

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



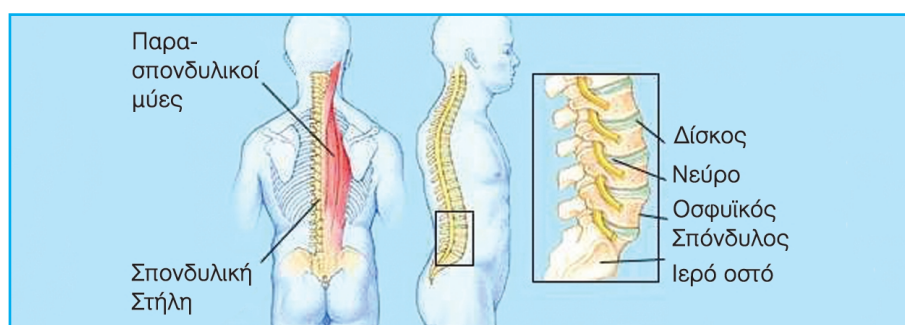
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Όπως γνωρίζουμε, η ανθρώπινη σπονδυλική στήλη αποτελείται από τους αυχενικούς σπονδύλους (αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης), τους θωρακικούς σπονδύλους (θωρακική μοίρα της Σ.Σ.), τους οσφυϊκούς σπονδύλους (οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ.) και τους ιερούς σπονδύλους (ιερή μοίρα της Σ.Σ.).

Οι σπόνδυλοι ενώνονται μεταξύ τους με κάποιες μικρές αρθρώσεις και το μεσοσπονδύλιο δίσκο. Σε φυσιολογικές συνθήκες οι σπόνδυλοι και τα υπόλοιπα στοιχεία της Σ.Σ. συνεργάζονται μεταξύ τους και λειτουργούν με ιδανικό τρόπο ώστε να στηρίζεται ο άνθρωπος και να εκτελεί τις λειτουργίες που θέλει. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που τα οστά της Σ.Σ. νοσούν και δεν επιτρέπουν τις φυσιολογικές λειτουργίες. Πολλές φορές μαζί με τα

69



Εικόνα 3-1: Η σπονδυλική στήλη του ανθρώπου.
Λεπτομέρεια της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ.

οστά συμπάσχουν και τα υπόλοιπα στοιχεία της Σ.Σ. (μύες, σύνδεσμοι, δίσκοι, νεύρα, κ.ά.).

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να περιγράψει τις πιο συνηθισμένες μορφές παραμορφώσεων της Σ.Σ. και να αναφέρει τις βασικές αρχές παθοφυσιολογίας τους.

3.2 ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Σκολίωση ονομάζεται η πλάγια παρέκκλιση της σπονδυλικής στήλης. Συγκεκριμένα, κοιτώντας τη Σ.Σ. ενός ατόμου από την οπίσθια πλευρά συνήθως δεν παρατηρείται κάποια παρέκκλιση από τη μέση γραμμή και ο ένας σπόνδυλος βρίσκεται ακριβώς πάνω από τον άλλο. Είναι όμως δυνατόν, να παρατηρηθεί σε κάποια άτομα οι σπόνδυλοι να μη βρίσκονται σε ευθεία γραμμή αλλά να σχηματίζουν μια καμπύλη είτε προς τα δεξιά είτε προς τα αριστερά. Κάθε τέτοια καμπύλη της Σ.Σ. προς τα πλάγια είναι παθολογική και ονομάζεται σκολίωση. Λόγω της ανατομικής των σπονδύλων η σκολίωση είναι δυνατό να περιλαμβάνει και στροφή των σπονδύλων. Δηλαδή, οι σπόνδυλοι εκτός του ότι μετατοπίζονται προς τα πλάγια, συστρέφονται κιόλας. Συγκεκριμένα η πλάγια μετατόπιση των σπονδύλων συνοδεύεται από στροφή προς την ίδια μεριά - σύστοιχη στροφή. Για παράδειγμα, η πλάγια μετατόπιση των σπονδύλων προς τα δεξιά συνοδεύεται από δεξιά στροφή και η σκολίωση αυτή χαρακτηρίζεται ως δεξιά σκολίωση.

Άλλα στοιχεία που καθορίζουν μια σκολίωση είναι οι σπόνδυλοι που περιλαμβάνονται στην καμπύλη - ή αλλιώς κύρτωμα (π.χ. όταν η σκολίωση αφορά τους



Εικόνα 3-2: Περίπτωση Δεξιάς Σκολίωσης.

θωρακικούς σπονδύλους μιλάμε για θωρακική σκολίωση), το μέγεθος της (π.χ. πόσες μοίρες είναι η καμπύλη), καθώς και την αιτία που την προκάλεσε.

Το μέγεθος της σκολίωσης και κατ' επέκταση η σοβαρότητα της, εξαρτώνται από δύο μετρήσιμους παράγοντες:

- το μέγεθος της γωνίας που σχηματίζει το κύρτωμα
- το μέγεθος της στροφής που έχει επέλθει στους σπονδύλους

Αυτοί οι παράγοντες συνήθως σχετίζονται μεταξύ τους και αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την παρακολούθηση της εξέλιξης της σκολίωσης.

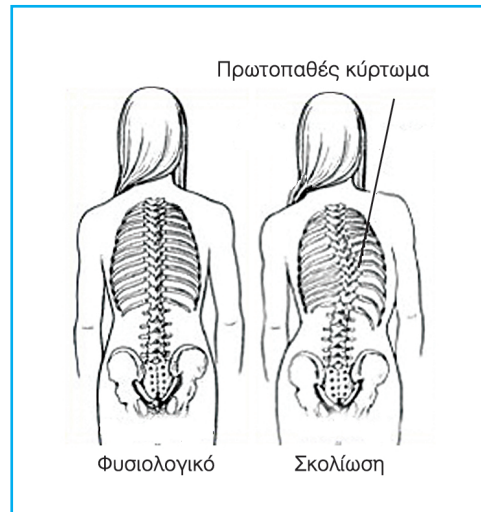
Ανάλογα το αίτιο που προκαλεί τη παραμόρφωση της σκολίωσης, τη διακρίνουμε σε λειτουργική και οργανική σκολίωση.

Λειτουργική σκολίωση: Η παραμόρφωση είναι το αποτέλεσμα μιας άλλης πάθησης μακριά από την Σ.Σ. Γι' αυτό το λόγο, πολλές φορές αυτή η σκολίωση χαρακτηρίζεται και ως δευτεροπαθής ή αντισταθμιστική. Παράδειγμα τέτοιου είδους σκολίωση μπορεί να παρουσιάσει ένα άτομο που το ένα του πόδι είναι κοντύτερο από το άλλο με αποτέλεσμα να εμφανίζει ανισοσκελία. Ο οργανισμός, προκειμένου να ισορροπήσει και να αντισταθμίσει αυτήν την ανισοσκελία, μετατοπίζει τη Σ.Σ. προς τα πλάγια προκαλώντας σκολίωση. Η λειτουργική σκολίωση είναι διορθώσιμη από το γιατρό και το φυσικοθεραπευτή κατά την εξέταση.

