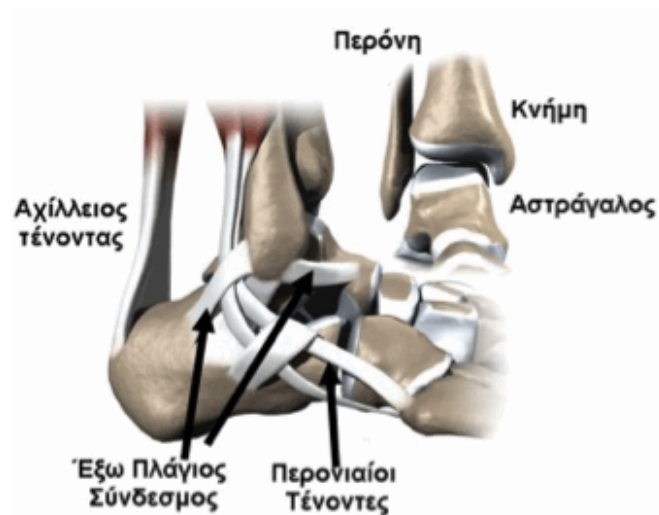


Διάστρεμμα της Ποδοκνημικής Άρθρωσης

Στοιχεία ανατομικής κατασκευής

Η ποδοκνημική είναι η άρθρωση που σχηματίζεται μεταξύ της κνήμης και του αστραγάλου. Η άρθρωση αυτή βρίσκεται στο κατώτερο τμήμα του κάτω άκρου και συνδέει την κνήμη με το πόδι. Τα οστά συνδέονται μεταξύ τους και σταθεροποιούνται με ταινίες συνδετικού ιστού, οι οποίες αποκαλούνται σύνδεσμοι. Οι σύνδεσμοι καθοδηγούν τις κινήσεις των αρθρώσεων και δεν επιτρέπουν μεγάλη απομάκρυνση των οστών μεταξύ τους. Οι σύνδεσμοι έχουν φυσιολογικά μεγάλη ελαστικότητα και όταν διαταθούν επανέρχονται στο φυσιολογικό τους μήκος χωρίς άλλα προβλήματα. Όταν όμως λόγω μίας βίαιης κίνησης τα οστά απομακρυνθούν σημαντικά μεταξύ τους τότε οι σύνδεσμοι διατείνονται σημαντικά και είναι δυνατό και να κοπούν. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής αισθάνεται έντονη ενόχληση.



Εικόνα 1. Η ανατομική κατασκευή της έξω επιφάνειας της δεξιάς ποδοκνημικής άρθρωσης. Κύρια στοιχεία είναι οι τρεις μοίρες του έξω πλαγίου συνδέσμου και οι περωνιαίοι τένοντες.

Στην ποδοκνημική άρθρωση υπάρχουν σύνδεσμοι στην έξω αλλά και στην έσω πλευρά. Στην έξω πλευρά της ποδοκνημικής υπάρχουν 3 ταινιοειδείς σύνδεσμοι και στην έσω πλευρά της ένας αποπλατυσμένος σύνδεσμος, ο έσω πλάγιος σύνδεσμος. Οι 3 σύνδεσμοι της έξω πλευράς της ποδοκνημικής έχουν διαφορετική ονομασία ανάλογα με την περιοχή έκφυσης και κατάφυσης. Όσο σοβαρότερο είναι το διάστρεμμα τόσο περισσότεροι σύνδεσμοι έχουν υποστεί τραυματισμό.

Μηχανισμός τραυματισμού

Το διάστρεμμα είναι η συχνότερη κάκωση της ποδοκνημικής. Ευθύνεται για το 30-40% των αθλητικών κακώσεων. Μπορεί να συμβεί σε άτομα κάθε ηλικίας και αθλητικής

ενασχόλησης, αλλά είναι ιδιαίτερα συχνό σε αθλούμενους. Μπορεί να συμβεί όταν κατεβαίνετε τη σκάλα ή όταν περπατάτε στο δρόμο. Τα περισσότερα διαστρέμματα προκαλούνται μετά από βίαια, επώδυνη στροφή του ποδιού προς τα έσω. Με αυτό τον τρόπο οι σύνδεσμοι της άρθρωσης διατείνονται και είναι δυνατό να κοπούν πλήρως. Ανάλογα με το πόσοι σύνδεσμοι έχουν τραυματιστεί και ανάλογα με τη σοβαρότητα της βλάβης το διάστρεμμα μπορεί να ταξινομηθεί σε 3 βαθμούς αυξανόμενης βαρύτητας.



