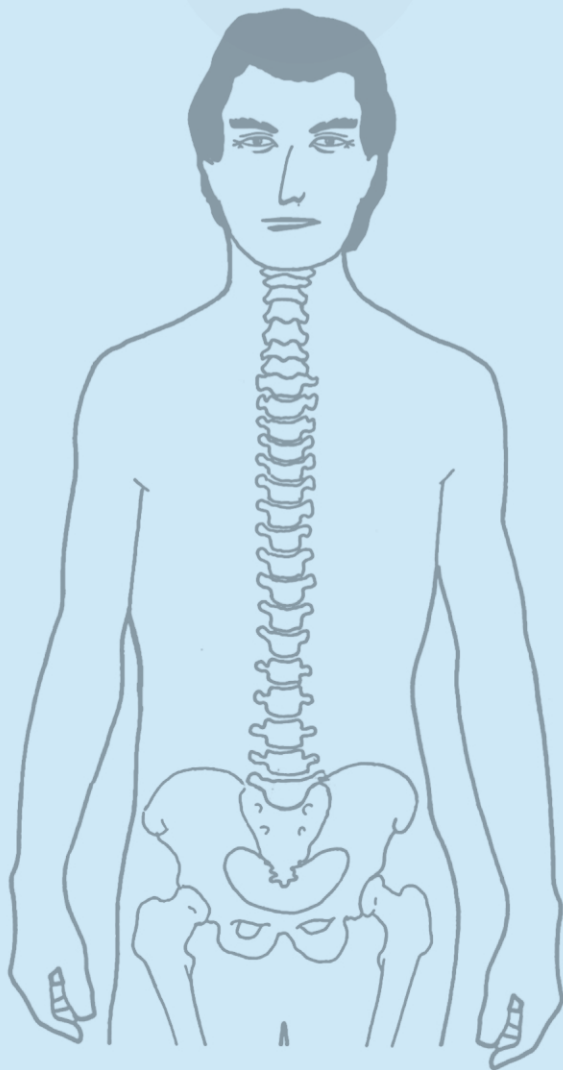


κεφάλαιο

4

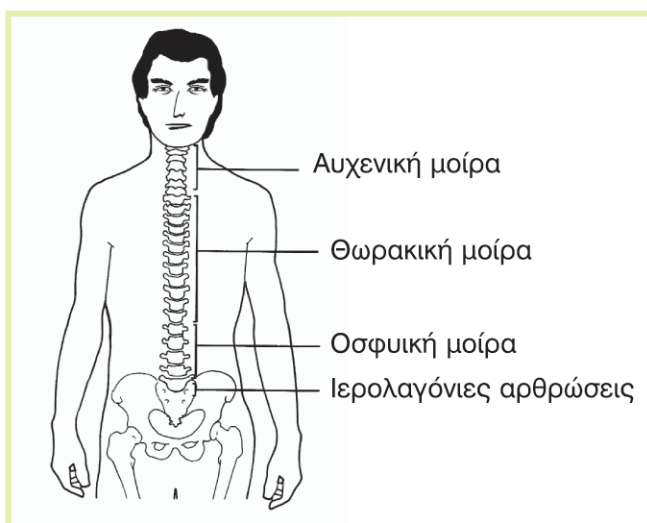


ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

(Απαντά και ως Αγκυλωτική
Σπονδυλαρθρίτιδα)

4.1 Εισαγωγή

Είναι μια χρόνια προοδευτική φλεγμονώδης νόσος των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης, που αρχίζει από τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και προχωρεί προς τα πάνω μέχρι την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (σχήμα 4.1).



Σχήμα 4.1

Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Η γενετική προδιάθεση είναι σημαντική· γι' αυτό και η νόσος εμφανίζεται πολύ πιο συχνά στα μέλη μιας οικογένειας.