Οργανική σκολίωση: Η Οργανική σκολίωση αντίθετα με την λειτουργική είναι μη διορθώσιμη από τον ειδικό κατά την εξέταση και πάντα εμφανίζεται με ταυτόχρονη στροφή των σπονδύλων. Στην οργανική σκολίωση έχουμε προσβολή της ίδιας της Σ.Σ. ή τμήματος της. Παράδειγμα οργανικής σκολίωσης συναντάμε στα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Σ' αυτά τα παιδιά, λόγω βλάβης του νευρικού συστήματος προκαλείται παράλυση σε κάποιους μύες της Σ.Σ. με συνέπεια τη μυϊκή ανισορροπία στη Σ.Σ. Αυτή η μυϊκή ανισορροπία ευνοεί την πλάγια παρέκκλιση και στροφή των σπονδύλων, δηλαδή τη σκολίωση.

Το αρχικό κύρτωμα που εμφανίζεται στη σκολίωση ονομάζεται **πρωτοπαθές κύρτωμα**. Σπάνια, μπορεί να εμφανισθούν δύο μαζί πρωτοπαθή κυρτώματα. Πάντα όμως ακολουθούν ένα ή δύο κυρτώματα που έχουν σαν

στόχο να ισορροπήσουν, να αντισταθμίσουν, το αρχικό πρωτοπαθές κύρτωμα. Αυτά ονομάζονται **δευτεροπαθή ή αντιρροπιστικά ή αντισταθμιστικά κυρτώματα**. Τα αντισταθμιστικά κυρτώματα αναπτύσσονται πάνω ή κάτω από τα πρωτοπαθή και είναι πάντοτε μικρότερα σε μέγεθος από τα πρωτοπαθή. Τα δευτεροπαθή κυρτώματα είναι αρχικά **εύκαμπτα** (έχουν τη δυνατότητα να διορθωθούν) αλλά μπορεί σύντομα να χάσουν αυτή την ιδιότητα τους και να γίνουν **δύσκαμπτα** (μη-διορθώσιμα).



Εικόνα 3-3: Σχηματική απεικόνιση δεξιάς θωρακικής σκολίωσης όπου διαπιστώνεται το πρωτοπαθές κύρτωμα

3.2.1 Λειτουργικές σκολιώσεις

Χαρακτηριστικό των λειτουργικών σκολιώσεων είναι η διατήρηση της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής των σπονδύλων και η έλλειψη, συνήθως, της στροφής. Σ' αυτή την περίπτωση τα κυρτώματα της Σ.Σ. είναι κινητά και διορθώνονται εξ'ολοκλήρου, τουλάχιστον κατά τα αρχικά στάδια που δεν έχουν γίνει μόνιμες αλλοιώσεις.

Οι πιο συχνές μορφές λειτουργικής σκολίωσης που συναντώνται είναι:

- Η ανταλγική σκολίωση
- Η στατική σκολίωση
- Η αντισταθμιστική σκολίωση.

3.2.2 Οργανικές σκολιώσεις

Η οργανική σκολίωση συνοδεύεται πάντα από στροφή των σπονδύλων. Αυτή η ιδιαιτερότητα γίνεται εμφανής ειδικά στην περιοχή του θώρακα, όπου οι σπόνδυλοι συμπαρασύρουν τις πλευρές και δημιουργούν μια ασυμμετρία στην εμφάνιση του. Αυτό αποτελεί και ένα κλινικό σημείο για τη διά-

γνωση της σκολίωσης. Η οργανική σκολίωση μπορεί αρχικά να είναι διορθώσιμη, αλλά πολύ γρήγορα γίνεται μόνιμη, χωρίς δυνατότητα διόρθωσης.

Ο χρόνος που εμφανίζεται το πρωτοπαθές κύρτωμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη της παραμόρφωσης. Συνήθως, οι μεγάλοι βαθμού σκολιώσεις αφορούν άτομα που εμφάνισαν σκολίωση από μικρή ηλικία. Ένας άλλος παράγοντας που καθορίζει την εξέλιξη μιας σκολίωσης είναι η οστική ανάπτυξη του ατόμου. Δηλαδή εάν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη των οστών του. Συνήθως μέχρι να ολοκληρωθεί η οστική ανάπτυξη (περίπου στα 16 για τα κορίτσια και 18 για τα αγόρια), μια σκολίωση συνεχίζει και επιδεινώνεται.

Η αιτιολογία μιας οργανικής σκολίωσης στις περισσότερες των περιπτώσεων (80%-90%) δεν είναι γνωστή. Την οργανική αυτή σκολίωση που δε γνωρίζουμε το αίτιο δημιουργίας της, τη χαρακτηρίζουμε σαν **ιδιοπαθή σκολίωση**. Εξαιτίας του μεγάλου ποσοστού περιστατικών που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία, θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά στη συνέχεια του κειμένου.

Άλλες μορφές οργανικής σκολίωσης μπορεί να προέρχονται από:

- εκ γενετής ανωμαλίες της Σ.Σ. όπως για παράδειγμα η ύπαρξη ενός ημι-σπόνδυλου («μισός» σπόνδυλος),
- διαταραχή ή/και παράλυση των νεύρων που διαταράσσουν τις μυϊκές δυνάμεις που στηρίζουν τη Σ.Σ. (**νευρολογικής αιτιολογίας σκολίωση**). Παράδειγμα τέτοιων μορφών είναι η σκολίωση λόγω εγκεφαλικής παράλυσης, πολιομυελίτιδας, κ.ά.
- παράλυση των ίδιων των μυών που στηρίζουν τη Σ.Σ., που βέβαια οδηγεί σε μυϊκή ανισορροπία (**μυϊκής αιτιολογίας σκολίωση**). Τέτοιου είδους σκολίωση μπορεί να προκαλέσουν οι μυοπάθειες (διάφορες παθήσεις των μυών).
- παθήσεις του συνδετικού ιστού αλλά και κάποιες εκ γενετής (συγγενείς) καρδιοθωρακικές ανωμαλίες που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε σκολίωση.

3.2.3 Ιδιοπαθής σκολίωση

Η ιδιοπαθής σκολίωση, δηλαδή αυτή που δε γνωρίζουμε την αιτιολογία της, αποτελεί περίπου το 65%-80% όλων των περιπτώσεων σκολίωσης. Από τα άτομα που πάσχουν από ιδιοπαθή σκολίωση, η δραματική πλειοψηφία είναι γυναίκες (περίπου 80%). Ευτυχώς είναι λίγα τα άτομα από το γενικό

πληθυσμό (δηλαδή όλους εμάς) που τελικά θα εμφανίσουν σκολίωση μεγαλύτερη των 20ο (0.2%-0.5% του γενικού πληθυσμού).

Ανάλογα την ηλικία που πρωτοεμφανίζεται η παραμόρφωση έχουμε τρεις τύπους ιδιοπαθούς σκολίωσης: τη νηπιακή, την παιδική και την εφηβική.

