ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

Είδος: Εφημερίδα / Κύρια / Περιφερειακή / Ημερήσια / Π. Πελοποννήσου
Ημερομηνία: Τετάρτη, 14-11-2012
Σελίδα: 29
Μέγεθος: 1069 cm ²
Μέση κυκλοφορία: Μη διαθέσιμη
Επικοινωνία εντύπου: 2610 312530-34

Λέξη κλειδί: ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σωστή κλινική διάγνωση μπορεί συχνά να τεθεί και μόνο με την κλινική εξέταση. Εάν όμως η κλινική διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη, η υπερηχογραφία ή η μαγνητική αξονική τομογραφία μπορούν να αποκαλύψουν την παθολογία του τένοντα.

Πώς θεραπεύεται η τενοντοπάθεια του αχιλλείου

> Το πρόγραμμα των 12 εβδομάδων είναι αποτελεσματικό και έχει επιτυχία περίπου στο 90% των ατόμων με πόνο της μεσότητος του αχιλλείου τένοντα

Του
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗ ΜΕΘΟΔΟ MCKENZIE

> Η πλειομετρική μυοτενόντια προπόνηση φάνηκε να έχει σπουδαία αποτελέσματα στην αποκατάσταση των τενόντιων τραυματισμών

Η τενοντοπάθεια του αχιλλείου προσβάλλει αθλητές, άτομα που αθλούνται για ψυχαγωγία ακόμη και μη δραστήρια άτομα. Η παθολογία δεν είναι φλεγμονώδης, είναι μία αντίδραση αποτυχημένης επούλωσης. Οι χρονίως επώδυνοι αχίλλειοι τένοντες είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν και οι μηχανισμοί του πόνου δεν είναι απόλυτα κατανοητοί.

Μέθοδοι, όπως αυτές της μικροδιάλυσης, Cdna διάταξης και PCR, καθώς και η υπερηχογραφία σε συνδυασμό με έγχρωμο Dopler, παρέχουν καινούργιες και πιθανώς σημαντικές πληροφορίες για τον χρονίως επώδυνο αχίλλειο τένοντα έναντι του φυσιολογικού τένοντα. Το γλουταμινικό, ένας γνωστός νευροδιαβιβαστής και εν δυνάμει διαμορφωτής του πόνου στο ΚΝΣ (κεντρικό νευρικό σύστημα) βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στους επώδυνες τένοντες αλλά όχι στους φυσιολογικούς. Σε συνδυασμό με τα ευρήματα τοπικής νευραγγειακής ανάπτυξης και τα υποσχόμενα αποτελέσματα πιλοτικών μελετών με σκληρυντικές ενέσεις, υπάρχουν πλέον κάποια στοιχεία ότι οι νευρικές οδοί, που σχετίζονται με την τεντονοπάθεια, θα μπορούσαν να σχετίζονται με την νεοαγγείωση. Βιοψίες, οι οποίες έχουν παρθεί από περιοχές με τενόντωση και νεοαγγείωση έδειξαν νευρικές δομές σε στενή σχέση με τα αγγεία. Μελέτες έχουν δείξει νεύρα εκκρίνοντα ουσία P εντός του αγγειακού τοιχώματος και νεύρα εκκρίνοντα το γονιαδιακά-σχετιζόμενο πεπτίδιο καλσιτονίνης κοντά στο αγγειακό τοίχωμα. Επίσης ο υποδοχέας neurokinin-1, ο οποίος ως γνωστόν έχει υψηλή έλξη για την ουσία P, έχει βρεθεί εντός του αγγειακού τοιχώματος. Τα ευρήματα αυτά συνιστούν, για πρώτη φορά, μία εξήγηση για τον πόνο που σχετίζεται με την τενόντωση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σωστή κλινική διάγνωση μπορεί συχνά να τεθεί και μόνο με την κλινική εξέταση, ειδικά αν τένοντας παρουσιάζει εστιακό ή γενικευμένο οίδημα. Εάν η κλινική διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη, η υπερηχογραφία ή η MRI (μαγνητική αξονική τομογραφία) μπορούν να αποκαλύψουν την παθολογία του τένοντα. Αφού αποδειχθεί ότι ο τένοντας είναι άθικτος, η εξέταση πρέπει να στοχεύσει στην πρόκληση του πόνου του τένοντα κατά τη δραστηριότητα φόρτισής του. Στους περισσότερους ασθενείς, απλά και μόνο, η μονοποδική ανύψωση στα δάχτυλα είναι επαρκής για να προκαλέσει πόνο. Σε πιο δραστήρια άτομα μπορεί να χρειαστεί να κάνει μια επιτόπια αναπήδηση ή μια αναπήδηση προς τα εμπρός για να φορτιστεί ο τένοντας επιπλέον και να αναπαραχθεί ο πόνος. Είναι σημαντικό να αποκλειστούν άλλες διαγνώσεις, όπως η οπίσθια πρόσκρουση του αστραγάλου, το σύνδρομο τριγώνου οστού, η τενοντοελυτρίτιδα ή η παρεκτόπιση των τενόντων των περονιαίων ή άλλων πελματιαίων καμπτήρων, επικουρικός ιγνυακός μυς, ερεθισμός ή νεύρωμα του γαστροκνημίου νεύρου και συστηματική φλεγμονώδη πάθηση. Αυτές οι διαγνώσεις προκαλούν πόνο στον αχίλλειο τένοντα αλλά και γύρω από αυτόν.

