

## ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΒΟΥΒΩΝΑ-ΙΣΧΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ

### Ι.Θ. ΛΑΖΑΡΕΤΤΟΣ

Ο πόνος στη βουβωνική χώρα αποτελεί ένα συνηθισμένο πρόβλημα των αθλητών. Έχει υπολογισθεί ότι 5% των αθλητικών κακώσεων εντοπίζονται στη βουβωνική χώρα. Η ακριβής διάγνωση είναι συχνά δύσκολη, διότι πολλές παθολογικές οντότητες είναι δυνατόν να έχουν παρόμοια συμπτωματολογία. Ο πόνος μπορεί να είναι ασαφής και διάχυτος ή εστιακός και καλά εντοπισμένος. Αν η πάθηση δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, ο πόνος μπορεί να γίνει χρόνιος και να έχει επιπτώσεις στην αθλητική σταδιοδρομία του πάσχοντος. Σε πολλά αθλήματα είναι δυνατό να προκληθούν τραυματισμοί της προαναφερόμενης περιοχής, αλλά πιο συχνά συμβαίνουν στο ποδόσφαιρο, στην ενόργανη γυμναστική, στο πατινάζ, στα αγωνίσματα δρόμου και στην ιππασία.

### ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Ο πυελικός δακτύλιος σχηματίζεται από τα δύο ανώνυμα οστά, το ιερό οστό και τον κόκκυγα. Το ανώνυμο οστό αποτελείται από τρία οστά, το ηβικό, το λαγόνιο και το ισχιακό, τα οποία σχηματίζουν την κοτύλη. Το επίπεδο του άνω στομίου της πυέλου σχηματίζει με το οριζόντιο επίπεδο γωνία περίπου 55-60 μοίρες, η οποία ονομάζεται έγκλιση της πυέλου. Αντίθετα το ιερό έχει οπίσθιο προσανατολισμό.

Αρκετοί σημαντικοί μύες εισέρχονται στην πύελο και στην ηβική σύμφυση. Αυτοί είναι:

1. Έξω λοξός κοιλιακός
2. Έσω λοξός κοιλιακός
3. Εγκάρσιος κοιλιακός
4. Ορθός κοιλιακός

Οι κυριότεροι μύες οι οποίοι εισέρχονται στο κάτω στόμιο της πυέλου είναι:

1. Προσαγωγός (μακρός, μεγάλος, μικρός)
2. Κτενίτης
3. Ισχνός
4. Έσω θυροειδής
5. Τετράγωνος μπριαίος
6. Γλουτιαίοι

Επίσης αρκετοί σύνδεσμοι συνδέουν και συγκρατούν τα οστά της πυέλου.

Στις απλές κινήσεις του σώματος γίνεται μικρή κίνηση των αρθρώσεων της πυέλου, καθώς και μικρή δράση των μυών. Όμως κατά τις αθλητικές δραστηριότητες δημιουργείται αξιοσημείωτη κίνηση των στοιχείων της πυέλου. Η πύελος μετακινείται μπροστά ή πίσω. Η στροφή της πυέλου γίνεται στο εγκάρσιο επίπεδο, γύρω από τον κάθετο

άξονα της άρθρωσης του ισχίου. Κατά την περιστροφή εμφανίζονται σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γλουτιαίων μυών, των στροφέων, των προσαγωγών, του κτενίτη και του φοΐτη. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, κατά τις αθλητικές δραστηριότητες ασκούνται ισχυρές δυνάμεις στις αρθρώσεις, τους μυς, τους τένοντες και τους συνδέσμους της λεκάνης. Έτσι είναι δυνατό να προκληθεί κάκωση σε οποιοδήποτε μέρος της λεκάνης των αθλητών και να έχει ως κλινική εκδήλωση πόνο στη βουβωνική χώρα.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

