



Σύνδρομο έσω υμενικής πτυχής του γόνατος: συμπτώματα, διάγνωση και αντιμετώπιση

Ο πόνος στην εσωτερική πλευρά της επιγονατίδας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από επώδυνο «κλικ» ή αίσθηση εμπλοκής στην κίνηση, μπορεί να έχει πολλές αιτίες. Μία από αυτές είναι το σύνδρομο έσω υμενικής πτυχής του γόνατος, γνωστό και ως medial plica syndrome. Επειδή τα συμπτώματά του μοιάζουν με εκείνα άλλων παθήσεων, η διάγνωσή του χρειάζεται προσοχή.

Το πρώτο που αξίζει να ξεκαθαριστεί είναι ότι η υμενική πτυχή δεν αποτελεί από μόνη της βλάβη. Πρόκειται για φυσιολογικό ανατομικό σχηματισμό, ο οποίος υπάρχει σε πολλούς ανθρώπους χωρίς να προκαλεί κανένα σύμπτωμα. Το πρόβλημα αρχίζει όταν η πτυχή ερεθιστεί, χάσει μέρος της ελαστικότητάς της, παχυνθεί και αρχίσει να παρεμβάλλεται επώδυνα ανάμεσα στην επιγονατίδα και στον έσω μηριαίο κόνδυλο.

Τι είναι η υμενική πτυχή του γόνατος

Κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη, η άρθρωση του γόνατος σχηματίζεται αρχικά σε επιμέρους διαμερίσματα. Μικρά υπολείμματα του ιστού που τα χωρίζει μπορεί να παραμείνουν ως λεπτές πτυχές του αρθρικού υμένα, της μεμβράνης που περιβάλλει το εσωτερικό της άρθρωσης.

Περιγράφονται η υπερεπιγονατιδική, η υποεπιγονατιδική, η έσω και, σπανιότερα, η έξω υμενική πτυχή. Η έσω συνδέεται συχνότερα με συμπτώματα. Φυσιολογικά είναι μαλακή και ολισθαίνει χωρίς να γίνεται αντιληπτή. Όταν γίνει παχύτερη και λιγότερο ελαστική, μπορεί να τρίβεται στις αρθρικές επιφάνειες κατά την κίνηση.

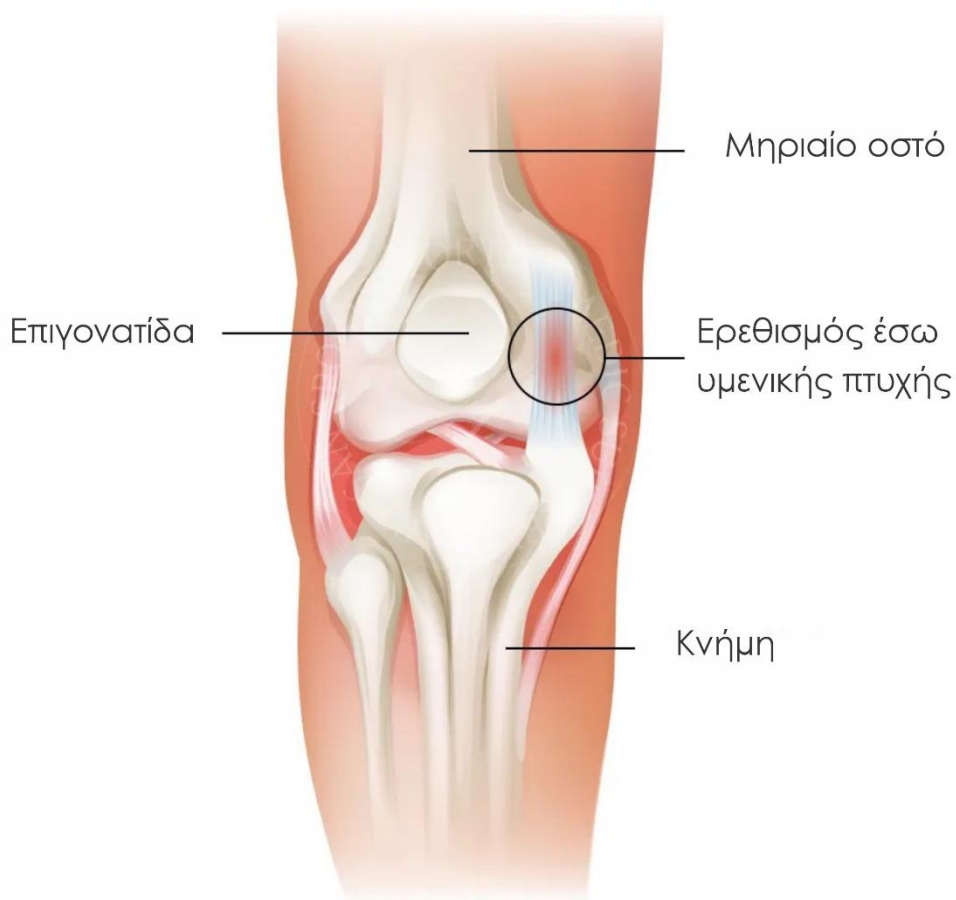
Η παρουσία της σε μαγνητική τομογραφία δεν αρκεί για να τεθεί διάγνωση. Μια πτυχή μπορεί να φαίνεται καθαρά στην εξέταση και να μην έχει καμία σχέση με τον πόνο. Μιλάμε για σύνδρομο μόνο όταν το ιστορικό, η κλινική εξέταση και όπου χρειάζεται, η απεικόνιση συγκλίνουν ότι η συγκεκριμένη δομή είναι η πιθανότερη πηγή των συμπτωμάτων.

