

ΣΚΟΛΙΩΣΗ

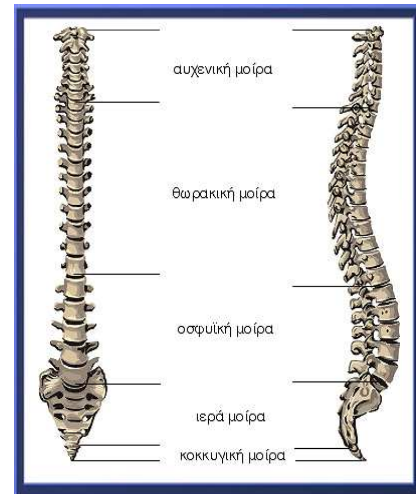
ΕΝΑΣ ΥΠΟΥΛΟΣ ΕΧΘΡΟΣ...

Το παιδί μου «γέρνει», «στραβώνει» η πλάτη του, πάσχει από «σκολίωση», μια συνειρμική έκφραση που ακούγεται από τους γονείς των παιδιών, λόγω σχολείου, κακού θρανίου κ.λ.π. Θα μπορούσε λέγεται και «σχολίωση», επειδή συνήθως ανακαλύπτεται στις σχολικές ηλικίες. Όμως, ο σωστός ιατρικός όρος είναι Σκολίωση και ετυμολογικά προέρχεται από την αρχαία λέξη Σκολιός, δηλαδή στραβός ή λοξός.

Η Σκολίωση είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί ως πάθηση, αλλά θεωρείται μάλλον ως μία δομική ή ανατομική ανωμαλία ή παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης κατά την οποία δημιουργούνται πλάγιες καμπύλες στο σώμα (πλάγια παρεκτόπιση της σπονδυλικής στήλης από τη μέση γραμμή), με την παράλληλη ανάπτυξη ύβων(κύρτωμα στη ράχη, καμπούρα),σε συνδυασμό, συνήθως, με στροφή των σπονδύλων.

Επειδή η Σκολίωση είναι μία από τις παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης (οι άλλες είναι η κύφωση και η λόρδωση) πρέπει να αναφερθούμε στη δομή της σπονδυλικής στήλης.

Η σπονδυλική στήλη είναι ένα από τα πιο ισχυρά μέρη του σώματος μας. Αποτελείται από ξεχωριστά οστέινα σώματα (σπόνδυλοι) που ενώνονται μεταξύ τους με τους μεσοσπονδύλιους δίσκους που την κάνουν ευλύγιστη. Περιβάλλεται από ισχυρούς μύες και συνδέσμους που την ενισχύουν και την προστατεύουν. Ο νωτιαίος μυελός είναι μέρος του κεντρικού νευρικού συστήματος και βρίσκεται μέσα στην σπονδυλική στήλη που τον προστατεύει. Οι νευρικές ρίζες ξεκινούν από το νωτιαίο μυελό και μεταφέρουν ερεθίσματα από και προς τον εγκέφαλο.



Τα αίτια της σκολίωσης, η ηλικία εμφάνισης και η πρόγνωση ποικίλλουν. Η αντιμετώπισή της εξαρτάται πρώτα από **έγκαιρη διάγνωση** και από τη μορφή της σκολίωσης.



Οι μορφές σκολίωσης είναι :

- **Συγγενής σκολίωση**, η οποία δημιουργείται κατά τις πρώτες εβδομάδες της εμβρυϊκής ζωής λόγω ανώμαλης ανάπτυξης της σπονδυλικής στήλης.

