

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΑΚΡΩΜΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΤΡΙΒΗΣ (2001)

Τα τελευταία 20-30 χρόνια όλο και περισσότερο πιο συχνά τίθεται η διάγνωση του Σ.Υ.Π.

Λέγοντας Σύνδρομο Υπακρωμιακής Προστριβής εννοούμε τη πρόσκρουση του στροφικού πετάλου στο ακρώμιο και ειδικότερα στην προσθιοπλάγια κάτω επιφάνεια αυτού κατά την διάρκεια των κινήσεων του άνω άκρου. Ειδικότερα στην απαγωγή και στη πρόσθια κάμψη (ανύζωση) με έσω στροφή.

Βέβαια για να είμαστε πιο σαφής η πρόσκρουση γίνεται στην υπακρωμιακή αψίδα. Αυτή όπως είναι γνωστό σχηματίζεται από το ακρώμιο, τον ακρωμιοκορακοειδή σύνδεσμο και την κορακοειδή απόφυση.

Σε μια ιστορική αναδρομή για το Σ.Υ.Π., βλέπουμε ότι ο ADAMS το 1852 ήταν ο πρώτος ο οποίος ανέφερε το Σ.Υ.Π. Αργότερα ο Mayer το 1931 θεώρησε την προστριβή του Σ.Π. στον υπακρωμιακό χώρο σαν υπεύθυνη αιτία για την ρήξη του Σ.Π. Ο Godman το 1934 όρισε την ανοξαιμική ζώνη (critical zone) στον τένοντα του υπερακανθίου περίπου 1cm από το σημείο κατάφυσης του. Ο Smith Peterson και ο Mc Laughing το 1943-1944 δημοσίευσαν τις πρώτες ολικές ακρωμιονεκτομές με απογοητευτικά αποτελέσματα.

Αυτός όμως που καθιέρωσε το σύνδρομο προστριβής σαν κλινική οντότητα ήταν ο NEER το 1972. Αυτός μετά από μελέτες παρατήρησε ότι το σημείο πρόσκρουσης του τένοντα του υπερακανθίου βρίσκεται στο προσθιοπλάγιο ακρώμιο, στον ακρωμιοκορακοειδή σύνδεσμο και στην κάτω επιφάνεια της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης. Αργότερα ο ίδιος δηλώνει ότι ο σχηματισμός του αγκίστρου (άκανθας) στον ακρωμιοκορακοειδή σύνδεσμο οδηγεί σε χρόνια εκφύλιση και τελικά σε ρήξη του Σ.Π.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ Σ. Υ. Π.

1. Πρωτοπαθή ή Ανατομικά Αίτια

Οποιαδήποτε χωροκατακτητική εξεργασία στον υπακρωμιακό χώρο. Αυτές οι στενωτικές εξαλλαγές μπορεί να προέρχονται από το ακρώμιο, από τον ακρωμιοκορακοειδή σύνδεσμο, από τον ορογόνο θύλακα, ή από την ακρωμιοκλειδική άρθρωση.

2. Δευτεροπαθή ή Λειτουργικά Αίτια

Παρατηρείται στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες υπάρχει ελαττωμένη επικέντρωση της κεφαλής ή αδυναμία επικέντρωσης κατά την διάρκεια των κινήσεων με αποτέλεσμα την πρόσκρουση του υπερακανθίου τένοντα στην υπακρωμιακή αψίδα. Πιο κραυγαλέο παράδειγμα εδώ είναι η αστάθεια.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. Πρωτοπαθές (Ανατομική) Αιτία	
1. Ακρώμιο	---- Μη φυσιολογική Μορφολογία ---- Os acromiale (Μη ενσωματωμένη απόφυση) ---- Πωρωθέν κατάγμα σε πλημμελή θέση.
2. Ακρωμιοκορακοειδής σύνδεσμος	---- Υπερτροφικός / Πεπαχυσμένος ένεκα αυξημένων φορτίσεων στη περιοχή του ώμου. ---- Αμυλοείδωση.
3. Ορογόνος θύλακας	---- Υπερτροφικός (Ρ.Α.) ---- Φλεγμονώδης ένεκα υπέρχρησης
4. Ακρωμιοκλειδική άρθρωση	---- Οστεόφυτα ένεκα εκφυλιστικής αρθροπάθειας
5. Μείζων βραχιόνιο όγκωμα	---- Κάταγμα σε πλημμελή θέση
6. Στροφικό πέταλο	---- Ρήξη μερικού ή ολικού πάχους

