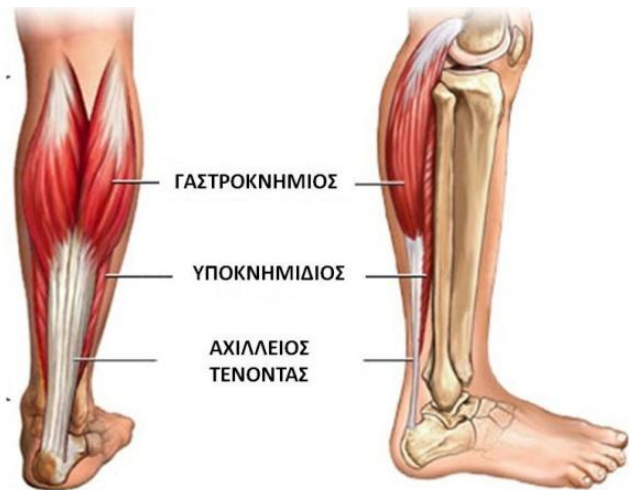


ΡΗΞΗ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ

ΑΧΙΛΛΕΙΟΣ ΤΕΝΟΝΤΑΣ

Ο Αχιλλεύς τένοντας αποτελεί τη συνέχεια των μυών της γάμπας (γαστροκνημίου και υποκνημιδίου) και τους συνδέει με την πτέρνα. Οι μυς αυτοί και επομένως και ο Αχιλλεύς τένοντας είναι υπεύθυνοι για την πελματιαία (προς τα κάτω) κάμψη του ποδιού και έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στη βάρδια (ώθηση προς τα κάτω, ώστε να σηκωθεί στη συνέχεια το πόδι από το έδαφος). Είναι ο ισχυρότερος τένοντας του σώματος, υφίσταται όμως και ανάλογη καταπόνηση.



ΡΗΞΗ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ (ΟΞΕΙΑ)

Προκαλείται είτε από τραυματισμό σε αθλητικές δραστηριότητες (πχ άμεση πλήξη στο ποδόσφαιρο), είτε και μετά από έντονη σύσπαση κατά την άθληση σε λιγότερο γυμνασμένα άτομα, είτε και από απλές κινήσεις χωρίς ιδιαίτερη βία (πχ κατέβασμα σκάλας, βάρδια) σε πιο μεγάλους σε ηλικία ασθενείς.

Ο παθών αισθάνεται έναν έντονο πόνο στη γάμπα σαν κάποιος να τον κλότσησε και κατόπιν δεν μπορεί να βαδίζει κανονικά.

Την ίδια ακριβώς αίσθηση δίνει και η ρήξη ενός μικρότερου τένοντα στη γάμπα, του **μακρού πελματικού**, η ρήξη του οποίου όμως δεν προκαλεί έντονα λειτουργικά προβλήματα, δεν χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία, και αφού υποχωρήσει ο πόνος, η λειτουργικότητα επανέρχεται πλήρως.

Η ρήξη του Αχιλλείου τένοντα απαιτεί εξειδικευμένη θεραπεία και παρακολούθηση από ειδικό και η αποκατάσταση είναι απαιτεί χρόνο.



Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εξέταση, όμως περίπου 25% των ρήξεων δεν διαγιγνώσκονται αρχικά.

Το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση επί αμφιβολίας.



Δρ. Νικόλαος Γκουγκουλιάς - Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ.

Εξειδίκευση στη Χειρουργική Ποδιού-Ποδοκνημικής-Γόνατος-Αθλητικές Κακώσεις στη Μεγ.Βρετανία

Consultant Orthopaedic Foot & Ankle Surgeon, UK

Email: gougnik@yahoo.com

Web: www.footsurgery.gr

ΡΗΞΗ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ

Θεραπεία

Σήμερα οι περισσότερες ρήξεις του Αχιλλείου τένοντα αντιμετωπίζονται χειρουργικά (συρραφή του τένοντα).

