

# ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ

## ΑΧΙΛΛΕΙΟΣ ΤΕΝΟΝΤΑΣ

Ο Αχιλλεύιος τένοντας αποτελεί τη συνέχεια των μυών της γάμπας (γαστροκνημίου και υποκνημιδίου) και τους συνδέει με την πτέρνα. Οι μυς αυτοί και επομένως και ο Αχιλλεύιος 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.

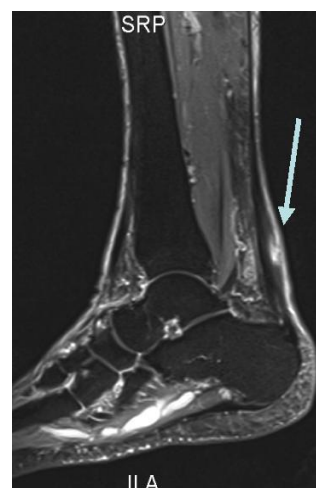


Οι παθήσεις του Αχιλλεύιου τένοντα διακρίνονται σε αυτές που προκαλούνται από καταπόνηση / υπέρχρηση που χαρακτηρίζονται σαν **τενοντοπάθεια**

## ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ

Πρόκειται για **εκφύλιση** μέρους του τένοντα, συνήθως ως αποτέλεσμα υπέρχρησης / καταπόνησης, με αποτέλεσμα τον πόνο. Πολλές φορές υπάρχει ψηλαφητό, επώδυνο εξόγκωμα. Μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα κάθε ηλικίας, αθλητικά ή μη. Η ύπαρξη πόνου και τενοντοπάθειας ΔΕΝ αυξάνει την πιθανότητα για ρήξη του τένοντα. Συνήθως οι ασθενείς με ρήξη του τένοντα, ουδέποτε είχαν πόνο στο παρελθόν.

Διακρίνουμε δύο **μορφές** ανάλογα με την εντόπιση: Την καταφυτική τενοντοπάθεια, που αφορά το τελικό τμήμα του τένοντα που προσφύεται στην πτέρνα και την μη καταφυτική που εμφανίζεται 3-4 εκ πιο ψηλά. Στην καταφυτική τενοντοπάθεια του Αχιλλεύιου υπάρχει συχνά και παραγωγή οστού μεταξύ πτέρνας και τένοντα.



Γενικά οι **σύγχρονη γνώση** και απόψεις από ειδικούς για τις τενοντοπάθειες συγκλίνουν στο ότι πρόκειται για βλάβη στην σύσταση του τένοντα τοπικά, λόγω καταπόνησης (που μπορούν να εμφανιστούν τόσο σε αθλητές, όσο και σε αγύμναστους), οι οποίες δεν επουλώθηκαν φυσιολογικά. Έτσι υπάρχει μια εκφυλισμένη περιοχή εντός του τένοντα.

## Συμπτώματα – Διάγνωση

Συνήθως οι ασθενείς αναφέρουν ότι ο πόνος άρχισε ξαφνικά και μερικές φορές αυτό συνδυάζεται με κάποια απότομη κίνηση ή τραυματισμό. Κατά την εξέταση υπάρχει επώδυνο εξόγκωμα. Συχνά ο πόνος στον Αχιλλεύιο τένοντα συνδυάζεται με πόνο στην πελματιαία απονεύρωση (βλ. πελματιαία απονευρωσιοπάθεια). Και οι δύο αυτές παθήσεις συνδυάζονται με μεγάλη τάση στους μυς της γάμπας. Το υπερηχογράφημα και η **μαγνητική τομογραφία** εντοπίζουν την εκφυλισμένη περιοχή εντός του τένοντα.

