

‘ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ’ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΑΣΤΙΓΙΟΥ’(ΣΕΜ)

Ορισμός:

Το ‘Μαστίγιο’ είναι γνωστός όρος σε ασθενείς και κλινικούς. Αναφέρεται για πρώτη φορά από τον Crow το 1928 για να ορίσει ένα μηχανισμό τραυματισμού του αυχένα από ξαφνική υπερέκταση. Επίσης, συναντάται για πρώτη φορά σε ιατρικό σύγγραμμα, του Davis, το 1945 για να αποσαφηνίσει ‘δυσνόητους’ αυχενικούς τραυματισμούς. Το 1995 το Quebec Task Force(Q.T.F.), και ειδικότερα το τμήμα που ασχολείται με διαταραχές σχετιζόμενες με αυχενικούς τραυματισμούς τύπου μαστιγίου, υιοθέτησε τον εξής ορισμό. **‘Μαστίγιο’ είναι ένας μηχανισμός επιτάχυνσης –επιβράδυνσης μεταφοράς ενέργειας στον αυχένα .Μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας οπίσθιας ή πλάγιας σύγκρουσης μηχανοκίνητων οχημάτων αλλά μπορεί επίσης να συμβεί και κατά την κατάδυση ή άλλα ατυχήματα. Η κρούση αυτή μπορεί να προκαλέσει τραυματισμούς οστού ή μαλακού ιστού (τραυματισμός τύπου ‘μαστιγίου’)πού ακολούθως μπορούν να οδηγήσουν σε πλήθος κλινικών εκδηλώσεων.**

Το σύνολο των σημείων και συμπτωμάτων που θεωρείται ότι προέρχονται από έναν τραυματισμό τύπου μαστιγίου ορίζονται ως συνοδές επιπτώσεις ‘μαστιγίου’ (ΣΕΜ).

Μηχανισμός κάκωσης και παθοφυσιολογίας.

Η κινηματική του 'μαστιγίου' έχει συζητηθεί από τον Bogduk(86) .Σε μία οπίσθια σύγκρουση καθώς το αυτοκίνητο και η θέση ωθούνται προς τα εμπρός ,το σώμα και οι ώμοι κινούνται ομοίως προς τα εμπρός, ενώ το κεφάλι αντιστέκεται και έρχεται σε έκταση. Όταν η αδράνεια της κεφαλής εξουδετερωθεί, δημιουργείται μοχλός στον αυχένα που επιταχύνει το κεφάλι και το εκτινάσσει σε κάμψη. Η επιτάχυνση της κεφαλής, στη φάση της έκτασης μπορεί να φτάσει τα 12G και στη φάση της κάμψης τα 16G. Η υπερβολική αυτή επιτάχυνση μπορεί να προκαλέσει μια σειρά τραυματισμών του αυχένα, όπως θλάσεις μυών, ρήξεις συνδέσμων, τραυματισμό νωτιαίου μυελού και αυχενικών νεύρων, τραυματισμό ακόμη και του εγκεφάλου, κοίλες μεσοσπονδύλιων δίσκων, κακώσεις ζογοαποφυσιακών αρθρώσεων ή της κροταφογναθικής άρθρωσης, τραυματισμό αγγείων και ιδιαιτέρως της σπονδυλικής αρτηρίας, δυσλειτουργία του αιθουσιαίου και φυσικά κατάγματα αυχενικών σπονδύλων.

Κλινική εικόνα των Σ.Ε.Μ.

Εκτός από τα κατάγματα όλοι οι άλλοι ιστοί που τραυματίζονται στο 'μαστίγιο' είναι εν δυνάμει παραγωγοί σημείων και συμπτωμάτων. Έτσι οι συνοδές επιπτώσεις Μαστιγίου είναι:

- ❖ Αυχεναλγία ,δυσκαμψία αυχένα-περιορισμένο εύρος κίνησης(στο 70% των πολλαπλών μελετών αναφέροντας ως τα συνηθέστερα)
- ❖ Πονοκέφαλος, ημαλγία, οσφυαλγία(αποτελούν λιγότερο συχνά συμπτώματα αφού αναφέρονται σε ποσοστό 20-70% των πολλαπλών μελετών).
- ❖ Πόνος στο χέρι, πόνος στην ωμοπλάτη, μούδιασμα-παραίσθησία στο χέρι, επιπτώσεις στην όραση και ακοή, μυϊκή ευαισθησία, ζάλη, ναυτία(αποτελούν

