

ΚΑΚΩΣΕΙΣ - ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Κακώσεις αυχένα

Οι κακώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης αντιπροσωπεύουν το 1/3 του συνόλου των σπονδυλικών κακώσεων και εμφανίζονται στο 2-5% των τραυματιών, συχνότερα σε άνδρες ηλικίας 15-24 ετών. Οι πιο συχνοί μηχανισμοί κάκωσης στους ενήλικες είναι τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις από ύψος, οι τραυματισμοί από πυροβόλα όπλα και οι αθλητικές κακώσεις. Οι πιο συχνές εντοπίσεις είναι ο Α2, Α5, Α6 σπόνδυλος και το επίπεδο Α6-Α7.

Οι αυχενικές κακώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ποικίλες παθολογικές καταστάσεις από ήπια αυχεναλγία μέχρι και θάνατο, ενώ το 15% ασθενών εμφανίζει νευρολογικό έλλειμμα.

Ο πολυτραυματίας και ο ασθενής με κρανιοεγκεφαλική κακώση θα πρέπει να θεωρείται ότι έχει υποστεί αυχενική κάκωση, μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Η έγκαιρη αναγνώριση της κάκωσης αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος, τοποθετείται κολάρο και ο ασθενής μεταφέρεται με ειδική σανίδα σε εξειδικευμένο κέντρο σπονδυλικής στήλης. Με την άφιξη του τραυματία στο νοσοκομείο, προτεραιότητα έχει η εκτίμηση των ζωτικών και νευρολογικών λειτουργιών. Τα συμπτώματα σε αυτούς τους ασθενείς ποικίλλουν σημαντικά, συχνά υπάρχει έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και η σπονδυλική στήλη θα πρέπει να θεωρείται δυνητικά ασταθής.

Η συντηρητική αντιμετώπιση των αυχενικών κακώσεων περιλαμβάνει την ανάταξη με κρανιακή έλξη και την ακινητοποίηση με εφαρμογή κολάρου ή κηδεμόνα.

Σχεδόν το 80% του συνόλου των αυχενικών κακώσεων εντοπίζονται στην κατώτερη αυχενική μοίρα. Οι κακώσεις της κατώτερης αυχενικής μοίρας ή του νωτιαίου μυελού συνήθως προκαλούνται έμμεσα, ως αποτέλεσμα χτυπήματος στο κεφάλι ή από βίαιη υπερέκταση ή υπέρκαμψη της κεφαλής και διακρίνονται σε κακώσεις από συμπίεση, διάταση και σε στροφικές κακώσεις.

Κακώσεις θωρακικής - οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης

Η θωρακοοσφυϊκή μοίρα αποτελεί την πιο συχνή εντόπιση των σπονδυλικών καταγμάτων. Οι κακώσεις αυτές συμβαίνουν συχνότερα σε άνδρες μεταξύ 15-29 ετών, συνήθως ως αποτέλεσμα επίδρασης υψηλής βίας, όπως σε τροχαία ατυχήματα ή πτώση από ύψος. Κάκωση στο νωτιαίο μυελό συμβαίνει σε ποσοστό 10-30% των τραυματικών σπονδυλικών καταγμάτων.

Ανάλογα με τον τύπο του κατάγματος, συνοδές κακώσεις εμφανίζονται στο 40% περίπου των ασθενών, περιλαμβάνοντας πνευμονικές (20% των ασθενών) ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη ήπατος ή σπληνός, ρήξη μεγάλων αγγείων ή κατάγματα μακρών οστών.

Πρωταρχικοί στόχοι της θεραπείας είναι η πρόληψη ή ο περιορισμός της νευρολογικής βλάβης και η αποκατάσταση της σταθερότητας της σπονδυλικής στήλης, ανεξάρτητα από το αν επιλεγεί συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία. Ο χρόνος ακινητοποίησης με κηδεμόνα είναι 3-5 μήνες, ανάλογα με τον τύπο του κατάγματος. Η εντατική φυσιοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη ενός καλού αποτελέσματος.

