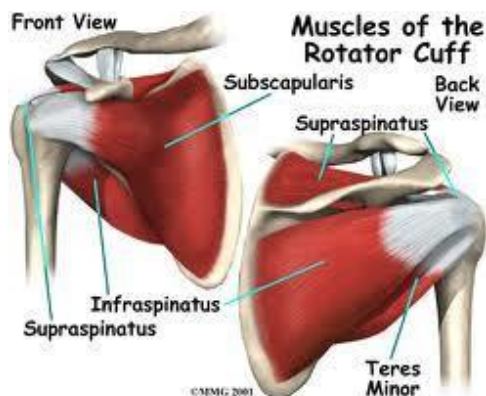
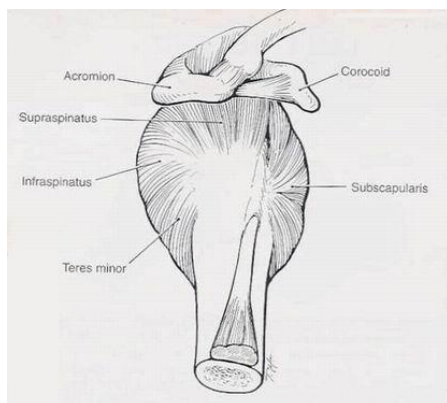
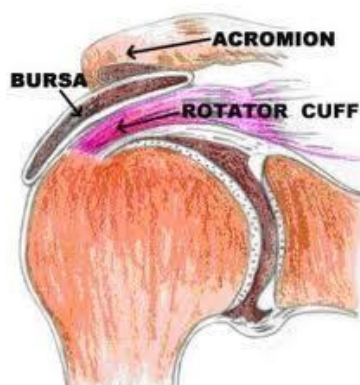


ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΑΚΡΩΜΙΑΚΗΣ ΤΡΙΒΗΣ / ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗΣ (Subacromial impingement syndrome)

Το σύνδρομο πρόσκρουσης είναι μακράν η πιο κοινή παθολογία στον ώμο. Κοιτάζοντας την ανατομία, βλέπουμε ότι η στρογγυλή κεφαλή του βραχιονίου σκεπάζεται από μια μυϊκή “κουκούλα”. Αυτή η κουκούλα (rotator hood) ή <πέταλο> (rotator cuff) αποτελείται από τέσσερις μυς, τους <στροφείς> του ώμου: τους υποπλάτιο (subscapularis), υπερακάνθιο (supraspinatus), υπακάνθιο (infraspinatus) και ελλάσωνα στρογγύλο (teres minor).



Κάθε φορά που σηκώνουμε τον βραχίονα πάνω από την οριζόντιο, οι μυς αυτοί συμπιέζονται ανάμεσα στην κεφαλή του βραχιονίου και το οστό του ακρωμίου το οποίο βρίσκεται ακριβώς από πάνω τους και αποτελεί την “γωνία” του ώμου. Βέβαια ανάμεσα στο πέταλο των μυών και την γωνία του ακρωμίου υπάρχει ένας ορρογόνος θύλακος (bursa) η οποία περιέχει μικρή ποσότητα λιπαντικής ουσίας και έχει ακριβώς αυτόν τον σκοπό: να απαλύνει την τριβή των μαλακών μυών / τενόντων πάνω στην επιφάνεια του οστού.



Σε περιπτώσεις στις οποίες - συνήθως από υπερβολική χρήση - υπάρξει ερεθισμός του ορρογόνου αυτού θύλακα, εμφανίζεται αυτό που ανομάζουμε υπακρωμιακή φλεγμονή (subacromial bursitis) της οποίας τα συμπτώματα μπορεί να είναι πολύ έντονα. Συγκεκριμένα υπάρχει αδυναμία ανύψωσης του βραχίονα και συχνά πόνος ακόμα και με μικρές κινήσεις. Σε περίπτωση έντονων συμπτωμάτων, ο ασθενής κατά πάσα πιθανότητα θα ζητήσει άμεσα ιατρική συμβουλή. Το παράξενο όμως, ειδικά σε αυτές τις υπακρωμιακές φλεγμονές, είναι ότι συχνά τα συμπτώματα είναι από πολύ ήπια έως και ανύπαρκτα. Μπορεί επομένως να υπάρξουν επανειλημμένες φλεγμονές χωρίς ο ασθενής να έχει αντιληφθεί τίποτα. Μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα επαναλαμβανόμενης τριβής στο σημείο αυτό, μπορεί να δημιουργηθεί μια ρήξη στο πέταλο των στροφέων (rotator cuff tear). Η ρήξη αυτή, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, βρίσκεται στον υπερακάνθιο μυ καθώς αυτός βρίσκεται στο κλασσικό σημείο πρόσκρουσης. Αυτό τυχαίνει να είναι και το σημείο στο οποίο ο υπερακάνθιος από μυς γίνεται τένοντας και η αιμάτωσή του μειώνεται αισθητά. Τέτοιες

