1 Μαρτίου 2017

Πως αντιμετωπίζεται η φλεγμονή στον Αχίλλειο τένοντα

/ Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός





MD000816

Φλεγμονή δύσκολη, περίπλοκη, επώδυνη, που απαιτεί μακροχρόνια αντιμετώπιση, η οποία σε μερικές περιπτώσεις φτάνει ως τη χειρουργική επέμβαση, είναι η αχίλλειος τενοντίτιδα.

Δρομείς, άλτες, χορευτές και ποδοσφαιριστές είναι πάντα... υποψήφιοι να τηνυποστούν κάποια στιγμή, το ίδιο και οι ερασιτέχνες αθλητές. Σε κάθε περίπτωση, όμως, χρειάζεται αντιμετώπιση με την εμφάνιση του πρώτου συμπτώματος.

«Η τενοντίτιδα, όπως και κάθε άλλη ιατρική πάθηση με την κατάληξη “...ίτιδα”, σημαίνει φλεγμονή. Στην προκειμένη περίπτωση αναφερόμαστε στη φλεγμονή του Αχιλλείου τένοντα, η οποία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες.

»Η πρώτη είναι η οξεία τενοντίτιδα, η οποία εφόσον αντιμετωπισθεί έγκαιρα θεραπεύεται σε μικρό χρονικό διάστημα (1-2 εβδομάδες). Η δεύτερη είναι η χρόνια τενοντίτιδα, η οποία είναι επακόλουθο της μη έγκαιρης ή της λανθασμένης ή της πλημμελούς αντιμετώπισης της οξείας τενοντίτιδας.

»Αυτή η κατηγορία είναι δύσκολη, περίπλοκη, μακροχρόνια στην αντιμετώπισή της και σε μερικές ακραίες περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί χειρουργική επέμβαση», λέει ο Δρ. Γιώργος Γουδέβενος, φυσιοθεραπευτής, Dr manual medicine, επιστημονικός συνεργάτης του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η κλινική εικόνα

Η οξεία αχίλλεια τενοντίτιδα έχει συνήθως ως αιτία τις επαναλαμβανόμενες μηχανικές καταπονήσεις και αφορά συχνότερα στους δρομείς (ιδιαιτέρα των μεγάλων αποστάσεων και κυρίως αυτών που αλλάζουν τερέν, από σκληρό σε μαλακό και ανώμαλο δρόμο), τους άλτες (μήκους και ύψους), τους χορευτές, τους αρσιβαρίστες, τους ποδοσφαιριστές, αλλά και τους αγύμναστους ερασιτέχνες αθλητές, ακόμη και των μικρών αποστάσεων.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι η χρήση λανθασμένων υποδημάτων (πρέπει να απορροφούν τους κραδασμούς), η απουσία προθέρμανσης (συνιστώνται ιδιαίτερα διατατικές ασκήσεις όλης της αλυσίδας των μυών του ποδιού), καθώς και οι κακές καιρικές συνθήκες (έχει παρατηρηθεί ότι τον χειμώνα, λόγω χαμηλής θερμοκρασίας και κρύου περιβάλλοντος, είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί).

Συνήθως στην αχίλλειο τενοντίτιδα παρατηρούνται μικρορήξεις του κολλαγόνου ιστού οι οποίες, αν δεν επουλωθούν έγκαιρα, μπορεί να καταλήξουν σε πλήρη ρήξη του τένοντα. Ιδιαίτερα επικίνδυνοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι οι διάφορες ανατομικές δυσμορφίες και ιδιομορφίες λόγω κατασκευής του ποδιού, όπως κοιλοπόδια, δύσκαμπτοι και σκληροί γαστροκνήμιοι ή καμπτήρες μύες κτλ.

Η αχίλλειος τενοντίτιδα εκδηλώνεται με οξύ και έντονο πόνο, που επιδεινώνεται με τις κινήσεις του ποδιού, τοπικό και μικρό οίδημα (πρήξιμο), τριγμό, ευαίσθητη διόγκωση (πιθανό οζίδιο) και πόνο στην ψηλάφηση και στη διάταση του μυ.