σπάνια συμπτώματα αφού αναφέρονται σε ποσοστό χαμηλότερο το 20%)

επίσης

- ❖ Δυσφαγία, εμβοές διάσειση, αϋπνία, προσωρινή διαταραχή μνήμης, εξασθένηση γνώσεων, αδυναμία ανησυχία, κατάθλιψη(τα συμπτώματα αυτά αναφέρονται περιστασιακά

Στις κατά καιρούς εμφανιζόμενες επιστημονικές έρευνες, τις σχετικές με τους αυχενικούς τραυματισμούς τύπου μαστιγίου, εμφανίζονται διάφοροι τρόποι κατάταξης αυτών των κακώσεων. Οι πλέον παραδεκτοί σήμερα είναι οι προτεινόμενοι από το QTF και κατατάσσονται σε πέντε βαθμίδες.

Βαθμίδα 0: Δεν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα

Βαθμίδα 1: Αυχεναλγία, δυσκαμψία ή μόνο ευαισθησία στην αφή και πίεση, αλλά κανένα εύρημα στη φυσική εξέταση.

Βαθμίδα 2: Υπάρχει αυχεναλγία και ευρήματα στη φυσική εξέταση (όπως μειωμένο εύρος κίνησης).

Βαθμίδα 3: Όπου υπάρχει αυχεναλγία μηχανικά σημεία και νευρολογική σημειολογία.

Βαθμίδα 4: Όπου εκτός της αυχεναλγίας έχουμε κατάγματα και εξάρθρηματα.

Το ‘Μαστίγιο’ είναι ένα ιατρικό ή ένα κοινωνικό σύνδρομο;

Η ιατρική αρθρογραφία διχάζεται μεταξύ αυτών που πιστεύουν στην εγκυρότητα των Σ.Ε.Μ. και εκείνων που υποστηρίζουν ότι είναι ένας μύθος. Πολλοί ερευνητές αδυνατούν να εντοπίσουν την αυχενική συμπτωματολογία που εμφανίζουν κάποια άτομα μετά από ένα τροχαίο ατύχημα ακόμα κι αν χρησιμοποιούν διαγνωστικά μέσα υψηλής ακρίβειας όπως MRI. Το γεγονός αυτό οδήγησε ορισμένους ερευνητές να διατυπώσουν την άποψη ότι το σύνδρομο ‘μαστιγίου’ είναι ένα πολιτισμικό κατασκεύασμα σ ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλου πόνου, ένα σύνδρομο νοσηρότητας της ίδιας της κοινωνίας μας. Υποστηρίζουν ότι οι ΣΕΜ υπάρχουν μόνο σε πολιτισμούς όπου

ο πόνος ο οποίος έπεται ενός τροχαίου ατυχήματος είναι αναμενόμενος ,πολλές δε φορές , ακόμη και προσδοκώμενος από ένα ολόκληρο σύστημα υγείας που έχει να επωφεληθεί από αυτόν. Αντιθέτως υποστηρίζουν ότι σε λιγότερο ανεπτυγμένους πολιτισμούς ο αυχενικός πόνος μετά από ένα τροχαίο ατύχημα θα ήταν ασήμαντος και σύντομος. Στα επιχειρήματά τους εκτός από αυτό της απεικονιστικής αδυναμίας των MRI προσθέτουν επίσης

- Την αποτυχία επίτευξης παρόμοιου τραυματισμού σε ζώα παρά μόνο με τη χρήση μεγαλύτερης δύναμης.
- Την έλλειψη αυχεναλγίας σε αυτούς που μπαίνουν στα συγκρουόμενα ή που σκοπίμως εμπλέκονται σε 'συγκρούσεις' χάριν εμπειρίας.
- Την ποικιλία των συμπτωμάτων σε διάφορους πολιτισμούς και χώρες ,που φαίνεται να καθορίζεται περισσότερο από νομικούς, ιατρικούς και ασφαλιστικούς παράγοντες παρά από τη φύση των ατυχημάτων.