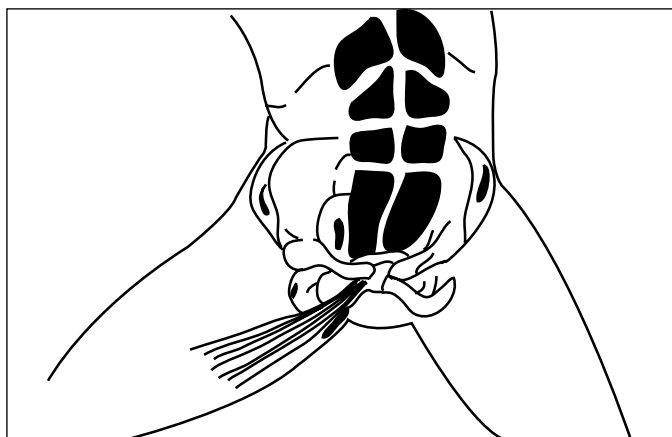
Διάφορα κλινικά σύνδρομα είναι δυνατό να προκαλέσουν πόνο στη βουβωνική χώρα. Για την εντόπιση και τη θεραπεία του προβλήματος ο ιατρός θα πρέπει να έχει πλήρη γνώση της ανατομικής της περιοχής, της παθοφυσιολογίας και του μηχανισμού της κάκωσης.

### Άλγος της ηβικής σύμφυσης των αθλητών (athletic pubalgia)

Ο όρος αναφέρεται σε πόνο στην ηβική χώρα κατά τη διάρκεια της άσκησης. Διάφορες μελέτες καθώς και χειρουργικά ευρήματα έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι ο πόνος δεν έχει σχέση με κρυφή κήλη.

Το πρόβλημα εντοπίζεται στην κατάφυση του ορθού κοιλιακού μυός στην ηβική σύμφυση. Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν τραυματισμό με τον κορμό σε θέση υπερέκτασης, σε συνδυασμό με το μηρό σε θέση υπερβολικής απαγωγής (εικόνα 1). Η εντόπιση του πόνου είναι τέτοια ώστε να θεωρούμε ότι εκτός του ορθού κοιλιακού μυός έχει υποστεί θλάση και ο μακρός προσαγωγός. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι ενοχλήσεις αναγκάζουν τους αθλητές να σταματήσουν τις αθλητικές δραστηριότητες.

Η MRI συνήθως είναι αρνητική και μόνο σε ποσοστό 12% εμφανίζει παθολογικό σήμα στην κατάφυση του ορθού κοιλιακού. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει τενοντίτιδα του μακρού προσαγωγού. Στην κλινική εξέταση ο πόνος αναπαράγεται με την προσαγωγή του ισχίου υπό αντίσταση. Η διάγνωση συνήθως τίθεται από τα κλινικά ευρήματα. Η αντιμετώπιση κατά κανόνα είναι συντηρητική και περιλαμβάνει ανάπαυση, επίδεση της περιοχής, ψυχρά επιθέματα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και φυσικοθεραπεία. Εάν οι ενοχλήσεις συνεχιστούν για αρκετούς μήνες και δεν επιτρέπουν στον αθλητή να επανέλθει στην ενεργό δράση, τότε θα πρέπει να εξεταστεί η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης. Αυτή περιλαμβάνει ευρύ χειρουργικό καθαρισμό και επανακαθίλωση του ορθού κοιλιακού στην κάτω και έξω πλευρά, καθώς και απελευθέρωση των προσαγωγών από τυχόν συμφύσεις.



**Εικόνα 1.** Άλγος ηβικής σύμφυσης των αθλητών. Ο μηχανισμός κάκωσης είναι ο κορμός σε θέση υπερέκτασης σε συνδυασμό με το σκέλος σε θέση υπερβολικής απαγωγής.

### Τραυματισμοί των προσαγωγών (adductor injuries)

Οι προσαγωγοί μύες του ισχίου είναι οι προσαγωγοί (μακρός, μεγάλος, βραχύς), ο κτενίτης, ο ισχνός και ο μείζων γλουτιαίος. Αν και έχουν περιγραφεί σύνδρομα για καθέναν από αυτούς τους μυς, είναι συχνά δύσκολο να εντοπίσουμε επακριβώς το μυ από τον οποίο προέρχεται το πρόβλημα.

