

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Απώλεια αισθήσεων και κώμα

Roger Dalton

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Άνδρας πληκτός 57 ετών βρέθηκε αναίσθητος στο σπίτι του. Όταν ο γυναίκα του έφυγε για τη δουκειά της, στις 7 το πρωί, τον άφησε στο κρεβάτι. Όταν επέστρεψε στις 3.45 μ.μ. τον βρήκε στην ίδια θέση, μη αφυπνιζόμενο, με απώλεια ούρων, και η κούπα με τσάι που είχε αφήσει γι' αυτόν ήταν άθικτη. Τον τελευταίο καιρό δεν αισθανόταν καλά και του είχαν συνταγογραφθεί προσφάτως για μια πυώδη ωτίτιδα που παρουσίασε αντιβιοτικά και co-codamol (συνδυασμός κωδεΐνης και παρακεταμόλης) από γενικό ιατρό. Στο ατομικό του ιστορικό αναφέρονται: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, υπέρταση και μείζων κατάθλιψη. Ως φαρμακευτική αγωγή φαίνεται ότι πλαμβάνει γηικιλαζίδη 80 mg δύο φορές ημεροποίως, ατενολόδη 25 mg μία φορά ημεροποίως, ραμιπρίλη 5 mg μία φορά ημεροποίως και αμιτριπτιλίνη 25 mg μία φορά ημεροποίως. Δεν υπάρχουν γνωστές αλληλεργίες. Η σύζυγός του αναφέρει επίσης ότι το τελευταίο διάστημα ο ασθενής υπέφερε από κεφαλαλγίες, ενώ κανείς άλλος στο σπίτι δεν παρουσίασε κάποια αδιαθεσία.

Πίνακας 1.1 Κλίμακα Γλασκώβης
(Glasgow Coma Score)

Άνοιγμα ματιών (E)

Αυθόρυμπτα	4
Σε πρόσταγμα	3
Σε πόνο	2
Καμία αντίδραση	1

Λεκτική αντίδραση (V)

Προσανατολισμένος	5
Συγκεχυμένος	4
Ακατάληπτες πλέξεις	3
Ακατάληπτοι πόνοι	2
Καμία αντίδραση	1

Κινητική αντίδραση (M)

Ακολουθεί εντολές	6
Εντοπίζει τον πόνο	5
Απόσυρση σε πόνο	4
Καμπτική κίνηση σε επώδυνο ερέθισμα	3
Εκτατική κίνηση σε επώδυνο ερέθισμα	2
Καμία αντίδραση	1

Ερώτηση: Ποια είναι η διαφορική διάγνωση με βάση το ιστορικό;

Ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα, το οποίο ορίζεται ως «αδυναμία αφύπνισης και αντίδρασης». Χρησιμοποιώντας αντικειμενικό τρόπο εκτίμησης της κλινικής του κατάστασης, το Glasgow Coma Score (βλ. Πίνακα 1.1.), το κώμα ορίζεται ως ένα score μικρότερο ή ίσο με 8. Οι ασθενείς με score μεταξύ 14 και 9 θεωρούνται ότι έχουν διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης, ενώ εκείνοι με score 15 θεωρούνται φυσιολογικοί, σε εγρήγορση και προσανατολισμένοι. Κατά τη διαφορική διάγνωση μιας κωματώδους κατάστασης είναι σημαντικό να εξετάζονται και να διερευνώνται πρώτα τα αίτια που είναι εύκολα αναστρέψιμα.

Υπογλυκαιμία:

Ο ασθενής είναι γνωστός διαβητικός. Η υπογλυκαιμία ή, λιγότερο συχνά, η υπεργλυκαιμία μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και επιβάλλεται να διαγνωσθούν και να θεραπευθούν άμεσα. Μια απλή παρακλίνεια μέτρηση της γλυκόζης αίματος θα αποκαλύψει τη διαταραχή των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα και θα οδηγήσει στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

Κατά την αρχική προσέγγιση ασθενούς σε συγχυτική κατάσταση ή διαταραχή του επιπέδου συνείδησης ή κώμα

Πλαίσιο 1.1 Φάρμακα τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο συνείδησης