- **Νηπιακή σκολίωση:** αφορά παιδιά μικρότερα των 3 ετών, και κατά μεγάλο ποσοστό τα αγόρια. Ευτυχώς, η παραμόρφωση αυτή διορθώνεται αυτόματα στις περισσότερες περιπτώσεις (90%). Σ' όσα παιδιά δεν υπάρξει αυτόματη διόρθωση και συνεχίσει η παραμόρφωση να επιδεινώνεται, αντιμετωπίζονται σαν ασθενείς με εφηβική σκολίωση.
- **Παιδική σκολίωση:** θεωρείται σπάνια παραμόρφωση και αφορά παιδιά ηλικίας 4-9 ετών. Αντιμετωπίζεται ακριβώς σαν την εφηβική σκολίωση αλλά με χειρότερη αναμενόμενη εξέλιξη.
- **Εφηβική σκολίωση:** παρουσιάζεται σε ηλικίες άνω των 10 ετών και είναι ο συχνότερος τύπος.

74

Παράγοντες που καθορίζουν το αν θα εξελιχθεί μια σκολίωση είναι:

- Η μικρή ηλικία έναρξης της παραμόρφωσης
- το φύλο (τα κορίτσια έχουν αυξημένο κίνδυνο)
- η περιοχή της ΣΣ που εμφανίζεται η παραμόρφωση (π.χ. μια θωρακική σκολίωση έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτυχθεί από μια οσφυϊκή)
- το μέγεθος του κυρτώματος (όσο μεγαλύτερη η γωνία του κυρτώματος τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να συνεχίσει να εξελίσσεται η παραμόρφωση)
- η κληρονομικότητα, το ύψος (όσο ψηλότερο το άτομο τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες), και η ισορροπία της Σ.Σ. (όσο μεγαλύτερη είναι η έλλειψη ισορροπίας της Σ.Σ. τόσο μειώνεται η πιθανότητα εξέλιξης)

Η σκολίωση δεν αναπτύσσεται με σταθερό ρυθμό σε συνάρτηση με την ηλικία. Μπορεί να χειροτερεύει στις περιόδους γρηγορότερης σωματικής ανάπτυξης αλλά και να μένει αμετάβλητη τις άλλες περιόδους.

Το σημαντικότερο εύρημα στην κλινική εικόνα της σκολίωσης είναι η ίδια η παραμόρφωση. Κατά την εξέταση του παιδιού, παρατηρείται από τον ειδικό η παρέκκλιση της Σ.Σ. από τη μέση γραμμή (έλεγχος με το νήμα της στάθμης), ενώ καταγράφονται τα πρωτοπαθή και δευτεροπαθή κυρτώματα. Στη

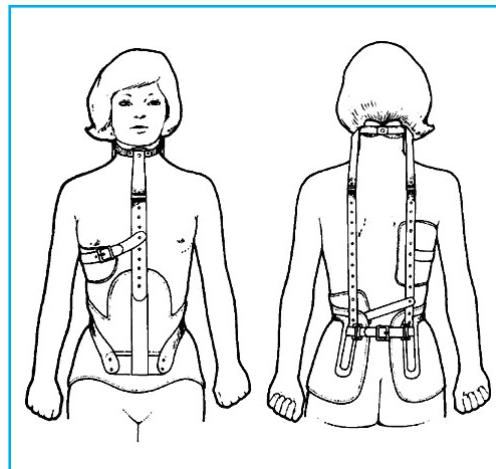
θωρακική μοίρα της Σ.Σ., η στροφή των σπονδύλων δημιουργεί μια «ανύψωση» των πλευρών προς τη μεριά του κυρτώματος, που είναι γνωστή ως **πλευρικός ύβος**. Ο ύβος -είναι σαν «καμπούρα»- γίνεται περισσότερο εμφανής, όταν το άτομο σκύψει προς τα εμπρός (δοκιμασία επίκυψης). Με αυτό τον τρόπο συχνά ξεχωρίζουμε τη λειτουργική -όπου εξαφανίζεται ο ύβος- από την οργανική σκολίωση- όπου γίνεται πιο εμφανής. Είναι πιθανόν να παρατηρήσουμε ασυμμετρία στους ώμους αλλά και στους μαστούς στα κορίτσια. Σε βαριές περιπτώσεις σκολίωσης είναι απαραίτητο να ελεγχθεί η καρδιοαναπνευστική λειτουργία και η κατάσταση των πνευμόνων, αφού μπορεί να επηρεασθούν. Μεγάλος κίνδυνος αρχίζει να υπάρχει μετά τις 50°. Τέλος, ο θεράπων ιατρός και ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να κάνουν λεπτομερή έλεγχο για τυχόν άλλα προβλήματα και παθήσεις του ασθενή που μπορεί να συνυπάρχουν όπως η ανισοσκελία, η νευροϊνομάτωση, κ.ά.

Ο ακτινολογικός έλεγχος με ακτινογραφίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμος τόσο για την καταγραφή και μέτρηση των πρωτοπαθών όσο και των δευτεροπαθών κυρτωμάτων. Για τη μέτρηση του πλάγιου κυρτώματος γίνεται καθορισμός του πρώτου και του τελευταίου σπονδύλου που συμμετέχουν. Στη συνέχεια λαμβάνοντας ως σημεία αναφοράς αυτούς τους δύο σπονδύλους είναι δυνατό να καταμετρηθεί το μέγεθος της σκολίωσης και να εκφρασθεί σε μοίρες π.χ. 30° σκολίωση. Επίσης μπορεί να μετρηθεί και ο βαθμός στροφής των σπονδύλων μεταξύ τους. Βασικό σημείο στη διάγνωση και παρακολούθηση μιας σκολίωσης είναι η συστηματική λήψη και σύγκριση των ακτινογραφιών ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Άλλες μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί στη σκολίωση είναι η μαγνητική τομογραφία, η μέτρηση του πλευρικού ύβου, κ.ά. Όμως, λόγω του υψηλού τους κόστους, και της μειωμένης αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων σε κάποιες περιπτώσεις, δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες τεχνικές.

Στη θεραπεία της σκολίωσης, πολύ σημαντικό ρόλο έχει η πρόληψη. Πράγματι τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα έχει οργανωθεί ο συστηματικός έλεγχος των παιδιών στα σχολεία ώστε να αναγνωρισθούν και να αντιμετωπισθούν πρώιμα οι περιπτώσεις σκολίωσης.

Συνήθως σκολιώσεις μέχρι 20° παρακολουθούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (συνήθως ανά 4μηνο) χωρίς άλλη ιδιαίτερη θεραπεία. Σ' αυτό το στάδιο, συχνά προτρέπεται ο ασθενής να συμμετέχει σε ενεργητικές

δραστηριότητες ή σε οργανωμένο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας. Το κέρδος απ' αυτές τις δραστηριότητες προέρχεται από τα γενικότερα οφέλη της άσκησης και όχι στο να μειώσει το μέγεθος του κυρτώματος. Εάν το κύρτωμα ξεπεράσει τις 25° ή έχει ανάπτυξη μεγαλύτερη των 10° κατά το διάστημα που παρακολουθείται ο ασθενής, τότε αποφασίζεται η έναρξη κάποιας συντηρητικής θεραπείας. Στην απόφαση αυτή συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες, όπως ο χρόνος που απο-



Εικόνα 3-4: Κηδεμόνας που φοριέται για τη διόρθωση της σκολίωσης.

