

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ν. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ  
Χειρουργός Ορθοπαιδικός



## Σκολίωση

Η σκολίωση αποτελεί την πιο συχνή παθολογική παραμόρφωση της σπονδυλικής μας στήλης. Ακριβέστερα ορίζεται ως η παθολογική παρεκτόπιση της σπονδυλικής στήλης προς τα πλάγια, με αποτέλεσμα το σχηματισμό κυρτωμάτων που αποκλίνουν από το φυσιολογικό κατακόρυφο άξονα.

### Στατιστικά χαρακτηριστικά

Η σκολίωση είναι η πιο συχνή παραμόρφωση του κορμού μας καθώς το 25% περίπου των ανθρώπων είναι πιθανοί πάσχοντες από αυτήν. Εκδηλώνεται συχνότερα στην παιδική ή εφηβική ηλικία, ενώ σπανιότερες μορφές είναι η βρεφική σκολίωση και η σκολίωση των ενηλίκων. Ο γυναικείος πληθυσμός είναι αυτός που πλήττεται περισσότερο, με 8 στις 10 πιο σοβαρές περιπτώσεις σκολίωσης να αφορούν νεαρά κορίτσια. Περίπου το 80% των περιπτώσεων σκολίωσης είναι αγνώστου αιτιολογίας για αυτό και συνοψίζονται στον όρο **ίδιοπαθής σκολίωση**. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εξέλιξη της σκολίωσης σταματάει μετά το πέρας της σκελετικής ωρίμανσης του ανθρώπου (20-25 ετών περίπου), ενώ σε σπανιότερες περιπτώσεις συνεχίζεται και μετά την ηλικία αυτή. Τέλος, ανάλογα με τον εντοπισμό της, η σκολίωση αποκτά και τον αντίστοιχο χαρακτηρισμό (θωρακική, οσφυϊκή, μαικτική κ.λπ.)

### Κλινική εικόνα

Η κλινική εμφάνιση της σκολίωσης γίνεται με την





## Ο γυναικείος πληθυσμός είναι αυτός που πλήττεται περισσότερο αφού στις πιο σοβαρές περιπτώσεις σκολίωσης, 8 στις 10 αφορούν νεαρά κορίτσια

παρατήρηση της χαρακτηριστικής παραμόρφωσης στη ράχη του ασθενούς. Πρέπει σε κάθε περίπτωση να γίνεται διάκριση μεταξύ της **οργανικής σκολίωσης**, η οποία αποτελεί μια σαφή παθολογική οντότητα της σπονδυλικής στήλης και της **ανταλγικής σκολίωσης** που προκαλείται από υπάρχουσα παθολογική κατάσταση στα κάτω άκρα, π.χ. άλγος στο ισχίο, ανισοσκελία, κ.λπ. Σπανιότερα, η παραμόρφωση συνοδεύεται από πόνο κυρίως όταν αυτή είναι αρκετά μεγάλη. Πολλές φορές μπορεί να συνυπάρχει κάποιο οικογενειακό ιστορικό σκολίωσης ή ένα ιστορικό κάποιος ανωμαλίας κατά την εγκυμοσύνη.

### Η διάγνωση

Η διάγνωση της σκολίωσης γίνεται με εκτέλεση απλών ειδικών ακτινογραφιών της θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης που λαμβάνονται σε όρθια θέση. Στις ακτινογραφίες γίνεται μέτρηση των γωνιών των κυρτωμάτων και καθορισμός του είδους της σκολίωσης που σε συνδυασμό με την εξέλιξη της νόσου (που ελέγχεται με νέο ακτινολογικό έλεγχο που γίνεται μετά από 6 μήνες από τον αρχικό) καθορίζεται η εξέλιξη της πάθησης, η πρόγνωση της και προσδιορίζεται ο τρόπος αντιμετώπισής της.

Τα ανωτέρω ευρήματα αξιολογούνται και με βάση το βαθμό σκελετικής ωρίμανσης του ασθενούς (ο οποίος καθορίζεται και αυτός από ειδικά ευρήματα στις ακτινογραφίες), έτσι ώστε να υπάρχει μια πλήρης εικόνα της πάθησης. Ένας πλήρης κλινικός έλεγχος της σκολίωσης ολοκληρώνεται με έναν πλήρη νευρολογικό έλεγχο των άκρων και μια μέτρηση του μήκους των κάτω άκρων του ασθενούς.