εκφυλιστικές ρήξεις του υπερακανθίου μπορεί να υπάρχουν για χρόνια προτού ο ασθενής αντιληφθεί ότι κάτι δεν πάει καλά με τον ώμο.

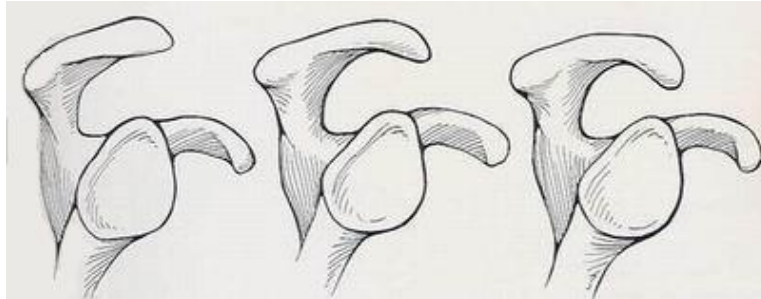
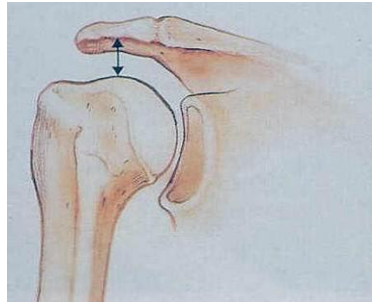


Φυσικά ρήξεις του υπερακανθίου αλλά συχνά και του υπακανθίου ή και άλλων μυών του πετάλου μπορεί να συμβούν και από οξύ τραυματισμό - συνήθως από πτώση με το χέρι ανοιχτό προς τα πλάγια ή πάνω. Όσον αφορά την διάγνωση, η μαγνητική τομογραφία του ώμου είναι εδώ η απεικονιστική εξέταση επιλογής. Σε αυτήν βλέπουμε με μεγάλη ακρίβεια όλη την ανατομία του ώμου και ιδίως την ύπαρξη ρήξεων στο πέταλο στροφένων.



Η θεραπεία της απλής υπακρωμιακής φλεγμονής είναι αγωγή με αντιφλεγμονώδη χάπια από το στόμα ή τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών στον υπακρωμιακό χώρο. Επίσης συνιστούμε παράλληλα φυσικοθεραπευτική αγωγή για ενδυνάμωση του πετάλου στροφένων και καλύτερο έλεγχο της κεφαλής στις extreme κινήσεις έτσι ώστε να μειωθεί το φαινόμενο πρόσκρουσης.

Αν υπάρχει ρήξη στο πέταλο στροφένων είναι πιθανόν να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Αυτό εξαρτάται από το μέγεθος της ρήξεως, το ανατομικό της σημείο, αν είναι ολικού ή μερικού πάχους, όπως επίσης και το επίπεδο δραστηριότητας του ασθενούς. Στην περίπτωση που χρειαστεί χειρουργείο η συρραφή της ρήξεως γίνεται πλέον με αρθροσκοπικές τεχνικές χωρίς μεγάλες τομές στο δέρμα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων μαζί με την συρραφή της ρήξης γίνεται και μια αποσυμπίεση, δηλ. μια διάνοιξη του χώρου κάτω από το ακρώμιο (subacromial decompression). Αυτό επιτυγχάνεται "τρώνοντας" λίγα χιλιοστά από την κάτω επιφάνεια του οστού έτσι ώστε ο υπακρωμιακός χώρος να μεγαλώσει και να μειωθεί το φαινόμενο πρόσκρουσης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ώμους οι οποίοι είναι ήδη "στενοί" λόγω ανατομικής προδιάθεσης.