---- Ασβεστοποιός τενοντίτιδα
---- Φλεγμονή με πάχυνση ένεκα υπέρχρησης
---- Εκφυλιστική τενοντοπάθεια

B. Δευτεροπαθές (Λειτουργική) Αιτία

1. Αστάθεια

Υπέρχρηση (Sports)

----Κόπωση μυών με αποτέλεσμα την μη σωστή επικέντρωση της κεφαλής
----Πλαστική χαλάρωση του θύλακα με αποτέλεσμα μικροαστάθεια.

2. Μη φυσιολογική κινησιολογία της ωμοπλάτης

Ορισμένα βασικά σημεία

Ακρόμιο

Ο BIGLIAMI το 1986 καθιέρωσε τους τρεις τύπους του ακρώμιου, μετά από αρκετές μελέτες σε πτώματικά παρασκευάσματα.

Τύπος 1. Η κάτω επιφάνεια του ακρώμιου είναι επίπεδη.

Τύπος 2. Η κάτω επιφάνεια του ακρώμιου είναι ελαφρώς κεκλιμένη.

Τύπος 3. Αγκιστρωτό ακρόμιο.

Αυτός ο τύπος 3 ακρώμιου παρατηρήθηκε σε ρήξεις του Σ.Π. στις 70% των περιπτώσεων ,γεγονός που επικυρώθηκε και άπω άλλους συγγραφείς.

Ακρωμιοκορακοειδής σύνδεσμος

Ο σύνδεσμος αυτός ξεκινά από την κορακοειδή απόφυση και καταλήγει στο ακρόμιο

Πάνω από τον σύνδεσμο αυτόν περνά ο ακρωμιακός κλάδος της θωρακοακρωμιακής αρτηρίας ,πού χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη διατομή του συνδέσμου. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ο GALSE TO 1995 σε μία εργασία του απόδειξε ένα πλούσιο νευρικό ιστό που πιθανόν να ενοχοποιείται για τον πόνο στο Σ.Υ.Π.

Υπακρωμιακός Ορογόνος Θύλακας

Ο θύλακας αυτός βρίσκεται κυρίως κάτω από τον δελτοειδή μύ και τον Α.Κ.σύνδεσμο, στο πρόσθιο τμήμα της βραχιόνιας κεφαλής.

Στάδια Σ.Υ.Π.

Ο NEER το 1983 καθιέρωσε τρία στάδια.

Στάδιο 1. Οίδημα και φλεγμονή στο τένοντα που ακόμα έχουν την δυνατότητα να υποχωρήσουν (αναστρέψιμο). Κυρίως σε νεαρά άτομα μετά από υπέρχρηση. Πόνος κατά την άσκηση. Θεραπεία συντηρητική.

Στάδιο 2. Προχωρημένες αλλαγές ινώσεως και χρόνιας τενοντίτιδας. Πόνος υπάρχει και κατά την ξεκούραση. Θεραπεία ,πιθανόν να χρειαστεί υπακρωμιακή αποσυμπίεση αν η συντηρητική θεραπεία αποτύχει.

Στάδιο 3. Περαιτέρω αλλαγές που προχωρούν και στα οστά με σχηματισμό διαβρώσεων και αγκίστρου. Πιθανόν να συνοδεύεται με ρήξη του Σ.Π.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το κύριο σύμπτωμα των ασθενών με Σ.Υ.Π. είναι πόνος. Αυτός τοποθετείται γύρω από την άρθρωση του ώμου και συνήθως αντανακλάται στους μύες του βραχίονα. Η έναρξη του είναι συνήθως σιωπηρή με διαρκώς αυξανόμενη ένταση. Σπανιότερα το Σ.Υ.Π. μπορεί να αναπτυχθεί σε έδαφος τραυματικής ορογονοθυλακίτιδας, οπότε ο πόνος αρχίζει ξαφνικά. Γενικά ο πόνος γίνεται οξύτερος όταν προβάλλουμε το άνω άκρο. π.χ. στη προσπάθεια να φορέσουμε ένα σακάκι ή να φτάσουμε ψηλά σε ένα ράφι. Υπάρχει συχνά ιστορικό νυκτερινού πόνου .

