



**Δρ. Χρήστος Κ. Γιαννακόπουλος**

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

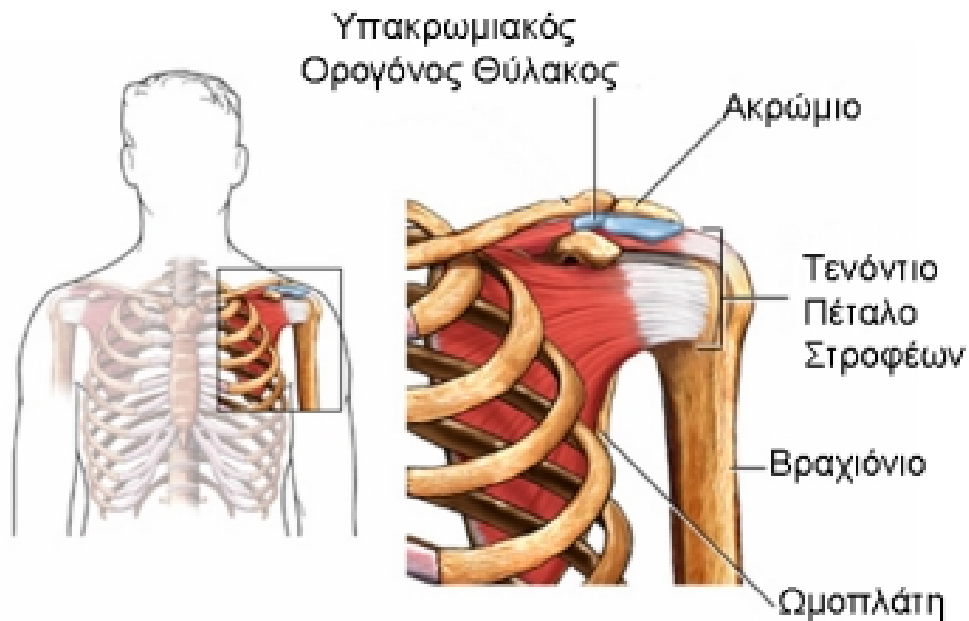
Πύργος Αθηνών, Κτίριο Γ', 2<sup>ος</sup> όροφος, Λεωφ. Μεσογείων 2-4, Αθήνα 115 27

**Τηλ.:** 210 7712792 | **Κινητό:** 697 20 999 11 | **E-mail:** cky@orthosurgery.gr

## Πόνος στον Ώμο. Ο Ρόλος της Έγχυσης Κορτικοστεροειδών

### Στοιχεία ανατομικής κατασκευής

Ο ώμος παρουσιάζει τη μεγαλύτερη κινητικότητα από όλες τις αρθρώσεις του ανθρωπίνου σώματος. Η καθημερινή καταπόνηση των οστών, συνδέσμων και μυών που περιβάλλουν, σταθεροποιούν και κινούν τον ώμο είναι σημαντική. Η εμφάνιση πόνου στον ώμο μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις των οστών ή σε φθορά των μυών και των τενόντων. Η αντιμετώπιση του πόνου ή της αδυναμίας κίνησης του ώμου θα πρέπει να γίνει αφού πρώτα διαγνωστεί η αιτία των συμπτωμάτων. Ο εξειδικευμένος Ιατρός με την κλινική εξέταση, τις ακτινογραφίες και τις υπόλοιπες απεικονιστικές εξετάσεις εντοπίζει την εστία του πόνου και καθορίζει την κατάλληλη συντηρητική αγωγή. Τα περισσότερα ενοχλήματα από τον ώμο είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με ανάπαυση, παυσίπονα και εάν επιμένουν με εγχύσεις κορτικοστεροειδών.



**Εικόνα 1.** Η ανατομική του ώμου. Η άρθρωση του ώμου.

## ΠΟΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟΝ ΩΜΟ;

Οι εγχύσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται όχι ως μεμονωμένη θεραπεία, αλλά συμπληρωματικά μαζί με άλλες μορφές θεραπείας (παγοθεραπεία, αντιφλεγμονώδη φάρμακα, φυσικοθεραπεία κ.λ.π.). Έχουν βέλτιστη δράση σε τενοντίτιδα, «περιαρθρίτιδα», θυλακίτιδα, ρευματοειδή και άσηπτη αρθρίτιδα του ώμου, ερυθρηματώδη λύκο και οστεοαρθρίτιδα.



**Εικόνα 2.** Μία συνήθης αιτία πόνου στον ώμο, ιδίως σε δραστηριότητες πάνω από το επίπεδο του θώρακα είναι η πρόσκρουση ή προστριβή των τενόντων του τενοντίου πετάλου του ώμου (υπερακανθίου και υπακανθίου) στο ακρώμιο, ένα επίπεδο οστό, τμήμα της κλείδας που βρίσκεται στο πάνω μέρος του ώμου.



**Εικόνα 3.** Πόνος στον ώμο παρατηρείται συχνά μετά από αθλητική δραστηριότητα που περιλαμβάνει ρίψεις ή χρήση του χεριού πάνω από το οριζόντιο επίπεδο του ώμου.