76

μένει για την ολοκλήρωση της ανάπτυξης των οστών. Πρώτη γραμμή αντιμετώπισης είναι η χρήση κηδεμόνων-ναρθήκων. Οι πιο διαδεδομένες μορφές κηδεμόνων είναι ο κηδεμόνας τύπου Milwaukee και ο τύπου Boston. Ο κηδεμόνας μπορεί να φοριέται ακόμα και 23 ώρες στο 24ωρο. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι οι κηδεμόνες ουσιαστικά χρησιμεύουν στο να παρεμποδίσουν, να καθυστερήσουν, τη περαιτέρω ανάπτυξη του κυρτώματος και όχι να θεραπεύσουν μια σκολίωση.

Κατά τη φάση της θεραπείας με κηδεμόνα ακολουθείται και πρόγραμμα κινησιοθεραπείας.

Οι στόχοι αυτού του προγράμματος είναι:

- να διατηρήσει την κινητικότητα του θώρακα και τη μηχανική της σωστής αναπνοής
- να διατηρήσει και να βελτιώσει τη μυϊκή ισχύ των κοιλιακών μυών και των μυών της Σ.Σ. (παρασπονδυλικών μυών)
- να διατηρήσει και να αυξήσει την ευλυγισία και κινητικότητα της Σ.Σ.
- να διατηρήσει την αεροβική ικανότητα, σταθερό σωματικό βάρος, και ικανοποιητικό μυϊκό τόνο

Άλλες τεχνικές που έχουν εφαρμοσθεί όπως ο μυϊκός ηλεκτρικός ερεθισμός των παρασπονδυλικών μυών, δεν έχουν σημαντικά αποτελέσματα βάσει της παγκόσμιας βιβλιογραφίας.

Σε μεγάλες περιπτώσεις σκολίωσης όπου η παραμόρφωση εξελίσσεται με ταχύ ρυθμό, ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση. Μετά το χειρουργείο, η εφαρμογή κάποιου προγράμματος κινησιοθεραπείας αποσκοπεί στα γενικά οφέλη από την άσκηση με την προϋπόθεση ότι λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες του ασθενή και της χειρουργικής επέμβασης που υπέστη.

3.3. ΚΥΦΩΣΗ

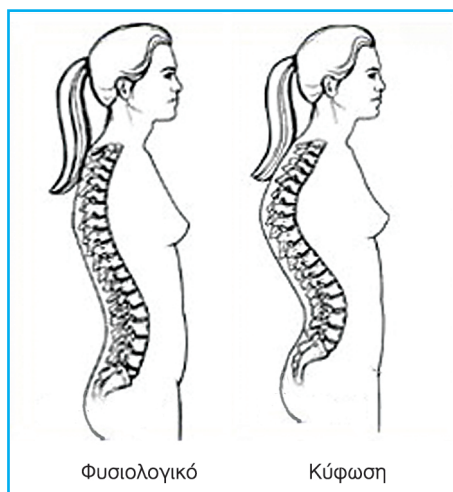
Η Σ.Σ. στο προσθιο-οπίσθιο επίπεδο (κοιτώντας την από τα πλάγια) σχηματίζει 4 φυσιολογικά κυρτώματα. Τα δύο από αυτά έχουν το κυρτό προς τα εμπρός και βρίσκονται ένα στην αυχενική μοίρα και το άλλο στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ., ενώ τα άλλα δύο βρίσκονται στη θωρακική και στην ιερή χώρα της Σ.Σ. και έχουν το κυρτό προς τα πίσω.

Η φυσιολογική καμπυλότητα της θωρακικής μοίρας της Σ.Σ. φθάνει από 20° - 40°. Όταν η καμπυλότητα ξεπερνάει τις 40° τότε πρόκειται για παθολογική κατάσταση που ονομάζεται **κύφωση**.

Η κύφωση δεν είναι τόσο συχνή παραμόρφωση όσο η σκολίωση που συζητήθηκε προηγούμενα.

Ταξινομείται ανάλογα με:

- τη δυνατότητα αυτοδιόρθωσης της (εύκαμπτη ή δύσκαμπτη)
- τη μορφολογία της (ομαλή, γωνιώδης)
- την ηλικία που εμφανίζεται στον ασθενή (νεανική, γεροντική) και
- το αίτιο που την προκαλεί (οργανική, αντιρροπιστική)



Εικόνα 3-5: Σχηματική απεικόνιση μιας παθολογικής κύφωσης.

Εύκαμπτη κύφωση: είναι αυτή που μπορεί να διορθωθεί από το θεραπευτή ή τον ίδιο τον ασθενή έστω και προσωρινά. Συνήθως είναι αποτέλεσμα κακής στάσης, αδυναμίας των ραχιαίων μυών, ή και δευτεροπαθής - αντισταθμιστική- λόγω άλλων παραμορφώσεων (π.χ. μόνιμη σύγκαμψη του ισχίου). Οι εύκαμπτες κυφώσεις είναι γενικά ομαλές στη μορφολογία τους, δηλαδή δεν παρουσιάζουν υπερβολική γωνίωση σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο.

Δύσκαμπτη κύφωση: χαρακτηρίζεται εκείνη η κύφωση που δεν μπορεί να διορθωθεί έστω και προσωρινά κατά την εξέταση από το θεραπευτή. Τέτοιες κυφώσεις είναι για παράδειγμα οι οργανικές κυφώσεις όπου συνυπάρχει ένας αιτιολογικός παράγοντας. Οι δύσκαμπτες κυφώσεις μπορεί να είναι ομαλές και να αφορούν νεαρά (π.χ. η νόσος του Scheuermann - βλ. συνέχεια κεφαλαίου, αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, κ.ά.) ή μεγαλύτερα άτομα (π.χ. κύφωση λόγω οστεοπόρωσης, γεροντική κύφωση) αλλά και γωνιώδεις όπως η κύφωση λόγω φυματίωσης και οι συγγενείς κυφώσεις λόγω ανατομικής δυσπλασίας των σπονδύλων.

3.3.1 Νεανική κύφωση ή Νόσος του Scheuermann

Η νεανική κύφωση είναι η συχνότερη αιτία εμφάνισης κύφωσης μεγαλύτερης των 40° σε παιδιά ηλικίας 12-16 ετών. Το αίτιο της πάθησης είναι άγνωστο. Στη νεανική κύφωση, διαταράσσεται η φυσιολογική ανάπτυξη των θωρακικών σπονδύλων και λόγω της ήδη υπάρχουσας φυσιολογικής κύφωσης, φορτίζεται περισσότερο το πρόσθιο τμήμα των σπονδύλων. Αυτό καθυστερεί την ανάπτυξη των πρόσθιων τμημάτων των σπονδύλων που τελικά παίρνουν σχήμα σφήνας και οδηγούν σε μεγαλύτερη κύφωση. Η συγκεκριμένη κύφωση αντισταθμίζεται από υπέρμετρη λόρδωση στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ. Το κυφωτικό κύρτωμα είναι συνήθως ομαλό ενώ, οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν πόνο στη θωρακική μοίρα και εύκολη κόπωση. Η θεραπεία μέχρι τις 60° είναι παρατήρηση και φυσικοθεραπεία που κυρίως περιλαμβάνει πρόγραμμα ενδυνάμωσης των ραχιαίων μυών και εκμάθηση σωστής στάσης στο παιδί. Από τις 60° - 80° συνήθως προστίθεται η χρήση κηδεμόνων εάν δεν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη των οστών του ασθενή. Το χειρουργείο σπάνια είναι απαραίτητο ακόμα και για μεγαλύτερες των 80° κυφώσεις.