Συνήθως οι ασθενείς είναι μεγαλύτερης ηλικίας των 35-40 χρόνων, οπότε προσοχή σε ασθενείς νεότερης ηλικίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κατά την **επισκόπηση** του ασθενή με Σ.Υ.Π. Δεν παρατηρείται συνήθως μυϊκή ατροφία, αλλά δυνατόν να προβάλλει η ΑΚ-άρθρωση. Ελέγχεται η θέση των ωμοπλάτων αμφοτερόπλευρα τόσο σε ηρεμία, όσο και κατά την διάρκεια των κινήσεων του άνω άκρου για τυχόν ασυμμετρία ή πτερυγισμό.

Κατά την **Ψηλάφηση** γίνεται έλεγχος για τοπική ευαισθησία. Αρχίζουμε από την ΑΚ-Άρθρωση και ακολούθως προχωρούμε στη κορακοειδή απόφυση ,στο μείζων και έλασσον βραχιόνιον όγκωμα σε συνδυασμό με έσω και έξω στροφή του βραχίονα. Εδώ επίσης ελέγχεται ο τένοντας της μακράς κεφαλής του δικέφαλου. Ακολούθως ελέγχεται ο υποπλάτιος με τον βραχίονα σε έξω στροφή και μετέπειτα ο υπακρωμιακός χώρος με τον υπακρωμιακό ορογόνο θύλακα συνήθως με τον βραχίονα σε έκταση.

Το **εύρος των κινήσεων** συνήθως είναι φυσιολογικό. Παρατηρείται δε επώδυνο τόξο μεταξύ 80-130 κυρίως στην απαγωγή και σπανιότερα στην πρόσθια ανύψωση (κάμψη).

Η **μυϊκή ισχύς** είναι συνήθως ελαττωμένη ένεκα του πόνου. Αν όμως αυτή συνεχίζει **να είναι ελαττωμένη και μετά την εξάλειψη του πόνου με το test xylocain ,τότε** αυτό υποδηλεί ρήξη του στροφικού πετάλου. Υπάρχουν διάφορα ειδικά tests που ελέγχουν ένα ένα ξεχωριστά τους μύες του στροφικού πετάλου. Αυτά είναι πχ η **Empty can position** για τον υπερακάνθιο , **το Lift off test** για τον υποπλάτιο κ.λ.π.

Στην συνέχεια ελέγχεται ο ασθενής για **αστάθεια**. Εδώ έχουν περιγραφεί αρκετά tests για έλεγχο τόσο της πρόσθιας ή της οπίσθιας αστάθειας ,όσο και της αστάθειας σε πολλαπλά επίπεδα.

ΕΙΔΙΚΑ TESTS ΓΙΑ Σ.Υ.Π.

1. Test Πρόσκρουση του Neer.

Εδώ γίνεται παθητική ανύψωση του άνω άκρου καθώς σταθεροποιούμε την ωμοπλάτη. Θετικό αν υπάρχει πόνος .

2.Test Πρόσκρουσης Hawkins και Kennedy.

Σ'αυτό γίνεται πρόσθια κάμψη 90 του βραχίονα με κάμψη του αγκώνα 90. Ακολούθως παθητική έσω στροφή οπότε σε θετικό test παρατηρείται πόνος. Αυτό το test κατόπιν μελέτης σε πτώματα θεωρείται σαν το πιο ειδικό test για υπακρωμιακή προστριβή.

3.Test Πρόσκρουσης Jobe

Ο ώμος βρίσκεται σε απαγωγή 90 με τον αγκώνα σε κάμψη 90 και γίνεται παθητική έσω στροφή του άνω άκρου. Εδώ ελέγχεται κυρίως η προστριβή του οπίσθιου τμήματος του τενοντίου πετάλου στον υπακρωμιακό χώρο.