Η διάγνωση για το μέγεθος και την έκταση της βλάβης καθορίζεται από τον συνδυασμό της παραπάνω κλινικής εικόνας με τα ευρήματα στο υπερηχογράφημα μαλακών μορίων ή τη μαγνητική τομογραφία, που θα ζητήσει ο θεράπων ιατρός.

Ιδιαίτερο και ξεχωριστό χαρακτηριστικό της τενοντίτιδας είναι ότι ο πόνος είναι πιο έντονος το πρωί, όταν ξυπνά ο ασθενής, και μειώνεται ή εξαφανίζεται στη συνέχεια. Γι’ αυτό τον λόγο έχει χαρακτηρισθεί από την αθλητιατρική (και όχι μόνο) κοινότητα ως ένα από τα χειρότερα επαναλαμβανόμενα προβλήματα, αφού λόγω της μείωσης του πόνου κατά την άσκηση, ο αθλητής δεν την διακόπτει και έτσι μπαίνει σε έναν αέναο φαύλο κύκλο.

Τα νεότερα στοιχεία

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε τον Φεβρουάριο του 2014 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Thomas Jefferson, στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ, η αχίλλειος τενοντίτιδα προσβάλλει τους άνδρες με αναλογία 4 προς 1, συγκριτικά με τις γυναίκες. Στην πραγματικότητα, το 75% όλων των οξέων ρήξεων του αχιλλείου τένοντα συμβαίνουν σε άνδρες ηλικίας 30-40 ετών κατά τη διάρκεια διαφόρων αθλημάτων.

Επιπλέον, υπάρχει αύξηση των περιστατικών κατά τους μήνες Μάρτιο έως Αύγουστο σε σχέση με τους μήνες Σεπτέμβριο έως Φεβρουάριο (αυτό συμβαίνει γιατί εκείνους τους μήνες αυξάνεται η συμμετοχή στα αθλήματα), ενώ οι τενοντίτιδες εμφανίζονται πιο συχνά στο αριστερό πόδι.

Άλλα επιδημιολογικά δεδομένα είναι:

• 1 στους 4 οξείς τραυματισμούς (το 24%) δεν διαγιγνώσκονται κλινικά, ιδίως στους παχύσαρκους ασθενείς, στους ηλικιωμένους και σε όσους δεν τραυματίζονται στη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων

• Περισσότερο από το 50% των τραυματισμών συμβαίνει κατά την άσκηση πιέσεως στο πόδι, κατά την έκταση του γόνατος ή κατά την εκτέλεση κάποιου άλματος

• 52% των τραυματισμών συμβαίνουν στη διάρκεια κάποιας αθλητικής δραστηριότητας

• 8-20% των τραυματισμών συμβαίνουν σε ερασιτέχνες αθλητές

• 37% των τραυματισμών συμβαίνουν στη διάρκεια της εργασίας

• 20% συμβαίνουν στη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων

Θεραπευτικά συνιστάται η αποφυγή όλων των δραστηριοτήτων που επιτείνουν τον πόνο, καθώς και η χρήση κατάλληλων αντικραδασμικών υποδημάτων (αερόσολες), η αύξηση του ύψους του τακουνιού (για να μειωθεί η τάση του τένοντα) και η χρήση άλλων ορθοτικών μέσων.

Συνιστάται, επίσης, εφαρμογή φυσικοθεραπευτικών μεθόδων, όπως παγοθεραπεία, ψυχρά επιθέματα, υδροθεραπεία, υπέρηχοι, ρεύματα αναλγησίας (σταματάνε τον πόνο), laser, μαγνητικά πεδία (θεραπευτική συσκευή) κτλ, που ασκούν επουλωτική και αναλγητική δράση.

Ιδιαίτερα ωφελούν οι ήπιες διατατικές ασκήσεις πριν από και μετά την άθληση. Επίσης ο συνδυασμός αντιφλεγμονώδους-αναλγητικής φυσικοθεραπευτικής αγωγής και η σχετική ανάπαυση-αποφόρτιση, αυξάνουν τον δείκτη επιτυχίας και μειώνουν τον χρόνο αποκατάστασης.