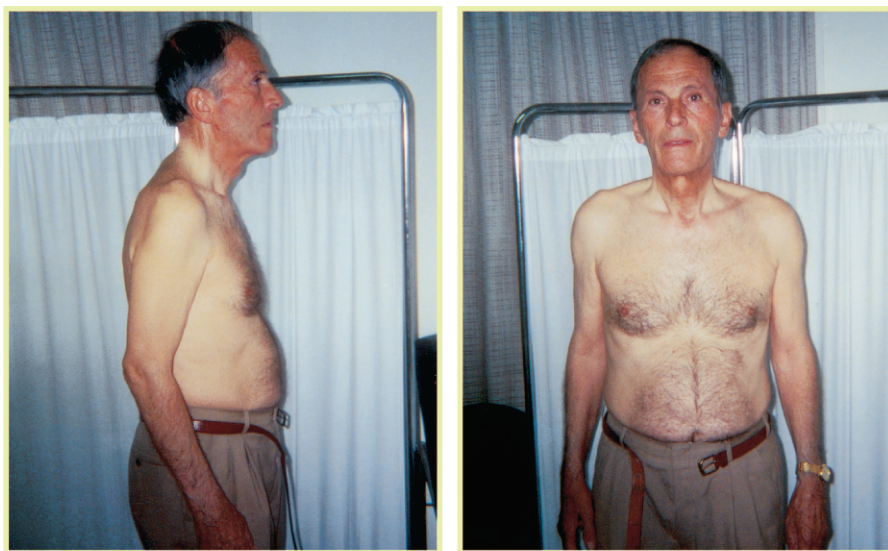
Οι πρώτες βλάβες εντοπίζονται στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Στη συνέχεια η νόσος επεκτείνεται προς τα πάνω στην οσφυϊκή, θωρακική και καμιά φορά στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, με αποτέλεσμα την οστεοποίηση των παρασπονδυλικών συνδέσμων. Η κατάληξη είναι η αγκύλωση της σπονδυλικής στήλης. Σπάνια η πάθηση προχωρεί και στις μεγάλες αρθρώσεις, όπως είναι τα ισχία, τα γόνατα και οι ώμοι. Αντίθετα, οι μικρές αρθρώσεις (δάχτυλα) δεν προσβάλλονται.

4.2 Κλινική εικόνα

Η πάθηση προσβάλλει συνήθως άνδρες ηλικίας 15 – 30 ετών. Αρχίζει με ελαφρό πόνο στη μέση και τους γλουτούς, καθώς και πρωινή δυσκαμψία. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει πόνος στις φτέρνες και γενικά σε σημεία που καταφύονται τένοντες. Σταδιακά, τα συμπτώματα του πόνου και της δυσκαμψίας γίνονται πιο έντονα και συνεχή· μπορεί να επεκταθούν στις πλευρές και το στέρνο.

Όλες οι κινήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι περιορισμένες αλλά πρώτα και πιο έντονα περιορίζεται η έκταση συγκριτικά με τις άλλες κινήσεις (κάμψη, στροφή, κλίση). Αυτή η απώλεια της έκτασης φαίνεται πολύ εύκολα στη «δοκιμασία του τοίχου». Ο ασθενής καλείται να σταθεί όρθιος με την πλάτη στον τοίχο και τότε οι φτέρνες, οι γλουτοί, οι ωμοπλάτες και το ινίο θα πρέπει να ακουμπούν ταυτόχρονα στον τοίχο. Εάν έχει ελαττωθεί η έκταση της σπονδυλικής στήλης, αυτό θα είναι αδύνατο.

Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις η σπονδυλική στήλη μπορεί να είναι τελείως αγκυλωμένη (σανιδώδης), από το ινίο μέχρι το ιερό οστό (εικ. 4.1). Τότε και οι κινήσεις του θώρακα θα είναι περιορισμένες. Οι περιφερικές αρθρώσεις μπορεί να προσβληθούν στο 1/3 των ασθενών και παρουσιάζουν πόνο και απώλεια κινητικότητας.