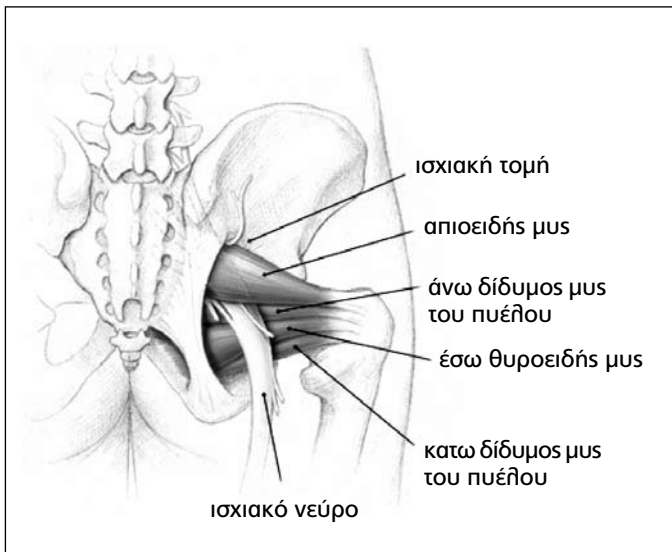
Ο μακρός προσαγωγός αποτελεί τον πιο συχνά τραυματιζόμενο μυ από τους προσαγωγούς μυς του ισχίου. Ο μηχανισμός της κάκωσης είναι συνδυασμός του κορμού σε υπερέκταση και του σκέλους σε απαγωγή και εξωτερική στροφή. Η εντόπιση του πόνου αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας του τραυματισμού. Όσο κεντρικότερα εμφανίζεται ο πόνος τόσο σοβαρότερος είναι ο τραυματισμός. Σε περιφερική εντόπιση του πόνου, η αποκατάσταση αναμένεται συνήθως σε 1-2 εβδομάδες. Σε κεντρική εντόπιση είναι δυνατό να απαιτηθεί μεγαλύτερη περίοδος αποκατάστασης 1-2 μήνες.

Η θεραπεία κατά κανόνα είναι συντηρητική και περιλαμβάνει ανάπαυση, επίδεση της περιοχής, ψυχρά επιθέματα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και φυσικοθεραπεία.

Η κινησιοθεραπεία της περιοχής θα πρέπει να γίνεται μέχρι τα όρια του πόνου. Υπάρχει αυξημένο ποσοστό υποτροπών και αρκετές φορές αναπτύσσεται χρόνιος πόνος στην περιοχή.

### Σύνδρομο του αποειδούς μυός (piriformis syndrome)

Το σύνδρομο αυτό περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Youngman το 1928. Συνίσταται στην προοδευτική πίεση του ισχιακού νεύρου από τον αποειδίδη μυ (εικόνα 2). Η πίεση ασκείται στην έξοδο του νεύρου από



**Εικόνα 2.** Στο σύνδρομο του απιοειδούς μύος υπάρχει προσδευτική πίεση του ισχιακού νεύρου από τον απιοειδή μυ κατά την έξοδό του από το υποαπιοειδές τρήμα.

το υποαπιοειδές τρήμα και συνήθως σχετίζεται με οξύ τραύμα στο γλουτό. Ο πόνος ακολουθεί τη διαδρομή του ισχιακού νεύρου. Η καθιστική θέση είναι δυνατό να είναι επώδυνη και η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν την κάμψη ή την έσω στροφή των ισχίων είναι σχεδόν αδύνατη.

Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ευαισθησία στον τένοντα του απιοειδούς στη γλουτιαία περιοχή. Ο πόνος που εκλύεται από την έσω στροφή του ισχίου υπό αντίσταση με το σκέλος σε έκταση ονομάζεται σημείο του Pace. Επίσης ο πόνος είναι δυνατόν να παραχθεί σε προσπάθεια απαγωγής του σκέλους υπό αντίσταση.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς. Η καλύτερη διαγνωστική δοκιμασία είναι η έγχυση τοπικού αναισθητικού κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο στο σημείο της κάκωσης. Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση. Αυτή περιλαμβάνει τη διερεύνηση και την κινητοποίηση του ισχιακού νεύρου. Αν και τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης είναι πολύ καλά, συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς αποκαθίστανται πλήρως με συντηρητική αντιμετώπιση.