Πότε γίνεται συμπτωματική και από τι προκαλείται

Το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί μετά από άμεση κάκωση στην πρόσθια ή έσω ανατομική περιοχή του γόνατος. Συχνότερα, όμως, προηγείται επαναλαμβανόμενη μηχανική επιβάρυνση, όπως μπορεί να συμβεί σε τρέξιμο, ποδηλασία, συχνά βαθιά καθίσματα ή προπόνηση με πολλές επαναλήψεις κάμψης και έκτασης. Μια απότομη αύξηση του όγκου ή της έντασης της προπόνησης μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως εκλυτικός παράγοντας.

Ο αρχικός ερεθισμός μπορεί να προκαλέσει τοπική φλεγμονώδη αντίδραση. Αν η επιβάρυνση συνεχιστεί, ο ιστός ενδέχεται να γίνει πιο ινώδης και άκαμπτος. Τότε η πτυχή μπορεί να αναπηδά πάνω από τον έσω μηριαίο κόνδυλο ή να πιέζει τις γειτονικές αρθρικές επιφάνειες.

Η μειωμένη μυϊκή ικανότητα, ο ανεπαρκής έλεγχος του κάτω άκρου ή η περιορισμένη ελαστικότητα μπορεί να συνυπάρχουν και να επηρεάζουν τη φόρτιση. Δεν είναι, ωστόσο, ορθό να αποδίδεται το σύνδρομο αυτομάτως σε έναν «αδύναμο τετρακέφαλο» ή σε μία απόκλιση της επιγονατίδας. Χρειάζεται να εξετάζονται η έναρξη των ενοχλημάτων, οι απαιτήσεις της δραστηριότητας και η συμπεριφορά του γόνατος στην κίνηση.





Ποια συμπτώματα προκαλεί το σύνδρομο έσω υμενικής πτυχής

Ο πόνος εντοπίζεται συνήθως εμπρός και προς την εσωτερική πλευρά του γόνατος, κοντά στο έσω χείλος της επιγονατίδας. Μπορεί να είναι αμβλύς στην καθημερινότητα και οξύτερος σε συγκεκριμένες κινήσεις. Αρκετοί άνθρωποι περιγράφουν επώδυνο κλικ, αναπήδηση ή μια παροδική αίσθηση εμπλοκής κατά την κάμψη και την έκταση.

Τα συμπτώματα συχνά επιδεινώνονται στις σκάλες, στο βαθύ κάθισμα, μετά από παρατεταμένο κάθισμα με λυγισμένο γόνατο ή έπειτα από επαναλαμβανόμενη άσκηση. Κατά την ψηλάφηση μπορεί να αναγνωρίζεται μια ευαίσθητη, ταινιοειδής δομή κοντά στο έσω χείλος της επιγονατίδας.

Ένα ανώδυνο κλικ είναι συχνό και δε σημαίνει απαραίτητα παθολογία. Αντίστοιχα, ένα πραγματικά «κλειδωμένο» γόνατο, η μεγάλη συλλογή υγρού, η έντονη αστάθεια ή η αδυναμία φόρτισης απαιτούν αξιολόγηση για άλλες κακώσεις και δεν πρέπει να αποδίδονται πρόχειρα σε μια υμενική πτυχή.