Ο πραγματικός πόνος, που οφείλεται στον τένοντα, περιορίζεται σχεδόν πάντα στον τένοντα αυτόν καθαυτόν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν πολλές θεραπείες διαθέσιμες, αλλά οι επιστημονικές αποδείξεις για τις περισσότερες συντηρητικές και χειρουργικές θεραπείες παραμένουν ελλιπείς. Οι θεραπείες, για τις οποίες έχουν διερευνηθεί με τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμασίες, περιλαμβάνουν τις πλειομετρικές ασκήσεις, τα επιδερμικά αυτοκόλλητα επιθέματα με glyceryl trinitrate, την ηλεκτροθεραπεία, τις σκληρυντικές ενέσεις και τα ΜΣΑΦ. Από τα παραπάνω, τα ΜΣΑΦ φάνηκε να έχουν από καμία ως ελάχιστη επίδραση στην κλινική έκβαση.

Η πλειομετρική μυοτενόντια προπόνηση φάνηκε να έχει σπουδαία αποτελέσματα στην αποκατάσταση των τενόντιων τραυματισμών (Curwin και Curwin & Stanish). Το μοντέλο πλειομετρικής προπόνησης του Alfredson δεν περιλαμβάνει μειομετρική φόρτιση και δίνει έμφαση στην ανάγκη ολοκλήρωσης του προγράμματος ασκήσεων από τους ασθενείς, παρά τον πόνο του τένοντα. Εάν οι ασθενείς δεν αισθάνονται πόνο εκτελώντας αυτό το πρόγραμμα, το φορτίο πρέπει να αυξάνεται τόσο, ώστε οι ασκήσεις προκαλούν πόνο. Το πρόγραμμα αυτό των 12 εβδομάδων είναι αποτελεσματικό όταν οι άλλες συμβατικές θεραπείες έχουν αποτύχει και έχει επιτυχία περίπου στο 90% των ατόμων με πόνο της μεσότητος του αχιλλείου τένοντα. Ο πόνος από την κατοφυτική τενοντοπάθεια του αχιλλείου δεν έχει τόσο καλή ανταπόκριση και μόνο το 30% αυτών των ασθενών έχουν καλά αποτελέσματα.

Μια μελέτη απαναξιολόγησης ασθενών (μέσος όρος follow up 3,8 έτη) που θεραπεύτηκαν με πλειομετρική προπόνηση, έδειξε ότι είχαν επιστρέψει στο προηγούμενο επίπεδο δραστηριοτήτων φόρτισης. Το ενδιαφέρον είναι ότι το πάχος του τένοντα είχε σημαντικά μειωθεί και η υπερηχογραφικά και με MRI έλεγχο.