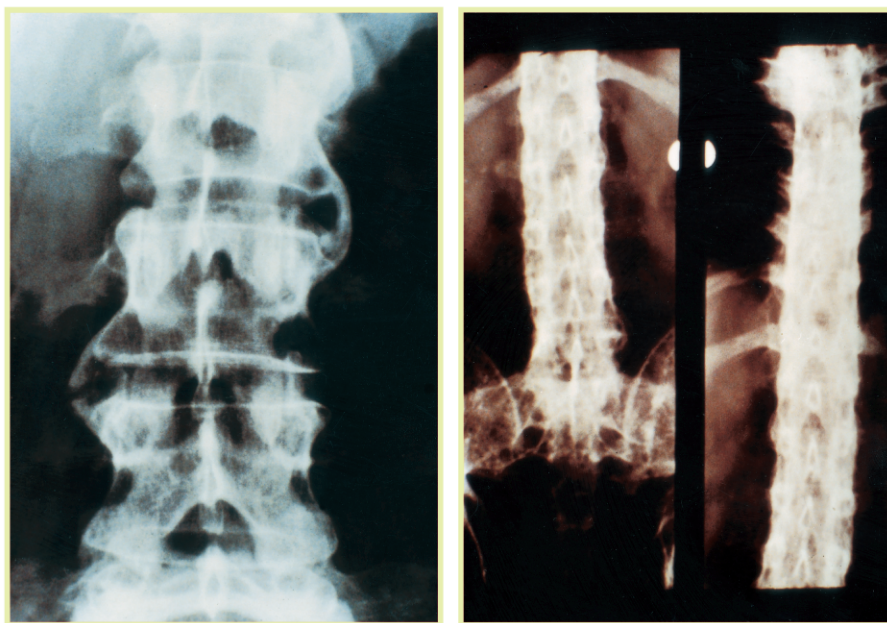
Εικόνα 4.1

4.2 α. Ακτινολογικός έλεγχος και εργαστηριακές εξετάσεις

Στα πρώτα στάδια της νόσου θα παρατηρηθεί στις ακτινογραφίες ασάφεια και ανωμαλία στα χείλη των ιερολαγονίων αρθρώσεων. Στη σπονδυλική στήλη το πρώτο ακτινολογικό εύρημα εντοπίζεται στα σώματα των σπονδύλων, τα οποία σιγά σιγά παίρνουν σχήμα τετράγωνο. Με το πέρασμα του χρόνου η σπονδυλική στήλη παίρνει την εικόνα καλαμιού μπαμπού (εικ. 4.2).

Η Ταχύτητα Καθίζησης των Ερυθρών Αιμοσφαιρίων (Τ.Κ.Ε.) είναι συνήθως αυξημένη. Μπορεί να υπάρχει ελαφριά αναιμία.

Πάντοτε αναζητούμε το αντιγόνο ιστοσυμβατότητας (HLA) B27, το οποίο στο 90% των περιπτώσεων είναι θετικό και – σε περίπτωση που υπάρχει αμφιβολία – μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση.



Εικόνα 4.2

4.2 β. Θεραπεία

Η πάθηση εξελίσσεται σε χρονικό διάστημα 10-15 χρόνων. Σε μερικούς ασθενείς η δυσκαμψία και η παραμόρφωση είναι μέτριες και δεν

προκαλούν αναπηρία. Πολλοί όμως ασθενείς παραμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό, ώστε να θεωρούνται ανάπηροι, ειδικά όταν η σπονδυλική στήλη αγκυλωθεί σε κάμψη.

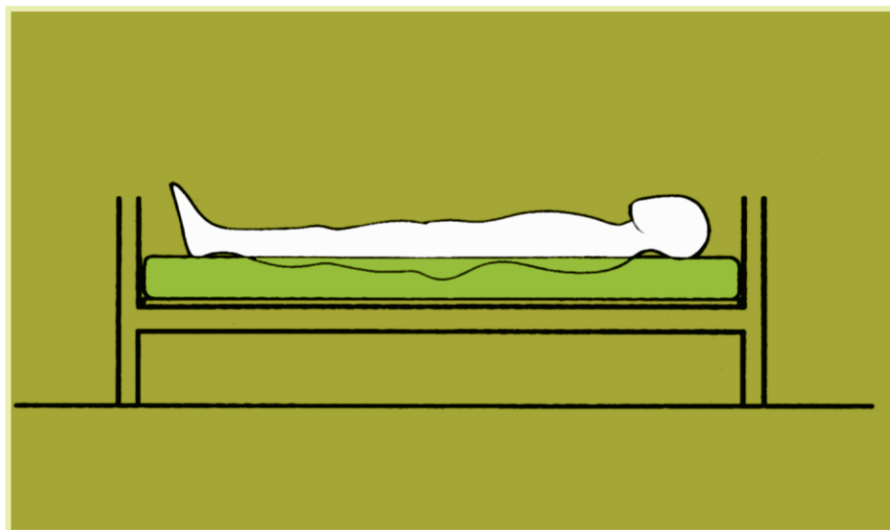
Η θεραπεία περιλαμβάνει:

1. Γενικά μέτρα.
2. Φάρμακα.
3. Χειρουργικές επεμβάσεις.