## Η αντιμετώπιση της σκολίωσης

Η αντιμετώπιση της σκολίωσης καθορίζεται με βάση το είδος, το μέγεθος και την εξέλιξη των κυρτωμάτων της σπονδυλικής στήλης. Κυρτώματα μικρού μεγέθους (μέχρι 20 μοίρες) υποχωρούν αυτόματα ή παραμένουν αμετάβλητα. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ασθενής υποβάλλεται σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ασκήσεων γυμναστικής, με τις οποίες γυμνάζονται οι σπονδυλικοί μύες και εκμηδενίζεται η πιθανότητα περαιτέρω επιδείνωσης του κυρτώματος. Οι κλασικές ασκήσεις ενδυνάμωσης είναι ~~ο κολύμβηση και η περπάτηση~~, η ~~ανάπτυξη από μονόζυγο και τα στήθετα~~, όπως το τρέξιμο και η κολύμβηση. *αδρω και η ανή*  
Μεγαλύτερα κυρτώματα (20-30 μοίρες) στο τέλος *ανάπτυξη*  
της σκελετικής ωρίμανσης, τα οποία παρουσιάζουν *από το*  
προοδευτική επιδείνωση και μετά το πέρας αυτής, *μυός-*  
χρήζουν κάποιας μορφής κδέεμόνα. *Τυπο*

Υπάρχουν αρκετά είδη κδέεμόνων και η επιλογή τους από τον θεράποντα ιατρό γίνεται με βάση τη θέση και το μέγεθος των παθολογικών κυρτωμάτων της σπονδυλικής στήλης. Ο κδέεμόνας πρέπει να φοριέται συνέχεια από τον ασθενή (σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας) και για μεγάλο χρονικό διάστημα και να υπάρχει συχνή επανεκτίμηση της κατάστασης με νέους ακτινολογικούς ελέγχους. Σε πολύ μεγάλα κυρτώματα (πάνω από 30 μοίρες) που συνεχίζουν να επιδεινώνονται και μετά το πέρας της σκελετικής ωρίμανσης, επιλέγεται η χειρουργική θεραπεία με αρκετές διαφορετικές μεθόδους, οι οποίες έχουν το κοινό γνώρισμα της τοποθέτησης εσωτερικού μηχανισμού ευθυγράμμισης της σπονδυλικής στήλης. Τα τελευταία χρόνια, όλο και πιο σπάνια ο ασθενής καταφεύγει στη χειρουργική θεραπεία και αυτό οφείλεται στην πρόωρη διάγνωση και στην ταχύτερη αντιμετώπιση της πάθησης.

Συνοπτικά, η σκολίωση είναι μια συχνή παθολογική



κατάσταση που πλήττει κατά κύριο λόγο τις γυναίκες. Υπάρχουν όμως αρκετοί τρόποι πρόληψης ή πρόωρης αντιμετώπισης της, τόσο με κατάλληλες γυμναστικές ασκήσεις, όσο και με υιοθέτηση ορθών στάσεων του σώματος, όπως η μη άρση μεγάλων βαρών, η αποφυγή μακρόχρονης ανάρτησης βαρέων αντικειμένων από τους ώμους, όπως η γυναικεία τσάντα (ιδίως εάν αυτή αναρτάται μονίμως έκκεντρα από τη μία πλευρά), η υιοθέτηση εργονομικής στάσης στο γραφείο, η αποφυγή μακρόχρονης ορθοστασίας κ.ά. Έτσι μπορεί να δοθεί εύκολα λύση σε ένα συχνό πρόβλημα της εποχής μας, πριν αυτό δημιουργήσει δυσάρεστες καταστάσεις στην ζωή και την εργασία της γυναίκας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μονογραφίες ΕΛ.Ι.Ο.Σ, Κατευθυντήριες γραμμές για την διάγνωση και αντιμετώπιση της οστεοπορωσης, Αθίνα 2004
- Yu W, Gluerr CC, Grampp S et al. Spinal bone mineral assessment in postmenopausal women. Osteoporos INT 1995; 5: 433-439
- Seibel MJ. Molecular markers of bone turnover: biochemical, technical and analytical aspects. Osteoporos Int 2000; Suppl 6: S18-29.