Φυσική ιστορία

Στην αμφισβήτηση του συνδρόμου 'μαστιγίου' συμβάλλει πολύ και η ίδια φυσική ιστορία του, η οποία δεν είναι πολύ ξεκάθαρη και δεν ακολουθεί μια ομοιομορφία ή μία προβλέψιμη σειρά. Το ποσοστό των ασθενών που δηλώνουν την ύπαρξη κάποιων ΣΕΜ, εως και 6 μήνες μετά το ατύχημα κυμαίνεται από 19-60%. Το ποσοστό των ασθενών που εξακολουθούν να απέχουν από την εργασία τους εως και 6 μήνες μετά το ατύχημα, επικαλούμενοι κάποιες ΣΕΜ κυμαίνεται από 9-26%. Υπάρχουν πολλές μελέτες οι οποίες αναφέρουν ότι οι ΣΕΜ είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενες και οι ασθενείς μπορούν να είναι βέβαιοι για ευνοϊκή πρόγνωση, όμως υπάρχουν και άλλες, έγκυρες μελέτες που δείχνουν ότι 40% των ασθενών θα έχουν συμπτώματα ακόμα και 2 χρόνια μετά το ατύχημα, ενώ ένα 33% θα έχει συμπτώματα εως και 2,5 χρόνια μετά το ατύχημα. Το QTF αποδέχεται ότι:

- Ο τραυματισμός τύπου ‘μαστιγίου’ μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες ΣΕΜ
- Ως χρόνιες ΣΕΜ ορίζονται αυτές που υφίστανται για περισσότερο από 6 μήνες.
- Οι χρόνιες ΣΕΜ δεν είναι ψυχογενείς
- Ο κίνδυνος χρονίων σημείων και συμπτωμάτων στον αυχένα, μετά από τραυματισμό τύπου ‘μαστιγίου’ δεν είναι ο ίδιος σε όλους τους ασθενείς.

Προγνωστικοί παράγοντες

Για να διακρίνουμε ποιοι ασθενείς πρόκειται να έχουν μια φυσιολογική και γρήγορη ανάρρωση μετά από ένα τραυματισμό τύπου ‘μαστιγίου’, και ποιοι πρόκειται να έχουν καθυστερημένη ανάρρωση, οι μελετητές προσπάθησαν να ταυτοποιήσουν τους προγνωστικούς παράγοντες που σχετίζονται με τα επιμέμοντα συμπτώματα. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. μειωμένη κινητικότητα της ΑΜΣΣ αμέσως μετά το ατύχημα
2. άμεσος και έντονος πόνος στην ΑΜΣΣ
3. σημεία και συμπτώματα στο χέρι
4. πονοκέφαλος
5. μεγαλύτερη ηλικία
6. ακτινολογικά ευρήματα
7. οπίσθια ή πρόσθια πρόσκρουση

Δευτερεύοντες προγνωστικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται επίσης, με επιμέμοντα συμπτώματα, είναι:

1. πόνος στην ωμοπλάτη ή τη ράχη γενικότερα
2. γυναικείο φύλλο
3. προϋπάρχων αυχενικός τραυματισμός
4. προϋπάρχων πονοκέφαλος ή νευρολογικά συμπτώματα

Παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με καλή πρόγνωση είναι:

1. ήπια αρχικά συμπτώματα
2. καθυστερημένη έναρξη αυχεναλγίας και πονοκεφάλου
3. μικρότερη ηλικία

Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση των Σ.Ε.Μ.

Η βαθμίδα 4 δεν αντιμετωπίζεται συντηρητικά.