### **Σύνδρομο οπισθίων μηριαίων (hamstring syndrome)**

Οι Puranen και Orava περιέγραψαν αυτή την κλινική οντότητα το 1988. Συχνά υπάρχει σύγχυση με το σύνδρομο του απιοειδούς μύος. Οι αθλητές παραπονιούνται για έντονο πόνο κοντά στο ισχιακό κύρτωμα. Ο

πόνος ακτινοβολεί συνήθως στην οπίσθια μηριαία και ιγνυακή χώρα. Οποιαδήποτε δραστηριότητα διατείνει τους οπίσθιους μηριαίους μυς αναπαράγει τον πόνο. Οι περισσότεροι αθλητές παραπονιούνται ότι ο πόνος προκαλείται κατά το τρέξιμο ή την υπερπήδηση εμποδίων. Επίσης αρκετές φορές ο πόνος εκλύεται μετά από παρατεταμένη παραμονή σε καθιστική θέση.

Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ευαισθησία κοντά στο ισχιακό κύρτωμα. Μερικές φορές ο πόνος είναι δυνατόν να παραχθεί κατά την πλήξη του ισχιακού κυρτώματος. Επίσης, η έκταση του ισχίου υπό αντίσταση αναπαράγει συχνά τον πόνο. Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ανάπαυση, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς εάν κριθεί απαραίτητο. Αν αποτύχει η συντηρητική αντιμετώπιση απαιτείται η πλήρης διερεύνηση του ισχιακού νεύρου, καθώς και απελευθέρωση της περιοχής πρόσφυσης των οπίσθιων μηριαίων.

### **Κροτούν ισχίο (snapping hip joint)**

Αυτό προκαλείται από διάφορες εξωαρθρικές ή ενδοαρθρικές αιτίες.

Εξωαρθρικές αιτίες:

1. Ο τένοντας του λαγονοψοΐτη προστρίβεται στο λαγονοκτενικό όγκωμα ή στον ελάσσονα τροχαντήρα.
2. Οι λαγονομηριαίοι σύνδεσμοι προστρίβονται στην κεφαλή του μηριαίου.
3. Η μακρά κεφαλή των δικέφαλων μηριαίων μυών κατά την επαφή τους με το ισχιακό κύρτωμα.
4. Η λαγοκνημιαία ταινία όταν έρχεται σε επαφή με το μείζονα τροχαντήρα του μηριαίου.

Η διάκριση αυτών των παθήσεων από τις ενδοαρθρικές συνήθως είναι δύσκολη. Οι τελευταίες συνήθως περιλαμβάνουν:

1. Ρήξη του πρόσθιου τμήματος του επιχείλιου χόνδρου
2. Υμενίτιδα
3. Ελεύθερα σώματα της άρθρωσης.

Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει: CT με χορήγηση σκιαγραφικού, MRI ή αρθροσκόπηση του ισχίου.

### **Τενοντίτιδα του λαγονοψοΐτη**

Ο λαγονοψοΐτης αποτελεί τον πιο ισχυρό καμπήρα του ισχίου και αποτελείται από το λαγόνιο και τον ψοΐτη, οι οποίοι προσφύονται με κοινό καταφυτικό τένοντα στον ελάσσονα τροχαντήρα. Τα πιο συχνά σημεία όπου δημιουργείται το αίσθημα θορύβου και τριβής του λαγονοψοΐτη είναι στο λαγονοκτενικό όγκωμα και στον ελάσσονα τροχαντήρα.

Δεν είναι σαφές ποιο δημιουργείται πρώτα, η φλεγμονή

ή η αίσθηση τριβής. Οι ασθενείς συχνά παραπονούνται για πόνο στη βουβωνική χώρα και στην κλινική εξέταση ο πόνος εκλύεται με την κάμψη του ισχίου υπό αντίσταση. Επίσης ο πόνος, καθώς και ο ήχος, μπορεί να προκληθεί κατά την παθητική απαγωγή και εξωτερική στροφή του ισχίου. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς εάν κριθεί απαραίτητο.

Μόλις ο αθλητής αποκτήσει πλήρες εύρος κίνησης του ισχίου χωρίς πόνο, ενθαρρύνεται για την επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες. Η πάθηση συναντάται πιο συχνά στους δρομείς ταχυτήτων, στους εμποδιστές και στους χορευτές. Αν ο πόνος δεν υποχωρήσει σε 6 εβδομάδες απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση. Αυτή περιλαμβάνει μερική ή πλήρη διατομή του οπίσθιου έσω τμήματος του τένοντα. Μία άλλη χειρουργική μέθοδος περιλαμβάνει τη διερεύνηση της περιοχής και την αφαίρεση τυχόν υπερτροφικών οζιδίων του τένοντα. Επίσης καλά αποτελέσματα έχει και η αρθροσκοπική διερεύνηση του θυλάκου του λαγονοποϊτη, κατά την οποία γίνεται εκτεταμένη απελευθέρωση.