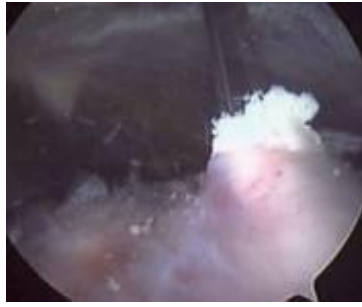


ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟΣ ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑ (Calcific tendinitis)

Σε κάποιες περιπτώσεις η επαναλαμβανόμενη τριβή του πετάλου στροφένων σε ένα συγκεκριμένο σημείο πάνω στο οστό του ακρωμίου δεν έχει σαν αποτέλεσμα την ρήξη του τένοντα αλλά την ασβέστωσή του. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχουν επανειλημμένες φλεγμονές στο ίδιο σημείο χωρίς ωστόσο την υπερβολική μηχανική τριβή που οδηγεί σε ρήξη. Οι υποτροπιάζουσες αυτές φλεγμονές (οι οποίες επίσης μπορεί να μην γίνουν αντιληπτές από τον ασθενή) οδηγούν σε μια τοπική νέκρωση του ιστού. Η νέκρωση είναι βασική προϋπόθεση για την εναπόθεση ασβεστώσεων καθώς δεν υπάρχει πλέον κυκλοφορία του αίματος η οποία θα απομάκρυνε τα οποιαδήποτε ανοργανά στοιχεία.



Η διάγνωση της ασβεστοποιού τενοντίτιδας είναι πολύ εύκολη καθώς είναι μια από τις παθολογίες του ώμου η οποία φαίνεται ξεκάθαρα σε απλή ακτινογραφία. Συγκεκριμένα, δίπλα στην κεφαλή του βραχιονίου στην περιοχή των μαλακών μορίων, φαίνεται συνήθως ξεκάθαρα μια λευκή περιοχή σαν ένα κομμάτι βαμβάκι. Το σύνηθες ανατομικό σημείο της παθολογίας αυτής είναι πάλι στον τένοντα του υπερακανθίου. Αυτό που θεωρείται κλασσικό σύμπτωμα ασβεστοποιού τενοντίτιδας είναι ο έντονος νυκτερινός πόνος άσχετα από την θέση του βραχίονα. Όσον αφορά την θεραπεία της, η ασβεστοποιός τενοντίτιδα συχνά αποδεικνύεται δύσκολος αντίπαλος. Ενώ και πάλι μπορούν να βοηθήσουν τοπικές εγχύσεις στεροειδών είναι σχεδόν σίγουρο ότι τα συμπτώματα θα υποτροπιάσουν κάποια στιγμή στο μέλλον. Οριστική λύση μπορεί να δοθεί μόνο με την χειρουργική αφαίρεση των ασβεστώσεων, με αρθροσκοπική πάλι τεχνική (arthroscopic removal of calcific deposits).



Μία άλλη τεχνική η οποία χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια είναι η χρήση κρουστικών υπερήχων (extracorporeal shock wave therapy) η οποία σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να διαλύσει τις ασβεστώσεις χωρίς χειρουργική επέμβαση.



ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ(Frozen shoulder)

Η επίσημη ονομασία του “παγωμένου ώμου” είναι “συμφυσιακή θυλακίτιδα” (adhesive capsulitis) και πρόκειται για ένα σύνδρομο του οποίου η παθογένεση είναι άγνωστη. Απλώς γνωρίζουμε στατιστικά ότι συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες μέσης ηλικίας και η πρόγνωση του είναι καλή. Πρόκειται για μια αυθόρμητη συρρίκνωση του αρθρικού θύλακα στον ώμο. Ξαφνικά και αναιτιολόγητα η κίνηση του ώμου μειώνεται μέρα με την μέρα ενώ συνήθως αυτή η συρρίκνωση συνοδεύεται από έντονο πόνο. Όταν ο ασθενής επισκέπτεται τον γιατρό είναι συνήθως σε οικτρή κατάσταση - οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έχουν παραμείνει άπυνοι για ημέρες ή και εβδομάδες. Σε κλινική εξέταση είναι εύκολη η διαπίστωση της μείωσης στο εύρος κίνησης που είναι και παθογνωμική. Η μαγνητική τομογραφία δεν ενδείκνυται σε αυτή την περίπτωση - οι εξετάσεις που συχνά ασθενείς έχουν ήδη κάνει και τις φέρνουν μαζί είναι αρνητικές για παθολογικά ευρήματα.