Πώς γίνεται η διάγνωση

Η διάγνωση είναι κυρίως κλινική και σε σημαντικό βαθμό, διάγνωση αποκλεισμού. Εξετάζονται η θέση και η συμπεριφορά του πόνου, η έναρξή του, η σχέση του με τη φόρτιση και η παρουσία επώδυνης αναπήδησης. Η ψηλάφηση και ειδικές δοκιμασίες μπορεί να αναπαράγουν τα αναγνωρίσιμα συμπτώματα του ασθενούς.

Παράλληλα χρειάζεται να εξεταστούν άλλες πιθανές αιτίες, όπως ο επιγονατιδομηριαίος πόνος, μια βλάβη του έσω μηνίσκου, η χόνδρινη βλάβη, η οστεοαρθρίτιδα, η τενοντοπάθεια ή θυλακίτιδα στην έσω πλευρά του γόνατος και η αστάθεια της επιγονατίδας. Η ομοιότητα των συμπτωμάτων εξηγεί γιατί η απομόνωση της υμενικής πτυχής ως μοναδικής αιτίας δεν είναι πάντοτε εύκολη.

Οι απλές ακτινογραφίες δεν απεικονίζουν την πτυχή, αλλά ελέγχουν άλλες παθήσεις. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δείξει τη μορφολογία της και να αποκλείσει άλλες ενδοαρθρικές βλάβες. Δεν αποδεικνύει, όμως, ότι η πτυχή που φαίνεται είναι και επώδυνη. Το δυναμικό υπερηχογράφημα μπορεί να είναι χρήσιμο σε έμπειρα χέρια, ιδιαίτερα όταν αναπαράγεται η κίνηση που προκαλεί την αναπήδηση.

Η αρθροσκόπηση επιτρέπει την άμεση παρατήρηση της πτυχής και της επαφής της με τις αρθρικές επιφάνειες. Δεν αποτελεί, όμως, λογική πρώτη εξέταση μόνο για διαγνωστικούς λόγους, καθώς είναι επεμβατική πράξη.



Συντηρητική αντιμετώπιση και φυσικοθεραπεία

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αρχική προσέγγιση είναι συντηρητική. Στόχος είναι να μειωθεί ο ερεθισμός χωρίς άσκοπη και παρατεταμένη ακινητοποίηση. Αυτό σημαίνει προσωρινή τροποποίηση των φορτίων που προκαλούν συμπτώματα και σταδιακή επιστροφή καθώς βελτιώνεται η ανοχή. Φαρμακευτική αγωγή ή έγχυση μπορεί να συζητηθεί με τον ιατρό σε επιλεγμένες περιπτώσεις, αλλά δεν αντικαθιστά την αποκατάσταση της λειτουργίας.

Η φυσικοθεραπεία δεν περιορίζεται σε ένα γενικό και χωρίς προσανατολισμό πρόγραμμα ενδυνάμωσης. Ξεκινά με αξιολόγηση της κινητικότητας, της μυϊκής ικανότητας, του ελέγχου του ισχίου και του γόνατος, της ανοχής σε σκάλες και καθίσματα, καθώς και των απαιτήσεων της εργασίας ή του αθλήματος. Το πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει προοδευτική ενδυνάμωση του τετρακεφάλου και των μυών του ισχίου, βελτίωση της ελαστικότητας όταν υπάρχει ουσιαστικός περιορισμός, νευρομυϊκή εκπαίδευση και ελεγχόμενη επανένταξη στις κινήσεις που προηγούμενως προκαλούσαν πόνο.

Οι ασκήσεις επιλέγονται και δοσολογούνται σύμφωνα με την αντίδραση των συμπτωμάτων. Αν μια συγκεκριμένη γωνία κάμψης προκαλεί επαναλαμβανόμενη επώδυνη αναπήδηση, αρχικά μπορεί να περιοριστεί και να επανεισυχθεί αργότερα. Το manual therapy, η περίδεση ή άλλα θεραπευτικά μέσα ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν επικουρικά όταν προσφέρουν βραχυπρόθεσμη ανακούφιση, όχι όμως ως υποκατάστατο της διαχείρισης φορτίου και της ενεργητικής αποκατάστασης.

Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τόσο η συντηρητική όσο και η χειρουργική αντιμετώπιση μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία. Η ποιότητα των στοιχείων, ωστόσο, παραμένει περιορισμένη και δεν υπάρχει ένα ενιαίο πρωτόκολλο κατάλληλο για όλους. Γι' αυτό χρειάζεται επαναξιολόγηση της πορείας και όχι μηχανική εφαρμογή του ίδιου προγράμματος για εβδομάδες χωρίς σαφή ανταπόκριση.

Πότε εξετάζεται η χειρουργική αντιμετώπιση

Η αρθροσκοπική αφαίρεση της συμπτωματικής πτυχής μπορεί να συζητηθεί όταν η διάγνωση είναι επαρκώς τεκμηριωμένη, τα συμπτώματα παραμένουν λειτουργικά σημαντικά και ένα οργανωμένο πρόγραμμα συντηρητικής θεραπείας δεν έχει αποδώσει. Η επίμονη επώδυνη αναπήδηση, μια παχύτερη πτυχή που έρχεται σε επαφή με τον χόνδρο και η αδυναμία επιστροφής στις αναγκαίες δραστηριότητες μπορεί να ενισχύσουν την ένδειξη, χωρίς να αποτελούν από μόνα τους απόλυτα κριτήρια.

Κατά την αρθροσκόπηση ο χειρουργός ελέγχει ολόκληρη την άρθρωση και αφαιρεί την παθολογική πτυχή, προσπαθώντας να περιορίσει τον τραυματισμό του γειτονικού υμένα και τον κίνδυνο αιμάρθρου ή ουλοποίησης. Τα αποτελέσματα είναι συχνά ικανοποιητικά σε σωστά επιλεγμένους ασθενείς, αλλά δεν υπάρχει εγγύηση ότι κάθε πρόσθιος πόνος θα υποχωρήσει, ιδίως όταν συνυπάρχει χόνδρινη βλάβη ή άλλη αιτία συμπτωμάτων.



Η φυσικοθεραπεία μετά την αρθροσκόπηση

Η μετεγχειρητική αποκατάσταση αρχίζει συνήθως νωρίς, σύμφωνα με τις οδηγίες του χειρουργού και τα ευρήματα της επέμβασης. Οι πρώτοι στόχοι είναι ο έλεγχος του πόνου και του οιδήματος, η αποκατάσταση της έκτασης και της κάμψης και η ομαλή βάδιση. Η φόρτιση συχνά επιτρέπεται άμεσα όσο είναι ανεκτή, εκτός αν έχει πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα άλλη επέμβαση που επιβάλλει περιορισμούς.



Στη συνέχεια δίνεται έμφαση στη λειτουργία του τετρακεφάλου, στην προοδευτική ενδυνάμωση ολόκληρου του κάτω άκρου και στη σταδιακή έκθεση σε σκάλες, καθίσματα, τρέξιμο ή αθλητικές κινήσεις. Η επιστροφή βασίζεται στην επούλωση, στην αντίδραση μετά τη φόρτιση, στο εύρος κίνησης, στη δύναμη και στις πραγματικές απαιτήσεις του ανθρώπου, όχι μόνο στο ημερολόγιο.

Συμπέρασμα

Το σύνδρομο έσω υμενικής πτυχής του γόνατος είναι μια υπαρκτή, αλλά συχνά δύσκολη στη διάγνωση αιτία πόνου στην άρθρωση του γόνατος. Η απλή παρουσία μιας πτυχής στην απεικόνιση δεν ισοδυναμεί με πάθηση. Εκείνο που έχει σημασία είναι αν τα συμπτώματα, τα κλινικά ευρήματα και η συνολική αξιολόγηση σχηματίζουν μια συνεπή εικόνα.

Η συντηρητική αντιμετώπιση, με σωστή διαχείριση της επιβάρυνσης και εξατομικευμένη φυσικοθεραπεία, αποτελεί συνήθως την πρώτη επιλογή. Όταν αυτή δεν αποδίδει και η πτυχή παραμένει η πιθανότερη πηγή των συμπτωμάτων, η αρθροσκοπική αφαίρεση μπορεί να αποτελέσει εύλογη λύση.

Στο Φυσικοθεραπευτήριο «E.Γεωργακόπουλος» έχουμε την εμπειρία, τη γνώση και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό προκειμένου να φροντίσουμε ανθρώπους που υποφέρουν από σύνδρομο έσω υμενικής πτυχής του γόνατος.