

Συνήθως, όσο νεότερος είναι ο δραστήριος ασθενής, ο οποίος εμφανίζει παρατεταμένο πόνο, που εντοπίζεται χαμηλά στην Οσφύ, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα της Σπονδυλόλυσης. Μια προσεκτική κλινική εξέταση, μαζί με τον κατάλληλο εργαστηριακό έλεγχο είναι αποφασιστικής σημασίας στοιχεία λόγω του υψηλού ποσοστού βλαβών στα οστικά δομικά στοιχεία των σπονδύλων σε παιδιά με χαμηλή Οσφυαλγία. Η πρώιμη διάγνωση βοηθά τον νεαρό ασθενή να επιστρέψει στις έντονες δραστηριότητες του γρηγορότερα. Η θεραπεία συνήθως είναι συντηρητική.

Περίπου το 10% όλων των αθλητικών τραυματισμών αφορούν την Σπονδυλική Στήλη και απο αυτές το 25% των περιπτώσεων χαμηλής Οσφυαλγίας είναι Σπονδυλόλυση ή Σπονδυλολίθση. Συνήθως όταν ο πόνος επιμένει περισσότερο από 2-3 εβδομάδες, σε νεαρούς αθλητές, τότε πρέπει να αναζητούνται δομικές βλάβες. Για παιδιά και εφήβους ισχύει ότι όσο περισσότερο παραμένει αδιάγνωστη και αθεράπευτη μια χαμηλή οσφυαλγία τόσο περισσότερο θα διαρκέσει η θεραπευτική περίοδος.

Η Σπονδυλόλυση είναι μια ηλικιακά εξαρτώμενη πάθηση. Παλαιότερα ίσχυε η θεωρία της συγγενούς ανωμαλίας, η οποία πλέον καταργήθηκε. Εκεί διαπιστωθεί σχεδόν μηδενικό ποσοστό σπονδυλόλυσης για παιδιά κάτω των 5 ετών. Δυστυχώς σε παιδιά 5 1/2 - 6 1/2 ετών το μηδενικό ποσοστό ανέρχεται σε 5 % με τα αγόρια να είναι διπλάσια από τα κορίτσια και με χαρακτηριστική την απουσία συμπτωμάτων. Πάντως, παιδιά από 5 - 15 ετών θεωρούνται η ηλικιακή ομάδα με την μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης σπονδυλόλυσης, κυρίως λόγω της ατελούς (ακόμη) οστικής ωρίμανσης και της ποικιλίας των αθλητικών δραστηριοτήτων, όπου περιλαμβάνονται συχνά πλήρως αντιθετικές κινήσεις, όπως έντονες κάμψεις οσφύος σε κάποιο αγώνισμα και έντονες εκτάσεις σε κάποιο άλλο.

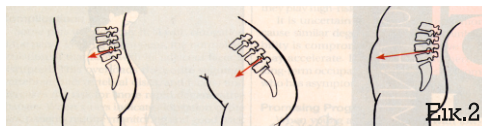


Εικ.1

Η αθλητική δραστηριότητα αυξάνει τη πιθανότητα της βλάβης (Εικ.1) και αυτό έχει άμεση εξάρτηση από τον τύπο του αθλήματος. Αθλήματα με άρση βαρών, στροφικές κινήσεις και κινήσεις υπερέκτασης της Σπονδυλικής στήλης είναι τα πλέον επικίνδυνα. Συγ-

κεκριμένα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η πιθανότητα για Σπονδυλόλυση είναι: Καταδύσεις 63,3%, Άρση βαρών 36,2%, Πάλη 33%, Γυμναστική 32%, Στίβος 22,5%, Ποδοσφαίρο 21%, Γενικός πληθυσμός 5%. Η Σπονδυλόλυση προκαλείται, από τις συνεχείς επαναλαμβανόμενες μικροκινήσεις

καταπόνησης σε κάμψη και κυρίως σε έκταση της Οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, οι οποίες αναπτύσσουν διατμητικά φορτία στην περιοχή των οπισθίων σπονδυλικών διαρθρώσεων με αποτέλεσμα κάταγμα εκ κοπώσεως. (Εικ.2).