Η θεραπεία του παγωμένου ώμου είναι καθαρά υποστηρικτική. Γνωρίζουμε ότι την φάση του “παγώματος” (freezing) ακολουθεί πάντα η φάση της “απόψυξης” (thawing). Δυστυχώς δεν μπορούμε ωστόσο να προβλέψουμε το χρονικό σημείο που θα αρχίσει η αντίστροφη μέτρηση. Η διάρκεια του παγωμένου ώμου μπορεί να είναι παρατεταμένη, ακόμα και έως ένα χρόνο - αν και ο μέσος όρος είναι 3-6 μήνες. Η υποστηρικτική αγωγή που χρησιμοποιούμε είναι εγχύσεις κορτικοστεροειδών (τόσο στον γληνοβραχιόνιο όσο και στον υπακρωμιακό χώρο) και φυσικοθεραπευτική αγωγή η οποία ωστόσο πρέπει να είναι σωστά δομημένη - χωρίς βίαιες προσπάθειες παθητικής κινητοποίησης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες τα συμπτώματα δεν ελέγχονται με συντηρητικά μέσα, προχωρούμε σε αρθροσκοπικό καθαρισμό της άρθρωσης με διατομές ή και μερική αφαίρεση του αρθρικού θύλακα (capsular release / synovectomy).

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ / ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΩΜΟΥ (Osteoarthritis of the shoulder)

Η οστεοαρθρίτιδα του ώμου είναι πολύ πιο σπάνια από την οστεοαρθρίτιδα των αρθρώσεων οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά την βάδιση (ισχίο, γόνατο). Συνήθως είναι και λιγότερο συμπτωματική - γι' αυτό τον λόγο είναι πιο συχνή η συντηρητική αντιμετώπιση της χωρίς αλλαγή της άρθρωσης (αρθροπλαστική). Εν τούτοις στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει συνεχής πόνος συνδυασμένος με υποκινητικότητα και δυσλειτουργία της άρθρωσης, η αρθροπλαστική (arthroplasty - total shoulder replacement) είναι η θεραπεία επιλογής.

Total shoulder replacement, with prosthesis



ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΑΚΡΩΜΙΟΚΛΕΙΔΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ (AC Joint Arthritis)

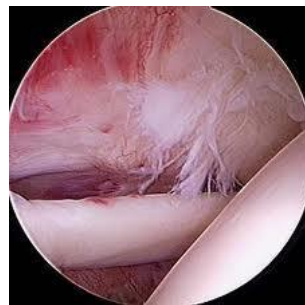
Η ακρωμιοκλειδική (acromio-clavicular joint) είναι η άρθρωση στην οποία ενώνονται η γωνία του ώμου, το ακρώμιο, με το έξω άκρο της κλείδας. Η άρθρωση αυτή συμπιέζεται κυρίως σε στροφικές κινήσεις ενώ η συχνή συμπίεσή της μπορεί να οδηγήσει σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως πχ. σε αθλητές που ασχολούνται με το power lifting, μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε νέα ηλικία λόγω της άρσης υπερβολικών βαρών σε επικλινή πάγκο.

Στα αρχικά στάδια τοπικές εγχύσεις στεροειδούς μπορούν να δώσουν ανακούφιση για μεγάλο διάστημα - επίσης τροποποίηση των τεχνικών προπόνησης είναι απαραίτητη. Στις περιπτώσεις προχωρημένης αρθρίτιδας η χειρουργική επέμβαση επιλογής είναι η εγχείρηση του Mumford στην οποία αφαιρείται ένα μικρό κομμάτι από την άκρη της κλείδας έτσι ώστε να μην υπάρχει πλέον άρθρωση στην περιοχή αυτή και να αποφεύγεται η τοπική τριβή.

ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑ ΜΑΚΡΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ (Long head of the biceps - LHB - Tendinitis)



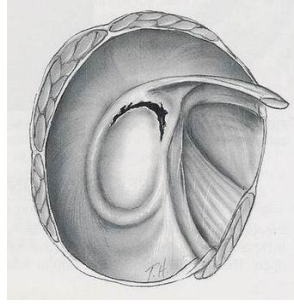
Ο δικάφαλος βραχιόνιος μυς έχει δύο άκρα στο επάνω μέρος του (δύο <κεφαλές> - δικάφαλος). Η μια από αυτές, η μακρά κεφαλή, αποτελείται από ένα λεπτό και μακρύ τένοντα ο οποίος περνάει μέσα από την άρθρωση του ώμου και προσφύεται ψηλά στην <κούπα> του ώμου, το γληνοειδές. Ο μακρύς αυτός ενδοαρθρικός τένοντας, ενώ είναι πολύτιμος για την βοήθεια που δίνει στο πέταλο στροφών όσον αφορά την σταθεροποίηση της κεφαλής, μπορεί να προξενήσει πάρα πολύ πόνο όταν ερεθιστεί. Ο λόγος είναι ότι βρίσκεται ακριβώς στο κέντρο της άρθρωσης και υποφέρει από την τριβή που δημιουργείται σε οποιαδήποτε κίνηση στην περιοχή του ώμου.



