

Χόνδρινες βλάβες του γόνατος: σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης

Οι χόνδρινες βλάβες του γόνατος αποτελούν μια πρόκληση για τον ορθοπεδικό χειρουργό και ένα δυσεπίλυτο θεραπευτικό πρόβλημα για τους ασθενείς.

Γράφει ο **ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Π.**

ΤΣΟΥΤΣΑΝΗΣ, ορθοπεδικός χειρουργός, διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, αναπληρωτής διευθυντής Β' Ορθοπεδικής Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν, www.arthro.gr



Ο χόνδρος (ιστός που καλύπτει την επιφάνεια των οστών στην άρθρωση του γόνατος), σε περίπτωση που υποστεί κάποια βλάβη αφήνοντας ακάλυπτο το υποκείμενο οστό, έχει πολύ μικρό δυναμικό επουλώσης. Παρ' ότι ιστός, ο χόνδρος δεν δέχεται αιμάτωση αλλά «τρέφεται» από το αρθρικό υγρό, τα κύτταρα του δεν μπορούν να μεταναστεύσουν από γύρω υγιείς περιοχές και έχουν πολύ μικρή ικανότητα πολλαπλασιασμού.

Οι χόνδρινες βλάβες αφορούν συνήθως νεαρά άτομα με αθλητικές δραστηριότητες και ενδέχεται να οφείλονται σε ένα συγκεκριμένο ή/και επαναλαμβανόμενο τραυματισμό ή σε οστεοχονδρίτιδα - παθολογική κατάσταση νέκρωσης εντοπισμένης περιοχής του οστού. Πολλές φορές αποτελούν ένα τυχαίο εύρημα αρθροσκόπησης για κάποιο άλλο λόγο, όπως η αποκατάσταση ρήξεως του μηνίσκου ή του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αρχική βλάβη για την οποία γίνεται η αρθροσκόπηση αποκαθιστάται και γίνεται δευτερεύουσα ανάλογα με τη σπουδαιότητα της χόνδρινης βλάβης.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν

πόνο στο γόνατο κάθε φορά που ο ασθενής το πιέζει λίγο, εμπλοκές και συλλογή υγρού. Χαρακτηρίζονται «ύπουλες» βλάβες, διότι συνοδεύονται και καλύπτονται από άλλες κακώσεις, με αποτέλεσμα να μη φαίνονται στη μαγνητική τομογραφία και η διάγνωσή τους να γίνεται καθυστερημένα. Η βαρύτητά τους εξαρτάται από το μέγεθος της βλάβης και εάν αφορά περιοχή του γόνατος η οποία δέχεται πολλά φορτία.

Οι χόνδρινες βλάβες προκαλούν πρώιμη οστεοαρθρίτιδα σε γόνατα νέων ατόμων και τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται τεχνικές με σκοπό τη θεραπεία τους, ενώ μέχρι πρότινος θεωρούνταν μη θεραπεύσιμες.

Σε περιπτώσεις μικρών βλαβών η πιο απλή και ενδεδειγμένη μέθοδος είναι αυτή των μικροτραυματισμών (microfractures) που γίνεται με αρθροσκοπική τεχνική. Με την τεχνική αυτή δημιουργείται ιστός που μοιάζει πολύ με υαλογενή χόνδρο και τα αποτελέσματά της είναι πολύ καλά.

Σε περιπτώσεις μεγάλων βλαβών μια τεχνική που δίνει πολύ καλά αποτελέσματα είναι η ACI (Autologous Chondrocyte Im-

plantation), κατά την οποία πραγματοποιείται μεταμόσχευση χονδροκυττάρων -προερχόμενα από τον ίδιο τον ασθενή, αφού πρώτα καλλιεργηθούν και πολλαπλασιαστούν στο εργαστήριο. Το μειονέκτημά της έγκειται στην ολοκλήρωσή της σε δύο στάδια.

Το τελευταίο διάστημα μεγάλες ελπίδες έχει δώσει η δημιουργία βιολογικών υλικών, π.χ. μεμβράνη υαλουρονικού ή κολλαγόνου, το υλικό μαριόρεγεν σε συνδυασμό με μεσεγχυματικά κύτταρα ή χονδροκύτταρα. Οι μεμβράνες αυτές τοποθετούνται στο σημείο της βλάβης με σκοπό την κάλυψη του κενού και εμποτίζονται με πολλαπλασιασμένα χονδροκύτταρα ή μεσεγχυματικά κύτταρα. Διεγείροντάς τες με ειδικές ουσίες (αυξητικούς παράγοντες), μετατρέπονται σε χονδροκύτταρα, όπου επάνω στην επιφάνειά τους παράγουν φυσιολογικό χόνδρο. Η λήψη των μεσεγχυματικών αυτών κυττάρων είναι απλή και εύκολη διότι βρίσκονται στο μυελό των οστών.

