

Πρόσθιο εξάρθρωμα ώ μου

Χατζηκομνηνός Ιωάννης, ορθοπεδικός χειρουργός

Η άρθρωση του ώμου σε αντίθεση με τις περισσότερες υπόλοιπες μεγάλες αρθρώσεις του σώματος είναι από κατασκευής ασταθής. Καθώς μόνο το 1/3 της κεφαλής του βραχιονίου περιλαμβάνεται μέσα στην ωμογλήνη («κούπα») κατά την διάρκεια των διαφόρων κινήσεων του άνω άκρου, συμβαίνουν εξαρθρήματα συχνότερα από κάθε άλλη άρθρωση του ανθρωπίνου σώματος και υπολογίζονται στο 50% του συνόλου τους. Το συνηθέστερο εξάρθρωμα του ώμου είναι το πρόσθιο (96-98%) , ενώ το οπίσθιο, το άνω και το κάθετο είναι ιδιαίτερα σπάνια. Ο προσδιορισμός πρόσθιο προέρχεται από τη θέση που παρεκτοπίζεται η κεφαλή του βραχιονίου , δηλαδή μπροστά σε σχέση με την ωμογλήνη («κούπα»).

Προκαλείται συνήθως από την πτώση και στήριξη πάνω στο τεντωμένο άνω άκρο που είναι απομακρυσμένο από τον κορμό, ενώ στην καλαθόσφαιρα μπορεί να συμβεί σε έναν αμυνόμενο παίκτη με τα χέρια ψηλά που πέφτει πάνω του άλλος αθλητής. Αμέσως μετά ο ασθενής κρατά το εξαρθρωμένο χέρι του με το φυσιολογικό, ενώ η παραμικρή απόπειρα κίνησης προκαλεί ιδιαίτερα έντονο πόνο. Εξαφανίζεται η φυσιολογική «στρογγυλάδα» του ώμου, καθώς προβάλλουν έντονα οι σταθερές οστικές δομές. Ο βραχίονας του βρίσκεται σε μέτρια απαγωγή, δηλαδή δεν μπορεί να τον ακουμπήσει στο θώρακά του, ενώ αν κάποιος τον πιέσει προς αυτή την κατεύθυνση είναι ιδιαίτερα επώδυνο και απομακρύνεται πάραυτα. Είναι εξαιρετικής σημασίας ο έλεγχος της ακεραιότητας των νεύρων και των αγγείων του άνω άκρου, καθώς τυχούσα βλάβη τους αποτελεί ιδιαίτερα επείγουσα κατάσταση. Εντούτοις κάτι τέτοιο είναι αρκετά σπάνιο με αποτέλεσμα το πρόσθιο εξάρθρωμα του ώμου να μην επιπλέκεται συχνά με δυσάρεστα συμβάματα.

Παρά την αντίθετη κρατούσα άποψη, είναι λανθασμένη και ορισμένες φορές με απρόβλεπτες συνέπειες η προσπάθεια ανάταξης , αν δεν έχει προηγηθεί ακτινολογικός έλεγχος. Επίσης είναι επιβεβλημένη η παρουσία ιατρού , ο οποίος διαθέτει την δέουσα γνώση και εμπειρία για την επίλυση ανάλογων προβλημάτων. Η ακτινογραφία είναι απαραίτητη για να αποκλεισθεί η συνύπαρξη κατάγματος, αλλά και για εξακριβωθεί η κατεύθυνση του εξαρθρήματος. Σχετικά εύκολα εφαρμόσιμη μέθοδος ανάταξης, ιδιαίτερα στους αγωνιστικούς χώρους, είναι μία παραλλαγή της μεθόδου του Ιπποκράτη. Κατά τη μέθοδο αυτή ο ασθενής κάθεται σε καρέκλα με το εξαρθρωμένο χέρι κρεμασμένο πάνω από την πλάτη του καθίσματος. Στη μασχάλη του ασθενούς τοποθετείται μαξιλάρι για να μην

πιεσθούν και τραυματισθούν σημαντικά αγγεία και νεύρα. Στη συνέχεια εφαρμόζεται έλξη κατά τη φορά του βραχίονα και εξωτερική στροφή του άκρου, οπότε και επιτυγχάνεται η ανάταξη. Η χορήγηση ενός αναλγητικού ή και μυοχαλαρωτικού φαρμάκου πριν από την ανάταξη είναι πολύ υποβοηθητική, καθώς χαλαρώνει αρκετά τον ασθενή και γίνεται περισσότερο συνεργάσιμος. Με αυτό τον τρόπο η ανάταξη δεν παρουσιάζει συνήθως δυσκολία και επιτυγχάνεται τις περισσότερες φορές χωρίς νάρκωση. Αν η πρώτη προσπάθεια ανάταξης που έγινε από ένα γιατρό χωρίς νάρκωση είναι ανεπιτυχής, τότε η δεύτερη είναι πιο δυσχερής και πρέπει να γίνεται σε νοσοκομείο με γενική νάρκωση.

Μετά την ανάταξη του εξάρθρωματος είναι απαραίτητη η ακινητοποίηση του ώμου με ειδικό νάρθηκα, που συγκρατεί το άκρο σε ελαφριά εξωτερική στροφή, για 3-4 εβδομάδες. Σκοπός της ακινητοποίησης είναι να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος για να αποκατασταθούν οι βλάβες που προκλήθηκαν από το εξάρθρωμα σε ορισμένα σημαντικά μαλακά μόρια, όπως μύες και σύνδεσμοι. Αν δεν επουλωθούν τα τραυματισμένα σταθεροποιητικά στοιχεία το εξάρθρωμα μπορεί να επαναλαμβάνεται με ασήμαντη αφορμή (καθ' έξιν εξάρθρωμα του ώμου). Εντούτοις σε νέους ασθενείς και δη καλαθοσφαιριστές, είναι ιδιαίτερα συχνό το υποτροπιάζον εξάρθρωμα σε ποσοστό 80% έως 90% και για αυτό προτείνεται η άμεση χειρουργική αποκατάσταση. Έτσι εφόσον πραγματοποιηθεί μαγνητική τομογραφία που επιβεβαιώσει την απόσπαση του σταθεροποιητικού επιχειλίου χόνδρου (βλάβη Bankart), τότε αποκαθίσταται αρθροσκοπικά. Με αυτό τον τρόπο η βλάβη αντιμετωπίζεται μέσω τριών τομών μήκους 0,5 εκ., από όπου τοποθετούνται ειδικά ράμματα, σύμφωνα με τις νέες βελτιωμένες αρθροσκοπικές μεθόδους. Έπειτα εφαρμόζεται ειδικό πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία και επηρεάζει σημαντικά το τελικό αποτέλεσμα. Έτσι ένας καλαθοσφαιριστής μπορεί να επιστρέψει στους αγωνιστικούς χώρους με ασφάλεια, έξι μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση, με την προϋπόθεση ότι τηρήθηκε πιστά το συνιστώμενο πρωτόκολλο αποκατάστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.

Χατζηκομνηνός Ι. Θεραπεία της πρόσθιας αστάθειας του ώμου. 'Ατλας της χειρουργικής των αθλητικών κακώσεων. Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας, 2006. Σελ.284-301.

2.

Συμεωνίδης Π. Κατάγματα και εξαρθήματα της ωμικής ζώνης και του θώρακα .
Ορθοπαιδική. Εκδ .University Studio Press, 1996. Σελ.73-88.