1. Γενικά μέτρα

Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την πάθησή του και τις συνέπειες που μπορεί να έχει. Ενθαρρύνεται να παραμείνει ενεργός και να συνεχίσει τις δραστηριότητές του.

Διδάσκεται να διατηρεί μια σωστή στάση στο σώμα του και να κάνει ασκήσεις. Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται αρκετές φορές την ημέρα και να αφορούν κυρίως στους μύες της ράχης, τους κοιλιακούς και τους θωρακικούς. Πρέπει να κοιμάται σε στρώμα που δε θα βουλιάζει, με ή χωρίς ένα πολύ λεπτό μαξιλάρι σε ύπτια ή πρηνή θέση, για να μπορέσει έτσι να αποφύγει την κάμψη της σπονδυλικής στήλης (εικ. 4.3). Παροτρύνεται να ασχοληθεί με την κολύμβηση, το χορό και γενικά οποιεσδήποτε ελεύθερες δραστηριότητες είναι ικανός να κάνει.



Εικόνα 4.3

2. Φάρμακα

Χρησιμοποιούμε κυρίως ισχυρά αλλά και λιγότερο ισχυρά αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Η χορήγηση των φαρμάκων είναι χρονία. Τα φάρμακα ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο, και έτσι πιο εύκολα μπορεί να ασκηθεί.

3. Χειρουργικές επεμβάσεις

Σε περιπτώσεις μεγάλης παραμόρφωσης εφαρμόζονται χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες όμως είναι δύσκολες και επικίνδυνες. Σκοπός τους είναι η διόρθωση της παραμόρφωσης και η μεγαλύτερη δυνατή αποκατάσταση της κινητικότητας.

4.3 Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας

Κάποια στοιχεία που προσέχει ο φυσικοθεραπευτής και ρωτά τον ασθενή είναι:

- α) η θωρακική υπερκύφωση,
- β) η δυσκαμψία των αρθρώσεων ώμου – λεκάνης – οσφύος – αυχένος,
- γ) η μυϊκή αδυναμία,
- δ) ο χρόνος έναρξης και η πορεία της νόσου,
- ε) η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, βάδισης κ.λ.π.

4.3 α. Σκοποί Φυσικοθεραπείας

Η φυσικοθεραπευτική τεχνική σε ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα αποσκοπεί:

- στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου,
- στη μείωση του πόνου και της δυσκαμψίας,
- στην αύξηση της τροχιάς των αρθρώσεων,
- στη χαλάρωση των συσπασμένων μυών,

- στη διδασκαλία ειδικών ασκήσεων για καλύτερη αναπνευστική λειτουργία,
- στην αποφυγή και πρόληψη γενικά των συγκάμψεων,
- στη διατήρηση της δύναμης, αντοχής και προπαντός ελαστικότητας των μυών.

4.3 β. Φυσικοθεραπευτικές Τεχνικές

- **Κατά το οξύ στάδιο:** TENS, υδροθεραπεία με χλιαρό νερό, κρυοθεραπεία.
- **Κατά το χρόνιο στάδιο:** Ηλεκτροθεραπεία, κινησιοθεραπεία, υδροθεραπεία, Laser, θερμοθεραπεία, υπέρηχα, λασποθεραπεία, μάλαξη.

Οξύ στάδιο

Ο ασθενής στο στάδιο αυτό έχει έντονο πόνο και φλεγμονή. Η κρυοθεραπεία με ψυχρά επιθέματα θα του προσφέρει κάποια ανακούφιση από τον πόνο, όπως και η εφαρμογή του TENS. Το δινόλουτρο (με κρύο ή χλιαρό νερό) έχει επίσης μια αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιοιδηματική δράση και μπορεί να τον βοηθήσει. Κατά τη φάση αυτή δεν γίνονται ασκήσεις – κινησιοθεραπεία.

Χρόνιο στάδιο

Κατά το χρόνιο στάδιο η εφαρμογή μάλαξης βοηθά στη μυϊκή χαλάρωση και τη μείωση του πόνου. Η θερμοθεραπεία με τη μορφή υπερήχων, υπερύθρων ή θερμών επιθεμάτων έχει σημαντικό θετικό αποτέλεσμα. Το ίδιο ισχύει και με τη λασποθεραπεία, δηλαδή την τοποθέτηση ειδικού μίγματος για 20' και σε θερμοκρασία 40° – 70° C στην πάσχουσα περιοχή. Η υδροθεραπεία σε θερμαινόμενη πισίνα κρίνεται ως ιδεώδες φυσικοθεραπευτικό μέσο για κάθε ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (θερμοκρασία νερού 38° C).