3.4 ΛΟΡΔΩΣΗ

Όταν για οποιοδήποτε λόγο αυξηθεί η φυσιολογική κυρτότητα της οσφυϊκής μοίρας στη Σ.Σ., τότε μιλάμε για παθολογική κατάσταση που ονομάζεται λόρδωση.

Τα κυριότερα αίτια μιας αυξημένης λόρδωσης μπορεί να οφείλονται σε:

- κακή στάση
- «χαλαρούς», αδύναμους μυς - ειδικά οι κοιλιακοί
- «υπέρβαρη» κοιλιακή χώρα (π.χ. λόγω εγκυμοσύνης, παχυσαρκίας)
- μηχανισμό επαναφοράς της ισορροπίας λόγω άλλης παραμόρφωσης (π.χ. μιας κύφωσης)
- παραμόρφωση κάμψης του ισχίου (π.χ. σε σύγκαμψη)
- συγγενές εξάρθρημα του ισχίου
- επίκτητους παράγοντες λόγω υιοθέτησης κάποιων συνηθειών (π.χ. η συστηματική χρήση ψηλών τακουνιών θα αύξανε την οσφυϊκή λόρδωση)



Εικόνα 3-6:
Μεγάλου βαθμού
λόρδωση στην
οσφυϊκή μοίρα
της ΣΣ.

Η λόρδωση συνήθως δεν εμφανίζει συμπτώματα, χωρίς να λείπουν οι περιπτώσεις που παραπονούνται για πόνο στη μέση (οσφυαλγία). Οι γλουτοί των ασθενών με λόρδωση φαίνεται να προεξέχουν, να προβάλλουν περισσότερο προς τα πίσω, εξαιτίας της μεγάλης λορδωτικής καμπύλης.

Η διάγνωση της λόρδωσης βασίζεται στη φυσική εξέταση και στα ακτινολογικά ευρήματα. Η θεραπεία, ειδικά σε μικρού βαθμού παραμορφώσεις, δε θεωρείται απαραίτητη. Ένα ενεργητικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας (π.χ. ασκήσεων, σωστής στάσης, κ.λ.π.) μπορεί να βοηθήσει να μειωθεί η παραμόρφωση. Σε σπάνιες περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η χρήση νάρθηκα και σπανιότερα ενδείκνυται χειρουργική επέμβαση.

3.5 ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ

Το ραιβόκρανο είναι μια παραμόρφωση της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. με πλάγια κλίση της κεφαλής προς τη μια πλευρά και στροφή προς την αντίθετη.

Ο ασθενής συνήθως παραπονείται για πόνο και ανικανότητα να γυρίσει το κεφάλι του αντίθετα από τη θέση της παραμόρφωσης. Η κεφαλή βρίσκεται σε ασυμμετρία ως προς τον υπόλοιπο κορμό ενώ σε χρόνια περιστατικά είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε ασύμμετρες αλλοιώσεις και στα χαρακτηριστικά του προσώπου (π.χ. πτώση της γωνίας των χειλιών της αντίθετης πλευράς). Οι μύες του αυχένα βρίσκονται σε έντονη σύσπαση χωρίς να το θέλει ο ασθενής. Αυτό είναι γνωστό ως **μυϊκός σπασμός** και ο μυς που κυρίως επηρεάζεται στο ραιβόκρανο είναι ο στερνοκλειδομαστοειδής της ίδιας πλευράς (δηλαδή στη περίπτωση του δεξιού ραιβόκρανου, ο δεξιός στερνοκλειδομαστοειδής θα είναι σε μυϊκό σπασμό). Άλλοι μύες που μπορεί να εμπλέκονται ή και να ευθύνονται για το ραιβόκρανο είναι αυτοί που βρίσκονται στη περιοχή μεταξύ του ινιακού οστού της κεφαλής και των αυχενικών σπονδύλων (οι ινιοαυχενικοί μύες, ο τραπεζοειδής, ο ανελκτήρας της ωμοπλάτης, κ.ά.). Οι παραπάνω μύες μπορεί να έχουν πρωτεύοντα ρόλο (π.χ. πρόκληση ραιβόκρανου λόγω «ψύξης» ή έντονης δραστηριότητας ή τραυματισμού τους) ή δευτερεύοντα. Για παράδειγμα, να έρχονται σε μυϊκό σπασμό και να προκαλούν ραιβόκρανο λόγω μιας άλλης υπάρχουσας κατάστασης (π.χ. λόγω μιας κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου ή μιας φλεγμονής). Αρχικός στόχος είναι η θεραπεία του αιτίου που προκάλεσε τη παραμόρφωση, όπου αυτό είναι δυνατόν.

3.6 ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Επιλεκτικά, γίνεται περιγραφή κάποιων συγγενών (εκ γενετής) ανωμαλιών που προσβάλλουν τη περιοχή της Σ.Σ.

3.6.1 *Ιεροποίηση - Οσφυοποίηση σπονδύλου*

Ιεροποίηση του 5ου οσφυϊκού σπονδύλου: Είναι πιθανόν, σ' ένα ποσοστό του πληθυσμού (έως 5%) να ενωθούν ο τελευταίος οσφυϊκός σπόνδυλος με τους ακίνητους ιερούς σπονδύλους. Αυτό ονομάζεται **ιεροποίηση** του 5ου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο 5ος οσφυϊκός μπορεί να έχει συνενωθεί πλήρως ή μερικώς με το 1ο ιερό σπόνδυλο. Σε κάθε περίπτωση πάντως, το αποτέλεσμα είναι να πέφτει το βάρος της χαμένης κίνησης στο ανώτερο τμήμα της Σ.Σ.

που επιτρέπει κίνηση, που είναι μεταξύ του 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου. Αυτό οδηγεί σε γρηγορότερη εκφύλιση της ένωσης των O_4-O_5 με συνέπεια τη μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης δισκοπάθειας και αρθρίτιδας των αρθρώσεων της Σ.Σ.

Οσφυοποίηση του 1ου ιερού σπονδύλου: Σε αυτή την περίπτωση, ο πρώτος ιερός σπόνδυλος δεν είναι συνοστεωμένος (σχηματίζοντας το ιερό οστό) με τους υπόλοιπους και παρουσιάζει κινητικότητα, δηλαδή συμπεριφέρεται σαν οσφυϊκός σπόνδυλος. Έτσι, σε ακτινολογική εξέταση θα φαίνεται να υπάρχουν 6 οσφυϊκοί σπόνδυλοι. Αυτό ονομάζεται **οσφυοποίηση** του 1ου ιερού σπονδύλου.

3.6.2 Συγγενής ημισπόνδυλος

Είναι δυνατόν να εμφανισθεί η εκ γενετής παραμόρφωση ενός σπονδύλου σε σχήμα «σφήνας» (συγγενής). Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται **συγγενής ημισπόνδυλος**. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε σκολίωση ή/και σε άλλες παραμορφώσεις.