Εικόνα 2. Ο συνήθης μηχανισμός τραυματισμού είναι ο υπτιασμός και η ανάσπαση του έσω χείλους της ποδοκνημικής. Ως αποτέλεσμα του τραυματισμού οι διάφορες μοίρες του έξω πλαγίου συνδέσμου είναι δυνατό να υποστούν διάταση, μερική ή ολική ρήξη.

Η ποδοκνημική εμφανίζει οίδημα (πρήξιμο) σχεδόν αμέσως μετά το γύρισμα του ποδιού. Το οίδημα είναι συνήθως σοβαρότερο στην έξω πλευρά της ποδοκνημικής και μπορεί να συνοδεύεται από τη δημιουργία αιματώματος. Ταυτόχρονα η φόρτιση του άκρου είναι επώδυνη ή και αδύνατη.



Εικόνα 3. Μετά από ένα μικρής βαρύτητας διάστρεμμα παρατηρείται οίδημα στο έξω σφυρό.



Εικόνα 4. Σε μεγαλύτερης βαρύτητας διαστρέμματα παρατηρείται εκχύμωση (βέλος), δηλαδή υποδόρια συλλογή αιματώματος. Το αιμάτωμα οφείλεται στη ρήξη των συνδέσμων της ποδοκνημικής.

Η πρόκληση ενός διαστρέμματος αυξάνει τον κίνδυνο για νέο τραυματισμό κατά 40-70%. Περίπου το 40% των ασθενών που έχουν υποστεί διάστρεμμα μπορεί να παρουσιάζει χρόνια ενοχλήματα στην ποδοκνημική. Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται με την κατάλληλη αποκατάσταση, την εξάσκηση και την χρήση ειδικών ορθωτικών κατά τη διάρκεια της άσκησης.

Η βαρύτητα του διαστρέμματος

Όλα τα διαστρέμματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα. Διακρίνονται 3 βαθμοί διαστρεμμάτων, ανάλογα με τη βαρύτητά τους.

Σε διαστρέμματα **1^{ου} βαθμού** οι σύνδεσμοι έχουν διαταθεί, το οίδημα και ο πόνος είναι μικρός, η δυσχέρεια στη βάδιση ήπια και η αποκατάσταση είναι πλήρης.

Σε διαστρέμματα **2^{ου} βαθμού** παρατηρείται μερική ρήξη των συνδέσμων. Το οίδημα και πόνος είναι μέτριας βαρύτητας, ενώ η δυσκολία στη βάδιση σημαντική. Είναι αναγκαία η φυσικοθεραπεία για λίγες εβδομάδες.

Σε διαστρέμματα **3^{ου} βαθμού** παρατηρείται πλήρης ρήξη των συνδέσμων της ποδοκνημικής. Η άρθρωση παρουσιάζει σημαντική αστάθεια κατά την εξέταση, ενώ ο πόνος και η λειτουργική δυσχέρεια του ασθενή είναι σημαντικά. Είναι αναγκαία η ακινητοποίηση του άκρου, η παρατεταμένη φυσικοθεραπεία και σε ορισμένες περιπτώσεις και η χειρουργική επέμβαση.

Η εξέταση από Ορθοπαιδικό μετά από ένα διάστρεμμα είναι συχνά αναγκαία. Από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και μερικές φορές και από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώνεται η βαρύτητα της κάκωσης, δίνονται στον ασθενή οι κατάλληλες οδηγίες και σχεδιάζεται το πρόγραμμα της αποκατάστασης. Η συχνότερη αιτία παρουσίας πόνου, δυσκαμψίας και υποτροπής του διαστρέμματος είναι η μη ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης από τον ασθενή.

Σε λίγες σχετικά περιπτώσεις είναι χρήσιμη η πραγματοποίηση μαγνητικής τομογραφίας προκειμένου να διαγνωσθούν άλλα προβλήματα, όπως είναι η απόσπαση των συνδέσμων από την θέση έκφυσής τους και η ύπαρξη χόνδρινων ή οστικών αλλοιώσεων.

Μετά από ένα διάστρεμμα η βάδιση και η φόρτιση του ποδιού είναι συχνά επώδυνη ή αδύνατη ή είναι αναγκαία η χρήση βακτηριών. Το πρήξιμο του ποδιού διαρκεί από 2 έως 5 ημέρες. Η δημιουργία αιματώματος στο δέρμα οφείλεται στη ρήξη των αγγείων που βρίσκονται στους συνδέσμους. Σε γενικές γραμμές η επούλωση των ραγέντων συνδέσμων διαρκεί 4-6 εβδομάδες, διάστημα για το οποίο η ποδοκνημική θα πρέπει να

προστατεύεται.