- **Νευρομυϊκή σκολίωση**, η οποία δημιουργείται από παθήσεις του νευρικού ή μυϊκού συστήματος, δηλαδή είναι αποτέλεσμα έλλειψης μυϊκής ισορροπίας όπως αυτή που εμφανίζεται στα άτομα με εγκεφαλική παράλυση.
- **Λειτουργική σκολίωση**, η μορφή αυτή αποκαθίσταται πλήρως όταν η αιτία που την προκαλεί εξαλειφθεί. Οι πιο πιθανές αιτίες της είναι: **ανισοσκελία**, έντονος **μυϊκός σπασμός** πλησίον της σπονδυλικής στήλης, έντονη **δισκοπάθεια** ή σε **περίοδο εγκυμοσύνης** το τελευταίο τρίμηνο, καθώς το έμβρυο μπορεί να αλλάξει το κέντρο βάρους της εγκύου.
- **Σκολίωση στη νευροϊνωμάτωση**
- **Σκολίωση στο σύνδρομο Μαρφάν**
- **Σκολίωση που οφείλεται σε τραύμα**
- **Σκολίωση που οφείλεται σε όγκο της σπονδυλικής στήλης**
- **Αντιρροπιστική σκολίωση(δισκοπάθεια)**
- **Ιδιοπαθής σκολίωση** (η οποία αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό και με την οποία και θα ασχοληθούμε).

Σε όλες τις μορφές της σκολίωσης πρέπει να γίνει **έγκαιρη διάγνωση** και να οργανωθεί σε συνεργασία γιατρού και ασθενή πλάνο αποκατάστασης και να γίνει κατανοητή από τον ασθενή η όποια σπονδυλική παραμόρφωση έχει.

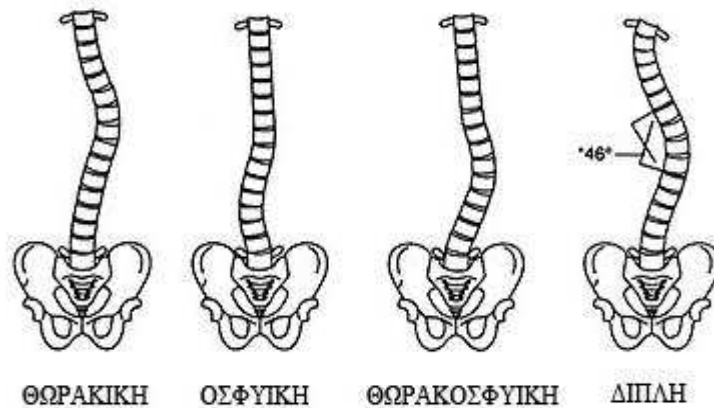
ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Συχνότερη όλων των μορφών είναι η ιδιοπαθής σκολίωση.

Η ιδιοπαθής σκολίωση εμφανίζεται και αναπτύσσεται δραματικά ιδιαίτερα **μεταξύ 10 και 15 ετών**, δηλαδή στη φάση της ταχείας ανάπτυξης. Η σκολίωση μπορεί να αυξάνεται προοδευτικά, μέχρις ότου σταματήσει η ανάπτυξη του σκελετού. Τις περισσότερες φορές, τα **συμπτώματα** όπως π.χ. πόνος, δυσκαμψία, δυσφορία, **δεν εμφανίζονται πριν από τη μέση ηλικία** και θεωρείται ως ύπουλη κατάσταση, επειδή

δρα σιωπηλά και χωρίς πόνο. Έχει ιδιαίτερη προτίμηση στα κορίτσια (δηλαδή τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη τάση από τα αγόρια να αναπτύσσουν σκολίωση) σε αναλογία 4 προς 1.

ΤΥΠΟΙ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ



Αίτια: Τα αίτια της ιδιοπαθούς σκολίωσης είναι ακόμη άγνωστα. Οι γιατροί μπορούν να ξέρουν μόνο εάν η σκολίωση είναι επιθετική ή ήπια.

Αποτελέσματα: Αποτελέσματα της σκολίωσης είναι η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης. Αυτή η ανωμαλία μπορεί να δημιουργήσει **παραμόρφωση** των πλευρών και του σχήματος αλλά και **αλλαγή της θέσης** των εσωτερικών οργάνων και πολλές φορές **αναπνευστική δυσλειτουργία**.

ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

(Νέα μελέτη)

Σημαντικά νέα δεδομένα για τις επιπτώσεις της σκολίωσης στην υγεία προκύπτουν από κλινική μελέτη της αμερικανικής ομάδας μελέτης παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης. Η εξέταση της πνευμονικής λειτουργίας έδειξε την ύπαρξη αναπνευστικής ανεπάρκειας σε άτομα με σημαντικού βαθμού σκολίωση της θωρακικής σπονδυλικής στήλης.