1. Test Xylocain

Όπως περιγράφηκε απο τον Neer γίνεται έκχυση τοπικού αναισθητικού στον υπακρωμιακό χώρο και ακολούθως γίνεται νέα κλινική εξέταση για τα tests πρόσκρουσης, για επώδυνο τόξο , και νέος έλεγχος της μυϊκής ισχύς. Αν όλα αυτά τα tests είναι τώρα αρνητικά υπό την επίδραση του τοπικού αναισθητικού, τότε αυτό επιβεβαιώνει την διάγνωση της υπακρωμιακής προστριβής. Αυτό είναι επίσης ένα καλό προγνωστικό σημείο για μελλοντική αποσυμπίεση. Το test Xylocain μπορεί να γίνει και για διαφορική διάγνωση της εστίας του πόνου αν αυτός προέρχεται από την ΑΚ-Άρθρωση ή από τον υπακρωμιακό χώρο κάνοντας έκχυση μικρής ποσότητας αναισθητικού στα δύο σημεία με κάποια χρονική διαφορά.

Παρακλινικές Εξετάσεις

A. Ακτινολογικός Έλεγχος

Συνήθως γίνονται τρεις ειδικές προβολές.

1. Η πρώτη είναι προσθοπίθια προβολή στο επίπεδο της ωμοπλάτης , όπου ελέγχεται κυρίως η γληνοβραχιόνια άρθρωση .Εδώ θα φανούν συνήθως υποχόνδριες μικρές κύστες ή σκλήρυνση στη περιοχή του μείζονα βραχιονίου ογκώματος ή σκλήρυνση με δημιουργία (spur) αγκίστρου στη κάτω επιφάνεια του ακρωμίου το λεγόμενο “sourcil sign” σημείο οφρύος.

2. Η δεύτερη προβολή είναι η προβολή κατά Zanca όπου απεικονίζεται η ΑΚ-Άρθρωση. Αυτή γίνεται σε προσθοπίθιο επίπεδο με κλίση της πηγής της ακτινοβολίας κατά 10-15 ουραιώς και ελάττωση της δόσης.
3. Η τρίτη προβολή είναι η γνωστή Neer’s outlet view η οποία είναι μία πλάγια προβολή στο επίπεδο της ωμοπλάτης , με την πηγή σε 15-20 κυρτή προς τα πάνω.
4. Η μασχαλιαία προβολή απεικονίζει καλά τυχόν Os acromiale.

B. Υπερηχογράφημα ώμου

Αυτή είναι μία καλή και μη πολυδάπανη μέθοδος που έχει αρκετή αξιοπιστία σε πλήρεις ρήξεις του Σ.Π., όχι όμως σε ρήξεις μερικού πάχους. Μεγάλο μειονέκτημα εδώ είναι η εξάρτηση της εξέτασης από τον εξεταστή.

Γ. Μαγνητική Τομογραφία MRI

Όλοι γνωρίζουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του MRI . Σήμερα θεωρείται η κλασική μέθοδος διερεύνησης παθήσεων του ώμου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Συνομιλώντας ,η διάγνωση του Σ.Υ.Π. θα βασισθεί

A. Ιστορικό

B. Ηλικία

Γ. Κλινική εξέταση, Ειδικά tests , Παρακλινικές εξετάσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A Συντηρητική θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία εφαρμόζεται κυρίως στο στάδιο I και II.

Αυτή αποτελείται από αποφυγή δραστηριοτήτων, χρήση πάγου και αντιφλεγμονώδους αγωγής. Καλά αποτελέσματα έχουμε και με την φυσικοθεραπεία. Όπως είναι γνωστό στα αρχικά στάδια σκοπό έχει τον περιορισμό και την θεραπεία της τοπικής φλεγμονής με φυσικά μέσα και ακολούθως την ενδυνάμωση τόσο των μυών του στροφικού πετάλου, όσο και των μυών της ωμικής ζώνης. Αυτό το τελευταίο είναι πολύ βασικό για την σωστή κίνηση και επικέντρωση της βραχιόνιας κεφαλής και αποφυγή της κεντρικής μετατόπιση αυτής κατά την ανύψωση του άνω άκρου, με αποτέλεσμα την προστριβή στον υπακρωμιακό χώρο.

Τοπική Έκχυση Στεροειδών

Η όλη λογική στην τοπική έκχυση έγκειται στον περιορισμό της τοπικής φλεγμονής και του οιδήματος με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου στον υπακρωμιακό χώρο. Υπάρχουν αρκετές εργασίες που δείχνουν καλά αποτελέσματα σαν βραχυπρόθεσμη θεραπεία. Όμως καλό είναι εδώ να αναφερθούν ορισμένες παρενέργειες.