Άμεση Αντιμετώπιση του Διαστρέμματος

Η βαρύτητα του διαστρέμματος μπορεί να μειωθεί με τα παρακάτω μέτρα, άμεσα μετά την κάκωση.

- **Προστασία** του ποδιού από νέο τραυματισμό μέσω της επίδεσης και της ακινητοποίησης.
- **Ανάπαυση**, δηλαδή αποχή από δραστηριότητες που προκαλούν πόνο ή χωλότητα κατά τη βόλωση. Συχνά είναι αναγκαία η χρήση βακτηριών.
- **Παγοθεραπεία**, δηλαδή η εφαρμογή παγοκύστης όχι άμεσα πάνω στο δέρμα, αλλά αφού τυλιχθεί σε πετσέτα. Η εφαρμογή του πάγου γίνεται για 15-20 λεπτά, 5-8 φορές την ημέρα για 24-72 ώρες. Μεταξύ της διαδοχικής εφαρμογής πάγου θα πρέπει να μεσολαβεί διάστημα τουλάχιστον 1 ώρας.
- **Πίεση**, δηλαδή περιτύλιξη του ποδιού με ελαστικό επίδεσμο. Ο επίδεσμος θα πρέπει να είναι ελαφρά πιεστικός, αλλά σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να ενοχλεί τον ασθενή ή να αλλάζει το χρώμα των δακτύλων σε μπλε ή να αισθάνεται ο ασθενής τα δάκτυλα του ποδιού ψυχρά.
- **Ανύψωση του ποδιού**, πάνω από το επίπεδο της καρδιάς.

Κατά τις πρώτες 24 ώρες αποφύγετε τα ζεστά μπάνια, τις θερμαντικές αλοιφές και το οινόπνευμα επειδή είναι δυνατό να προκαλέσουν αύξηση του οιδήματος.



Εικόνα 5. Για την προφύλαξη και την λειτουργική αποκατάσταση της ποδοκνημικής άρθρωσης μετά από ένα διάστρεμμα υπάρχουν διάφορα βοηθήματα, όπως είναι οι αερονάρθηκες.

Για την ταχύτερη και πλήρη αποκατάσταση της ποδοκνημικής μετά από ένα διάστρεμμα

είναι συχνά αναγκαία η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης που θα περιλαμβάνει ασκήσεις εύρους κίνησης, ευκαμψίας, διατάσεων, ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης. Η πλήρης αποκατάσταση της άρθρωσης είναι σημαντική για την αποφυγή υποτροπής του εξαρθήματος.

Η χειρουργική θεραπεία της αστάθειας της ποδοκνημικής ενδείκνυται όταν το διάστρεμμα υποτροπιάζει συχνά και παρεμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργικότητα του ασθενή. Κατά τη χειρουργική επέμβαση πραγματοποιείται αρχικά αρθροσκόπηση της ποδοκνημικής και διορθώνονται οι βλάβες που έχουν προκληθεί στον αρθρικό χόνδρο. Στη συνέχεια πραγματοποιείται συρραφή των συνδέσμων που έχουν κοπεί. Μετά την επέμβαση η ποδοκνημική ακινητοποιείται και ο ασθενής ακολουθεί ένα προσεκτικό πρόγραμμα αποκατάστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Eiff MP, Smith AT, Smith GE. Early mobilization versus immobilization in the treatment of lateral ankle sprains. *Am J Sports Med.* 1994 Jan-Feb;22(1):83-88.
2. Glasoe WM, Allen MK, Awtry BF, Yack HJ. Weight-bearing immobilization and early exercise treatment following a grade II lateral ankle sprain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1999 Jul;29(7):394-399.
3. Harmon KG. Which support is best for first-time ankle sprains? *Clin J Sport Med.* 2007 Jul;17(4):333-334.
4. Jones MH, Amendola AS. Acute treatment of inversion ankle sprains: immobilization versus functional treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 2007 Feb;455:169-172.
5. Kerkhoffs GM, Rowe BH, Assendelft WJ, Kelly KD, Struijs PA, van Dijk CN. Immobilisation for acute ankle sprain. A systematic review. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2001 Sep;121(8):462-471.
6. Liu SH, Nguyen TM. Ankle sprains and other soft tissue injuries. *Curr Opin Rheumatol.* 1999 Mar;11(2):132-137.
7. Weber JM, Maleski RM. Conservative treatment of acute lateral ankle sprains. *Clin Podiatr Med Surg.* 2002 Apr;19(2):309-318.