Κατά την κρίση του ο φυσικοθεραπευτής μπορεί, επίσης να εφαρμόσει Laser (μέγιστος χρόνος ακτινοβολήσης κάθε σημείου 2'), TENS και διασταυρούμενα ή διαδυναμικά ρεύματα, προκειμένου να πετύχει αναλγησία, αλλά και αντιφλεγμονώδη – αντιοιδηματική δράση. Μεγάλη σημασία στο στάδιο αυτό έχει η κινησιοθεραπεία.

Γενικές συμβουλές

Οι γενικές συμβουλές που δίνονται στον ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα από την θεραπευτική ομάδα είναι:

- Άθληση.
- Καθημερινή άσκηση, έκταση σπονδυλικής στήλης κάθε 15΄ ή μισή ώρα, όταν εκτελούνται δραστηριότητες με κάμψη (π.χ. οδήγηση, διάβασμα, παρακολούθηση τηλεόρασης).
- Έλεγχος για σωστό σωματικό βάρος (αδυνάτισμα).
- Ενθάρρυνση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κατά τη διάρκεια του εργαστηρίου ο Καθηγητής – Φυσικοθεραπευτής θα παρουσιάσει τις παρακάτω φυσικοθεραπευτικές διαδικασίες στους μαθητές. Στη συνέχεια οι μαθητές θα τις εφαρμόσουν για να μπορέσουν να τις κατανοήσουν. Με τον τρόπο αυτό θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τον φυσικοθεραπευτή σε ανάλογα προβλήματα, όταν αυτό τους ζητηθεί.

Άσκηση - Κινησιοθεραπεία

Ο ασθενής θα πρέπει να εκτελεί ασκήσεις κινησιοθεραπείας σχεδόν καθημερινά, ώστε να καθυστερήσει αρκετά την εξέλιξη της νόσου. Με κατάλληλο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας θα μπορέσει ο ασθενής να διατηρήσει αρκετά την κινητικότητα των αρθρώσεων του και να περιορίσει τη φλεγμονή και τους πόνους. Επίσης, με την κινησιοθεραπεία θα δυναμώσει το μυϊκό σύστημα (εκτεινόντων μυών κορμού και ισχίου βασικά), ώστε να αντισταθεί στις διάφορες ελαττωματικές τάσεις. Αρχικά, ο ασθενής παρουσιάζει αυχενική υπερλόρδωση. Κατάλληλες ασκήσεις θα χαλαρώσουν τις μυϊκές συστολές των υπεύθυνων μυών γι' αυτή τη θέση. Επιπλέον, εμφανίζεται έντονη συστολή του λαγονοψοϊτή μυός και των ισchioμηριαίων, που φέρνει τον ασθενή σε θέση κάμψης κορμού. Κατάλληλες ασκήσεις που θα προτείνει ο φυσικοθεραπευτής θα ανακουφίσουν τον ασθενή από το φαινόμενο αυτό (κατά το δυνατόν). Δίνεται έμφαση και σε ασκήσεις διάτασης για χαλάρωση και αποφυγή συσπάσεων και βράχυνσης των μυών.

Ακολουθεί ενδεικτικό πρόγραμμα ασκήσεων:

- Ύπτια θέση. Άρση λεκάνης και γονάτου τεντωμένου.
- Άσκηση για κοιλιακούς. Από ύπτια θέση κάμψη κεφαλής – κορμού έως το σημείο που θα σηκωθούν οι κάτω άκρες των ωμοπλάτων από το έδαφος. Γόνατα λυγισμένα (εικ. 4.4).

**Εικόνα 4.4**

- Διάταση εκτεινόντων ισχίου από όρθια ή ύπτια θέση.
- Ύπτια θέση. Κίνηση χεριών προς πλήρη κάμψη (εικ. 4.5).

**Εικόνα 4.5**

- Ύπτια θέση. Γόνατα λυγισμένα και ενωμένα. Κίνησή τους δεξιά – αριστερά στο πάτωμα χωρίς μετακίνηση του κορμού (εικ. 4.6).

**Εικόνα 4.6**

- Από πρηνή θέση. Προσπάθεια υπέρκαμψης άνω άκρου με έκταση του μη αντίστοιχου κάτω άκρου εναλλάξ (εικ.4.7).