81

3.6.3 Δισχιδής ράχη

Κατά τη ζωή μέσα στη μήτρα, είναι δυνατό να διαταραχθεί η φυσιολογική ανάπτυξη των σπονδύλων, οσφυϊκών κυρίως, και να μην ολοκληρωθεί η συνοστέωση του σπονδύλου σ' όλο του το εύρος. Το αποτέλεσμα είναι να παραμένει ένα κενό στο σπόνδυλο. Από το κενό αυτό είναι δυνατόν, ευτυχώς όχι συχνά, να προβάλλει μηνιγγικό υλικό (υλικό από τις μήνιγγες του ΚΝΣ) ακόμα και ρίζες νεύρων.

3.7 ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ

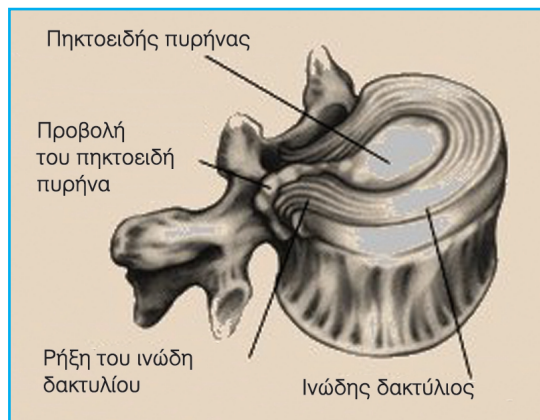
Η δισκοπάθεια περιγράφει την πάθηση που ο μεσοσπονδύλιος δίσκος βρίσκεται σε μια μη-φυσιολογική, παθολογική κατάσταση. Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος, όπως γνωρίζουμε, αποτελείται περιφερικά από ένα ινώδη περίβλημα, τον **ινώδη δακτύλιο** και εσωτερικά από μια μαλακή αλλά ασυμπίεστη μάζα, τον **πηκτοειδή πυρήνα**.

Ο ρόλος των μεσοσπονδυλίων δίσκων συνοψίζεται σε δύο βασικές λειτουργίες:

- να σταθεροποιούν τους σπονδύλους μεταξύ τους προσφέροντας μια γενικότερη σταθεροποίηση της Σ.Σ.
- να κατανέμουν και να αποσβένουν τις φορτίσεις που ασκούνται πάνω στη Σ.Σ. - κάτι αντίστοιχο με τα «αμορτισέρ» του αυτοκινήτου

Σε μια δισκοπάθεια είναι δυνατόν να έχουμε διάφορες βλάβες. Μπορεί να έχει υποστεί ζημιά ο ινώδης δακτύλιος στην εσωτερική του πλευρά μόνο, χωρίς τη συνολική διακοπή της συνέχειας του. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως **μερική ρήξη του ινώδους δακτυλίου**. Εάν έχει διακοπεί ολοκληρωτικά η συνέχεια του ινώδους δακτυλίου τότε μιλάμε για **ολική ρήξη**. Τόσο στη μερική όσο και στην ολική ρήξη, το εσωτερικό υλικό του δίσκου, λόγω του ασυμπίεστου χαρακτήρα του, μόλις δεχθεί φόρτιση, τείνει να «δραπετεύσει» από το «άνοιγμα» του ινώδη δακτυλίου. Αυτό το φαινόμενο περιγράφεται σαν **πρόπτωση ή κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου**. Ειδικά στην ολική ρήξη του ινώδους δακτυλίου είναι δυνατόν να δούμε να «βγαίνει» τμήμα του πηκτοειδή πυρήνα στο χώρο εκτός του δίσκου. Ανάλογα με το σημείο της ρήξης, ο πηκτοειδής πυρήνας μπορεί να πιέσει διαφορετικές δομές της Σ.Σ.

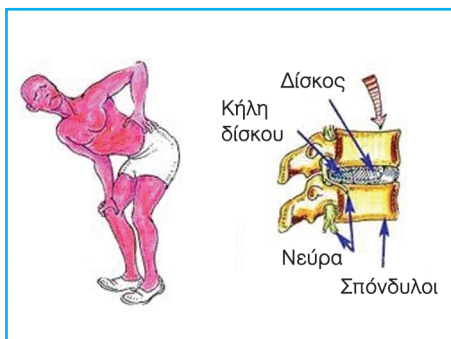
Η κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου μπορεί να συμβεί σε άτομα κάθε ηλικίας μολονότι είναι σπάνια σε πολύ νεαρά και ηλικιωμένα άτομα. Ο ασθενής συνήθως είναι ένας υγιής κατά τα άλλα ενήλικας 20-45 ετών που παραπονείται ότι μετά από κάποια δραστηριότητα (λ.χ. ανύψωση κάποιου αντικειμένου από σκυμμένη θέση) ένιωσε έντονο πόνο είτε στον αυχένα είτε στη μέση. Θεωρητικά είναι δυνατόν οποιοσδήποτε δίσκος να πάθει κήλη.



Εικόνα 3-7: Σχηματική απεικόνιση της ρήξης του ινώδους δακτυλίου και της προβολής του πηκτοειδή πυρήνα.

Όμως στην θωρακική μοίρα είναι σπάνια η εμφάνιση τέτοιων φαινομένων ενώ στη περιοχή του αυχένα κυρίως προσβάλλονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι A₅-A₆ και A₆-A₇. Στην οσφυϊκή μοίρα της ΣΣ, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου συμβαίνει μεταξύ των O₅-I₁ και O₄-O₅ σπονδύλων.

Η πιο συνηθισμένη κήλη μεσοσπονδύλιου, συνήθως αφορά βλάβη και ρήξη του οπισθοπλάγιου ινώδη δακτυλίου. Τότε από το υλικό του πηκτοειδή πυρήνα πιέζεται ένας σύνδεσμος της Σ.Σ. που με τη σειρά του μπορεί να μεταφέρει την πίεση στις μήνιγγες που περιβάλλουν το νωτιαίο μυελό. Οποιαδήποτε απ' αυτές τις πιέσεις μπορεί να προκαλέσουν πόνο. Αν αυτό συμβαίνει στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ. τότε λέμε ότι ο ασθενής έχει **οσφυαλγία** (δηλαδή πόνο στη μέση), ενώ όταν αυτό συμβεί στην αυχενική μοίρα της Σ.Σ., τότε μιλάμε για αυχεναλγία (δηλαδή πόνο στον αυχένα). Σε βαρύτερες καταστάσεις, είναι δυνατόν να πιεσθεί ο σύνδεσμος της Σ.Σ. αλλά και η νωτιαία ρίζα που βρίσκεται πολύ κοντά του (το σημείο απ' όπου τα νεύρα ξεκινούν την πορεία τους από το νωτιαίο μυελό προς τα άκρα). Σ' εκείνη τη περίπτωση, ο πόνος μπορεί ν' ακολουθήσει τη πορεία του νεύρου και να εμφανισθεί κατά μήκος του ποδιού του ασθενή. Αυτή η κατάσταση, όταν αφορά το κάτω άκρο, περιγράφεται ως **ισχιαλγία**. Εάν ο ασθενής παραπονείται για πόνο, τόσο στη μέση όσο και στο πόδι, τότε περιγράφεται αυτή η κατάσταση ως **οσφυο-ισχιαλγία**. Οι νωτιαίες ρίζες, όπως είναι ήδη γνωστό, έχουν την ιδιότητα να μεταφέρουν τόσο ερεθίσματα που έχουν να κάνουν με την αισθητικότητα (π.χ. αίσθημα πόνου), αλλά και την κινητικότητα (π.χ. έλεγχος της λειτουργίας κάποιων μυών). Έτσι γίνεται κατανοητό ότι πολλές φορές σε πίεση μιας ρίζας δεν έχουμε μόνο συμπτώματα πόνου αλλά μπορεί να υπάρχουν και συμπτώματα μυϊκής αδυναμίας κάποιων μυών. Είναι αντιληπτό δηλαδή, ότι ο πόνος στη μέση (οσφυαλγία) και στον αυχένα αλλά και τα άλλα πι-