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι η αναπνευστική δυσλειτουργία στα νέα αυτά άτομα (έως 18 ετών) ήταν ανάλογη με τον βαθμό της θωρακικής σκολίωσης και σε περίπου 20% των περιπτώσεων ήταν σημαντικού βαθμού (αναπνευστική λειτουργία κάτω από το 65% του φυσιολογικού). Οι συγγραφείς της μελέτης παρατηρούν ότι, αν ληφθεί υπ' όψιν το γεγονός ότι η αναπνευστική λειτουργία μειώνεται σταδιακά σε όλη τη διάρκεια της ζωής, καθώς και ότι ο βαθμός της σκολίωσης μπορεί να επιδεινωθεί σημαντικά καθώς το άτομο μεγαλώνει τότε γίνεται εύκολα κατανοητό ότι, **χωρίς σωστή αντιμετώπιση σε σχετικά μικρή ηλικία, πολλά άτομα με θωρακική σκολίωση θα αναπτύξουν πολύ σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα στη μετέπειτα ζωή τους (κατά τη μέση ηλικία και αργότερα).** Η επιδείνωση αυτή της πνευμονικής λειτουργίας μπορεί να φθάσει σε βαθμό σοβαρής δυσκολίας στις καθημερινές δραστηριότητες ή και να οδηγήσει ακόμη και στη συντόμευση της ζωής.

Ένας γιατρός δήλωσε σχετικά με το θέμα αυτό:

«Τα αποτελέσματα της νέας αυτής σημαντικής κλινικής μελέτης δείχνουν ότι η εφηβική σκολίωση φαίνεται να μην είναι τόσο “καλοήθης” όσο γενικά πιστευόταν έως τώρα όσον αφορά τις συνέπειές της στην αναπνευστική λειτουργία. Ιδιαίτερα οι ασθενείς με σημαντικό βαθμό θωρακική σκολίωση, αρκετοί από τους οποίους δεν έχουν ιδιαίτερες ενοχλήσεις από τη σπονδυλική στήλη ή ανησυχίες για την αισθητική εικόνα του σώματος, πρέπει να προειδοποιούνται για την πιθανότητα ύπαρξης ή μελλοντικής ανάπτυξης αναπνευστικής ανεπάρκειας και η αντιμετώπιση να λαμβάνει σοβαρά υπ' όψιν και αυτήν την παράμετρο.

Είναι επομένως προφανές ότι η μέτρηση της πνευμονικής λειτουργίας πρέπει να είναι, όσον αφορά την απόφαση για χειρουργική διόρθωση της σκολίωσης, μία παράμετρος εξίσου σημαντική με τις παραδοσιακές μετρήσεις του βαθμού της σκολίωσης από τις ακτινογραφίες».

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ:

Η διάγνωση της σκολίωσης γίνεται με διαγνωστικά τεστ τα οποία μπορούν να πραγματοποιηθούν χωρίς ειδικές γνώσεις και να δώσουν μια πρώτη εικόνα:

1. Σώμα σε όρθια θέση, τα πόδια στο ίδιο επίπεδο παράλληλα και ανοιχτά στο ύψος των ώμων. Σε αυτή τη θέση σκύβουμε κάμψη εμπρός μέχρι εκεί που μπορούμε ελεύθερα χωρίς να λυγίσουμε τα γόνατα. Η παρατήρηση του ατόμου γίνεται από μπροστά κοιτάζοντας στο ίδιο επίπεδο τη σπονδυλική στήλη και τις πλευρές. Σε περίπτωση ιδιοπαθούς σκολίωσης, διακρίνεται μια προπέτεια (ύβος) στο ύψος της σκολίωσης.

2. Σε όρθια στάση μπορεί να υπάρχει μια ασυμμετρία ύψους των ώμων, η απόσταση των αγκώνων από το σώμα μπορεί να μην είναι ίση, αυτό δηλώνει ότι μπορεί να υπάρχει σκολίωση.

