையான அகற்றலுடன் கூடிய திறந்த அணுகுமுறையை** ஆசிரியர்கள் பரிந்துரைக்கின்றனர் [2].

இதற்கு எதிர்க்கருத்து இதுதான்: **1,448** நோயாளிகளை ஆய்வு செய்த ஒரு மதிப்பாய்வில், நான்கு மூட்டுகளிலும் உள்ளூர் வகைக்கு ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் அகற்றல் பயனுள்ளதாக

இருப்பது காட்டப்பட்டுள்ளது; ஆனால் பரவல் வகையில், ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் சினோவெக்டமி (synovectomy) முழங்காலில் மட்டுமே பயனுள்ளதாக நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளது [3].

இவற்றை ஒருங்கிணைத்துப் பார்த்தால்: சிறியதாக, ஒரே இடத்தில், நன்கு வரையறுக்கப்பட்ட ஒரு புண்ணுக்கு இரு அணுகுமுறைகளுமே பலன் தரும். அளவு பெரிதாகும்போதும், பரவல் வடிவத்திற்கும், முழுமையான திறந்த அகற்றலுக்கே அதிக ஆதரவு உள்ளது. இதற்கான காரணம் இயந்திரவியல் சார்ந்தது — இந்தக் கட்டி, தசைநாண், நரம்பு, மூட்டு ஆகியவற்றைச் சுற்றி இலைத் தளிர்கள் போல விரிந்து செல்கிறது; மிக எளிதாகத் தவறவிடப்படும் பகுதிகள், நேரடியாகத் தூக்கிப் பார்த்துப் பரிசோதிக்க வேண்டிய அமைப்புகளுக்குப் பின்னால் ஒளிந்திருப்பவைதான்.

பெயர் ஏன் முக்கியம்

இந்த நிலை இப்போது **டெனோசினோவியல் ராட்சத செல் கட்டி** (tenosynovial giant cell tumour) என்ற தலைப்பின் கீழ் வருகிறது; இது, கையில் ஏற்படும் உள்ளூர் வடிவத்தையும், முன்பு பிக்மென்ட் வில்லோநாடுலர் சினோவைட்டிஸ் (pigmented villonodular synovitis) என்று அழைக்கப்பட்ட, மூட்டுக்கு உள்ளே ஏற்படும் பரவல் வடிவத்தையும் உள்ளடக்கியது [4]. இவை, வெவ்வேறு இடங்களிலும் வெவ்வேறு வளர்ச்சி முறைகளிலும் தோன்றும் ஒரே பொருள்தான்.

இந்த விஷயத்தைப் பற்றி நீங்கள் படிக்கப் போகிறீர்கள் என்றால் இதைத் தெரிந்துகொள்வது நல்லது; ஏனெனில் ஒரு தேடலில் முழங்கால்கள், இடுப்புகள் பற்றிய தகவல்கள் வரும் — அவை உங்கள் நிலையையே அதன் பரவல் வடிவத்தில் விவரிக்கின்றன; மேலும், பரவல் நோய்க்குக் குறிப்பிடப்படும், மீண்டும் வரும் விகிதங்கள், விரலில் உள்ள ஒரு உள்ளூர்ப் புண்ணுக்கானவற்றைவிடக் கணிசமாக அதிகம். முழங்காலுக்கான புள்ளிவிவரங்களை ஒரு விரல் கட்டிக்குப் பொருத்திப் பார்ப்பது, ஆபத்தை மிகைப்படுத்திக் காட்டிவிடும்.

கதிர்வீச்சுச் சிகிச்சையின் இடம் எது

மீண்டும் வந்துவிட்ட, அல்லது முழுமையாக அகற்ற முடியாத பரவல் நோய்க்கு, துணைக் கதிர்வீச்சுச் சிகிச்சை (adjuvant radiotherapy) சில சமயங்களில் பரிசீலிக்கப்படுகிறது. பரவல் பிக்மென்ட் வில்லோநாடுலர் சினோவைட்டிஸில், திறந்த சினோவெக்டமி, அல்லது அறுவை சிகிச்சைக் காலத்தைச் சுற்றிய கதிர்வீச்சுச் சிகிச்சையுடன் இணைக்கப்பட்ட சினோவெக்டமி, **மீண்டும் வரும் விகிதம் குறைவதுடன்** தொடர்புடையதாக இருந்ததை ஒரு தொகுப்புப் பகுப்பாய்வு (meta-analysis) கண்டறிந்தது; இதை உறுதிப்படுத்த நீண்ட கால, பெரிய முன்னோக்கு ஆய்வுகள் தேவை என்றும் அது கோரியது [5].

கை வழக்குகளில் பெரும்பான்மையாக உள்ள, விரலில் ஏற்படும் உள்ளூர்க் கட்டியைப் பொறுத்தவரை இந்தக் கேள்வியே எழுவதில்லை. இது, பரவல் வகையான, மீண்டும் மீண்டும் வரும், மூட்டு சார்ந்த பகுதிக்கே உரியது; இந்த நிலையின் பெயரைத் தேடும்போது இது வெளிப்படும் என்பதால் மட்டுமே இங்கே குறிப்பிடப்படுகிறது.

இது என்ன அல்ல

பெயர் எப்படி இருந்தாலும், இது ஒரு **தீங்கற்ற** கட்டி. இது உடலில் வேறெங்கும் பரவுவதில்லை. “கட்டி” (tumour) என்ற சொல், இங்கே அதற்குத் தகுதியில்லாத ஒரு கனத்தைச் சுமக்கிறது; மேலும், மீண்டும் வருவது குறித்த கவலை, புற்றுநோய் பற்றியது அல்ல — திரும்பத் திரும்ப அதே இடத்தில் அறுவை சிகிச்சை செய்ய வேண்டி வருவது, விறைப்பு, நரம்பு அருகிலேயே இருப்பது ஆகியவை பற்றியதுதான்.

மேற்கோள்கள்

- [1] Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. Giant cell tumour of tendon sheath of the digits. A systematic review. Hand (N Y). 2011;6(3):244-9. <https://doi.org/10.1007/s11552-011-9341-9>
- [2] Mastboom M, Staals E, Verspoor F, Rueten-Budde A, Stacchiotti S, Palmerini E, et al. Surgical treatment of localized-type tenosynovial giant cell tumors of large joints: a study based on a multicenter-pooled database of 31 international sarcoma centers. J Bone Joint Surg Am. 2019;101(14):1309-18. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.01147>
- [3] Noailles T, Brulefert K, Briand S, Longis P, Andrieu K, Chalopin A, et al. Giant cell tumor of tendon sheath: open surgery or arthroscopic synovectomy? A systematic review of the literature. Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(5):809-14. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.03.016>
- [4] Gouin F, Noailles T. Localized and diffuse forms of tenosynovial giant cell tumor (formerly giant cell tumor of the tendon sheath and pigmented villonodular synovitis). Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(1):S91-S97. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.002>
- [5] Mollon B, Lee A, Busse JW, Griffin AM, Ferguson PC, Wunder JS, et al. The effect of surgical synovectomy and radiotherapy on the rate of recurrence of pigmented villonodular synovitis of the knee. Bone Joint J. 2015;97-B(4):550-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.97B4.34907>