Η αντιμετώπιση του τραυματισμού τύπου ‘μαστιγίου’ από τον φυσικοθεραπευτή είναι μια δύσκολη υπόθεση και με πολλές πιθανότητες αποτυχίας. Πλήθος ερευνών έδειξαν ότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο θεραπείας που να μπορούμε να εμπιστευτούμε με απόλυτη σιγουριά για να αντιμετωπίσουμε τις ΣΕΜ. Ωστόσο για το οξύ στάδιο, η διαθέσιμη απόδειξη ξεκαθαρίζει τη σπουδαιότητα της επιστροφής στη φυσιολογική δραστηριότητα και την κίνηση, το δυνατόν συντομότερα. Η χρησιμότητα των μηχανημάτων που χρησιμοποιούμε (laser, διαθερμίες, υπέρηχα, tens κ.λ.π.) καθώς και του αυχενικού κολάρου δεν αποδεικνύονται. Η προοδευτική επιστροφή στην πλήρη δραστηριότητα πρέπει να συμπληρώνεται με πλήρη μηχανική εκτίμηση για την ανεύρεση διαταραχής και την ανάγκη για συγκεκριμένη προτίμηση κατεύθυνσης. Για ασθενείς στο χρόνιο στάδιο η απόδειξη είναι ακόμη λιγότερο πειστική και η πιθανότητα επιμενόντων συμπτωμάτων πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Δυσλειτουργίες πολλαπλών κατευθύνσεων, είναι σύνηθες εύρημα σε ασθενείς με χρόνια συμπτώματα. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι ασθενείς με χρόνιες ΣΕΜ πρέπει να αντιμετωπίζονται όπως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο γενικότερα.

Οι Scholten-Peeters et al παρουσίασαν έναν οδηγό για τη φυσικοθεραπευτική προσέγγιση ασθενών με ΣΕΜ, με την επισήμανση ότι η επιστημονική τεκμηρίωση, τόσο για τη διάγνωση όσο και τη φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση του ‘μαστιγίου’ είναι πενιχρή. Γι’ αυτό πολλά τμήματα της εργασίας αυτής διατυπώθηκαν κατόπιν απλής ομοφωνίας, αφού δεν υπάρχει επαρκής απόδειξη. Η εργασία αυτή αντικατοπτρίζει τις έως τώρα γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων φυσικοθεραπευτικών μέσων και τεχνικών σε τραυματισμούς ‘μαστιγίου’.

Κλινικές οδηγίες για την αντιμετώπιση ασθενών με ΣΕΜ

(Scholten-Peeters et al)

A. Ιστορικό

- Πληροφορίες από το γιατρό που τον εξέτασε πρώτος
- Πληροφορίες από άλλες διαγνωστικές μεθόδους (ακτινογραφίες M.R.I.)
- Πότε έγινε το ατύχημα
- Πώς ακριβώς έγινε
- Ποια είναι τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής
- Πόσο χρόνο παραπονείται για αυτά
- Ποια είναι η έντασή τους
- Βελτιούμενα-Αμετάβλητα-Επιδεινούμενα
- Συνεχή-Διακοπτόμενα
- Δραστηριότητες του ασθενή
- Άλλα προβλήματα υγείας σχετικά με το τραυματισμό 'μαστιγίου'

B.Εξέταση

- Παρατήρηση
- Νευρολογικός έλεγχος (κινητική ανεπάρκεια, αισθητική ανεπάρκεια, αντανακλαστικά, σημεία τάσης νευρικού ιστού).
- Έλεγχος κινητικότητας ΑΜΣΣ.
- Έλεγχος σταθερότητας της ΑΜΣΣ.

Μετά τη λήψη του ιστορικού και τη φυσική εξέταση ο φυσικοθεραπευτής θα μπορεί:

- Να διαπιστώσει ποια από τα προβλήματα που αναφέρει ο ασθενής σχετίζονται με το τραυματισμό τύπου 'μαστιγίου'
- Να κατατάξει τις ΣΕΜ στην βαθμίδα που ανήκει
- Να διαπιστώσει τους προγνωστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ανάρρωση του
- Να αποφανθεί για το αν θα περιμένει φυσιολογική ή καθυστερημένη ανάρρωση

- Να φτιάξει το πλάνο θεραπείας

Γ.Πλάνο Θεραπείας

Το πλάνο θεραπείας που προτείνουν οι Schoten-Peeters et al χωρίζει τους ασθενείς σε κατηγορίες ανάλογα με το χρόνο που έχει περάσει από τη στιγμή του τραυματισμού.

Κατηγορία 1^η (<4 μέρες)

- Μείωση πόνου
- Παροχή πληροφοριών για τον τραυματισμό τύπου 'μαστιγίου'. Συνιστούνται ήπιες ενεργητικές κινήσεις του αυχένα σε ένα εύρος χωρίς πόνο. Συμβουλεύεται ο ασθενής να συνεχίσει όσο μπορεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, ενημερώνοντάς τον ότι η αδράνεια μπορεί να επιφέρει χρόνιο πόνο.