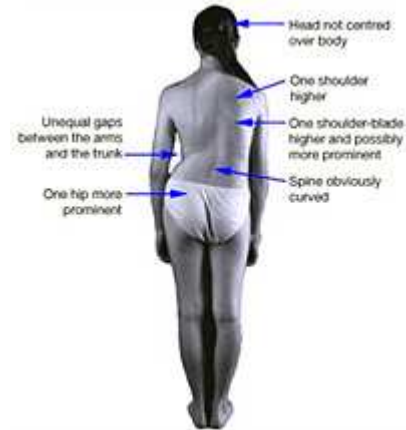
3. Μπορεί να γίνει παρατήρηση δερματικών πτυχών στην όρθια θέση στα πλάγια της κοιλιάς, παρατήρηση εμφανούς προπέτειας σπονδύλων, κυρίως οσφυϊκών.

4. Διαγνωστικό τεστ αποτελεί η μέτρηση της ανισοσκελίας στα κάτω άκρα, καθώς και οποιαδήποτε πτώση της ποδικής καμάρας, όπως σε πλατυποδίες.

Η ακτινογραφία είναι μια χρήσιμη εξέταση τόσο για τη μέτρηση της σκολίωσης όσο και για την παρακολούθηση της εξέλιξής της.



Βέβαια θα πρέπει να κάνει διάγνωση για τη σκολίωση και κάποιος ειδικός γιατρός. Τμήματα για τη σκολίωση λειτουργούν σε πολλά νοσοκομεία όπως π.χ. στο ΚΑΤ, στα νοσοκομεία παιδών κ.α. Αυτός ο γιατρός θα δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες για τη



σκολίωση και θα προτείνει την κατάλληλη θεραπεία.

Η **πρόγνωση** της σκολίωσης εξαρτάται:

- Από το σημείο που έχει τη σκολίωση, με χειρότερη πρόγνωση τη θωρακική σκολίωση.
- Το χρονικό σημείο έναρξης της παρέκκλισης μέχρι τη σκελετική ωρίμανση.
- Το είδος της σκολίωσης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ **ΤΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ**

Η αντιμετώπιση της σκολίωσης διακρίνεται σε **συντηρητική** και **χειρουργική**. Η συντηρητική περιλαμβάνει παρακολούθηση ή εφαρμογή κηδεμόνων(DDB, BOSTON,SPINECOR,CHENNEAU).Ο γιατρός θα συμβουλεύσει για την κατάλληλη θεραπεία ανάλογα με την περίπτωση.

Παρακολούθηση:

Η παρακολούθηση αφορά σκολιωτικά κυρτώματα μέχρι 20 μοίρες(κυρτώματα που είναι κάτω από 5μοίρες δεν θεωρούνται σκολίωση αλλά ασυμμετρία της σπονδυλικής

στήλης). Η απλή παρακολούθηση περιλαμβάνει κλινική εξέταση του παιδιού ανά τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε 6 μήνες) με βάση τους προγνωστικούς παράγοντες, με ή χωρίς ακτινολογικό έλεγχο. Σκολιωτικά κυρτώματα τα οποία κατά την παρακολούθηση επιδεινώνονται 5 μοίρες ανά εξάμηνο χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου και πρέπει να αντιμετωπισθούν με κηδεμόνα.

Κηδεμόνες(νάρθηκας, κορσές):

Οι κηδεμόνες κορμού εφαρμόζονται σε ανθρώπους με μεσαίες σκολιώσεις, μεταξύ 20-45 μοιρών .