Για την επιτυχή έκβαση, οποιαδήποτε προσπάθεια επιδιόρθωσης χόνδρινης βλάβης θα πρέπει να συνδυάζεται με την ταυτόχρονη επιδιόρθωση και των άλλων βλαβών που συνήθως υπάρχουν, π.χ. μηνίσκων, ρήξη χιαστού ή διαταραχές του άξονα φόρτισης του γόνατος.

Με τη σημερινή πρόοδο σε ερευνητικό και επεμβατικό επίπεδο (βελτίωση αρθροσκοπικών και μη χειρουργικών τεχνικών) είναι πλέον δυνατή η θεραπεία των χόνδρινων βλαβών -για τις οποίες μέχρι πρότινος δεν υπήρχε αξιόπιστη λύση και οι νέοι συνήθως ασθενείς οδηγούνταν σε πρώιμη οστεοαρθρίτιδα.

Τα επώδυνα κότσια

Γράφει ο **ΛΕΥΤΕΡΗΣ ΖΑΜΠΑΚΟΣ,** ορθοπεδικός

Τα κότσια είναι μια διαταραχή του άξονα του μεγάλου δακτύλου του ποδιού που συνήθως συνοδεύεται και από διόγκωση της άρθρωσης του δακτύλου. Σχηματίζεται τόσο από τα οστά του πρώτου δακτύλου του ποδιού όσο και από τον ορογόνο θύλακο που καλύπτει την πρώτη μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση. Καθώς το κότσι μεγαλώνει, η άρθρωση αρχίζει να προεξέχει προς την εσωτερική πλευρά του ποδιού, με αποτέλεσμα να τρίβεται πάνω στα παπούτσια. Συνήθως τα κότσια συνοδεύονται από στροφή του δακτύλου καθώς και από παραμόρφωση με σφυροδακτυλία του δεύτερου δακτύλου, ενώ όχι σπάνια συνυπάρχουν και κάλιο πάνω στο ίδιο το κότσι ή στους άλλους δακτύλους του ποδιού.

Η ακριβής αιτία της εμφάνισής του είναι αμφιλεγόμενη. Τα κότσια εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες σε αναλογία 9 προς 1. Μελέτες δείχνουν ότι το 88% των γυναικών φορούν στενά παπούτσια και από αυτές το 55% έχουν κότσια. Κύριο ρόλο παίζει η εμβιομηχανική αστάθεια του άκρου ποδός, καθώς η ασυμμετρία δυνάμεων που ασκούνται από τους τένοντες ή από τη φόρτιση στους δακτύλους, μπορούν σε βάθος χρόνου να οδηγήσουν σε μόνιμη παραμόρφωση. Η αρθρίτιδα και η κληρονομικότητα επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή τους, καθώς έχει διαπιστωθεί βλαισός μέγας δάκτυλος σε πρωτόγονες αφρικανικές φυλές που δεν φόρεσαν ποτέ παπούτσια, ενώ συχνή είναι η εμφάνιση του βλαισού μέγα δακτύλου και σε μέλη της ίδιας οικογένειας με πρώτου βαθμού συγγένεια. Η παρατεταμένη χρήση στενών και ακατάλληλων υποδημάτων θεωρείται από πολλούς ότι μπορεί να συνεισφέρει στην εμφάνιση του βλαισού μέγα δακτύλου, καθώς διογκώνει την εμβιομηχανική αστάθεια. Ακατάλληλα θεωρούνται συνήθως τα παπούτσια με στενή μύτη και ψηλό τακούνι που συμπιέζουν τους δακτύλους σε μια μη φυσιολογική θέση.

Γενικά τα κότσια που δεν είναι επώδυνα δεν χρειάζονται χειρουργική διόρθωση. Αλλά η συντηρητική αντιμετώπιση δεν μπορεί να αναστρέψει τις οστεοαρθρικές βλάβες στις αρθρώσεις των δακτύλων.