**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](mailto:gougnik@yahoo.com)

Web: [www.footsurgery.gr](http://www.footsurgery.gr)

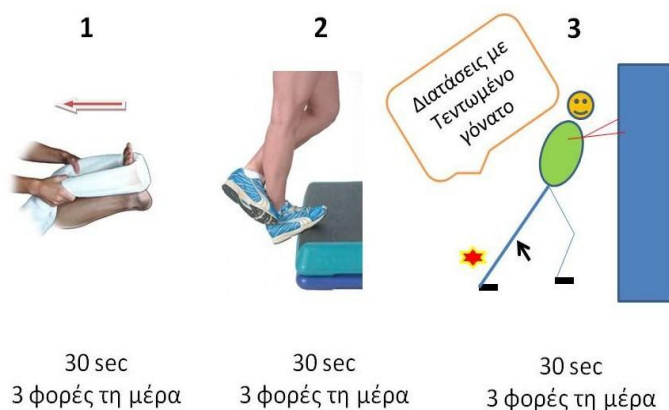
# ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ

## Θεραπεία

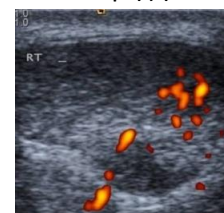
Μακροπρόθεσμα, ο πόνος υποχωρεί. Στα αρχικά στάδια όμως καμιά θεραπευτική στρατηγική δεν έχει απόλυτη επιτυχία. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι περίπου 75%, όπως και για την πελματιαία απονευρωσιοπάθεια.

Γι αυτό, αρχικά ενδείκνυται **μη χειρουργική** θεραπεία όσο έντονο κι αν είναι το πρόβλημα.

- Η βάση της θεραπευτικής στρατηγικής είναι η **φυσιοθεραπεία** που έχει στόχο την 'έκκεντρη διάταση' των μυών της γάμπας (γαστροκνήμιος) και του Αχιλλείου τένοντα. Πιθανώς αυτές οι ασκήσεις αυξάνουν το δυναμικό επούλωσης της εκφυλισμένης περιοχής εντός του τένοντα. Βοηθούν δηλαδή το πρόβλημα να' αυτοδιορθωθεί'. Η αποτελεσματικότητα των ασκήσεων εξαρτάται από το πόσο προσηλωμένος στο στόχο είναι ο ασθενής και το πόσο εντατικά εκτελεί τις ασκήσεις. Απαιτείται καθημερινή εκτέλεση των ασκήσεων 1,2,3 (προτιμότερο το πρωί, μόλις σηκωθεί από το κρεβάτι), για 3 μήνες.



- Οι **νυκτερινοί νάρθηκες** που κρατούν το πέλμα σε ορθή γωνία επίσης βοηθούν (αποτρέπουν τη συρρίκνωση κατά τη νύχτα, όταν το πόδι δεν φορτίζει).
- **Ενέσεις κορτιζόνης** στον Αχιλλείο τένοντα **ΔΕΝ** πρέπει να γίνονται γιατί θα προκαλέσουν ρήξη.
- Αντίθετα μπορούν να γίνουν **ενέσεις** άλλων ουσιών με **υπερηχογραφικό έλεγχο**. Στόχος είναι τα μικρά αγγεία που αναπτύσσονται στην εκφυλισμένη περιοχή του τένοντα και ανιχνεύονται με το υπέρηχο. Επίσης μπορεί να γίνει και καταστροφή των αγγείων με βελόνα χωρίς έγχυση ουσίας.
- Μια νέα μορφή θεραπείας (πάντα σε συνδυασμό με τη φυσιοθεραπεία – διατάσεις) είναι με τη **χρήση ακουστικών κυμάτων** με μια τεχνική όμοια με τη λιθοτριψία στο νεφρό. Μια συσκευή παράγει κύματα που κατευθύνουμε ειδική κεφαλή στο δέρμα πάνω από την περιοχή του μέγιστου πόνου. Αυτό απαιτεί 3 συνεδρίες των 15'. Τα κύματα αυτά προκαλούν αλλαγές στους ιστούς και βοηθούν στην **επούλωση** της εκφυλισμένης περιοχής.