Με τον όρο κηδεμόνες κορμού αναφερόμαστε σε ορθωτικούς νάρθηκες που τοποθετούνται γύρω από τον κορμό(αυχέννας, θώρακας, κοιλιά και λεκάνη) πιέζοντας τον στα κατάλληλα σημεία ώστε αυτός να διατηρείται στο επιθυμητό σχήμα. Οι κηδεμόνες είναι εφαρμοστέι και φτιαγμένοι από λεπτό πλαστικό(με κάποια κομματάκια σιδήρου). Κατασκευάζονται στα μέτρα του σώματος και είναι επενδυμένοι από μαλακό υλικό για να είναι πιο άνετοι όταν φορεθούν. Μπορούν να φορεθούν κάτω από τα ρούχα. Συνήθως χρειάζεται να φορεθούν μέχρι την ολοκλήρωση της σκελετικής ωρίμανσης(17-18 ετών).Οι στόχοι της εφαρμογής του κηδεμόνα είναι να αναχαιτισθεί η επιδείνωση και να επιτευχθεί όσο δυνατόν μεγαλύτερη διόρθωση. Ο κηδεμόνας πρέπει να φοριέται τουλάχιστον 20 ώρες το 24ωρο, να παρακολουθείται η σωστή εφαρμογή του και τα σημεία πίεσης προς αποφυγή επιπλοκών από την πίεση.

Η εφαρμογή του ολοκληρώνεται με την οστική ωρίμανση, αλλά αφαιρείται σταδιακά βάσει προγράμματος και το παιδί πρέπει να παρακολουθείται **μέχρι την ηλικία των 25 ετών**.

Κάποιες πηγές λένε ότι δεν υπάρχει τεκμηριωμένη απόδειξη ότι οι κηδεμόνες κορμού μπορούν να ωφελήσουν ένα άτομο με σκολίωση.

Μία από τις πιο συχνές ερωτήσεις που κάνουν οι γονείς είναι:

Τι προβλήματα θα αντιμετωπίσει το παιδί μου αν φορέσει κηδεμόνα σκολίωσης και πώς θα το αντιμετωπίσω;

Επειδή ο κηδεμόνας πρέπει να εφαρμόζει τέλεια στο σώμα και επί πλέον θα πρέπει να ασκεί πιέσεις σε ορισμένα σημεία η κατασκευή του είναι από πλαστικό επενδυμένο εσωτερικά με ειδικής κατασκευής μαλακό υποαλλεργικό υλικό.

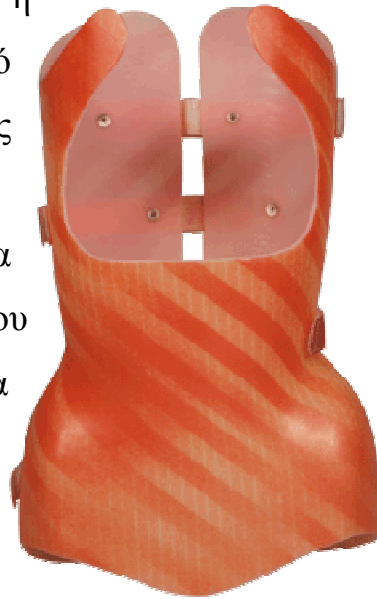
-Στα σημεία πίεσεως μπορεί το δέρμα να υποστεί μικρούς ερεθισμούς, που αντιμετωπίζονται εύκολα κατά τη διάρκεια της θεραπείας και εξαφανίζονται με την τελική αφαίρεση του κηδεμόνα.

-Η κακοσμία αντιμετωπίζεται με συχνά λουτρά καθώς και με την εφαρμογή κάτω από τον κηδεμόνα μιας βαμβακερής φανέλας που μπορεί να αλλάζει τακτικά το παιδί.

-Με εφαρμογή ακατάλληλων κηδεμόνων μπορεί να παρουσιασθεί μικρή παραμόρφωση του θώρακα και μικρός περιορισμός της αναπνευστικής λειτουργίας.

-Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μικροί ασθενείς είναι το ψυχολογικό πρόβλημα. Η εμφάνιση και η θεραπεία της σκολίωσης συνυπάρχει με την περίοδο της εφηβείας που έτσι κι αλλιώς είναι δύσκολη. Σ' αυτή τη δύσκολη ηλικία έρχεται η εφαρμογή του κηδεμόνα και τα παιδιά δεν έχουν πολλούς συμμάχους σ' αυτό το πρόβλημα, παρά μόνο την οικογένειά τους.