- Αλκοόλ
- Οπιούχα
- Βενζοδιαζεπίνες
- Τρικυκλικά αντικαταθητικά
- Ναρκωτικά του δρόμου (street drugs), π.χ. γ-υδροξυβουτυρικό οξύ

ή εστιακά νευρολογικά σημεία πρέπει να προσδιορίζεται απαραίτητως η γλυκόζη αίματος. Τα νευρολογικά σημεία που οφείλονται στην υπογλυκαιμία υποχωρούν συνήθως ταχέως με την αντιμετώπισή της, ενώ η αδυναμία αναγνώρισης και άμεσης αντιμετώπισης της υπογλυκαιμίας ενδέχεται να οδηγήσει σε μόνιμη νευρολογική βλάβη.

Φάρμακα και αλκοόλ

Κατάχρηση αλκοόλ με ή χωρίς παράλληλη χρήση συνταγογραφούμενων ή ευφορικών φαρμάκων αποτελεί τη συχνότερη αιτία απώλειας συνείδησης και δεν είναι ταχέως αντιστρέψιμη. Από όλα τα φάρμακα που επηρεάζουν το επίπεδο συνείδησης (βλέπε Πλαίσιο 1.1), η λήψη οπιούχων αποτελεί τη μοναδική ομάδα που είναι άμεσα αντιμετώπισμη. Η μεγάλη δόση οπιούχων οδηγεί σε κώμα και σε απειλητική για τη ζωή αναπνευστική παράλυση, η οποία όμως μπορεί ευτυχώς να αντιμετωπιστεί

Πλαίσιο 1.2 Σημεία ενδεικτικά λήψης οπιούχων

- Εκπτώση επιπέδου συνείδοσης
- Βραδύπνοια
- Αμφοτερόπλευρη μύση (κόρες σε μέγεθος κεφαλής καρφίτσας)
- Ιχνη παρακέντησης φθεβών

Πλαίσιο 1.3 Ευρήματα ενδεικτικά υπερβολικής δόσης τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών

- Ξηρόστομία και ξηρό δέρμα
- Κατακρατηση σύρρων
- Τακυκαρδία
- Αταξία
- Μυοκλονικές κινήσεις των άκρων
- Αποκλίνων στραβισμός
- Διαταραχή επιπέδου συνείδοσης

γρήγορα και αποτελεσματικά με τον ανταγωνιστή των οπιούχων να λοξώνη. Η ναλοξόνη πρέπει να χορηγείται σε κάθε ασθενή με ευρήματα και συμπτώματα συμβατά δηλητηρίασης από οπιούχα. Τα σημεία της δηλητηρίασης από οπιούχα φαίνονται στο Πλαίσιο 1.2.

Η λήψη οπιούχων πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν και να διερευνηθεί στον ασθενή αυτόν, ο οποίος είχε πρόσβαση στο απλό αναλγητικό co-codamol (αποτελεί συνδυασμό παρακεταμόλης και του οπιούχου κωδεΐνης).

Επίσης, η υπερβολική δόση αμιτριπτιλίνης, μιας κοινής αιτίας κώματος, πρέπει επίσης να διερευνηθεί λαμβάνοντας υπ' όψιν την κατάθλιψη και την πρόσβαση του ασθενούς στο φάρμακο. Τα κλινικά σημεία υπερβολικής λήψης τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού φαίνονται στο Πλαίσιο 1.3.

Ενδοκράνια αιμορραγία

Τα αγγειακά αίτια του κώματος είναι συχνά. Ο ασθενής αυτός είναι γνωστό ότι έχει υπέρταση, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο ενδοκράνιας αιμορραγίας. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδοκράνιας αιμορραγίας είναι η αιφνίδια κεφαλαλγία, η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και τα εστιακά νευρολογικά ευρήματα. Η αυτόματη ενδοκράνια αιμορραγία επισυμβαίνει συνήθως στον υπαραχνοειδή χώρο ή στις κοιλίες του εγκεφάλου και στην εγκεφαλική ουσία προκαλώντας υπαραχνοειδή ή ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία αντίστοιχα (βλ. Εικόνα 1.1).