Εικόνα 3-8: Κήλη του δίσκου με αποτέλεσμα την πρόκληση οσφυαλγίας και ισχιαλγίας στον ασθενή.

θανώς συμπτώματα μυϊκής αδυναμίας δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της πάθησης της δισκοπάθειας, αλλά μπορεί να προέρχεται και από δεκάδες άλλες αιτίες (π.χ. όγκος, αρθρίτιδα των αρθρώσεων της Σ.Σ., κ.ά.). Αρμοδιότητα του θεράποντα γιατρού και φυσικοθεραπευτή αποτελεί να καθορίσουν το ακριβές αίτιο της οσφυαλγίας, της αυχεναλγίας ή/και της μυϊκής αδυναμίας.

Η αιτιολογία της δισκοπάθειας ακόμα και σήμερα δεν είναι εντελώς ξεκαθαρισμένη. Τις περισσότερες φορές υπάρχει κάποιος τραυματισμός σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό. Αυτό αποτελεί την αφορμή για την εμφάνιση της κήλης. Σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι πριν τον τραυματισμό, έχει προηγηθεί βιοχημική διαταραχή στα υλικά του δίσκου που έχει επιτρέψει τις μικρο-ρωγμές στον ινώδη δακτύλιο.

Η κλινική εικόνα ενός τυπικού ασθενή με κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου στη μέση περιλαμβάνει:

84

- οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία
- μυϊκή αδυναμία ανάλογα με τη ρίζα που έχει προσβληθεί και τη σοβαρότητα της βλάβης. Μπορεί και να μην έχει επηρεασθεί καθόλου η μυϊκή δύναμη
- διαταραχή των σχετικών με τη βλάβη αντανακλαστικών, εφόσον υπάρχουν
- υιοθέτηση θέσεων από τον ασθενή ώστε να μην πονάει. Μπορεί να δούμε κάποιου βαθμού σκολίωση (ανταλγική σκολίωση), έλλειμμα στη φυσιολογική λόρδωση της ΟΜΣΣ, κ.ά.
- πόνο από οποιαδήποτε κίνηση θα τείνει να «τεντώσει» το νεύρο που πιέζεται. Διότι έτσι μεταφέρεται η δύναμη από το τέντωμα του νεύρου στη ρίζα του, που ήδη πιέζεται από το δίσκο

Μια σειρά από εξετάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν τη φυσική εξέταση και τελικά να βοηθήσουν στη διάγνωση της κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Οι ακτινογραφίες είναι χρήσιμες αλλά η αναλυτικότερη αξονική και μαγνητική τομογραφία αποτελούν σήμερα τις πιο ενδεδειγμένες εξετάσεις. Άλλες εξετάσεις που χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση είναι η μυελογραφία και η δισκογραφία. Μ' αυτές τις εξετάσεις προσπαθεί ο γιατρός να καθορίσει με λεπτομέρεια την έκταση και τη σοβα-

ρότητα του προβλήματος. Το ηλεκτρομυογράφημα είναι μια άλλη εξέταση που συμβάλλει στο να καθορισθεί η ρίζα που πιέζεται καθώς και η σοβαρότητα των μυϊκών διαταραχών. Η τελική διάγνωση από τον ιατρό θ' αποκλείσει καταστάσεις όπως οι όγκοι στην περιοχή της Σ.Σ., οι ρευματικές παθήσεις (π.χ. αγκυλοποιητική αρθρίτιδα), κ.ά.

Η θεραπεία της κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου είναι κατά κύριο λόγο συντηρητική και κατά δεύτερο χειρουργική. Η συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει ανάπαυση, «ζώνη για τη μέση» - οσφυϊκός κηδεμόνας, φυσικοθεραπεία (οσφυϊκή και αυχενική έλξη, θερμοθεραπεία, ειδικοί παθητικοί χειρισμοί, κινησιοθεραπεία, κ.ά.), φαρμακευτική αγωγή, εκπαίδευση σωστής στάσης και ανύψωσης αντικειμένων, κ.ά. Βασικοί στόχοι ενός προγράμματος φυσικοθεραπείας είναι να βοηθήσει τη φυσιολογική διαδικασία επούλωσης του οργανισμού και να μειώσει τον πόνο του ασθενή βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα του. Η μη-συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει από εγχύσεις διαφόρων ουσιών (αναλγητικά, στεροειδή, κ.ά.) έως και χειρουργείο.

Οι σύγχρονες μέθοδοι χειρουργικής αντιμετώπισης (π.χ. λαπαροσκόπηση) έχουν μειώσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τις επιπλοκές από τη χειρουργική επέμβαση. Σε αυτό έχει βοηθήσει και η σχεδόν καθολική παραδοχή για το όφελος του ασθενή από τη μετεγχειρητική φυσικοθεραπεία. Έτσι, οι κλασικές επεμβάσεις με τα μέτρια αποτελέσματα φαίνεται να αντικαθίστανται από τις νεότερες τεχνικές για εκείνους τουλάχιστον τους ασθενείς που οι συντηρητικές μέθοδοι δεν μπόρεσαν να τους ανακουφίσουν ικανοποιητικά.

3.8 ΣΠΟΝΔΥΛΟΛΥΣΗ - ΣΠΟΝΔΥΛΟΛΙΣΘΗΣΗ

Σπονδυλόλυση: είναι η κατάσταση όπου ο σπόνδυλος διαχωρίζεται για κάποιους λόγους σε δύο τμήματα. Συμβαίνει συνήθως στον 5ο οσφυϊκό σπόνδυλο και σπανιότερα στον 4ο. Στον 3ο οσφυϊκό σπόνδυλο και τους αυχενικούς σπονδύλους είναι ιδιαίτερα σπάνια η εμφάνιση αυτής της κατάστασης.

Αίτια της σπονδυλόλυσης μπορεί να είναι ένα κάταγμα λόγω «συνεχούς

επιβάρυνσης» του σπονδύλου - «κάταγμα καταπόνησης», ή να είναι συγγενούς αιτιολογίας (από τη γέννηση του παιδιού). Λέγεται ότι η κληρονομικότητα παίζει κάποιο ρόλο.