Η μη χειρουργική αντιμετώπιση είναι δυνατή με τοποθέτηση σε γύψο κάτω από το γόνατο με το πόδι σε πελματιαία κάμψη, ώστε τα δύο άκρα της ρήξης του τένοντα να έρθουν σε επαφή, περιμένοντας με το χρόνο να επουλωθούν. Ο γύψος παραμένει αρχικά για 6 εβδομάδες και κατόπιν το πόδι τοποθετείται σε αφαιρούμενο κηδεμόνα ('μπότα') για άλλες 4-6 εβδομάδες, με τη δυνατότητα σταδιακά να έρθει από την πελματιαία κάμψη στις 90 μοίρες. Χρειάζεται κατόπιν εντατική φυσιοθεραπεία για να αποκατασταθεί η αρχική δυσκαμψία και να επανέλθει η δύναμη.



Ασθενής 46 ετών με ρήξη Αχιλλείου. Μη χειρουργική θεραπεία. Ακολούθησε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας. Πολύ καλό αποτέλεσμα στους 6 μήνες.

Η χειρουργική θεραπεία στην οξεία φάση περιλαμβάνει συρραφή του τένοντα. Σήμερα είναι δυνατό η συρραφή να γίνεται διαδερμικά (με μικρές τομές).

Ενδείκνυται όταν απαιτείται γρηγορότερη αποκατάσταση (νέα άτομα, αθλητές), ή όταν παρά την τοποθέτηση σε μεγάλη πελματιαία κάμψη του ποδιού, τα δύο άκρα του τένοντα δεν έρχονται σε επαφή και ψηλαφάται κενό. Σε μια τέτοια περίπτωση αν η αντιμετώπιση είναι μη χειρουργική, ο τένοντας θα επουλωθεί επιμηκυμένος και ποτέ δεν θα αποκτήσει την αρχική του δύναμη. Η ανεπάρκεια θα είναι αισθητή κατά τη βάδιση και η χειρουργική αποκατάσταση έχει ένδειξη.

Σε ηλικιωμένους ασθενείς, με πολλά παθολογικά προβλήματα η πιθανότητα λοίμωξης και προβλημάτων από την επούλωση του δέρματος στη χειρουργική του Αχιλλείου τένοντα είναι μεγάλη (φτάνει το 30%). Η μη χειρουργική αντιμετώπιση στους ασθενείς αυτούς μπορεί να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα αν το επίπεδο δραστηριότητας που απαιτείται δεν είναι υψηλό.

Μετά το χειρουργείο τοποθετείται γύψος κάτω από το γόνατο, σε 'υποποδία' για 6 εβδομάδες. Παρά τη συρραφή, ο τένοντας πρέπει να επουλωθεί και φυσικά, αφού αρχικά τη ρήξη την κρατάνε μόνο τα ράμματα. Ο ασθενής επιτρέπεται να φορτίζει το πόδι (με το γύψο) από τη 2^η εβδομάδα μετά το χειρουργείο. Μετά τις 6 εβδομάδες χρησιμοποιείται αφαιρούμενος κηδεμόνας και αρχίζει παράλληλα φυσιοθεραπεία.



Δρ. Νικόλαος Γκουγκουλιάς - Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ.

Εξειδίκευση στη Χειρουργική Ποδιού-Ποδοκνημικής-Γόνατος-Αθλητικές Κακώσεις στη Μεγ.Βρετανία

Consultant Orthopaedic Foot & Ankle Surgeon, UK

Email: gougnik@yahoo.com

Web: www.footsurgery.gr

ΡΗΞΗ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ

Η **διαφορά** στην αποκατάσταση **μεταξύ χειρουργικής και μη** αντιμετώπισης, έγκειται στο ότι μετά από συρραφή αρχίζουμε νωρίτερα τη φόρτιση και τη φυσιοθεραπεία και ο τένοντας αποκτά νωρίτερα δύναμη και λειτουργικότητα. Επιπλέον η συρραφή επαναφέρει τον τένοντα στο φυσιολογικό του μήκος και μειώνει τις πιθανότητες να επιμηκυνθεί και να γίνει αδύναμος. (Σκεφτείτε την περίπτωση ενός τεντωμένου και ενός χαλαρού σκοινιού. Ποιο είναι πιο δυνατό;)