Η τενοντίτιδα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου είναι πολύ συχνή στα αθλήματα ώμου αλλά επίσης και σε ηλικιωμένους, λιγότερο δραστήριους ασθενείς. Η πρόγνωσή της είναι συνήθως καλή εφ' όσον δοθεί σωστή αγωγή: αντιφλεγμονώδη χάπια ή ενέσεις, φυσικοθεραπευτική υποστήριξη και τροποποίηση δραστηριοτήτων ή προπονητικών τεχνικών. Στις περιπτώσεις στις οποίες ο τένοντας έχει χρόνια εκφύλιση με ενδοτενοντίες ρήξεις το μόνο που μπορεί να ανακουφίσει από τα συμπτώματα είναι η χειρουργική τενόδεση ή τενοτομή (LHB tenodesis / tenotomy).

ΣΥΝΔΡΟΜΟ SLAP (SLAP Lesions)

Η μακρά κεφαλή του δικεφάλου διασχίζει τον ώμο κεντρικά και προσφύεται στο πιο ψηλό σημείο του γληνοειδούς. Αν δούμε το γληνοειδές (την “κούπα” του ώμου) σαν τον δίσκο ενός ρολογιού, ο δικάφαλος προσφύεται στις 12.00'. Σε πολλά αθλήματα ώμου (κολύμβηση, πόλο, τέννις, αθλήματα ρίψεων κλπ.) οι επανειλημμένες κινήσεις κατά τις οποίες αυξάνεται απότομα η έλξη του δικεφάλου στο σημείο πρόσφυσης μπορούν να δημιουργήσουν το σύνδρομο SLAP (Superior Labrum Anterior Posterior), δηλ. μια αποκόλληση της μακράς κεφαλής από το σημείο αυτό. Η αποκόλληση μπορεί να έχει κατεύθυνση προς τα πίσω (στις 11.00' στον δεξί ώμο ή στις 01.00' στον αριστερό) ή προς τα εμπρός (01.00' στον δεξί και 11.00' στον αριστερό) ή και στις δύο κατευθύνσεις.



Η διάγνωση της βλάβης SLAP είναι δύσκολη γιατί τα συμπτώματα είναι συνήθως ακαθόριστα. Χαρακτηριστικό είναι η αίσθηση του κλικ που νοιώθουν κάποιοι αλλά όχι όλοι οι ασθενείς. Ακόμα και στην μαγνητική τομογραφία είναι δύσκολο να διαγνωσθεί το σύνδρομο SLAP χωρίς την χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Η θεραπεία είναι πάντα χειρουργική. Με αρθροσκοπική τεχνική γίνεται μια νεαροποίηση στην περιοχή της αποκόλλησης και επανακαθίλωση του δικεφάλου με ειδικές άγκυρες-ράμματα (suture anchors). Η αποκατάσταση είναι χρονοβόρα και η επάνοδος σε αθλητικές δραστηριότητες συνήθως επιτυγχάνεται μετά από 3 έως 5 μήνες.

ΠΑΡΕΣΗ ΥΠΕΡΠΛΑΤΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (Suprascapular Nerve Palsy)

Αυτή είναι μια σπάνια, μη τραυματική παθολογία στην οποία υπάρχει σταδιακή ατροφία των μυών του πτεάλου στροφένων. Η ατροφία αυτή οφείλεται σε μια συμπίεση στο υπερπλάτιο νεύρο το οποίο τροφοδοτεί τους μυς αυτούς. Ανάλογα με το σημείο στο οποίο υπάρχει η συμπίεση μπορούμε να έχουμε ατροφία μόνο του υπερακανθίου ή και του υπακανθίου μυός. Η διάγνωση είναι δύσκολη καθώς συχνά τα ευρήματα σε ηλεκτρομυογράφημα και νευρογράφημα δεν είναι χαρακτηριστικά. Η μαγνητική τομογραφία βοηθάει στις περιπτώσεις που εντοπίζει κάποιο χωροκατακτητικό μόρφωμα (συνήθως ένα γάγγλιο) στο σημείο συμπίεσης του νεύρου. Η θεραπεία είναι χειρουργική εξερεύνηση του υπερπλατίου νεύρου κατά μήκος της ωμοπλάτης και αποσυμπίεσή του.