1. Η έκχυση πρέπει να γίνεται στον υπακρωμιακό χώρο.
2. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν καθυστερημένες ρήξεις του στροφικού πετάλου αν η έκχυση γίνει ενδοτενόντια.
3. Ασθενείς που έχουν υποστεί 2 και περισσότερες εκχύσεις παρουσιάζουν ρήξεις του Σ.Π. σε μεγαλύτερο ποσοστό. Γι'αυτό τον λόγο ΟΧΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΔΥΟ ΕΚΧΥΣΕΙΣ . Επίσης αν η ανακούφιση μετά την πρώτη έκχυση διαρκέσει λιγότερο από ένα μήνα τότε δεν συστήνεται δεύτερη.
4. Ο Bjorkenheim και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι περισσότερες από τρεις εκχύσεις προεγχειρητικά συνδυάζονται με αποτυχία της συρραφής ή διόρθωσης της ρήξης.
5. Watson και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι σε ασθενείς με πέραν των 4 εκχύσεων το Σ.Π. παρουσίαζε λέπτυνση και μαλάκυνση του εναπομείναντος ιστού με αποτέλεσμα την δυσκολότερη συρραφή και φτωχότερα αποτελέσματα.

6. Γνωστή είναι επίσης η καταστροφική δράση των στεροειδών στον αρθρικό χόνδρο, όπου βέβαια αυτή γίνεται είτε ενδοαρθρικά από λάθος, είτε ένεκα ύπαρξης πλήρους ρήξης του Σ.Π. επιτρέποντας την επικοινωνία του υπακρωμιακού χώρου με την γληνοβραχιόνια άρθρωση.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ενδείξεις : Αποτυχία της συντηρητικής αγωγής και καλή ανταπόκριση στο test Xylocain για προστριβή.

Σκοπός- Στόχος

Διεύρυνση του υπακρωμιακού χώρου έτσι ώστε να μπορεί να κινείται πιο ελεύθερα και χωρίς προστριβή το Σ.Π. και ειδικότερα ο τένοντας του υπερακανθίου. Αυτή η διεύρυνση δίδει την ευκαιρία στον τένοντα να ιανθεί μόνος του οπότε το γεγονός αυτό χρειάζεται 6,8 έως και 10 εβδομάδες . Οπότε βασικό σημείο είναι να εξηγηθεί αυτό το πράγμα στον ασθενή προεγχειρητικά. Ίαση στον τένοντα σημαίνει για τον ασθενή βελτίωση του πόνου και της λειτουργικότητας. Επίσης θα πρέπει προεγχειρητικά να τονισθεί η σημασία και η αξία του μετεγχειρητικού προγράμματος αποκατάστασης.

ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΚΡΩΜΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Η πρώτη περιγραφή έγινε από τον Neer το 1972. Από τότε μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές δημοσιεύσεις που γενικά όλες έχουν να δείξουν πολύ καλά αποτελέσματα σε περίπου 90% των ασθενών. Είναι πλέον σήμερα μια καθιερωμένη επέμβαση.

Ακρωμιοπλαστική

Αφαίρεση του οστικού τμήματος του ακρώμιου που προβάλλει μπροστά από το πρόσθιο χέιλος της κλείδας.

Αφαίρεση του δημιουργηθέντος αγκίστρου (spur) από την κάτω επιφάνεια του ακρώμιου και μετατροπή αυτού σε ακρώμιο τύπου I κατά Bigliami δηλ επίπεδο. Εδώ γίνεται μια οστεοτομία σε οριζόντιο επίπεδο όπου αφαιρείται οστική σφήνα από το πρόσθιο και κάτω ακρώμιο προς τα πίσω συμπεριλαμβάνοντας το άγκιστρο με μήκος 1.5cm περίπου.

Θέση Ασθενούς : Συνήθως καθιστική (Beach chair) ή ημικαθιστική.

Τομή Δέρματος : Κατά μήκος των γραμμών του Langer από την κορακοειδή απόφυση προς το έξω χέιλος του ακρώμιου μέχρι περίπου στο μέσον αυτού.

Διάνοιξη του δελτοειδή μυ στο σημείο που ξεχωρίζει η πρόσθια από την πλάγια μοίρα κατά μήκος των ινών του. Προσοχή όχι περισσότερο από 5cm, διότι το μασχαλιαίο νεύρο τυλίγει τον βραχίονα σε απόσταση 6-7 cm .Συστήνεται δε να τοποθετείται και μια ραφή για αποφυγής περαντέρω διάνοιξης.

ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΚΡΩΜΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Η πρώτη περιγραφή της αρθροσκοπικής ακρωμιοπλαστικής έγινε από τον Ellman το 1987. Εκτοτε έχουν γίνει πολλές εργασίες από πολλούς συγγραφείς που γενικά όλες δείχνουν πολύ καλά αποτελέσματα στο 85-90% των ασθενών. Δηλ. το ίδιο καλά όπως και με την ανοικτή ακρωμιοπλαστική.

Πλεονεκτήματα

1. Αποφυγή τομής και αποφυγή κακοποίησης του δελτοειδή μυ.
2. Δυνατότητα αφαίρεσης του ορογόνου θύλακα (Bursectomy) ιδιαίτερα σε πεπαχυσμένες καταστάσεις.
3. Ταυτόχρονα δίνεται η ευκαιρία για έλεγχο της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης, ένα πάρα πολύ μεγάλο πλεονέκτημα.
4. Μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικών λοιμώξεων, ένεκα της συνεχούς πλύσης κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Ενδείξεις

- Πρωτοπαθές Σ.Υ.Π.

- Ρήξη στροφικού πετάλου μερικού πάχους , όπου γίνεται αρθροσκ. Ακρωμοπλαστική με ταυτόχρονο καθαρισμό (Debridement) του στροφικού πετάλου.
- Ρήξη στροφικού πετάλου ολικού πάχους , όπου γίνεται συνδυασμός αποκατάστασης της ρήξης σε συνδυασμό με ακρωμοπλαστική.
- Ρήξη στροφικού πετάλου που είναι αδύνατον να αποκατασταθεί, όπου μπορεί να γίνει ανακουφιστική ακρωμοπλαστική για αποσυμπίεση.

Θέση

- Πλάγια ή
- Καθιστική (Beach chair)

Απεικόνιση των οδηγών σημείων με αποστειρωμένο στυλό.

- Άκανθα του ακρωμίου και η οπίσθια κάτω γωνία αυτού.
- Το έξω χείλος του ακρωμίου με την πρόσθια έξω γωνία του.
- Η κλείδα και η ΑΚ-Άρθρωση.
- Κορακοειδής απόφυση και ακρωμοκορακοειδής σύνδεσμος

Πύλες Εισόδου

- Οπίσθια πύλη : 2cm κάτω και 2cm προς τα έσω από την οπίσθια κάτω γωνία του ακρωμίου, στο μαλακό σημείο (soft spot).
- Προσθιοπλάγια πύλη : Με την βοήθεια βελόνων που τοποθετούνται η μία ακριβώς στη πρόσθια έξω γωνία του ακρωμίου και η άλλη ακριβώς μπροστά από την ΑΚ-Άρθρωση, σημειώνεται το πρόσθιο χείλος του ακρωμίου ,όπου καταφύεται ο ακρωμοκορακοειδής σύνδεσμος. Η προσθιοπλάγια λοιπόν πύλη σημειώνεται περίπου 3cm προς τα έξω από τη πρόσθια έξω γωνία του ακρωμίου στην ίδια ευθεία με τις βελόνες.
- Επιπρόσθετες πύλες :
- Πρόσθια πύλη : Κυρίως για εισαγωγή εργαλείων στην γληνοβραχιόνια άρθρωση.
- Οπισθοπλάγια πύλη : Ολίγον πιο κάτω από την πίσω έξω γωνία του ακρωμίου.

Πριν γίνει οποιαδήποτε τομή καλό είναι να γίνει τοπική διήθηση στις πύλες εισόδου με επινεφρίνη σε διάλυμα 1:3.000.000

Αρχικά γίνεται λεπτομερής διαγνωστική αρθροσκοπική εξέταση της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης.

Ακολούθως εισάγεται το αρθροσκόπιο στον υπακρωμιακό χώρο από την οπίσθια πύλη και το shaver από την προσθιοπλάγια πύλη.