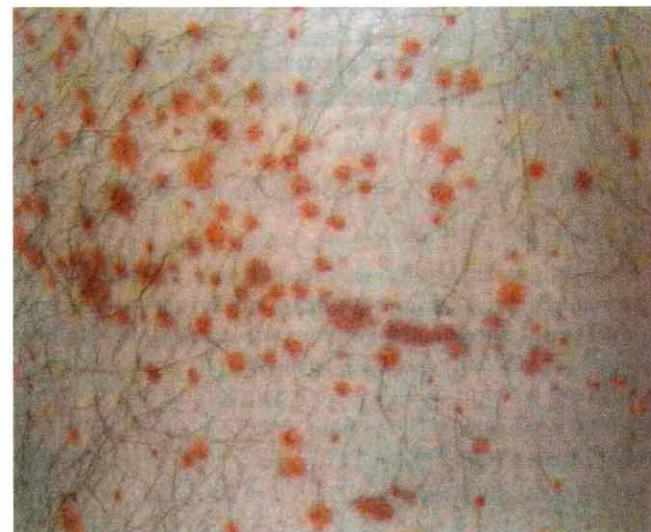
Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια που οφείλονται σε εγκεφαλικό έμφρακτο εμφανίζονται συνήθως με διαφορετικό τρόπο από τις ενδοκράνιες αιμορραγίες. Η πιο σημαντική διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι στα περισσότερα αγγειακά εγκεφαλικά δεν επηρεάζεται το επίπεδο συνείδησης. Ενδέχεται να υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία με τον ασθενή λόγω κινητικής ή αισθητηριακής αφασίας, αλλά αυτό καθαυτό το επίπεδο συνείδησης δεν διαταράσσεται συνήθως. Στα έμφρακτα που εντοπίζονται στο εγκεφαλικό στέλεχος (συνήθως σε αμφοτερόπλευρη γεφυρική βλάβη), τα οποία οδηγούν σε «σύνδρομο εγκλεισμού» («locked syndrome»), οι ασθενείς έχουν πλήρη επίγνωση του περιβάλλοντος, αλλά είναι ανίκανοι να απαντήσουν ή να επικοινωνήσουν και δίνουν την εντύπωση ότι βρίσκονται σε κώμα.

Λοίμωξη

Μια λοίμωξη μπορεί να οδηγήσει σε κώμα. Ενδέχεται να



Εικόνα 1.1 Ενδοκράνια αιμορραγία. Αξονική τομογραφία ασθενούς με εκτεταμένη ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία. Παρατηρείται οίμα στις κοιλίες με διάταση των κροταφικών κεράτων των πλαγίων κοιλιών, ενδεικτική υδροκεφάλου.



Εικόνα 1.2 Πορφυρικό εξάνθημα.

πρόκειται για συστηματική λοίμωξη, όπως για παράδειγμα η σήψη, είτε ενδοκράνια, όπως η μηνιγγίτιδα ή η εγκεφαλίτιδα. Οι ασθενείς με μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα εμφανίζουν κώμα κυρίως όταν υπάρχει αυξημένη ενδοκράνια πίεση.

Συνήθως παρουσιάζουν μια πρόδρομη φάση η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μηνιγγικού ερεθισμού (αυχενική δυσκαμψία, κεφαλαλγία, φωτοφοβία), σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης (ευερεθιστότητα, πτώση του επιπέδου συνείδησης, έμετοι, σπασμοί) και σημεία λοίμωξης (πυρετός, λήθαργος).