### **Σύνδρομο της λαγοκνημιαίας ταινίας**

Στο σύνδρομο αυτό, η λαγοκνημιαία ταινία προστρίβεται στο μείζονα τροχαντήρα και συνήθως παράλληλα στο σημείο αυτό υπάρχει άσηπτη φλεγμονή. Η λαγοκνημιαία ταινία είναι μια μεγάλη επίπεδη τενοντώδης δομή, η οποία ξεκινά από την πρόσθια λαγόνια ακρολοφία και καταλήγει στον έξω κόνδυλο της κνήμης.

Συνήθως πάσχουν από αυτό το σύνδρομο οι δρομείς και οι ποδηλάτες, οι δραστηριότητες των οποίων περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενη κάμψη των ισχίων και των γονάτων. Ο πόνος εντοπίζεται στο ύψος του μείζονα τροχαντήρα και ακτινοβολεί στην έξω επιφάνεια του μηρού και προς τα κάτω ως το γόνατο. Οι ασθενείς παραπονούνται για αίσθημα εξάρθρωσης του ισχίου, αναπήδησης ή θορύβου ακόμα και στην απλή βάδιση.

Η εντοπισμένη ευαισθησία στο ύψος του μείζονα τροχαντήρα αποτελεί το πιο ασφαλές κλινικό σημείο για τη διάγνωση της πάθησης. Επίσης είναι δυνατόν να προκληθεί άλγος κατά τη στροφή του ισχίου λόγω της κύλισης της λαγοκνημιαίας ταινίας στο μείζονα τροχαντήρα. Η έγερση από θέση οκλαδόν είναι δυνατόν να προκαλέσει άλγος, καθώς και αίσθημα αναπήδησης. Στην πραγματικότητα κάθε κίνηση η οποία συσπά τη λαγοκνημιαία ταινία μπορεί να προκαλέσει πόνο. Ο εξεταστής θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι η ευαισθησία της περιοχής του μείζονα τροχαντήρα είναι δυνατόν να προέρχεται από παθήσεις της ΟΜΣΣ. Η δοκιμασία του Ober είναι δυνατόν να βοηθήσει στη διάγνωση. Σε αυτήν ο ασθενής ξαπλώνει σε πλάγια θέση με το υγιές σκέλος

στο εξεταστικό κρεβάτι. Ο εξεταστής απάγει παθητικά το πάσχον σκέλος με το γόνατο σε έκταση ή σε κάμψη 90 μοιρών και ζητά από τον ασθενή να κρατήσει το σκέλος σε θέση απαγωγής. Για την ολοκλήρωση της διαγνωστικής προσέγγισης απαιτείται και απεικονιστικός έλεγχος της περιοχής.

Οι περισσότερες περιπτώσεις θεραπεύονται με την πάροδο του χρόνου. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη καθώς και οι ασκήσεις διάτασης συνήθως λύνουν το πρόβλημα.

Επίσης, μερικές φορές είναι δυνατόν να βοηθήσει η τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς. Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει απελευθέρωση ή επιμήκυνση της λαγοκνημιαίας ταινίας, αφαίρεση του θυλάκου του μείζονα τροχαντήρα ή τέλος οστεοτομία του τελευταίου.