Συνήθως αποφεύγεται η τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών, διότι χαλαρώνουν και εξασθενούν τον τένοντα, με πιθανό επακόλουθο την πλήρη ρήξη του.

«Ο ακριβής χρόνος επιστροφής στη δραστηριότητα καθορίζεται από τον αθλητίατρο, τον ορθοπεδικό και τον φυσικοθεραπευτή και αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα αποφυγής τυχόν υποτροπής», τονίζει ο Δρ. Γουδέβενος. «Είναι προτιμότερο να καθυστερήσει μερικές ημέρες η επιστροφή στις δραστηριότητες, παρά να υποτροπιάσει, οπότε πλέον θα έχουμε να κάνουμε με τη χρόνια τενοντίτιδα του Αχιλλείου, η οποία έχει το χαρακτηριστικό της μακροχρόνιας, πολύπλοκης και δυσεπίλυτης κατάστασης».

Η χρόνια αχίλλειος τενοντίτιδα

Ο τρόπος εμφάνισης της χρόνιας τενοντίτιδας είναι κοινός με την οξεία. Πιο ευάλωτα σε αυτήν είναι τα άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας, ενώ η κλινική εικόνα συμπεριλαμβάνει οίδημα, πάχυνση του τένοντα και πόνο κατά την ψηλάφηση. Χαρακτηριστικό είναι το περπάτημα στις μύτες των ποδιών για τη μείωση του πόνου.

Η αγωγή περιλαμβάνει το ίδιο σχήμα τόσο φαρμακευτικά όσο και φυσικοθεραπευτικά, αλλά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι διατάσεις, και το λίγο ψηλό τακούνι αποτελούν μέρος της θεραπείας. Αν όλα αυτά αποτύχουν, τοποθετείται ειδικός νάρθηκας για τρεις έως έξι εβδομάδες.

Στον μακροχρόνιο πόνο πρέπει να διερευνηθεί η πιθανή μερική ρήξη του τένοντα και εφόσον οι συντηρητικές μέθοδοι έχουν εξαντληθεί χωρίς αποτέλεσμα, τότε γίνεται χειρουργική επέμβαση, με στόχο τη λύση των συμφύσεων και του

ουλώδους ιστού.

«Συμπερασματικά, οι σημαντικότεροι παράγοντες στην αντιμετώπιση της τενοντίτιδας τουΑχιλλείου είναι η έγκαιρη διάγνωση, η άμεση αντιμετώπιση και η πειθαρχημένη στάση του ασθενή, χωρίς επιπολαιότητα και αυτοσχέδιες αγωγές» υπογραμμίζειο Δρ. Γουδέβενος. «Προληπτικά, είτε είστε αθλητής είτε ασχολείστε ερασιτεχνικά με τη γυμναστική, πρέπει να θυμάστε ότι οι διατάσεις, πριν και μετά την άσκηση, δίνουν καλύτερη ελαστικότητα στους μυς και μεγαλύτερη αντοχή στους τένοντες».

Και καταλήγει: «Η κατάλληλη υπόδηση, η έγκαιρη (άμεση) διακοπή των κοπιωδών δραστηριοτήτων σε περίπτωση πόνου και η αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς, θα σας επιτρέψουν να επιστρέψετε σύντομα στο αγαπημένο σας σπορ ή χόμπι και να μην τα στερηθείτε χωρίς λόγο, είτε λόγω άγνοιας είτε λόγω υποτίμησης της κατάστασης αυτής. Ο γιατρός, ο φυσικοθεραπευτής, ο γυμναστής και ο προπονητής θα αποτελέσουν για σας την ομάδα πρόληψης και αντιμετώπισης της τενοντίτιδας του Αχιλλείου. Γι’αυτό, λοιπόν, ακούστε τους».

Πηγή: ygeia.tanea.gr