**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](mailto:gougnik@yahoo.com)

Web: [www.footsurgery.gr](http://www.footsurgery.gr)

---

# ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ

---

## Χειρουργική Θεραπεία

**Χειρουργική Θεραπεία** ενδείκνυται αν δεν επέλθει βελτίωση των συμπτωμάτων μετά από **6-12 μήνες** μη χειρουργικής θεραπείας / φυσιοθεραπείας. Δεδομένου ότι η πιθανότητα επιπλοκών που αφορά το δέρμα και τη χειρουργική τομή στην περιοχή του Αχιλλείου τένοντα (λοιμώξη, διάσπαση τραύματος) φτάνει το 30% και είναι πολύ μεγαλύτερη από ότι σε άλλες περιοχές του σώματος (και ακόμα μεγαλύτερη σε καπνιστές, διαβητικούς, άτομα με αγγειοπάθεια και ασθενείς που παίρνουν κορτιζόνη), η απόφαση για χειρουργείο πρέπει να παίρνεται με μεγάλη προσοχή και αφού εξαντληθούν τα υπόλοιπα μέσα.

Υπάρχουν διάφορες επεμβάσεις ανάλογα με την εντόπιση και την αιτιολογία.

- Αν οι μυς της γάμπας έχουν μεγάλη τάση (διαπιστώνεται από την κλινική εξέταση) η κατάλληλη επέμβαση είναι η **επιμήκυνσή του γαστροκνημίου**, που γίνεται με τομή 4-5 εκατοστών ψηλά στη γάμπα, πίσω από το γόνατο. Στόχος είναι έμμεσα να βελτιώσει τον πόνο μειώνοντας την τάση στον τένοντα. Είναι μια απλή επέμβαση, με πολύ χαμηλό ποσοστό επιπλοκών (αφού η τομή δεν είναι στην περιοχή του τένοντα), που δεν απαιτεί μεγάλο χρόνο αποκατάστασης, ούτε ακινητοποίηση με νάρθηκα ή γύψο.
- Αν το πρόβλημα εντοπίζεται στο κάτω άκρο του τένοντα, στην **κατάφυση** του στην πτέρνα, πολλές φορές (όταν το πρόβλημα προκαλείται από υπερπαραγωγή οστού ή συνδετικού ιστού ανάμεσα στον τένοντα και την πτέρνα), μπορεί η επέμβαση να γίνει **ενδοσκοπικά**, με δύο μικρές τομές, και να καθαριστεί ο παθολογικός ιστός. Χρησιμοποιείται μετεγχειρητικά νάρθηκας για 2 εβδομάδες και ακολουθεί φυσιοθεραπεία.

Αν στόχος είναι η αφαίρεση του εκφυλισμένου ιστού, τότε απαιτείται μία από τις παρακάτω επεμβάσεις (με την πιθανότητα επιπλοκών να αυξάνει).

- Αν το τμήμα του (εκφυλισμένου) τένοντα που αφαιρέθηκε είναι **κάτω από 50%** της συνολικής διατομής του, τότε το υπόλοιπο 50% είναι αρκετά ισχυρό και δεν χρειάζεται συμπληρωματική επέμβαση. Χρησιμοποιείται μετεγχειρητικά γυψονάρθηκας για 2 εβδομάδες (χωρίς φόρτιση) μέχρι να επουλωθεί το δέρμα και κατόπιν αφαιρούμενος κηδεμόνας ('μπότα') για άλλες 4 εβδομάδες, και αρχίζει φυσιοθεραπεία.
- Αν το τμήμα του (εκφυλισμένου) τένοντα που αφαιρέθηκε είναι **πάνω από 50%** της συνολικής διατομής του, τότε ο τένοντας αδυνατίζει αρκετά και υπάρχει κίνδυνος ρήξης. Γι' αυτό απαιτείται ισχυροποίηση του Αχιλλείου τένοντα με έναν άλλο τένοντα (καμπτήρας του μεγάλου δακτύλου) που παίρνουμε από το πόδι (**τενοντομεταφορά**) και καθηλώνουμε στην πτέρνα. 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.

---

**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](mailto:gougnik@yahoo.com)

Web: [www.footsurgery.gr](http://www.footsurgery.gr)