Κατηγορία 2^η (από 4 μέρες έως 3 βδομάδες)

- Παροχή πληροφοριών για το 'μαστίγιο'
- Βελτίωση λειτουργικότητας

Ενθαρρύνεται ο ασθενής να συνεχίσει και να αυξήσει τις δραστηριότητές του(περπάτημα, οικιακές εργασίες κ.λ.π) Αυξάνουμε το εύρος κίνησης των ενεργητικών ασκήσεων του αυχένα, εφαρμόζουμε τεχνικές σταθεροποίησης του αυχένα και εισάγουμε ασκήσεις λειτουργικότητας.

Κατηγορία 3^η (από 3 έως 6 εβδομάδες)

Φυσιολογική ανάρρωση

- Παροχή πληροφοριών για το 'μαστίγιο'
- Βελτίωση λειτουργικότητας
- Αύξηση δραστηριοτήτων

Στη φάση αυτή, ενθαρρύνεται ο ασθενής να δραστηριοποιηθεί στα όρια της αντοχής του. Συνεχίζουμε τις ασκήσεις σταθεροποίησης, στοχεύουμε στην ανάκτηση όλου του εύρους κίνησης και εισάγουμε ασκήσεις ενδυνάμωσης των αυχενικών μυών.

Καθυστερημένη ανάρρωση

- Ενθάρρυνση του ασθενή για ενεργητική συμμετοχή στην αποκατάσταση
- Σταδιακή αύξηση των δραστηριοτήτων του.

Στην περίπτωση αυτή είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε και τους ψυχολογικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τον ασθενή και να τον βοηθήσουμε όσο μπορούμε (συμβουλή ψυχολόγου). Φυσικά και πάλι η ενθάρρυνση του για μία δραστηριοποίηση θα είναι καθημερινή, όμως πρέπει να προχωρούμε με αργά βήματα στην αύξησή της.

Κατηγορία 4^η (από 6 εβδομάδες έως πάνω από 3 μήνες)
Φυσιολογική ανάρρωση

- Περαιτέρω αύξηση των δραστηριοτήτων του ασθενή

Καθυστερημένη ανάρρωση

- Αξιολόγηση ψυχολογικών παραγόντων του ασθενή και συμβουλές από ειδικό
- Ενθάρρυνση του ασθενή για σταδιακή αύξηση των δραστηριοτήτων του

Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να επαναξιολογείται η κατάσταση του ασθενή

Στο οξύ στάδιο ακολουθούμε τους κανόνες που εφαρμόζουμε σε κάθε τραύμα. Ήπια κινητοποίηση που αρχίζει με ήπιες οπίσθιες έλξεις ή στροφές χωρίς να δημιουργούμε συμπτώματα τα οποία παραμένουν μετά την άσκηση.

Συμπεράσματα

→ Παρόλο που πολύ συχνά οι απεικονιστικές εξετάσεις δεν ανιχνεύουν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στους ασθενείς με ΣΕΜ, πολλαπλές μικροκακώσεις σε όλους σχεδόν τους ιστούς του αυχένα και του κρανίου, είναι πιθανόν να ευθύνονται για τα συμπτώματα των ασθενών αυτών.

→ Δεν υπάρχει επαρκής επιστημονική απόδειξη για το πώς τα διάφορα φυσικοθεραπευτικά μέσα μπορούν να επηρεάσουν το πλήθος των κλινικών εκδηλώσεων, όμως αποδεικνύεται ότι η πρόωπη κινητοποίηση είναι προτιμότερη από την ανάπαυση και τη χρήση κολάρου, καθώς μειώνει τις πιθανότητες για χρόνιες ΣΕΜ.

→ Στους ασθενείς τους οποίους διαπιστώνεται πρότυπο καθυστερημένης ανάρρωσης, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν σημαντικό ρόλο και θα πρέπει να αξιολογηθούν και να αντιμετωπιστούν ανάλογα.

→ Οι ασθενείς με χρόνιες ΣΕΜ πρέπει να αντιμετωπίζονται όπως οι ασθενείς με χρόνια νόσο, γενικότερα.



ΚΑΛΕΣ ΓΙΟΡΤΕΣ!!