Πίνακας 1.2 Αίτια μυνιγγίτιδας/εγκεφαλίτιδας

Βακτήρια	<i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Listeria</i> (σε ηλικιωμένους), <i>Haemophilus influenzae</i> , TB
Iοί	Herpes simplex, Coxsackie, Echo, Iός παρωτίτιδας, HIV
Μύκοτες	<i>Cryptococcus neoformans</i>
Άλλα	Φάρμακα (τριμεθοπρίμον, ΜΣΑΦ). Σαρκοείδωση, Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Πλαίσιο 1.4 Άτυπα κλινικά σημεία σε κώμα

- Διατήρηση ανοιγοκλείσιματος ματιών
- Ενεργητική διατήρηση κλειστών ματιών
- Ενεργητικό κλείσιμο των ματιών μετά από το άνοιγμά τους
- Εμφάνιση του φαινομένου του Bell (μάτια στραμμένα προς τα πάνω όταν ο εξεταστής του τα ανοίγει)

Αν ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι η *Neisseria meningitidis*, σχεδόν στο 50% των ασθενών ανευρίσκεται πετεχιώδες/πορφυρικό εξάνθημα, ενώ άλλοι μικροοργανισμοί μπορεί να προκαλέσουν ένα λιγότερο χαρακτηριστικό εξάνθημα (βλ. Εικόνα 1.2). Οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.2.

Η έγκαιρη διάγνωση της μυνιγγίτιδας είναι ζωτικής σημασίας καθώς, αν δεν χορηγηθεί άμεσα η κατάλληλη θεραπεία, η θνητότητα προσεγγίζει το 100%.

Αυτός ο ασθενής έχει ωτική λοίμωξη με πυώδες έκκριμα η οποία θα μπορούσε να είναι πηγή ενδοκράνιας λοίμωξης.

Μετακριστική κατάσταση

Μετά από μία γενικευμένη επιληπτική κρίση, οι ασθενείς ενδέχεται να μην αντιδρούν στο πλαίσιο της μετακριστικής κατάστασης. Τυπικά, ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε κώμα αμέσως μετά την επιληπτική κρίση, αλλά το επίπεδο συνείδησής του βελτιώνεται ταχέως μέσα σε 30-60 λεπτά, οπότε και ανακτά την ικανότητα να δώσει ιστορικό. Η απώλεια ούρων και το δάγκωμα της γλώσσας με παρουσία αίματος μέσα ή γύρω από το στόμα συνηγορούν, αλλά δεν είναι διαγνωστικά επιληφίας.

Η διάρκεια παραμονής αυτού του ασθενούς σε κωματώδη κατάσταση δεν συνηγορεί για μετακριστική κατάσταση. Ωστόσο κατά την εξέταση θα ήταν σημαντικό να διερευνηθεί η ύπαρξη στοιχείων συνεχιζόμενης επιληπτικής δραστηριότητας (π.χ. υπερτονία), καθώς η ύπαρξη *status epilepticus* είναι πιθανή.

Ψυχογενές κώμα

Το ψυχογενές κώμα είναι σπάνιο, αντιστοιχεί σε λιγότερο από 2% των αιτίων κώματος και αποτελεί αυστηρά διάγνωση εξ αποκλεισμού. Συνεπώς ο ασθενής πρέπει να εκτιμηθεί επιμελώς και πλήρως για άλλες πιθανές αιτίες διαταρχής του επιπέδου συνείδησης, καθώς καταστάσεις όπως ο υδροκέφαλος και ο διαχωρισμός σπονδυλικής αρτηρίας έχουν περιστασιακά διαγνωσθεί αρχικώς λανθασμένα ως ψυχογενείς. Υπάρχουν αρκετά κλινικά χαρακτηριστικά που μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής βρίσκεται σε εγρήγορση (βλ. Πλαίσιο 1.4), αλλά κανένα από αυτά δεν είναι διαγνωστικό.

Πλαίσιο 1.5 Μεταβολικά αίτια κώματος

- Υποξία
- Υπερκαπνία (νάρκωση από CO₂)
- Υπο- ή υπερκαπνίαιμα
- Υπο- ή υπερνατριαιμία
- Ουραιμία
- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- Νόσος Addison
- Νόσος Cushing
- Υπο- ή υπερθυρεοειδισμός
- Υποϋποφυσισμός

Άλλες αιτίες κώματος που δεν είναι συμβατές με το ιστορικό

Τραύμα

Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι μια από τις βασικότερες αιτίες κώματος, αλλά δεν υπάρχει εδώ συμβατό με κάκωση ιστορικό.