Στάδιο 1. (Bursectomy)

Ο καθαρισμός του ορογόνου θύλακα ,που είναι αναγκαίος συνήθως σε χρόνιες καταστάσεις μπορεί να κρατήσει 10-15 λεπτά μέχρι τον καθαρισμό του οπτικού πεδίου. Η αιμορραγία αντιμετωπίζεται με την χρήση αρθροσκοπικής αντλίας που διατηρεί μια υπακρωμιακή πίεση συνήθως 60-70 Hg mm , με την χρήση αρθροσκοπικής διαθερμίας ή την χρήση Ραδιοσυχνοτήτων (Radio frequency) κάτω αντίστοιχο των γνωστών Laser που παράγεται από την συσκευή Arthro care. Επίσης πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί να προστεθεί αδρεναλίνη στο ορρό ή και ακόμη να γίνει υπόταση στον ασθενή .

Στάδιο 2. Έλεγχος του Σ.Π. για τυχόν ρήξεις .

Στάδιο 3.

Ακολούθως γίνεται προσανατολισμός στο πεδίο όσο αφορά την πρόσθια προπέτεια του ακρωμίου, όπου καταφύεται ο ακρωμοκορακοειδής σύνδεσμος, η ΑΚ-Άρθρωση με την βοήθεια βελόνων. Με την χρήση του Arthro Care γίνεται η διατομή του ακρωμοκορακοειδή συνδέσμου προσεκτικά και σιγά σιγά αποκαλύπτεται ο δελτοειδής μυς

Στάδιο 4.

Πριν αρχίσει η ακρωμοπλαστική καλό είναι να σημειώνεται ο χώρος όπου θα γίνει αυτή. Έτσι λοιπόν αρχίζουμε να μαρκάρουμε ένα παραλληλόγραμμο από την ΑΚ-Άρθρωση που να περιλαμβάνει το πρόσθιο ακρώμιο. Αυτός είναι ο χώρος όπου θα γίνει η ακρωμοπλαστική.

Στάδιο 5.

Η οστική αφαίρεση αρχίζει από την πρόσθια επιφάνεια του ακρωμίου και έτσι δίνεται η ευκαιρία να υπολογισθεί το πάχος του οστού που θα αφαιρεθεί. Ακολούθως συνεχίζεται η αφαίρεση του υπόλοιπου οστού και έτσι επιτυγχάνεται η επιπέδωση του ακρωμίου.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Συνήθως γίνεται άμεση κινητοποίηση του ώμου και ακολούθως ενδυνάμωση.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Η εργασία μου αποτελείται από 10 ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική ακρωμοπλαστική για Σ.Υ.Π .

- Σε δύο από τους 10 ασθενείς διαπιστώθηκε ρήξη του στροφικού πετάλου, οπότε υποβλήθηκαν σε ανοικτή αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο.
- Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 42 ετών (από 25-49).
- Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε συντηρητική θεραπεία αρχικώς, συμπεριλαμβανομένης τοπικής έκχυσης στεροειδών.
- Ο πρώτος ασθενής και ο νεότερος 25 ετών, παρουσίασε τοπική διαπύση στη προστοπλάγια πύλη εισόδου , που αντιμετωπίστηκε με καθαρισμό και ενδοφλέβια αντιβίωση.

Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με το τροποποιημένο UCLA (University California Los Angeles) σύστημα αξιολόγησης. (πίνακας)

Όπως βλέπετε από τον πίνακα εδώ λαμβάνονται υπόψη ο πόνος, η λειτουργικότητα , το εύρος της ενεργητικής πρόσθιας κάμψης και απαγωγής, η δύναμη της πρόσθιας κάμψης και απαγωγής, καθώς επίσης και η ικανοποίηση του ασθενή. Δηλαδή ένα υγιέστατο άτομο χωρίς κανένα πρόβλημα στον ώμο θα ελάμβανε 45 βαθμούς. Ένα άτομο με σοβαρότατο Σ.Υ.Π. που έχει αφόρητους πόνους , ανίκανο να χρησιμοποιεί το άνω άκρο του, με ενεργητική κίνηση κάτω από 30 και μυϊκή ισχύ πτωχή (βαθμού 2 από 5) θα ελάμβανε 6 βαθμούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γενικά όλοι οι ασθενείς ήταν ευχαριστημένοι από την επέμβαση με πολύ καλή ανταπόκριση κυρίως στον πόνο.

Ο προεγχειρητικός μέσος όρος στο UCLA σύστημα αξιολόγησης ήταν 24.9 βαθμοί, ενώ μετεγχειρητικά ήταν 42.5 βαθμοί.