Κακώσεις νωτιαίου μυελού

Κακώσεις νωτιαίου μυελού ορίζονται σαν μια οξεία τραυματική βλάβη των νευρικών στοιχείων του νωτιαίου μυελού που προκαλεί προσωρινή ή μόνιμη απώλεια αίσθησης, κίνησης ή λειτουργίας ουροδόχου κύστης και εντέρου.

Επειδή αυτοί οι τραυματισμοί είναι συνήθως μόνιμοι, μπορούν να είναι καταστρεπτικοί μέσα στα όρια των υψηλών δαπανών της οξείας και μακροπρόθεσμης αποκατάστασης. Αυτοί μπορεί επίσης να είναι συναισθηματικά καταστρεπτικοί κυρίως στα νεότερα άτομα, που είναι στατιστικά τα συχνότερα θύματα στα τροχαία ατυχήματα.

Τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού (N.M.) από τροχαία ατυχήματα αντιπροσωπεύουν το 53% όλων των τραυματισμών N.M. και το 63% των τραυματισμών του N.M. συμβαίνει σε ηλικίες 15- 44.

Ένας τραυματισμός N.M., μπορεί να μην διαγνωστεί έγκαιρα. Ο βαθμός τραυματισμού νωτιαίου μυελού είναι συχνά δύσκολο να καθοριστεί αμέσως μετά από ένα τραύμα. Πολλές φορές ο N.M. υφίσταται νωτιαίο σοκ το οποίο προκαλεί την πλήρη απώλεια όλων των αντανακλαστικών κάτω από το ύψος του τραυματισμού του N.M.

Αυτό το σοκ μπορεί να είναι προσωρινό και μπορεί να εξαφανιστεί μετά από μερικές ημέρες. Η ταξινόμηση από το νευρολογικό τραυματισμό γίνεται συνήθως σύμφωνα με κλίμακες.

Στην περίπτωση της πλήρους διατομής αρχικά παρατηρείται χαλαρή αισθητικοκινητική τετραπληγία ή παραπληγία από το σημείο της βλάβης και κάτω (ο ασθενής είναι χαλαρός δηλ δεν κινεί και τα τέσσερα ή τα κάτω άκρα αντίστοιχα). Στη συνέχεια η παράλυση μετατρέπεται σε σπαστική με χαρακτηριστική αύξηση των τενοντίων αντανακλαστικών (μη συνειδητοποιημένες κινήσεις).

Ανάλογα με το ύψος της βλάβης στο νωτιαίο μυελό ο ασθενής εμφανίζει διαφορετική εικόνα. Βλάβη στα υψηλά επίπεδα της αυχενικής μοίρας δεν είναι συμβατή με την ζωή λόγω παράλυσης των αναπνευστικών μυών. Κακώσεις στον νωτιαίο μυελό της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσουν σε **τετραπληγία** όπου παραλύουν οι μύες του άνω άκρου, κορμού και του κάτω άκρου.

Μια πλήρης διατομή του νωτιαίου μυελού στην θωρακική ή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσει σε **παραπληγία** στην οποία τα κάτω άκρα δεν μπορούν να κινηθούν. Η ατελής διατομή οδηγεί σε μερική αισθητική και κινητική απώλεια κάτωθεν του επιπέδου της βλάβης.

Αντιμετώπιση: ο ασθενής θα πρέπει να μεταφερθεί σε ειδικό κέντρο σπονδυλικής στήλης.

Δέρμα: προφύλαξη από κατακλίσεις

Ουροδόχος κύστη και έντερο: ο ασθενής εκπαιδεύεται στο να αυτοκαθετηριάζεται και άμεση εκπαίδευση της κύστης. Το έντερο υποβοηθείται με υποκλισμούς.