Οι γονείς θα πρέπει μαζί με το κέντρο που παρακολουθεί το παιδί να το στηρίζουν και να διώξουν τυχόν ανασφάλειες ή την άρνηση του παιδιού στην εφαρμογή της θεραπείας.





Χειρουργική επέμβαση:

Όταν το σκολιωτικό κύρτωμα ξεπερνά τις 45 μοίρες, η ενδεικνυόμενη θεραπεία πρέπει να είναι χειρουργική.

Η απόφαση για χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να λαμβάνεται ύστερα από ενημέρωση και συζήτηση με τον ασθενή, βάση των ιατρικών δεδομένων και των προσωπικών επιθυμιών και απαιτήσεων εκείνου.

Οι στόχοι της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η αποτροπή της επιδείνωσης της σκολίωσης και η διόρθωσή της (διόρθωση της παραμόρφωσης). Επίσης με την διόρθωση της σκολίωσης γίνεται πρόληψη σοβαρών αναπνευστικών προβλημάτων στο άμεσο και απώτερο μέλλον. Η χειρουργική αντιμετώπιση της σκολίωσης με τα σύγχρονα υλικά διόρθωσης προσφέρει καλύτερα ποσοστά διόρθωσης και στα τρία επίπεδα, καλύτερη σταθερότητα και διατήρηση της διόρθωσης, μικρότερες ποσότητες οστικών μοσχευμάτων, μικρότερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο



και άμεση κινητοποίηση του ασθενούς χωρίς κηδεμόνα. Από την άλλη πλευρά, τα υλικά αυτά είναι πολύπλοκα και χρειάζονται γνώση σε βάθος, χειρουργική εμπειρία,

εμβιομηχανικά σωστό σχεδιασμό, ύπαρξη νευροφυσιολογικού ελέγχου διεγχειρητικά. Η σωστή μετεγχειρητική παρακολούθηση είναι καθοριστικής σημασίας ώστε να επιτευχθούν τα μέγιστα των θετικών ιδιοτήτων των υλικών διόρθωσης.

Δυστυχώς, όπως όλες οι επεμβάσεις, παρόλες τις απαιτούμενες προφυλάξεις και η χειρουργική διόρθωση της σκολίωσης έχει κινδύνους και επιπλοκές. Κάποιες από αυτές είναι:

1. Αιμορραγία κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
2. Τραυματισμός κάποιου νεύρου.
3. Κάποια από τις βίδες της οστεοσύνθεσης που χρησιμοποιήθηκαν μπορεί να προκαλέσει κάποιο πρόβλημα και να χρειάζεται επανατοποθέτηση.
4. Επιμόλυνση του χειρουργικού τραύματος. Η αντιβιοτική θεραπεία συνήθως είναι αποτελεσματική.
5. Τραυματισμός της μήνιγγας (η μεμβράνη που περιβάλλει το νωτιαίο σάκο).



Εναλλακτικές Θεραπείες:

Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι θεραπείες όπως χειροπρακτική, φυσικοθεραπεία, ρεφλεξολογία, βελονισμός μπορούν να αλλάξουν την εξέλιξη της σκολίωσης. Η άσκηση δε θεραπεύει τη σκολίωση παρά μόνο με αυτήν βελτιώνεται προσωρινά η στάση του σώματος.



Πρέπει να τονιστεί η σημασία του ψυχολογικού παράγοντα σε όλα τα στάδια, από τη διάγνωση μέχρι την αντιμετώπιση και πόσο η επιτυχία ή η αποτυχία εξαρτάται από αυτόν.

Εν κατακλείδι, σημαντικός παράγων είναι η έγκαιρη διάγνωση, η άμεση αντιμετώπιση και η στενή συνεργασία όλων όσων εμπλέκονται (γονείς, φίλοι, γιατροί,...), η ψυχολογική υποστήριξη από όλους κλπ.

ΠΗΓΕΣ

www.iatronet.gr

www.nsorthopaedics.gr

www.backcare.gr

www.ygeiaonline.gr

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Γ΄2

ΣΧ. ΕΤΟΣ:2011-2012