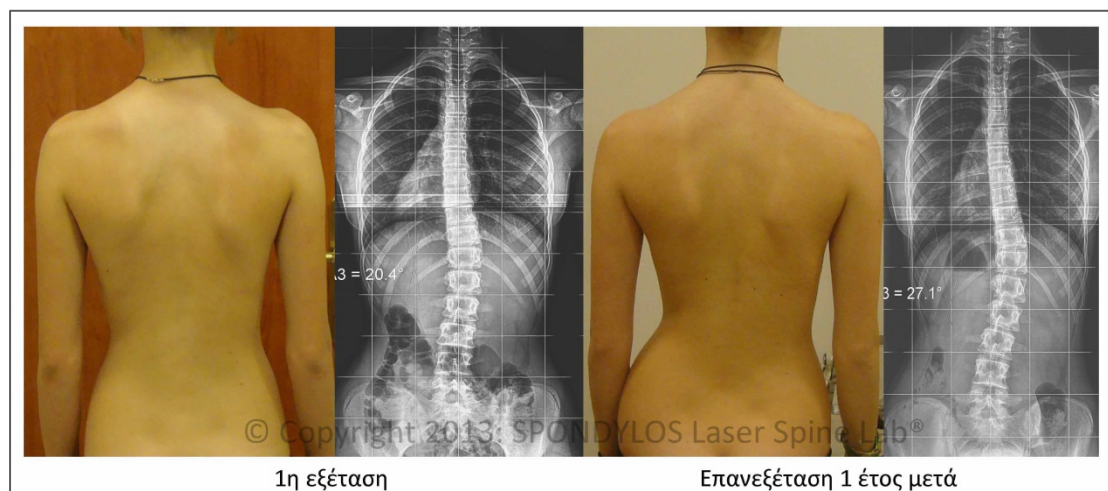


ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ Η ΣΚΟΛΙΩΣΗ ?

Η απάντηση είναι δύσκολη και δεν είναι ίδια για όλες τις περιπτώσεις. Δεν πρέπει όμως να είμαστε αφοριστικοί είτε με την χειρουργική θεραπεία είτε με την συντηρητική. Και η μια και η άλλη έχουν τις ενδείξεις τους, οι οποίες όμως αλλάζουν με τα χρόνια. Αυτό που όμως είναι σίγουρο είναι ότι η χειρουργική θεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε αυτές τις περιπτώσεις που αποδεδειγμένα στο μέλλον θα κινδυνεύσει η ζωή του παιδιού.

Δυστυχώς επειδή στο παρελθόν δεν υπήρχαν αποτελεσματικές συντηρητικές θεραπείες, οι περισσότεροι ορθοπαιδικοί στραφήκαν στην χειρουργική θεραπεία, ακόμη και για σκολιώσεις που δεν θα δημιουργούσαν ποτέ πρόβλημα στο παιδί.

Εφ' όσον διαπιστωθεί ότι υπάρχει σκολίωση η αντιμετώπιση της πρέπει να είναι έγκαιρη και άμεση. Δεν πρέπει να περιμένουμε μία σκολίωση να φθάσει τις 25° γωνία κλίσης (Cobb) για να κάνουμε κάτι. Η επιδείνωση μιας σκολίωσης είναι το κριτήριο για την θεραπεία. Οι σκολιώσεις στην αρχή της εμφάνισής τους και μέχρι τις 25° έχουν ελαστικές ιδιότητες δηλαδή επανέρχονται στα φυσιολογικά όρια μετά από κατάλληλη θεραπεία.



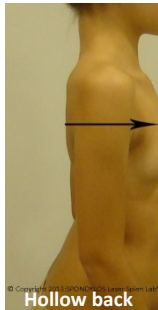
Μεγαλώνοντας όμως η γωνία κλίσης και η στροφή και περνώντας αρκετός χρόνος από την εμφάνισή τους, δημιουργούνται μόνιμες πλαστικές παραμορφώσεις στους σπονδύλους με αποτέλεσμα την αδυναμία επαναφοράς τους έστω και με κατάλληλα θεραπεία. Δηλαδή μπορεί να επανέλθει αρκετά η γωνία κλίσης και η στροφή αλλά όχι η παραμόρφωση των σπονδύλων, πράγμα το οποίο σημαίνει θα πρέπει ο ασθενής να είναι σε μόνιμη συντήρηση του αποτελέσματος



Η συντηρητική θεραπεία έχει δύο άξονες αδιαίρετους. Τον Διορθωτικό κηδεμόνα και την Κινησιοθεραπεία. Όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο περισσότερο στηρίζομαστε στην πολύωρη εφαρμογή του κηδεμόνα και λιγότερο στην άσκηση που λειτουργεί επικουρικά. Το αντίθετο συμβαίνει σε παιδιά προς το τέλος της ανάπτυξης.

Ο όρος κηδεμόνας πιθανόν να έλκει την ονομασία του από την ιταλική γλώσσα, όπου η λέξη tutore σημαίνει προστάτης και αναφέρεται στο βοήθημα στήριξης ή διόρθωσης παθήσεων του σκελετού.

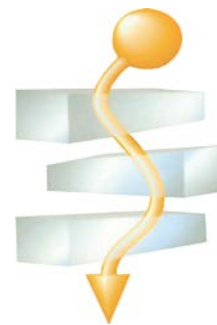
Οι προσπάθειες των ορθοπαιδικών να τιθασεύσουν την σκολίωση άρχισαν από την εποχή του Ιπποκράτη και συνεχίστηκαν μέχρι την δεκαετία του '70 με την, για πρώτη φορά κατασκευή κηδεμόνα μετά από λήψη εκμαγείου, από θερμοπλαστικό υλικό και τους λεγόμενους υπομασχάλιους κηδεμόνες τύπου **Boston**.