<u>ΣΥΧΝΕΣ</u>	<u>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</u>	<u>ΓΙΑ</u>	<u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ</u>	<u>ΩΜΟΥ</u>
----------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------	--------------------

Έχω φλεγμονή στο πέταλο στροφένων. Ο ορθοπαιδικός μου επιμένει να κάνω έγχυση κορτιζόνης. Δεν γίνεται να το αποφύγω;

Οι τοπικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών έχουν, για κάποιον λόγο, βγάλει “άσχημο” όνομα και πολλοί ασθενείς φοβούνται ότι θα τους κάνουν περισσότερο κακό απ’ ότι καλό. Ωστόσο η λελογισμένη χρήση τους μπορεί να βοηθήσει πολύ - ειδικά στις περιπτώσεις όπου η φλεγμονή είναι εντοπισμένη σε ένα σημείο, π.χ. σε μια κοιλότητα, όπως είναι ο υπακρωμιακός ορρογόνος θύλακος.

Σε αυτές τις περιπτώσεις η έγχυση στεροειδούς είναι ιδανική λύση - κυρίως γιατί η εναλλακτική αγωγή με αντιφλεγμονώδη χάπια (Voltaren, Mesulid, Xefo κλπ.), είναι αναποτελεσματική: ανακουφίζει μεν παροδικά, τα συμπτώματα επανέρχονται όμως μόλις σταματήσει κανείς τα χάπια. Αυτό συμβαίνει γιατί τα χάπια απορροφούνται απο το στομάχι και δρουν μέσω της

κυκλοφορίας του αίματος, οπότε οι περιοχές με μικρή μόνο αιμάτωση (“άσπρα” σημεία όπως είναι τα οστά και οι τένοντες) προσλαμβάνουν ελάχιστο φάρμακο. Έχουμε δηλαδή μεγάλες δόσεις φαρμακευτικής ουσίας να κυκλοφορούν στο αίμα μας χωρίς σπουδαία τοπική δράση.

Αντίθετα, στην περίπτωση τοπικής έγχυσης κορτιζόνης, έχουμε πρώτον, ένα πιο δυνατό φάρμακο (τα κορτικοστεροειδή είναι περίπου 7-10 φορές πιο δραστικά από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) και δεύτερον, τοπική μόνο χορήγηση του φαρμάκου χωρίς να επηρεάζεται το υπόλοιπο σώμα. Επίσης τα κορτικοστεροειδή που δίνουμε σε τοπική έγχυση είναι μακράς διάρκειας. Ανάλογα με την χημική τους σύνθεση, η δράση τους μπορεί να φτάσει έως και τους δύο μήνες.

Η κορτιζόνη δεν κάνει γενικά κακό στους ιστούς;

Η τοπική χορήγηση κορτικοστεροειδών μια και μόνη φορά σε μορφή έγχυσης δεν έχει αποδειχθεί να έχει οποιαδήποτε αρνητική παρενέργεια εφ' όσον γίνεται για τις σωστές ενδείξεις. Υπάρχουν βέβαια εξαιρέσεις: η έγχυση κορτικοστεροειδών μέσα στους τένοντες είναι ιατρικό λάθος - ειδικά σε μεγάλους τένοντες όπως ο Αχίλλειος και ο επιγονατιδικός. Η χορήγηση, αντίθετα, μέσα σε κοιλότητες όπως είναι οι ορρογόνοι θύλακες και οι αρθρώσεις, είναι συνήθως ευεργετική και αποτελεσματική με μια και μόνη έγχυση.

Έχω ασβετώσεις στον ώμο και έχω κάνει ήδη τρεις θεραπείες με κρουστικό υπέρηχο αλλά δεν φαίνεται να βοηθάει. Αντίθετα έχει αυξήσει τα συμπτώματά μου.