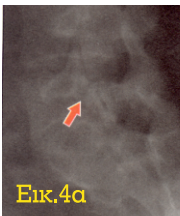
Εικ.2

Στη κλινική εξέταση, ο πόνος εντοπίζεται χαμηλά στην μέση 1 εκ. από την μέση γραμμή και όχι περισσότερο, παράπλευρα εντοπίζεται συνήθως ο μυϊκός προέλευσης πόνος. Πρόκειται για χρόνιο πόνο, συνήθως ετερόπλευρο, που μπορεί να προβλεφθεί και να αναπαραχθεί εύκολα, εφ' όσον επαναληφθεί κάποια χαρακτηριστική κίνηση του αθλήματος που προκαλεί τον πόνο και τον αυξάνει σε ένταση. Η θετική δοκιμασία υπερέκτασης της μέσης δηλαδή στηριζόμενος στο ένα πόδι της πάσχουσας πλευράς είναι χαρακτηριστική. (Εικ.3)

Ο ακτινολογικός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει οπισθο-πρόσθια, πλάγια και λοξές, αριστερά και δεξιά ακτινογραφίες όπου φαίνεται το κλασικό " περιλαίμιο του Σκωτσέζικου σκύλου" (Εικ.4α & 4β), που αντιπροσωπεύει το κάταγμα εκ κοπώσεως, το οποίο όμως δεν αναμένεται να εμφανισθεί πριν την 2n-3n εβδομάδα από την βλάβη



Εικ.3



Εικ.4α



Εικ.4β

Πρωϊότερη διάγνωση εάν οι ακτινογραφίες είναι αρνητικές ή αμφίβολες θα δώσει το Σπινθηρογράφημα οστών με Τεχνήτιο Tc 99 που θα δώσει θετικά θερμή περιοχή, εάν στις ακτινογραφίες εμφανισθεί βλάβη έντονα διαγνωστική, αυτό συνήθως σημαί-

νει παλαιά βλάβη. Η Μαγνητική τομογραφία μπορεί να συνεισφέρει ως προς το μέγεθος και τον χρόνο της βλάβης. Θεραπευτικά ενδείκνυται συντηρητική θεραπεία και μόνο επι εμφάνισης επιπλοκών οπίσθια σπονδυλοδεσία ή τοποθέτηση βίδας στην περιοχή του κατάγματος.

Σύμφωνα με τον **R.G.Watkins** το πρωτόκολο θεραπείας για την σπονδυλόλυση είναι το παρακάτω:

**α.** Ακτινογραφίες αρνητικές, σπινθηρογράφημα θετικό ετερόπλευρο. Ενδειξη για ανάπαυση, αποχή από αθλητισμό και εφαρμογή θερμοπλαστικού νάρθηκα οσφύος για 3-6 μήνες. Πιθανότητα πώρωσης του κατάγματος έως 100% (Εικ.5)



Εικ.5

**β.** Ακτινολογικά πιθανό ετερόπλευρο κάταγμα σπινθηρογράφημα θετικό αμφοτερόπλευρα. Ανάπαυση, αποχή από τον αθλητισμό και εφαρμογή θερμοπλαστικού νάρθηκα οσφύος για 3-6 μήνες. Πιθανότητα πώρωσης 88%-100%.

**γ.** Ακτινογραφικά πιθανό αμφοτερόπλευρο κάταγμα και σπινθηρογράφημα θετικό άμφω. Ανάπαυση, αποχή από τον αθλητισμό και εφαρμογή νάρθηκα οσφύος για 3-6 μήνες. Πιθανότητα πώρωσης μέτρια.

**δ.** Ακτινογραφικά σίγουρα άμφω σπονδυλόλυση και σπινθηρογράφημα θετικό άμφω. Ανάπαυση, αποχή από τα αθλήματα, νάρθηκας 3-6 μήνες. Πιθανότητα πώρωσης πτωχή.

**ε.** Ακτινογραφικά παλαιά σκληρυντική βλάβη και αρνητικό σπινθηρογράφημα Δεν υπάρχει πιθανότητα πώρωσης. Θεραπεία συμπτωματική ή χειρουργική.

Στην πράξη συστήνεται στον αθλητή τοποθέτηση θερμοπλαστικού νάρθηκα και αυστηρή ανάπαυση και φυσικοθεραπεία για 3 εβδομάδες μέχρι παρέλευσης των συμπτωμάτων. Μετά μπορεί να μετατραπεί ο νάρθηκας σε περισσότερο λειτουργικό, ώστε μετά από 1,5-3 μήνες να μπορεί να αθλείται με τον νάρθηκα έως ότου συμπληρωθεί το διάστημα των 6 μηνών. Η ανακούφιση από τα συμπτώματα επέρχεται σε ποσοστό 88% ακόμη και εάν ακτινολογικά δεν εμφανίζεται πώρωση του κατάγματος στους 6 μήνες, συνεπεία ψευδαρθρώσεως από ισχυρό ινώδη ιστό. Γι' αυτό και θεωρείται καλοήθης ως νόσος αφού συνήθως και με ελάχιστη συντηρητική θεραπεία έχουμε ανακούφιση συμπτωμάτων χωρίς συνήθως υποτροπές.

Βασικό λοιπόν κριτήριο είναι ανάγκη για ταχεία επαναδραστηριοποίησή ακόμη και με την εφαρμογή θερμοπλαστικού νάρθηκα