**Εικόνα 4.7**

- Από πρηνή θέση. Προσπάθεια ενεργητικής έκτασης κορμού (εικ. 4.8).

**Εικόνα 4.8**

- Από πρηνή θέση. Άρση χεριών ταυτόχρονα.
- Από πρηνή θέση. Άρση χεριών πίσω εναλλάξ.
- Από πρηνή θέση με τα χέρια σε απαγωγή. Προσπάθεια υπερέκτασης κορμού.
- Από πλάγια θέση στο κρεβάτι. Στροφή άνω κορμού, που δεν ακουμπά στο έδαφος, με το κάτω μέρος του κορμού ακίνητο. Μπορεί να συνδυαστεί με κίνηση κάμψης – απαγωγής – έσω στροφής του άνω άκρου, μαζί με ταυτόχρονη στροφή άνω κορμού.
- Από τετραποειδή θέση κίνηση λόρδωσης – κύφωσης (εικ. 4.9 και 4.10).



Εικόνα 4.9 και 4.10

- Από όρθια ή καθιστή θέση. Με την πλάτη ακουμπισμένη πίσω προσπάθεια κίνησης προς τα πίσω της σιαγόνας και κεφαλής (εικ. 4.11 και 4.12).

**Εικόνα 4.11 και 4.12**

- Όρθια θέση. Προσπάθεια να εφάπτονται στον τοίχο το πίσω μέρος ποδιών – πλάτης και ανάταση χεριών, ώστε να ακουμπήσουν και αυτά στον τοίχο (εικ. 4.13)

**Εικόνα 4.13**

- Όρθια θέση. Το ένα πόδι στο πολύζυγο. Ταλαντεύσεις κορμού προς τα εμπρός.
- Όρθια θέση. Διάταση καμπτήρων ισχίου, φέρνοντας το μηρό πίσω με το αντίστοιχο χέρι (εικ. 4.14).



Εικόνα 4.14

- Όρθια θέση. Με τα πόδια σε διάσταση. Κάμψη πλάγια του κορμού αριστερά και μετά δεξιά με το αντίθετο άνω άκρο πάνω από το κεφάλι (εικ. 4.15).

**Εικόνα 4.15**

- Καθιστή θέση. Στροφή κεφαλής αριστερά – δεξιά.
- Καθιστή θέση. Έκταση κορμού με συνδυασμένη (ή όχι) έκταση χεριών πίσω.
- Καθιστή θέση. Στροφή άνω κορμού αριστερά – δεξιά (ο ασθενής ακουμπάει με την πλάτη του στην καρέκλα).

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποια κίνηση της σπονδυλικής στήλης περιορίζεται πρώτα στην Α.Σ.;
 - α) κάμψη,
 - β) έκταση,
 - γ) πλάγιες κινήσεις,
 - δ) στροφές.
2. Άπω ποια περιοχή ξεκινάει η Α.Σ.;
 - α) αυχενική μοίρα Σ.Σ.,
 - β) θωρακική μοίρα Σ.Σ.,
 - γ) οσφυϊκή μοίρα Σ.Σ.,
 - δ) ιερολαγόνιες αρθρώσεις.
3. Σε ποια ηλικία εμφανίζεται η Α.Σ.;
 - α) 0 – 10 ετών
 - β) 15 – 30 ετών
 - γ) 40 – 60 ετών
4. Ενθαρρύνουμε έναν ασθενή με Α.Σ.:
 - α) να ξεκουράζεται,
 - β) να παραμένει στο κρεβάτι,
 - γ) να κάνει ασκήσεις.
5. Σε ποιο στάδιο της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας μπορεί να εφαρμοστεί θερμοθεραπεία και σε ποιο ψυχοθεραπεία;
6. Εφαρμόζοντας Laser σε ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα σε συγκεκριμένα σημεία που έχουν αντανakλαστική δράση (μείωση πόνου) σε εκείνα τα σημεία (της σ.σ.) που θέλουμε ν' ανακουφιστούν από τα συμπτώματα, ποιος είναι ο χρόνος ακτινοβολήσης κάθε σημείου;
7. Ποιοι μύες του κορμού γυμνάζονται όταν ο ασθενής από πρηνή θέση προσπαθεί να κάνει ενεργητική έκταση του κορμού;