Ο κρουστικός υπέρηχος είναι η τελευταία συντηρητική θεραπεία που μπορεί να κάνει κανείς προτού φτάσει στο χειρουργείο. Δυστυχώς δεν βοηθάει πάντα. Ίσως θα άξιζε να ολοκληρώσετε έναν κύκλο θεραπειών και να περιμένετε ένα μικρό χρονικό διάστημα μετά από αυτό. Εφ' όσον δεν υπάρξει βελτίωση, η αρθροσκοπική αφαίρεση είναι η καλύτερη λύση.

Έχω μια ρήξη στον υπερακάνθιο η οποία στην μαγνητική τομογραφία φάνηκε μερικού μόνο πάχους. Πρέπει να κάνω αρθροσκόπηση;

Αυτό εξαρτάται από τα συμπτώματά σας. Οι περισσότερες ρήξεις μερικού πάχους δεν είναι συμπτωματικές, κάποιες όμως πονούν ακόμη πιο πολύ και από ρήξεις ολικού πάχους. Αυτού του είδους οι ρήξεις, στις οποίες η συντηρητική αγωγή έχει αποτύχει, συνήθως αντιδρούν καλά σε αρθροσκοπικό καθαρισμό ή και συρραφή αν αυτή είναι αναγκαία.

Είμαι 72 χρονών και μου έχουν πει ότι έχω ολική ρήξη του πετάλου στροφένων. Εν τούτοις με μια έγχυση κορτιζόνης και κάποιες φυσικοθεραπείες που έκανα, αισθάνομαι ήδη πολύ καλύτερα. Πρέπει να χειρουργηθώ;

Όχι απαραίτητα. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι στην ηλικία σας οι οποίοι έχουν εκφυλιστικές ρήξεις του πετάλου στροφένων χωρίς καν να έχουν καταλάβει ότι αυτό έχει συμβεί. Η λειτουργικότητα του ώμου τους δεν έχει επηρεαστεί ποτέ και κάποιοι από αυτούς μάλιστα αθλούνται. Εφ' όσον ο ώμος, με την συντηρητική αγωγή, έχει επανέλθει σε ένα ικανοποιητικό για σας επίπεδο λειτουργικότητας η εγχείρηση δεν είναι απαραίτητη - τουλάχιστον προς το παρόν.

Πριν από δύο μήνες μου έκαναν την διάγνωση “παγωμένου ώμου” μετά από μια πτώση που είχα στο πεζοδρόμιο. Μπορεί ο παγωμένος ώμος να προέλθει από τραυματισμό;

Η αιτιολογία του παγωμένου ώμου είναι άγνωστη. Ωστόσο σε ποσοστό περίπου 25-30% αναφέρεται κάποιο είδος τραυματισμού στο ιστορικό του ασθενούς. Συνήθως όμως πρόκειται για μικροτραυματισμούς τους οποίους ο ασθενής θυμάται μετά από πολύ προσπάθεια! Σε κάθε περίπτωση, ακόμα και οι μετατραυματικοί παγωμένοι ώμοι έχουν καλή πρόγνωση με τα συμπτώματα να εξαφανίζονται και την κίνηση να επανέρχεται στο 100%. Κάνετε υπομονή.

Έχω παγωμένο ώμο εδώ και ένα μήνα και ενώ επισκέπτομαι φυσικοθεραπευτή τα συμπτώματά μου επιδεινώνονται. Πως είναι αυτό δυνατό;

Δυστυχώς όσο παράξενη είναι η παθογένεση του παγωμένου ώμου, άλλο τόσο απρόβλεπτη είναι και η εξέλιξη του. Αν ο φυσικοθεραπευτής προσπαθεί να κάνει κινητοποιήσεις για να αυξήσει το εύρος κίνησης ενώ ο ώμος βρίσκεται σε φάση που η φλεγμονή “φουντώνει”, τότε η αντίδραση της άρθρωσης θα είναι αρνητική. Ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να “αφουγκράζεται” τον ώμο, να συντηρεί απλώς την κίνηση με πολύ διακριτικότητα όσο ο ώμος “παγώνει” και να γίνει πιο επιθετικός αργότερα στην φάση της “απόψυξης”. Συχνά οι ασθενείς με παγωμένο ώμο απογοητεύονται από την φυσικοθεραπευτική αγωγή και καταλήγουν να ελέγχουν μόνοι τα συμπτώματά τους με αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά ενώ συντηρούν την κίνηση όσο μπορούν με απλές διατακτικές ασκήσεις ή κολύμβηση.