

Δρ ΛΟΙΖΟΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ

Χειρουργός Ορθοπαιδικός

Αρεταίειο Ιδιωτικό Νοσοκομείο

Αστάθειες του Ώμου και θεραπευτική αντιμετώπιση

Η άρθρωση του ώμου σε αντίθεση με εκείνη του ισχίου είναι από κατασκευής του ασταθής.

Η σταθερότητα της στηρίζεται κυρίως στο θύλακο, επιχείλιο χόνδρο, στους γληνοβραχιόνιους συνδέσμους και στους μυς που περιβάλλουν την άρθρωση επιτρέποντας τόσο μεγάλο εύρος κινήσεων. Αυτό όμως μερικές φορές θέτει σε κίνδυνο εξάρθρηματος στο ώμο και μελλοντικής αστάθειας.

Αστάθεια στο ώμο συμβαίνει συνήθως σε νέα άτομα μετά από σοβαρό τραυματισμό, πτώση, έχοντας το άνω άκρο σε απαγωγή και έξω στροφή.

Η πτώση μπορεί να προκαλέσει εξάρθρημα του ώμου που είναι συνήθως πρόσθιο. Σπανίως σε ασθενείς με ιστορικό έντονου μυικού σπασμού, επιληψίας, ηλεκτροπληξίας μπορεί να προκληθεί οπίσθιο εξάρθρημα.

Κατά το τραυματισμό γίνεται αποκόλληση του επιχειλίου χόνδρου-θυλάκου από την ωμογλήνη του ώμου.

Η διάγνωση γίνεται με κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο.

Η αρχική θεραπεία είναι αρχικά συντηρητική με ανάταξη του εξάρθρηματος με τοπική ή γενική αναισθησία. Στη συνέχεια ο ώμος και το άνω άκρο ακινητοποιείται, εξαρτώμενου πάντοτε της ηλικίας. Σε ασθενείς κάτω των 20 ετών ο ώμος πρέπει να ακινητοποιείται περίπου για τέσσερις εβδομάδες.

Στη συνέχεια ο ασθενής αρχίζει εντατικό ειδικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας και κινησιοθεραπείας προς ενδυνάμωση όλων μυών περίξ του ώμου.

Αν η θεραπεία και ακινητοποίηση είναι μικράς διάρκειας τότε υπάρχει κίνδυνος υποτροπιάζοντος εξάρθρηματος στο ώμο δηλαδή μελλοντικά εκ νέου εξάρθρημα ώμου με ασήμαντο πλέων τραυματισμό (κατά τον ύπνο η απότομη κίνηση με μηχανισμό απαγωγής και έξω η εσω στροφής) .

Ο λόγος για τη πιο πάνω επιπλοκή είναι η αποκόλληση και μη επούλωση του επιχειλίου χονδρού- θυλάκου, μέσα στη άρθρωση (Bankart lesion). Έτσι οι σύνδεσμοι, τένοντες των μυών αδυνατούν να σταθεροποιήσουν τον ώμο προσθίως η οπισθίως.

Χρόνια αστάθεια του ώμου προκαλεί πόνο στις κινήσεις του άνω άκρου και αδυναμία εκτέλεσης αθλοπαιδιών λόγω ανασφάλειας του ασθενή.

Η διάγνωση γίνεται με κλινικό έλεγχο, μαγνητική τομογραφία(MRI) και τέλος με αρθροσκόπηση του ώμου.

Σε περίπτωση χρόνιας αστάθειας και υποτροπιάζοντος εξάρθρηματος στο ώμο η θεραπεία είναι χειρουργική με ανοικτή μέθοδο ή αρθροσκοπική συρραφή και αποκατάσταση της συνέχειας του θυλάκου στη άρθρωση και σταθεροποίηση του ώμου με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η αρθροσκοπική επέμβαση πλεονεκτεί της ανοικτής μεθόδου λόγω μικρότερης ουλής, λιγότερου χειρουργικού χρόνου. Επίσης με τη αρθροσκοπική μέθοδο γίνεται ταυτόχρονα θεραπεία συνοδών επιπλοκών δηλαδή αφαίρεση οστεοχόνδρινων τεμαχίων από μέσα στη γληνοβραχιόνια άρθρωση η ακόμα ταυτόχρονη συρραφή ρήξης στροφικού πετάλου πιθανή επιπλοκή σε ασθενείς άνω των 40 ετών.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής αρχίζει κινησιοθεραπεία μετά τη δεύτερη βδομάδα προς ενδυνάμωση των μυών του στροφικού πετάλου του ώμου και απόκτηση πλήρης κινητικότητας.

Επιστροφή στη εργασία του γίνεται μετά το δεύτερο μήνα (δεδομένου δεν είναι βαριά χειρονακτική) και ξαναρχίζει ανταγωνιστικές αθλοπαιδιές μετά το τέταρτο μήνα.

Παρομοίως με τη πιο πάνω ομάδα , υπάρχουν ασθενείς με σχετική προδιάθεση για χρόνια αστάθεια και πόνο στο ώμο. Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει γενικευμένη χαλάρωση του θυλάκου στις αρθρώσεις του σώματος ούτω ώστε επαναλαμβανόμενοι μικροτραυματισμοί στο ώμο προκαλούν υπερξάρθρημα του ώμου (δηλαδή όχι πλήρες εξάρθρημα) με αποτέλεσμα σε αρκετούς ασθενείς να προκληθεί αστάθεια και χρόνιο πόνο.

Η θεραπεία είναι αρχικά κινησιοθεραπεία με ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων προς ενδυνάμωση των μυών του στροφικού πετάλου που περιβάλλουν τον ώμο. Αν αποτύχει τότε ο ασθενής χειρουργείται με σύσφιξη του θυλάκου και σταθεροποίηση του ώμου.

Τέλος υπάρχουν ασθενείς (συνήθως κάτω των 16 ετών) με αστάθεια και εξάρθρημα στον ώμο χωρίς ιστορικό τραυματισμού. Το εξάρθρημα αυτό προκαλείται εκουσίως, εντελώς ανώδυνα, μετά από συγκίνηση, άλλες φορές σε παρουσία φίλων και συγγενών για επίδειξη ή ψυχαγωγικούς λόγους.

Η θεραπεία σε αυτή τη ομάδα είναι σχεδόν πάντοτε συντηρητική προς ενδυνάμωση των μυών που περιβάλλουν τον ώμο.