Δομικές βλάβες εγκεφάλου

Τα λόγω δομικής βλάβης του εγκεφάλου αίτια κώματος είναι σχετικά σπάνια. Οι χωροκατακτητικές εξεργασίες του εγκεφάλου προκαλούν κώμα είτε λόγω των πιεστικών φαινομένων στον εγκέφαλο είτε λόγω της ανατομικής θέσης της εξεργασίας.

Η συχνότερη αιτία εγκεφαλικής χωροκατακτητικής εξεργασίας είναι οι πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκοι του εγκεφάλου, ενώ σπανιότερα ευθύνονται το εγκεφαλικό απόστημα, οι κύστες (π.χ. κυστικέρκωση, κολλοειδείς κύστες της τρίτης κοιλίας) και τα κοκκιώματα (π.χ. σαρκοείδωση, TB).

Τυπικά, οι χωροκατακτητικές εξεργασίες προκαλούν βραδέως εξελισσόμενα συμπτώματα, αλλά είναι πιθανό να εκδηλωθούν με οξύ κώμα λόγω αιμορραγίας μέσα στη χωροκατακτητική εξεργασία.

Δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα

Η δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα είναι σχετικά σπάνια αιτία κώματος. Η εισπνοή καπνού, αναθυμιάσεων από κακή συντήρηση καυστήρων υγραερίου και αναθυμιάσεων από εξάτμιση αυτοκινήτου αποτελούν δυνητικές αιτίες. Αν η δηλητηρίαση είναι χρόνια, πρόδρομα συμπτώματα όπως κόπωση και κεφαλαλγίες αποτελούν στοιχεία που μπορούν να κατευθύνουν προς τη διάγνωση. Καθώς επηρεάζονται συνήθως και άλλα άτομα από το περιβάλλον του ασθενούς με τα οποία συγκατοικεί, η απουσία συμπτωμάτων από τη σύζυγο του ασθενούς απομακρύνει από αυτή τη διάγνωση.

Μεταβολικά αίτια

Αναφέρονται στο Πλαίσιο 1.5.

Ανασκόπηση περιστατικού

Σε επιπλέον ερωτήσεις, η σύζυγος του ασθενούς επιβεβαίωσε ότι ο ασθενής δεν είχε λάβει καθόλου από τα συνταγογραφούμενα δισκία co-codamol ή αμιτριπτιλίνης, καθώς τα κουτιά παρέμειναν πλήρη, όπως επίσης και ότι δεν κατανάλωσε αλκοόλ.

Αναφέρει επίσης ότι έχουν ένα εσωτερικό μόνιτορ μονοξείδιου του άνθρακα το οποίο είχε πρόσφατα ελεγχθεί και λειτουργούσε καλά.

Κλινική εξέταση

Η εξέταση του ασθενούς έδωσε 7 βαθμούς της κλίμακας Γλασκώβης (GCS, Score 7, E2, M4, V1).

Ο ασθενής είχε καθαρό αεραγωγό και 18 αναπνοές ανά λεπτό.

Δεν υπήρχε απόπνοια αλκοόλ ή οξύνης. Από την ακρόαση του θώρακα δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Καρδιακή συχνότητα 94/min, αρτηριακή πίεση 180/105 mmHg, θερμοκρασία 36,2 °C. Γλυκόζη αίματος 6,2 mmol/l.

Δεν υπήρχαν εξωτερικά σημεία κάκωσης της κεφαλής και η κλινική εξέταση του θώρακα, της κοιλίας και των άκρων δεν απέδωσε αξιοσημείωτα ευρήματα. Δεν υπήρχε εξάνθημα.

Οι κόρες των ματιών ήταν ισομεγέθεις με φυσιολογική αντίδραση στο φως. Τα άκρα του ήταν γενικώς υποτονικά με ζωηρά αντανακλαστικά στο δεξιό άνω και κάτω άκρο. Θετικό πελματιαίο αντανακλαστικό δεξιά.

Ερώτηση: Με βάση το ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα, ποια είναι η δική σας επικρατούσα διάγνωση;

Επικρατούσα διάγνωση – Ενδοκράνια αιμορραγία

Οι κλινικές πληροφορίες που παρέχονται βοηθούν να αποκλεισθούν αρκετές καταστάσεις από τη διαφορική διάγνωση.