Τροποποιημένο Σύστημα Αξιολόγησης UCLA (University California Los Angeles)

Πόνος	Βαθμοί
Συνεχές ,αφόρητος, δυνατά αναλγητικά συχνά	1
Συνεχές, υποφερτός, δυνατά αναλγητικά κάποτε	2
Καθόλου ή ελάχιστος σε ηρεμία, παρόν σε ελαφρές δραστηριότητες,	4
Ελαφρά αναλγητικά συχνά. Παρόν μόνο σε βαριές δραστηριότητες, ελαφρά αναλγητικά κάποτε	6
Ελαφρού βαθμού, κάποτε	8
Καθόλου	10

Λειτουργικότητα	Βαθμοί
Ανίκανος να χρησιμοποιεί το άνω άκρο	1
Ικανότητα για ελαφρές δραστηριότητες μόνο	2
Ικανότητα για ελαφρές οικιακές εργασίες μόνο	4
Ικανότητα για τις περισσότερες οικιακές εργασίες, οδήγηση, κτένισμα μαλλιών	6
Ελαφρού βαθμού ανικανότητα μόνο , Ικανότητα εργασίας πάνω από το επίπεδο του ώμου	8
Φυσιολογικές δραστηριότητες	10

Ενεργητική Πρόσθια Κάμψη	Βαθμοί
150 και άνω	5
120 –150	4
90 – 120	3

55 – 90	2
30 – 45	1
κάτω από 30	0

Μυϊκή ισχύς στη πρόσθια κάμψη	Βαθμοί
Βαθμός 5 (φυσιολογική)	5
Βαθμός 4 (καλή)	4
Βαθμός 3 (ικανοποιητική)	3
Βαθμός 2 (πτωχή)	2
Βαθμός 1 (μυϊκή σύσπαση)	1
Βαθμός 0 (τίποτε)	0

Ενεργητική Απαγωγή	Βαθμοί
150 και άνω	5
120 – 150	4
90 – 120	3
45 –90	2
30 – 45	1
κάτω από 30	0

Μυϊκή ισχύς στη απαγωγή	Βαθμοί
Βαθμός 5 (φυσιολογική)	5
Βαθμός 4 (καλή)	4
Βαθμός 3 (ικανοποιητική)	3
Βαθμός 2 (πτωχή)	2
Βαθμός 1 (μυϊκή σύσπαση)	1
Βαθμός 0 (τίποτε)	0

Ικανοποίηση από τον ασθενή	Βαθμοί
Ικανοποιημένος ,βελτίωση	5
Μή ικανοποιημένος , ίδια κατάσταση	0

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία 20-30 χρόνια όλο και πιο συχνά τίθεται η διάγνωση του Σ.Υ.Π. Αυτό το σύνδρομο καθιερώθηκε σαν κλινική οντότητα το 1972 από τον Neer. Αιτιολογικά το σύνδρομο αυτό μπορεί να είναι πρωτοπαθές (ανατομικό) ή δευτεροπαθές (λειτουργικό).

Η διάγνωση βασίζεται στη κλινική εξέταση, όπου παρουσιάζεται επώδυνο τόξο στις 85-140 στην απαγωγή, θετικά tests πρόσκρουσης ,θετικό test Xylocain και στον παρακλινικό έλεγχο.

Η θεραπεία στα αρχικά στάδια είναι συντηρητική. Σε αποτυχία της συντηρητικής ή σε προχωρημένα στάδια είναι χειρουργική, και σκοπό έχει την διεύρυνση του υπακρωμιακού χώρου. Αυτή μπορεί να γίνει ανοικτά ή αρθροσκοπικά με εξίσου καλά αποτελέσματα.

Η προσωπική μου εργασία περιλαμβάνει 10 ασθενείς με Σ.Υ.Π. που όλοι υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική ακρωμιοπλαστική. Δύο από τους ασθενείς ,ένεκα ρήξης του Σ.Π. υποβλήθηκαν σε ανοικτή αποκατάσταση του Σ.Π. σε δεύτερο χρόνο. Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με το σύστημα UCLA. Προεγχειρητικός μέσος όρος αξιολόγησης ήταν 24.9 και ο μετεγχειρητικός 42.5 βαθμοί.

Νίκος Παπαλουκάς
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Πολυκλινική Λευκωσίας