Αντιμετώπιση με επιθέματα, υπέρηχους και ενέσεις

Τα τοπικά επιθέματα glyceryl trinitrate φάνηκε στην αχίλλειο τενοντοπάθεια να μείωσε τον πόνο στις 12 και 24 εβδομάδες και επίσης βελτίωσε τα αποτελέσματα στους 6 μήνες. Η τοπική χρήση των επιθεμάτων γινόταν με ένα αυτοκόλλητο στον τένοντα το οποίο ανανεωνόταν καθημερινά επί 6 μήνες. Αυτή η μελέτη στηρίζει επίσης στην χρήση του προγράμματος πλειομετρικής προπόνησης, καθώς το 49% της ομάδας placebo ανέφερε εξαιρετικά αποτελέσματα. Η θεραπεία με εξωσωματικό υπέρηχο έχει εφαρμοστεί, αλλά δεν υπάρχουν τυχαίας κατανομής ελεγχόμενες δοκιμασίες για τον αχίλλειο τένοντα. Σε άλλες δομές έχει φανεί ότι μειώνει τον πόνο σε σύγκριση με το placebo.

Οι εγχύσεις κορτικοστεροειδών στον αχίλλειο τένοντα έχει δείξει βελτίωση του πόνου και μείωση της διαμέτρου του τένοντα μετρούμενη με υπερηχογραφία. Η ενδοτενόντια έγχυση αντενδείκνυται λόγω της καταβολικής επίδρασης. Οι εγχύσεις κορτικοστεροειδών μπορεί να είναι πιο ευεργετικές όταν χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του πόνου, ενώ συνεχίζεται η εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης.

Τα ηλεκτροφυσικά μέσα ελάχιστη βοήθεια παρέχουν

Σκληρυντικές ενέσεις (Polidocanol-μια αλειφατική μη ιονισμένη και χωρίς άζωτο ουσία με σκληρυντική και αναισθητική επίδραση). Η ένεση γίνεται προσθίως του τένοντα στην περιοχή της νεοαγγείωσης. Η βραχυπρόθεσμη αξιολόγηση (6 μήνες) αυτής της θεραπείας έδειξε ότι 8

από τους 10 τένοντες ήταν πλέον ανώδυνοι μετά από ένα μέσο όρο 2 θεραπειών. Στην επαναξιολόγηση μετά 2 έτη φάνηκε ότι οι 8 ασθενείς παρέμεναν χωρίς συμπτώματα και χωρίς αγγεία στον τένοντα. Η αποκατάσταση μετά από θεραπεία με σκληρυντική έγχυση περιλαμβάνει μία περίοδο ανάπαυσης (1-3 ημέρες) προοδευτική αύξηση των δραστηριοτήτων φόρτισης του τένοντα, χωρίς όμως μέγιστη φόρτιση (άλματα, γρήγορο τρέξιμο, έντονη προπόνηση ενδυνάμωσης) κατά τις πρώτες 2 εβδομάδες. Μετά τις 2 εβδομάδες επιτρέπεται η μέγιστη φόρτιση του τένοντα. Σε μία έρευνα με 400 αχιλλείους υπήρξαν δύο επιπλοκές, όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς ήταν χωρίς κανένα πρόβλημα και πλήρως δραστηριότητας. Η έρευνα αυτή υποδεικνύει τον ρόλο της σκληρυντικής θεραπείας σε αυτούς που δεν ανταποκρίνονται στην πλειομετρική προπόνηση. Αν όλα τα παραπάνω αποτύχουν, τότε δεν υπάρχει άλλος δρόμος παρά μόνο η χειρουργική επέμβαση. Οι επεμβάσεις αυτές ποικίλλουν από τις πιο απλές όπως η διαδερμική τενοτομία, μέχρι ανοιχτές επεμβάσεις και την απομάκρυνση της παθολογίας του τένοντα.

> (Σολωμού 1, τ.κ. 25100, Αίγιο/ Τηλ.: 26910-21646, κιν. 6977302822, www.mckenziehellas.gr, e-mail: kostvasileiou@yahoo.gr)

www.clipnews.gr