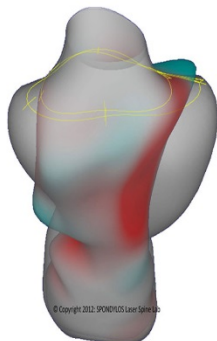
Η προσπάθεια συμμετρικής συμπίεσης, που ασκεί στο σώμα ο κηδεμόνας Boston μπορεί να δημιουργήσει προσωρινά μια διόρθωση της πλάγιας κλίσης, αλλά σε βάθος χρόνου δημιουργεί προβλήματα στη συμμετρία σε 3 διαστάσεις. Τα αποτελέσματα είναι μέτρια όσον αφορά την ακτινολογική διόρθωση, αλλά το πιο σημαντικό είναι ότι στην καλύτερη περίπτωση συγκρατεί την επιδείνωση της Σκολίωσης και όχι την μερική τουλάχιστον διόρθωση της, μετά την αφαίρεση του. Προκαλεί δε προβλήματα όπως το φαινόμενο της επίπεδης πλάτης (hollow back), που μειώνει την ζωτική

χωρητικότητα των πνευμόνων.

Η σκολίωση είναι μια τρισδιάστατη πάθηση σε πολλαπλά αντίθετα επίπεδα (από δύο έως τέσσερα), με αντίθετες κλίσεις και στροφές (κάτι σαν μια περιστρεφόμενη σκάλα) και έτσι πρέπει να αντιμετωπιστεί.



Δηλαδή θα πρέπει σε κάθε διαφορετικό επίπεδο να ασκούνται υπό γωνία διαφορετικής έντασης πιέσεις, αλλά ταυτόχρονα και διαμετρικά αντίθετες εκτονώσεις.



Ο Emmanuel Rigo από την Barcelona στηριζόμενος στην θεωρία του Cheneau και εξελίσσοντας την, δημιούργησε την θεραπεία με τον κηδεμόνα RCB και την ταυτόχρονη χρήση καθημερινής κινησιοθεραπείας της μεθόδου SCHROTH (ασύμμετρες ασκήσεις).

Στην ουσία πρόκειται για ένα κηδεμόνα, που μετά από λεπτομερή ανάλυση των δυνάμεων, που ασκούνται στα διαφορετικά επίπεδα και διαμορφώνουν τις καμπύλες της σκολίωσης, να ασκεί πιέσεις στο κυρτό των καμπυλών και ταυτόχρονη εκτόνωση στο κοίλο, με διαφορετικές γωνίες άσκησης της πίεσης σε κάθε επίπεδο.

Οι διορθώσεις είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθούν σε γύψινο πρόπλασμα. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιείται ή ψηφιακή τεχνολογία.

Η εφαρμογή του κηδεμόνα για να λειτουργήσει σωστά, θα πρέπει να είναι συνεχής και αδιάλειπτη. Το λιγότερο 21 ώρες την ημέρα μέχρι την ωρίμανση του σκελετού. Οι δε ασκήσεις θα πρέπει να γίνονται καθημερινά το λιγότερο 40 λεπτά.

Μετά το τέλος της οστικής ανάπτυξης, που πιστοποιείται με ακτινολογικό έλεγχο και για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους θα πρέπει να γίνονται οι ασκήσεις καθημερινά και να εφαρμόζεται ο κηδεμόνας 8 ώρες μετά το τέλος ασκήσεων. Αφαιρώντας τον κηδεμόνα από την ζωή του παιδιού θα πρέπει για τουλάχιστον 3 χρόνια να ασκείται καθημερινά στα προγράμματα Schroth για μία ώρα την ημέρα.

Στην ενήλικη ζωή θα πρέπει να ασκείται λίγα λεπτά σε συγκεκριμένες ασκήσεις τις οποίες θα πρέπει να τις ενισχύει μετά από εγκυμοσύνες, ενώ δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το φυσιολογικό βάρος για όλη την ζωή της.

Ακολουθώντας όλα τα παραπάνω η σκολίωση μπορεί να διορθωθεί συνήθως μέχρι το ήμισυ της αρχικής γωνίας και να διατηρηθεί σε όλη της ζωή του ασθενή.



Αρχική



Τέλος της θεραπείας



Τρία χρόνια μετά

Δυστυχώς, η συντηρητική θεραπεία, θα πρέπει να γίνει σε μία ηλικία που το παιδί, συνήθως κορίτσι, βρίσκεται σε μία φάση δύσκολη συναισθηματικά και πολύ φορτισμένη. Μια περίοδο της ζωής της, που αρχίζει να διαμορφώνει την σεξουαλική της ταυτότητα και εικόνα, χτίζοντας την προσωπικότητά της, με αποτέλεσμα να αντιδρά σε κάθε προσπάθεια εφαρμογής κηδεμόνα και κανόνων ζωής.

Αλλά σίγουρα αξίζει η προσπάθεια, αποφεύγοντας ένα βαρύ, επικίνδυνο και περιοριστικό χειρουργείο που θα την ακολουθήσει σε όλη της την ζωή.

Δημήτριος Παπαδόπουλος

Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Επιστημονικός Διευθυντής **SPONDYLOS Laser Spine Lab®**