Το πρώτο μέτρο για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η αλλαγή σε πιο άνετα και μαλακά παπούτσια, με στρογγυλό πρόσθιο τμήμα που δεν συμπιέζουν τους δακτύλους. Τα αποτελέσματα δεν είναι μακροπρόθεσμα, αλλά πολλές φορές είναι η καλύτερη λύση, ειδικά αν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας που δεν επιτρέπουν τη χειρουργική αντιμετώπιση. Η εφαρμογή ορθοπεδικών βοηθημάτων περιορίζεται στα αρχικά στάδια του προβλήματος, καθώς θα πρέπει να διατηρείται κάποιος βαθμός ευκαμψίας του δακτύλου, ώστε να μπορεί να επιτευχθεί διόρθωση. Αν τα κότσια είναι επώδυνα ή οι διπλοί δάκτυλοι έχουν αρχίσει και αυτοί να παραμορφώνονται, τότε συνήθως η αποτελεσματικότερη λύση είναι η χειρουργική διόρθωση.

Υποψήφιος για χειρουργική διόρθωση είναι οι ασθενείς με:

- Εντονο πόνο στα πόδια, που περιορίζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες.
- Χρόνιο ερεθισμό και πρήξιμο της μεταταρσοφαλαγγικής άρθρωσης του μεγάλου δακτύλου, που δεν βελτιώνεται με ανάπαυση ή φάρμακα.
- Αξονική παραμόρφωση του δακτύλου ή εφίπνευση δακτύλων.
- Νευραλγία από παγίδευση νεύρων.
- Δυσκαμψία του μεγάλου δακτύλου (αδυναμία να το λυγίσετε ή να το τεντώσετε).
- Πόνος παρά τη χρήση μαλακών ή ειδικών ορθοπεδικών υποδημάτων.
- Σφυροδακτυλίες.
- Χρόνια φλεγμονή, θυλακίτιδα ή τενοντίτιδες της κεφαλής του 1ου μεταταρσίου.

Διάγνωση

Η διάγνωση συνήθως είναι εύκολη λόγω της παραμόρφωσης. Ετσι ο έλεγχος αποσκοπεί στον αποκλεισμό συστηματικών παθήσεων, όπως ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ή μεταβολικών νοσημάτων όπως ουρική αρθρίτιδα. Οι ακτινογραφίες του άκρου ποδός μάς βοηθούν να εκτιμήσουμε το μέγεθος της παραμόρφωσης και να επιλέξουμε την κατάλληλη τεχνική αντιμετώπισης. Η επέμβαση όμως δεν θα σας επιτρέψει να φορέσετε μικρότερο νούμερο παπούτσι ή παπούτσια με μύτη και ψηλό τακούνι. Συνολικά θα χρειαστείτε περίπου 6 μήνες μέχρι τα πόδια σας να ξεπρηστούν πλήρως και να μπορείτε να φοράτε παπούτσια με φυσιολογικό τακούνι.

Στον αντίποδα, αντένδειξη στη χειρουργική αντιμετώπιση αποτελούν:

- Εκτεταμένη περιφερική αγγειοπάθεια, κυρίως στον άκρο πόδα.
- Η ενεργής φλεγμονή.
- Η οσπική αρθρίτιδα.
- Η απουσία πόνου.
- Ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου στο τελευταίο εξάμηνο.
- Η γενικότερη επιβαρημένη κλινική εικόνα του ασθενούς.



Χαλάρωση και Μότσαρτ

Λίγος Μότσαρτ κερδίζει την υπέρταση, βάσει νέας δημοσίευσης της Αμερικανικής Εταιρείας Καρδιολογίας. Δώστε λοιπόν στην κλασική μουσική μια ευκαιρία να σας ταξιδέψει, να σας χαλαρώσει και η υπέρτασή σας θα αποτελέσει παρελθόν. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη άκουγαν για τέσσερις εβδομάδες τρεις φορές την εβδομάδα Μότσαρτ, που συνοδεύονταν από ασκήσεις αναπνοών για χαλάρωση, λέει ο επικεφαλής της μελέτης, αναπληρωτής καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Σιάτλ, Γιαν Τανγκ. Η μείωση της υπέρτασης ήταν σημαντική στην ομάδα που εκτός από φαρμακευτική αγωγή παρακολουθούσε και τις παραπάνω συνεδρίες μουσικής και χαλάρωσης. Κατά 15% χαμηλότερες μετρήσεις έφεραν στο τέλος της μελέτης τα άτομα που παρακολούθησαν το πρόγραμμα, λέει ο Τανγκ. «Κλασική μουσική -κυρίως Μότσαρτ- στη μάχη κατά της υπέρτασης», προσθέτει.