### **Ενδοαρθρικές παθήσεις**

Σε περιπτώσεις άλγους της βουβωνικής περιοχής θα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα μιας ενδοαρθρικής πάθησης του ισχίου. Οι πιο συχνές παθήσεις του ισχίου είναι:

1. Υμένιδα του ισχίου
2. Ελεύθερα σώματα της άρθρωσης του ισχίου εκ γενετής ή απότοκα τραυματισμού
3. Σηπτική αρθρίτιδα του ισχίου
4. Οστεοαρθρίτιδα του ισχίου
5. Οστεονέκρωση του ισχίου
6. Υπερτροφικός επιχείλιος χόνδρος
7. Ρήξη επιχείλιου χόνδρου

Η ρήξη του επιχείλιου χόνδρου συνήθως γίνεται σε υπερβολική κάμψη ή απαγωγή του ισχίου και συναντάται αρκετά συχνά στους αθλητές του καράτε. Ο αθλητής ο οποίος έχει υποστεί ρήξη του επιχείλιου χόνδρου αναφέρει επώδυνο κλικ στη βουβωνική χώρα. Ο πόνος επεκτείνεται προς το γλουτό. Επίσης είναι δυνατόν να παραπονεθεί για αίσθημα εμπλοκής της άρθρωσης του ισχίου. Η μαγνητική τομογραφία και η αρθροσκόπηση του ισχίου αποτελούν τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά εργαλεία.

### **Παθήσεις των οποίων η διάγνωση τίθεται με την αρθροσκόπηση**

Η αρθροσκόπηση του ισχίου αποτελεί μια πολύτιμη μέθοδο για τη διαγνωστική προσπέλαση του πόνου της βουβωνικής χώρας. Η απευθείας επισκόπηση της άρθρωσης αποκαλύπτει παθήσεις του αρθρικού χόνδρου, του επιχείλιου χόνδρου ή του αρθρικού υμένα. Με τη χρήση του αρθροσκοπίου γίνεται αφαίρεση ελεύθερων

σωμάτων της άρθρωσης, αποκατάσταση τραυματισμών του επιχείλιου χόνδρου, λήψη βιοψίας ή υμενεκτομή.

### **Οστεΐτιδα της ηβικής σύμφυσης (osteitis pubis)**

Η οστεΐτιδα της ηβικής σύμφυσης διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή (εικόνα 3). Η αιτιολογία της πάθησης συχνά είναι δύσκολο να καθορισθεί. Συνήθως είναι δευτεροπαθής εξαιτίας άσηπτης φλεγμονώδους εξεργασίας, αλληπάλληλων μικροτραυματισμών της περιοχής ή μετά από χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης. Επίσης, θα πρέπει να αποκλεισθεί πιθανή εξεργασία του ουρολογικού, του γεννητικού και του πεπτικού συστήματος. Σπάνια είναι δυνατό να οφείλεται σε παγίδευση του λαγονοβουβωνικού νεύρου. Η οστεΐτιδα της ηβικής σύμφυσης στους αθλητές κατά κανόνα είναι δευτεροπαθής και οφείλεται σε διάφορες αιτίες. Αν ο ασθενής παραπονείται για συνεχές άλγος πάνω από την ηβική σύμφυση παρά για πόνο που συνδέεται με την άσκηση, πιθανότερη είναι η πρωτοπαθής οστεΐτιδα της ηβικής σύμφυσης.

Στην κλινική εξέταση, οι ασθενείς με δευτεροπαθή οστεΐτιδα της ηβικής σύμφυσης έχουν ευαισθησία αμιγώς στην ηβική σύμφυση, ενώ σε αυτούς που πάσχουν από πρωτοπαθή οστεΐτιδα η ευαισθησία είναι πιο εκτεταμένη. Αν και οι αθλητικές δραστηριότητες είναι δυνατό να επιδεινώσουν τις ενοχλήσεις, σε μερικές περιπτώσεις πρωτοπαθούς οστεΐτιδας υπάρχει ύφεση των ενοχλημάτων με την άσκηση.

Οι κλασικές απεικονιστικές εξετάσεις για την πάθηση είναι το σπινθηρογράφημα των οστών και μαγνητική τομογραφία. Εντούτοις, η διάκριση μεταξύ της πρωτοπαθούς και της δευτεροπαθούς οστεΐτιδας γίνεται συνήθως από το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Επίσης η λήψη οστικής βιοψίας μπορεί να βοηθήσει, αποκλείοντας νεοπλασίες και φλεγμονές. Η διαφορική διάγνωση της πάθησης περιλαμβάνει το κάταγμα κόπωσης, τη χρόνια προστατίτιδα, την τενοντίτιδα των προσαγωγών και ασφαλώς τις νεοπλασίες. Οι οστικές μεταστάσεις δεν αφορούν συνήθως το ηλικιακό εύρος των αθλητών, όμως θα πρέπει να αποκλεισθεί το σεμίνωμα στους άνδρες και η ενδομητρίωση στις γυναίκες.