Μύες και αρθρώσεις: κινησιοθεραπεία προς αποφυγή ρικνώσεων και σύγκαμψης. Η έκτοπη οστεοποίηση είναι σοβαρό πρόβλημα, πρέπει να αφαιρεθεί μόλις ο οστικός ιστός ωριμάσει.

Ψυχολογική υποστήριξη: αποκατάσταση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς, ενθάρρυνση και υποστήριξη για μια νέα εργασία το συντομότερο.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΣΤΩΝ

Τενοντίτιδες

Είναι η χρόνια φλεγμονή του τένοντα ενός μυός εξαιτίας επανειλημμένων μικροκακώσεων. Συνήθως εμφανίζεται ως οξεία φλεγμονή, με τοπική ερυθρότητα, πόνο, οίδημα, αύξηση της θερμοκρασίας και ελάττωση της κινητικότητας της περιοχής.

Όταν δεν γίνεται σωστή θεραπεία της κάκωσης στο οξύ στάδιο, εμφανίζεται χαρακτηριστικός πόνος στην περιοχή του τένοντα κατά την προθέρμανση και μετά την άσκηση. Όταν η πάθηση μεταπέσει σε χρόνια μορφή, τότε ο πόνος είναι συνεχής. Τυπικό παράδειγμα τενοντίτιδας είναι η τενοντίδα του επιγονατιδικού τένοντα (jumper knee) που προσβάλλει αθλητές των οποίων τα προγράμματα προπόνησης περιλαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό συστολές των κάτω άκρων όπως οι άλτες και οι καλαθοσφαιριστές.

Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της τενοντίτιδας είναι να αποφεύγουμε τις κινήσεις που δημιουργούν τα συμπτώματα, δηλαδή τον πόνο.

Άρα λοιπόν οι τρόποι αντιμετώπισης είναι η ξεκούραση, ο πάγος, οι τοπικές αντιφλεγμονώδεις αλοιφές ή τα αντιφλεγμονώδη από το στόμα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

- Διακοπή όλων των δραστηριοτήτων που συμμετέχει η συγκεκριμένη άρθρωση και ανάπαυση.
- Χρήση ανάλογου της πάσχουσας περιοχής κηδεμόνα περιορισμού της κίνησης, που προοδευτικά θα αφαιρείται ανάλογα με την μείωση των συμπτωμάτων.
- Προοδευτική κινητοποίηση της άρθρωσης (mobilization).
- Κατάλληλη φυσικοθεραπεία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις σε μικρό ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα οι τενοντίτιδες υποχωρούν.

Οστεομυελίτιδα & Σηπτική αρθρίτιδα

Πρόκειται για επιμόλυνση και ανάπτυξη μικροβίων σε οστά, μυς, τένοντες, αρθρώσεις.

Οστεομυελίτιδα είναι η καταστροφή του οστού από **λοίμωξη**.

Μπορεί να συμβεί

- Μετά από **τραυματισμό** (ανοικτό κάταγμα και επιμόλυνση από μικρόβια του περιβάλλοντος)
- Μετά από έμπαρση ξένου σώματος (πχ μολυσμένο καρφί)
- Μετά από **ορθοπαιδικό χειρουργείο** (επιμόλυνση συνήθως από σταφυλόκοκκο που επικάθεται στα μεταλλικά υλικά)
- Μετά από **λοίμωξη σε άλλο σημείο του οργανισμού** (πχ ουρολοίμωξη, πνευμονία, οδοντικό απόστημα) και διασπορά στο σκέλος μέσω του αίματος
- Σε **διαβητικά έλκη** (επιμόλυνση σε συνδυασμό με την μειωμένη άμυνα του οργανισμού)
- Σε **βρέφη και παιδιά** όπου πιο συχνά πρόκειται για διασπορά μέσω του αίματος



Πιο συχνά οι λοιμώξεις του μυοσκελετικού προσβάλλουν άτομα με **μειωμένη άμυνα** (ηλικιωμένοι, άτομα με χρόνιες παθήσεις, αγγειοπάθεια, διαβήτη, άτομα που παίρνουν κορτιζόνη ή άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, καπνιστές). Είναι όμως δυνατό να προσβάλλουν και απόλυτα υγιή άτομα.