Ο ασθενής δεν έχει υπογλυκαιμία και επίσης δεν υπάρχουν ενδείξεις για λήψη οπιούχων ή αμιτριπτιλίνης. Είναι απύρετος και δεν έχει καμία ένδειξη μηνιγγιτιδοκοκκικής λοιμωξης. Το ιστορικό της υπέρτασης αλλά και η οξεία εγκατάσταση του κώματος συνηγορούν ισχυρά υπέρ αγγειακού αιτίου, όπως η ενδοκράνια αιμορραγία.

Αντιμετώπιση

Ο ασθενής είναι σε κώμα και έχει ένδειξη να υποβληθεί σε επείγουσα αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου. Εφόσον το score της κλίμακας Γλασκώβης του ασθενούς είναι 7 και ο αεραγωγός του δεν είναι διασφαλισμένος, πρέπει να υποβληθεί σε διασωλήνωση της τραχείας και μηχανικό αερισμό. Δεν απαιτείται επί του παρόντος ειδική αγωγή για έλεγχο της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς.

Έκβαση

Η αξονική τομογραφία έδειξε εκτεταμένη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία με αίμα στις κοιλίες και υδροκέφαλο. Ζητήθηκε επειγόντως νευροχειρουργική εξέταση, αλλά δυστυχώς ο ασθενής απεβίωσε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης παροχέτευσης του υδροκεφάλου.

Βιβλιογραφία

- Axford J, O'Callaghan C. *Medicine*, Second Edition. Blackwell Science, Oxford, 2004.
- Patten JP. *Neurological Differential Diagnosis*. Springer-Verlag, Berlin, 1995.
- Ramrakha P, Moore K. *Oxford Handbook of Acute Medicine*, Second Edition. Oxford University Press, Oxford, 2004.
- Tintinalli J, Kelen G, Stapczynski S, et al. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, Sixth Edition. McGraw-Hill, New York, 2003.
- Wyatt JP, Illingworth R, Graham C, et al. *Oxford Handbook of Emergency Medicine*, Third Edition. Oxford University Press, Oxford, 2006.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Άλγος γαστροκνημίας

Francis Morris και Alan Fletcher

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Άνδρας πλικής 43 ετών προσέρχεται με άλγος και οίδημα στη δεξιά γαστροκνημία. Αναφέρει ότι τρεις ημέρες πριν εμφάνισε ενόχληση και κράμπες στη δεξιά του γαστροκνημία συνοδευόμενα από μικρού βαθμού οίδημα. Έλαβε παρακεταμόλη αλλά τα συμπτώματα δεν υποχώρησαν. Την ημέρα προσέλθευσαν αναφέρει ότι γήιστρος βγαίνοντας από το μπάνιο και αισθάνθηκε ένα τράβηγμα στην πίσω επιφάνεια του ποδιού του που συνοδεύθηκε από αιφνίδια επιδείνωση του πόνου, ώστε να βαδίζει τώρα κουτσαίνοντας. Στο παρεπόμπον υπέφερε από ελκώδη κοιλίτιδα η οποία επέγχθηκε με χορήγηση salazopyrin. Επίσης έλαβε πρόσφατα θεραπεία με σιπροφλοξαδίνη για ορχεο-επιδιδυμίτιδα. Είναι καπνιστής. Δεν αναφέρει κάποιο άπλιτο σημαντικό πρόβλημα με την υγεία του και δεν εμφανίζει άπλιτα συμπτώματα.

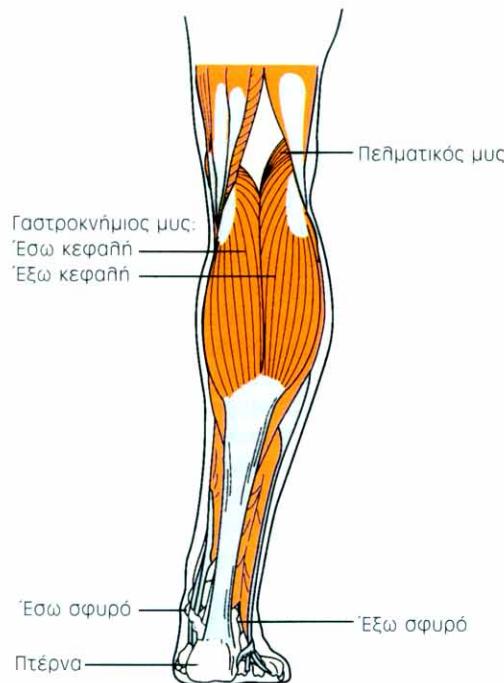
Ερώτηση: Ποια είναι η διαφορική διάγνωση με βάση το ιστορικό;