Η θεραπεία της δευτεροπαθούς οστεΐτιδας συνίσταται στη θεραπεία του αιτίου που την προκαλεί. Η αρχική θεραπεία της πρωτοπαθούς οστεΐτιδας περιλαμβάνει ανάπαυση, χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών και, αν απαιτείται, τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών. Η χειρουργική επέμβαση εξαρτάται από την ένταση των συμπτωμάτων. Εντούτοις η επιτυχία της χειρουργικής επέμβασης δεν είναι προβλέψιμη. Οι χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν χειρουργικό καθαρισμό της ηβικής, αρθρόδεση της ηβικής ή αφαίρεση των ηβικών οστών.



**Εικόνα 3.** Ακτινογραφία γυναίκας 35 ετών με οστεΐτιδα της ηβικής σύμφυσης.

### **Θλάσεις**

Οι συχνότεροι τραυματισμοί του ισχίου, της λεκάνης και της βουβωνικής χώρας συνήθως είναι θλάσεις. Είναι πιο συχνές στα αθλήματα με σωματική επαφή και συνήθως αφορούν την περιοχή του μείζονα τροχαντήρα, τη λαγόνια ακρολοφία και το περίνεο. Σπάνια σημειώνεται σοβαρή αιμορραγία και αιμάτωμα. Ο πόνος είναι βαθύς χωρίς έκδηλα εξωτερικά στοιχεία. Μερικές μέρες αργότερα είναι δυνατό να εμφανιστεί μια μεγάλη υποδόρια εκχύμωση. Η MRI και η CT καθορίζουν την έκταση του αιματώματος. Η θεραπεία περιλαμβάνει ψυχρά επιθέματα και επίδεση της πάσχουσας περιοχής. Μετά από 1 ή 2 ημέρες η θερμότητα και οι χειρομαλάξεις μπορούν να προστεθούν στη θεραπευτική αγωγή. Η έναρξη της κινησιοθεραπείας γίνεται όταν αρχίσει η υποχώρηση του πόνου. Σε περίπτωση πρόκλησης μεγάλων αιματωμάτων τα οποία δεν υποχωρούν απαιτείται παροχέτευση του αιματώματος. Ο χρόνος επανόδου στις αθλητικές δραστηριότητες είναι συνάρτηση του πόνου και της βαρύτητας της κάκωσης.

### **Κατάγματα**

Οι αθλητές είναι δυνατό να υποστούν κατάγματα του πυελικού δακτυλίου καθώς και του ισχίου. Πιο συχνά είναι τα αποσπαστικά κατάγματα της πυέλου και αφορούν:

1. την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα από τη δράση του ραπτικού
2. την πρόσθια κάτω λαγόνια άκανθα από τη δράση του ορθού μηριαίου
3. τα ισχιακά κυρτώματα από τη δράση των οπίσθιων μηριαίων

4. του χείλους της κοτύλης από τη δράση της ανεστραμμένης κεφαλής του ορθού μηριαίου.

Το 70-90% των αποσπαστικών καταγμάτων της πυέλου είναι σταθερά. Τα ασταθή κατάγματα συνήθως απαιτούν κλειστή ανάταξη. Αρκετές φορές όμως είναι δυνατό να απαιτηθεί ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση. Τα κατάγματα του ισχίου, υποκεφαλικά και διατροχαντήρια, θεραπεύονται με τις κλασικές χειρουργικές μεθόδους. Αποσπαστικά κατάγματα μπορεί να συμβούν στο μείζονα και στον ελάσσονα τροχαντήρα.

Τέλος, σε επίμονο πόνο του ισχίου σε έφηβους αθλητές δε θα πρέπει να ξεχνάμε την πιθανότητα επιφυσιολίσθησης της μηριαίας κεφαλής.