Η **θεραπεία** είναι συνδυασμός χειρουργικού καθαρισμού, συχνά με αφαίρεση μεταλλικών εμφυτευμάτων και χορήγησης κατάλληλων αντιβιοτικών.

Μερικές φορές μετά τον χειρουργικό καθαρισμό (αφαίρεση επιμολυσμένων και νεκρωμένων ιστών) μπορεί να προκύψει έλλειμμα στο οστό ή και το δέρμα και απαιτούνται πολύπλοκες και χρονοβόρες **επανορθωτικές επεμβάσεις** (οστεογένεση με **μέθοδο Ilizarov** (εικόνα δεξιά), οστικά μοσχεύματα, πλαστικές δέρματος, κρημοί μαλακών μορίων κα).

Στην περίπτωση **σηπτικής αρθρίτιδας** σε παιδιά και ενήλικους απαιτείται επείγουσα επέμβαση καθαρισμού της άρθρωσης (καθώς η λοίμωξη καταστρέφει ταχύτατα τον αρθρικό χόνδρο). Σε αρχικά στάδια η έκπλυση της άρθρωσης είναι δυνατό να γίνει αρθροσκοπικά.

Πολιομυελίτιδα

Η παραλυτική πολιομυελίτιδα, είναι μια ιογενής λοίμωξη από έναν εντεροϊό που οδηγεί στην οξεία εκφύλιση των α-κινητικών κυττάρων των προσθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού. Η πολιομυελίτιδα είναι ιδιαίτερα μεταδοτική μέσω της στοματοφαρυγγικής και της εντερικής οδού. Τα πρώιμα συμπτώματα της παραλυτικής πολιομυελίτιδας περιλαμβάνουν υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, δυσκαμψία στην πλάτη και τον αυχένα, ασύμμετρη αδυναμία διαφόρων μυών, ευαισθησία στην αφή, δυσκολία στην κατάποση, μυϊκό πόνο, απώλεια επιπολής και εν τω βάθει αντανακλαστικών, παραισθησία (μυρμηγκιάσματα), ευερεθιστότητα, δυσκοιλιότητα, ή δυσκολία στην ούρηση, παράλυσης αναπτύσσεται γενικά μια έως δέκα ημέρες μετά την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων, εξελίσσεται για δύο με τρεις ημέρες, και είναι συνήθως πλήρης μέχρι τη στιγμή που ο πυρετός σταματάει.

Στους ενήλικες, η παράλυση μπορεί να συμβεί σε 1 στις 75 περιπτώσεις. Σε παιδιά κάτω των πέντε ετών, η παράλυση του ενός ποδιού είναι η πιο συνηθισμένη. Σε ενήλικες, η εκτεταμένη παράλυση του θώρακα και της κοιλιάς που επηρεάζει επίσης και τα τέσσερα άκρα-τετραπληγία-είναι περισσότερο πιθανή παράλυση.

Ειδικά εμβόλια χρησιμοποιούνται για να καταπολεμήσουν τον ιό.

Δεν υπάρχει θεραπεία για την πολιομυελίτιδα. Το επίκεντρο της σημερινής ιατρικής είναι να προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα να επιταχύνει την ανάρρωση και να προλαμβάνει επιπλοκές. Στηρικτικά μέτρα περιλαμβάνουν αντιβιοτικά για να αποτρέψουν τη λοίμωξη των επηρεασμένων μυών, αναλγητικά για τον πόνο μέτρια άσκηση και μια θρεπτική διατροφή. Η θεραπεία της χρειάζεται μακροχρόνια αποκατάσταση συμπεριλαμβανομένου και της φυσιοθεραπείας, τιράντες, διορθωτικά παπούτσια και σε μερικές περιπτώσεις ορθοπεδικό χειρουργείο.