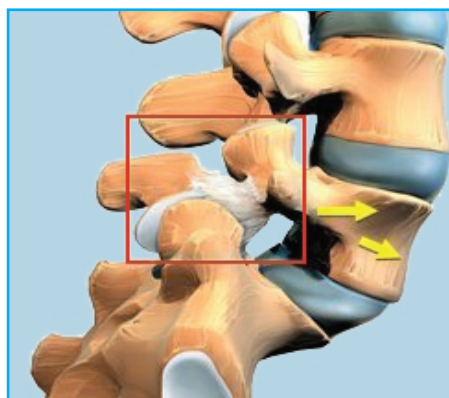
Συνήθως ο ασθενής δεν παραπονείται για συμπτώματα, παρά πιθανώς για κάποιο ελαφρύ πόνο στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ. Η βλάβη εντοπίζεται συνήθως μέσω των ακτινογραφιών. Η θεραπεία τις πιο πολλές φορές δεν είναι απαραίτητη, λόγω έλλειψης συμπτωμάτων.

Σπονδυολίσθηση: είναι η κατάσταση όπου η Σ.Σ. «γλιστράει» πάνω στο σπόνδυλο που βρίσκεται από κάτω και «φεύγει» από τη θέση της. Αυτό σημαίνει και η λέξη σπονδυλο-ολίσθηση: δηλ. ολίσθηση της Σ.Σ. πάνω σ' ένα σπόνδυλο. Τις περισσότερες φορές η Σ.Σ. ολισθαίνει προς τα εμπρός.

Αρκετά μπορεί να είναι τα αίτια όπως λόγω συγγενούς ανωμαλίας των σπονδύλων, λόγω κατάγματος τμήματος του σπονδύλου, λόγω τραυματισμού ή και άλλων αιτιών (π.χ. όγκος).

Συνήθως ο ασθενής δεν έχει ιδιαίτερα κλινικά συμπτώματα. Έτσι, η ανακάλυψη της κατάστασης είναι πολλές φορές τυχαία, αν και έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις, ανάλογα με το βαθμό της βλάβης, που παρουσιάζονται με πόνο στη μέση ή και άλλα συμπτώματα από το νευρικό σύστημα.

Η θεραπεία απευθύνεται σ' εκείνες τις περιπτώσεις που υπάρχουν συμπτώματα. Συνήθως ο περιορισμός των δραστηριοτήτων, μια «ζώνη» για τη μέση και επιλεκτική κινησιοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν. Αν η σπονδυολίσθηση εξελίσσεται ή/και η συντηρητική θεραπεία δεν έχει βοηθήσει όσο αναμενόταν, τότε μπορεί να χρειασθεί χειρουργείο.



Εικόνα 3-9: Σπονδυολίσθηση.
Αναπαράσταση της ολίσθησης του 5ου οσφυϊκού σπονδύλου πάνω στο ιερό οστό.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η σκολίωση είναι η πλάγια παρέκκλιση της σπονδυλικής στήλης που μπορεί να συνοδεύεται και από σύστοιχη στροφή των σπονδύλων. Η λειτουργική σκολίωση είναι το αποτέλεσμα άλλων παθολογικών καταστάσεων και διορθώνεται από το θεραπευτή. Η οργανική σκολίωση πάντα εμφανίζει στροφή των σπονδύλων και δεν είναι διορθώσιμη άμεσα από το θεραπευτή. Η ιδιοπαθής σκολίωση είναι η πιο συχνή από τις οργανικές σκολιώσεις. Αρκετοί παράγοντες καθορίζουν την εξέλιξη μιας σκολίωσης.

Η κύφωση είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η καμπυλότητα της θωρακικής μοίρας της ΣΣ. ξεπερνάει τις 40°. Την πιο συχνή αιτία κύφωσης σε έφηβους 12-16 ετών αποτελεί η νόσος του Scheuermann.

Η λόρδωση είναι η υπέρμετρη αύξηση του οσφυϊκού κυρτώματος της ΣΣ. Η υπερβολική αύξηση αυτού του κυρτώματος μπορεί να προέρχεται από μια σειρά παραγόντων αλλά συνήθως δεν προκαλούνται ιδιαίτερα προβλήματα στο άτομο.

Το ραιβόκρανο είναι η πλάγια παρέκκλιση της αυχενικής μοίρας της ΣΣ. που συνοδεύεται από αντίθετη στροφή. Ο στερνοκλειδομαστοειδής είναι ο συχνότερα υπεύθυνος μυς.

Η συνοστέωση του 5ου οσφυϊκού σπονδύλου με το ιερό οστό ονομάζεται ιεροποίηση ενώ η ύπαρξη ανεξάρτητης κίνησης του 1ου ιερού σπονδύλου περιγράφεται ως οσφυοποίηση. Άλλες συγγενείς παθήσεις που προσβάλλουν τη ΣΣ. μπορεί να είναι η δισχιδής ράχη και ο συγγενής ημισπόνδυλος.

Η δισκοπάθεια περιλαμβάνει όλες τις παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να βρεθεί ο μεσοσπονδύλιος δίσκος. Η κήλη του δίσκου είναι εκείνη η κατάσταση όπου έχει ραγεί ο ινώδης δακτύλιος και ο πηκτοειδής πυρήνας προβάλλει εκτός του ινώδη δακτυλίου. Η κήλη αποτελεί μια γνωστή αιτία οσφυαλγίας. Εάν πιέζεται και νεύρο τότε μπορεί να προκληθεί και ισχιαλγία. Η θεραπεία κατά βάση είναι συντηρητική και έπειτα χειρουργική.

Κατά τη σπονδυλόλυση, ο σπόνδυλος διαχωρίζεται σε δύο τμήματα, προκαλώντας ή όχι συμπτώματα. Στη σπονδυλολίση, συνήθως ο 5ος οσφυϊκός σπόνδυλος μετατοπίζεται και ολισθαίνει προς τα εμπρός. Ανάλογα με το βαθμό της βλάβης είναι και τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Τι είναι η σκολίωση; Τι σημαίνει δεξιά θωρακική σκολίωση;
2. Τι είναι η λειτουργική και τι η οργανική σκολίωση;
3. Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην εξέλιξη μιας σκολίωσης;
4. Τι είναι η κύφωση;
5. Τι είναι η λόρδωση; Που συμβαίνει;
6. Τι είναι το ραιβόκρανο; Ποιος μυς είναι συνήθως υπεύθυνος;
7. Τι εννοούμε όταν λέμε ιεροποίηση του 5ου οσφυϊκού και οσφυοποίηση του 1ου ιερού σπονδύλου;
8. Τι σημαίνει μερική ρήξη του ινώδους δακτυλίου;
9. Τι είναι η κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου;
10. Τι σημαίνει κάποιος να υποφέρει από οσφυαλγία; Και τι από ισχιαλγία;
11. Ποιες είναι οι πιθανές κλινικές εκδηλώσεις όταν κάποιος πάσχει από δισκοπάθεια;
12. Ποια είναι η πιο συνηθισμένη θεραπεία για την κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου (συντηρητική ή χειρουργική);
13. Τι είναι η σπονδυλόλυση; Που συμβαίνει συνήθως;
14. Τι είναι η σπονδυλολίση; Ποιος σπόνδυλος συνήθως μπορεί να πάσχει;