### **Κατάγματα κόπωσης της πυέλου**

Τα κατάγματα κόπωσης της πυέλου συνήθως συμβαίνουν σε δρομείς μεγάλων αποστάσεων. Η κυριότερη εντόπιση αυτών των καταγμάτων είναι η ένωση του ισχιακού κλάδου με τον κάτω κλάδο του ηβικού οστού. Οι ασθενείς με κάταγμα κόπωσης συνήθως πονούν σε όλο το εύρος κίνησης του ισχίου. Επίσης ο πόνος εντείνεται όταν ο ασθενής ισορροπεί στο ένα σκέλος. Η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη ακόμα και μετά από ακτινογραφικό έλεγχο, σπινθηρογράφημα των οστών και MRI. Μερικές φορές η διάγνωση τίθεται μετά από εβδομάδες ή και μήνες. Η πιο κατάλληλη θεραπεία είναι η ανάπαυση. Η επιστροφή στις αθλητικές δραστηριότητες είναι συνάρτηση των ενοχλήσεων. Αρκετές φορές απαιτείται χρονικό διάστημα 3 έως 5 μήνες.

Τα κατάγματα κόπωσης του ισχίου είναι αρκετά πιο σπάνια από αυτά της πυέλου, όμως είναι και αυτά μια αιτία πόνου της βουβωνικής χώρας.

### **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διαφορική διάγνωση του πόνου της βουβωνικής χώρας, εκτός από παθήσεις του μυοσκελετικού, απαραίτητα θα πρέπει να περιλαμβάνει φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, προστατίτιδες, έρπητα, καθώς και καρκίνο του ορθού και των γεννητικών οργάνων. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό για τη διερεύνηση του άλγους της βουβωνικής χώρας να γίνεται λήψη λεπτομερούς ιστορικού, επισταμένη κλινική εξέταση και κατάλληλος απεικονιστικός έλεγχος.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Οι τραυματισμοί της βουβωνικής και της ισχιακής χώρας είναι συχνοί στους αθλητές. Η διαφορική διάγνωση αρκετές φορές είναι δύσκολη και γι' αυτό απαιτείται πολύ καλή γνώση της ανατομικής της περιοχής, της παθοφυσιολογίας και του μηχανισμού της κάκωσης. Τέλος, για τη διάγνωση και τη θεραπεία είναι δυνατό να απαιτηθεί, εκτός του ορθοπαιδικού, η συνδρομή γενικού χειρουργού και ακτινοδιαγνώστη.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Canale ST, Beaty JH. Pelvic and hip fractures. In: Rockwood CA Jr, Wilkins KE, Beaty JH, editors. Fractures in children. 4th ed. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1996.
2. Griffin LY. Orthopaedic knowledge update: Sports Medicine. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 1994.
3. Jacobson T, Allen WC. Surgical correction of the snapping iliopsoas tendon. Am J Sports Med 1990; 18:470-474.
4. Moore KL. Clinically oriented Anatomy. 3rd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1992.
5. Pavlov H. Roentgen examination of groin and hip pain in the athlete. Clin Sports Med 1987; 6:829-843.
6. Polglase AI, Frydman GM, Farmer KC. Inguinal surgery for debilitating chronic groin pain in athletes. Med J Aust 1991; 674-677.
7. Puranen J, Orava S. The hamstring syndrome: a new diagnosis of gluteal sciatic pain. Am J Sports Med 1988; 16:517-521.
8. Puranen J, Orava S. The hamstring syndrome: a new diagnosis of gluteal sciatica. Ann Chir Gynaecol 1991; 80:212-214.
9. Renstrom P. Tendon and muscle injuries in the groin area. Clin Sports Med 1992; 11:815-831.
10. Renstrom P, Peterson L. Groin injuries in athletes. Br J Sports Med 1980; 14:30-36.
11. Simonet WT, Saylor HL III, Sim L. Abdominal wall muscle tears in hockey players. Int J Sports Med 1995; 16:126-128.
12. Smolaka VN. Groin pain in soccer players. Physician Sports Med 1980; 8:57-61.
13. Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA, Lohness J, Bassett FH, Garrett WE Jr. Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes: inguinal hernias and pubalgia. Am J Sports Med 1991; 19:239-242.
14. Wiley JJ. Traumatic osteitis pubis. The gracilis syndrome. Am J Sports Med 1995; 29:206-208.
15. Zoltan DJ, Clancy WG Jr, Keene JS. A new operative approach to snapping hip and refractory trochanteric bursitis in athletes. Am J Sports Med 1986; 14:201-204.