### **ΤΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΓΧΥΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΩΜΟ;**

Συνήθως εγχύονται κορτικοστεροειδή, ουσίες με αντιφλεγμονώδη δράση, με ή χωρίς τοπικό αναισθητικό. Οι ουσίες αυτές είναι συνθετικά φάρμακα που έχουν ιδιότητες παρόμοιες με την κορτιζόλη, μία φυσική ορμόνη που παράγεται από τα επινεφρίδια. Η έγχυση κορτικοστεροειδών έχει βραχυπρόθεσμη δράση σε επιλεγμένες παθήσεις του ώμου και δε θα πρέπει να θεωρείται πανάκεια για την αντιμετώπιση όλων των παθήσεων του ώμου. Η έγχυση θα πρέπει να γίνεται υπό άσηπτες συνθήκες και ο ασθενής να παραμένει στο χώρο του Ιατρείου για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά από αυτή.



**Εικόνα 4.** Η έγχυση σε κάθε άρθρωση θα πρέπει να γίνεται υπό αυστηρή αντισηψία προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος πρόκλησης σηπτικής αρθρίτιδας. Η έγχυση είναι γενικά ανώδυνη αλλά για να είναι επιτυχής θα πρέπει να γίνεται στο σωστό σημείο.



**Εικόνα 4.** Έγχυση στον ώμο μπορεί να πραγματοποιηθεί από την πρόσθια, την έξω ή την οπίσθια επιφάνεια του ώμου

## **ΠΩΣ ΔΡΑ Η ΕΓΧΥΣΗ;**

Η τοπική έγχυση βοηθά στην άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος με τη χορήγηση υψηλής δόσης φαρμάκου, το οποίο δρα τοπικά. Τα κορτικοστεροειδή μειώνουν την άσηπτη φλεγμονή και τον πόνο, αλλά δε θεραπεύουν τις παθήσεις του ώμου. Αντίθετα, με τη μείωση των ενοχλημάτων ο ασθενής αυξάνει τη χρήση του ώμου με αποτέλεσμα την επιδείνωση του προβλήματος μεσοπρόθεσμα.

## **ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ;**

Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ήπιο πόνο κατά την έγχυση του φαρμάκου, ο οποίος γρήγορα υποχωρεί. Είναι πολύ χρήσιμη η τοποθέτηση παγοκύστης στον ώμο την ημέρα της έγχυσης. Θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται η καταπόνηση του ώμου για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

## **ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ-ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ**

Αν και οι παρενέργειες των εγχύσεων δεν είναι πολύ συχνές οι εγχύσεις θα πρέπει να γίνονται με προσοχή. Τα κορτικοστεροειδή είναι δυνατό να επιβραδύνουν την επούλωση των τραυματισμένων τενόντων ή και να προκαλέσουν ρήξη τους. Άλλες παρενέργειες είναι η πρόκληση αλλεργικής αντίδραση, ατροφίας και η αλλαγή του χρώματος του δέρματος, η αλλεργία και ο πυρετός. Όπως συμβαίνει και με κάθε έγχυση είναι επίσης δυνατό να μεταφερθούν μικρόβια στην άρθρωση και να προκληθεί φλεγμονή. Οι εγχύσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε διαβητικούς, ενώ απαγορεύεται η χρήση τους σε φλεγμονές της περιοχής του ώμου ή όταν υπάρχει βακτηριαιμία. Επίσης δεν επιτρέπεται η έγχυση σε κατάγματα, όταν έχει πραγματοποιηθεί αντικατάσταση της άρθρωσης και όταν υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας από λήψη φαρμάκων.

## **ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ**

Εάν η πρώτη έγχυση δεν έχει αποτέλεσμα δε θα πρέπει να επαναλαμβάνεται. Εάν ο πόνος υποχωρήσει αρχικά και υποτροπιάσει στη συνέχεια επιτρέπεται η επανάληψη της έγχυσης και για δεύτερη φορά. Λίγες ώρες μετά την έγχυση είναι δυνατό τα ενοχλήματα να αυξηθούν προσωρινά, αλλά το τυχόν ευεργετικό αποτέλεσμα θα φανεί μετά από λίγες ημέρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ανακούφιση είναι μικρής διάρκειας,

ενώ σε άλλες μεγαλύτερης. Όταν υπάρχει όμως σοβαρή υποκείμενη αιτία για τον πόνο τότε η έγχυση δεν είναι αποτελεσματική.

### **ΤΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ΕΑΝ ΤΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΜΕΝΟΥΝ;**

Εάν παρά την έγχυση δεν βελτιώνονται τα ενοχλήματα και δεν αυξάνει η κινητικότητα του ώμου το πρόβλημα είναι σημαντικό και η συντηρητική θεραπεία είναι πιθανό να μην αρκεί. Σε αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται η αρθροσκοπική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η αρθροσκοπική χειρουργική του ώμου προσφέρει μία ανώδυνη, ασφαλή και αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Codsí MJ. The painful shoulder: when to inject and when to refer. *Cleve Clin J Med*. 2007 Jul;74(7):473-4, 477-8.
2. Ide J, Tokiyoshi A, Hirose J, Mizuta H. Arthroscopic repair of traumatic combined rotator cuff tears involving the subscapularis tendon. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89(11):2378-88.
3. Masters S, Burley S. Shoulder pain. *Aust Fam Physician*. 2007 Jun;36(6):414-6, 418-20.
4. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007 Jun;21(3):403-25.
5. Zingg PO, Jost B, Sukthankar A, Buhler M, Pfirrmann CW, Gerber C. Clinical and structural outcomes of nonoperative management of massive rotator cuff tears. *J Bone Joint Surg Am*. 2007 Sep;89(9):1928-34.