Υπάρχουν διάφορα αίτια άλγους στη γαστροκνημία τα οποία διακρίνονται σε αυτά που εμφανίζονται αιφνίδιως και είναι συνήθως μυοσκελετικής προέλευσης και σε αυτά που χαρακτηρίζονται από προοδευτικά εμφανιζόμενο πόνο και αντιστοιχούν σε αρκετά σοβαρές καταστάσεις, όπως η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (DVT).

Τραυματισμός γαστροκνημίου μυός

Ένα από τα βασικότερα αίτια που οδηγούν σε αιφνίδιο πόνο στη γαστροκνημία είναι η θλάση τής έσω κεφαλής του γαστροκνημίου μυός. Ο τραυματισμός αυτός είναι συνηθέστερος σε άνδρες, κυρίως σε άτομα που είναι αγύμναστα. Προκαλείται όταν το σκέλος είναι φορτισμένο και το άτομο ασκεί ειδικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο σε κατηφορικό δρόμο, το πήδημα ή το απότομο τρέξιμο, όπως για παράδειγμα για να προλάβει το λεωφορείο. Ο ασθενής μπορεί να έχει την αίσθηση ενός θορύβου ή σχισμάτος στην άνω έσω επιφάνεια της γαστροκνημίας που τον κάνει σε ορισμένες περιπτώσεις να θεωρεί ότι χτυπήθηκε από κάποια αντικείμενο ή ότι δέχθηκε ένα χτύπημα από πίσω. Εμφανίζει αιφνίδιο πόνο στη γαστροκνημία και γίνεται δύσκολη η πλήρης φόρτιση του σκέλους.

Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει εντοπισμένη ευαισθησία στην έσω κεφαλή του γαστροκνημίου μυός που μπορεί να συνοδεύεται από ελαφρό οίδημα. Εκχυμώσεις και αποχρωματισμός εμφανίζονται μετά από κάποιες ημέρες και τείνουν να επεκτείνονται προς τα κάτω.



Εικόνα 2.1 Σχεδιάγραμμα ανατομίας γαστροκνημίου και πελματικού μυός.

Ρήξη πελματιαίου μυός

Ο πελματιαίος μυς αποτελεί υπολειμματικό σχηματισμό που αποτελείται από μια βραχεία γαστέρα και έναν μακρύ τένοντα. Η ρήξη αυτού εκδηλώνεται επίσης αιφνίδια και με έντονο πόνο, αλλά αντίθετα με την αρκετά συνήθη ρήξη του γαστροκνημίου μυός, τα κλινικά ευρήματα είναι λιγότερο ειδικά και η ρήξη δεν γίνεται συνήθως εμφανής κατά την κλινική εξέταση.

Η διάγνωση του τραυματισμού του πελματιαίου μυός αποτελεί ουσιαστικά διάγνωση εξ αποκλεισμού και πρέπει να τίθεται αφού αποκλεισθούν προηγουμένως όλες οι άλλες πιθανές αιτίες αιφνίδιου άλγους στη γαστροκνημία.

Ρήξη κύστης του Baker

Η κύστη του Baker αποτελεί προβολή προς τα έξω του αρθρικού υμένα της άρθρωσης του γόνατος η οποία παρατηρείται σε ασθενείς με φλεγμονώδη ή εκφυλιστική αρθρίτιδα (βλ. Εικόνα 2.2). Οι ασθενείς αυτοί αντιλαμβάνονται συνήθως ότι έχουν μια τέτοια κύστη λόγω του αισθήματος πλήρωσης