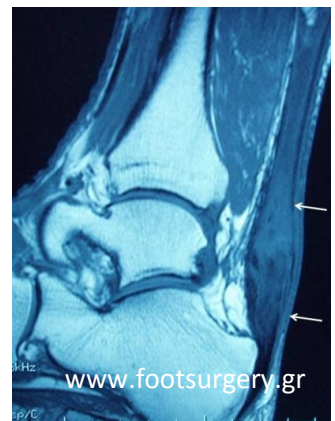
Η **πιθανότητα επιπλοκών**, όπως λοίμωξη, βλάβη στο γαστροκνημιαίο νεύρο, ρήξη της συρραφής, διάσπαση της χειρουργικής τομής, είναι υπαρκτή. Το δέρμα γύρω από τον Αχιλλεο τένοντα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και το ποσοστό επιπλοκών είναι μεγαλύτερο απ' ότι σε άλλες περιοχές του σώματος. Με τις νέες διαδερμικές (με μικρές τομές) τεχνικές το ποσοστό επιπλοκών μειώνεται πολύ. Η πιθανότητα επιπλοκών είναι πολύ μεγαλύτερη σε διαβητικούς, άτομα με αγγειοπάθεια, άτομα που παίρνουν κορτιζόνη και καπνιστές.

ΧΡΟΝΙΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ

Ονομάζουμε χρόνια τη ρήξη του Αχιλλείου τένοντα όταν υφίσταται για πάνω από **6 εβδομάδες**. Πρόκειται για ρήξεις:

- Στις οποίες απέτυχε η μη χειρουργική θεραπεία
- Οι οποίες δεν διαγνώστηκαν αρχικά
- Οι οποίες παραμελήθηκαν από τον ασθενή

Αν ο ασθενής δεν έχει ικανοποιητική λειτουργικότητα, ο τένοντας είναι αδύναμος και επιμηκυμένος και η βάρδιση έχει επηρεαστεί, ο μόνος τρόπος να βελτιωθεί είναι η **χειρουργική αποκατάσταση**.



Το κύριο χαρακτηριστικό της χρόνιας ρήξης είναι ότι πλέον δεν μπορεί να γίνει άμεση συρραφή των δύο άκρων του τένοντα. Ένα τμήμα του είναι άμορφος συνδετικός ιστός (εσωτερική ουλή- βλ. εικόνα) και αφού αφαιρεθεί υπάρχει κενό που πρέπει να καλυφθεί με **μόσχευμα** άλλου τένοντα (πχ από το γόνατο) ή με **τενοντομεταφορά** (χρησιμοποιώντας τον τένοντα του καμπτήρα του μεγάλου δακτύλου από το πόδι).

Η λήψη του τένοντα αυτού γενικά δεν προκαλεί πρόβλημα στην κίνηση του μεγάλου δακτύλου αφού άλλοι τένοντες αναλαμβάνουν τη δράση του. Μετεγχειρητικά χρησιμοποιούμε γύψο για 8 εβδομάδες (προστατεύουμε την τενοντομεταφορά περισσότερο, μέχρι να επουλωθεί) και κατόπιν αφαιρούμενο κηδεμόνα ('μπότα')για άλλες 4-6 εβδομάδες και ξεκινά φυσιοθεραπεία.

Η **θεραπεία** χρόνιων ρήξεων είναι πολύ πιο πολύπλοκη και σε ότι αφορά το είδος της χειρουργικής επέμβασης και στην αποκατάσταση μετεγχειρητικά. Η πιθανότητα επιπλοκών είναι μεγαλύτερη. Χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση ότι οι **επιπλοκές** είναι πολύ υψηλότερες σε καπνιστές, διαβητικούς, άτομα με αγγειοπάθεια και άτομα που παίρνουν κορτιζόνη.

Δρ. Νικόλαος Γκουγκουλιάς - Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ.

Εξειδίκευση στη Χειρουργική Ποδιού-Ποδοκνημικής-Γόνατος-Αθλητικές Κακώσεις στη Μεγ.Βρετανία

Consultant Orthopaedic Foot & Ankle Surgeon, UK

Email: gougnik@yahoo.com

Web: www.footsurgery.gr