

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Ενα... ρομπότ «διώχνει» τους πόνους της μέσης

Τη ΒΕΝΕΑ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
benepa@apogeumati.gr

Πόνος στη μέση; Προβλήματα στη σπονδυλική στήλη. Μπορείτε να λύσετε το πρόβλημά σας οριστικά και μάλιστα, αναμιαχτά, χωρίς αναισθητικό χειρουργείο. Αντί, με τοπική αναισθησία και με ταχέως ανάσφιξη!

«Οι νέες κλασικές τεχνολογίες και η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση έχουν βρει ευριστό πεδίο εφαρμογής στις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, ιδίως και λόγω του γεγονότος ότι οι παλαιότερες χειρουργικές τεχνικές συχνά δημιουργούσαν περισσότερα προβλήματα απ' αυτά που έλυαν».

Γ' αυτό άλλωστε και η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης είχε παραδοσιακά στην αντίληψη του κόσμου τα «ρομπότ» της βάριας χειρουργικής, με πολλές επιπλοκές και κινδύνους, κάτι σαν αναγκαστικό κακό δηλαδή!!!

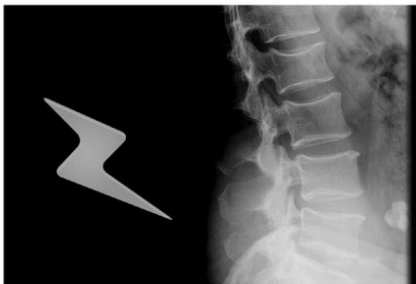
Το γεγονός αυτό αποκάι διευκρινίζεται βαρυσταχά αν αναρτηθεί κανείς το πόσο διαδοχόμενες είναι στην γενική πληθυσμιακή τάση όπως η ασφαλισία - ισολογία και η κλίση μεσοσπονδυλίου δίσκου», αναφέρεται ο Ορθοπαιδικός Χειρουργός της Σπονδυλικής Στήλης - Ενδοσκοπικός Χειρουργός της Σπονδυλικής Στήλης - Ενδοσκοπικός Χειρουργός της Σπονδυλικής Στήλης, Νικόλαος Δ. Μπενιόπουλος, MD, ο οποίος πραγματοποιεί την πρώτη ρομποτική διαδερμική σπονδυλοτομία στην Ελλάδα, αλλά και την πρώτη απευθείας τελεστική μεσοσπονδυλίου δίσκου, με τη μέθοδο της ενέλεως πλάσας προσέλευσης σπονδυλικής στήλης στην Ευρώπη.

μέθοδο της ενέλεως πλάσας προσέλευσης σπονδυλικής στήλης στην Ευρώπη.

«Τη μεγαλύτερη πρόοδο στον τομέα αποτελεί αναμφισβητητα η ενδοσκοπική χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, η οποία παροτρύνει εφαρμοζόμενη σε όλα τα εργαστήρια κέντρα και εδώ και μία δεκαετία εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία και στην Ελλάδα».

Πρόκειται για μέθοδο που εκτελείται με τη βοήθεια ειδικής κλίμακας, του ενδοσκοπίου που εισάγεται στην πλάγια παρακλιτική μέση μικρής τομής, του δερμάτινου επιπέδου, μέσω μεγάλης μοκλιάς επεμβατικού.

Οι εφαρμογές της μεθόδου είναι πέρα πολλές, όπως κλίση μεσοσπονδυλίου δίσκου, η διορθωτική, η βαριά κεντρική στένωση, η πλάγια στένωση, ο στένωση του τμήματος, ο αστάθεια, ο πόνος της κύρτωσης, η οστεοπορωτική κατάπτωση και γενικότερα σχεδόν όλα τα όρια των παθώνων της σπονδυλικής στήλης.



Κύρια πλεονεκτήματα της μεθόδου αποτελούν η εκτέλεση της υπό τοπική αναισθησία, η ελάχιστη κάκωση των ιστών που επιτρέπεται την ταχέως αποκατάσταση, η εξάρθρωση του κίνδυνου απώλειας των νεύρων, η απόλυτη μετατόπιση αίματος και το χαμηλό κόστος.

Ο ασθενής χειρουργείται ύπνους, υπό τοπική αναισθησία και σε συνεχή επικοινωνία με το χειρουργό, γεγονός που εκδηλώνεται την πιθανότητα κάκωσης των νεύρων, που αποτελείται την οφθαλμική επιπολοία πλάσας οστεοποίησης τεχνική.

Λόγω της πολύ μικρής τομής, των ελάχιστων κινήσεων των μυαλών μορίων και της μη λήψης αναισθησίας, ο ασθενής δεν χρειάζεται νοσηλεία και παίρνει ετήσιο 2-3 ώρες μετά το χειρουργείο. Οι ασθενείς είναι σε θέση να σηκωθούν και να βαδίσουν άμεσα μεταχειριστά, ενώ τα συμπτώματά τους άμεσα ελαττώνονται. Είναι σε θέση να επιστρέψουν άμεσα στις καθημερινές τους δραστηριότητες και μπορούν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα να άρξουν και αθλητικές δραστηριότητες.

Επίσης, λόγω της μη χρήσης πανίσχυρων εφραυματικών και του μηδενικού χρόνου νοσηλείας, το κόστος της επέμβασης είναι περιορισμένο, τόσο για τον ασθενή όσο και για τα ταμεία. Η απόκλιση και η ασφαλεία που προσφέρει η ενδοσκοπική χειρουργική έχει περιορίσει παρρησιολογία της εκτέλεσης της σπονδυλικής χειρουργικής με τη χρήση μεταλλικών ή άλλων εφραυματικών, όπως είναι η σπονδυλοτομία.

Φυσικά, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις στις οποίες η σπονδυλοτομία, το δέσιμο δηλαδή ή η περισσότερο συνδυασμένη με τη χρήση εφραυματικών ιστών, είναι μονοδρόμος. «Και εδώ όμως η τεχνολογία έχει προσφέρει το σύγχρονο χειρουργό σπονδυλικής στή-

λης με νέα υλικά και ψηφιακά μέσα, που ακριβώς την ασφαλεία και την ακρίβεια της τοποθέτησης των υλικών και καθιστούν δυνατή την εφαρμογή τους μέσω πολύ μικρών τομών του δέρματος. Εξέκαστα γέλιο εδώ παίζει η χρήση των χειρουργικών ρομπότ».

Τα ρομπότ αδύνουν σημαντικά την ακρίβεια της τοποθέτησης των εφραυματικών στη σπονδυλική στήλη σε ποσοστό που ξεπερνά το 99,5%, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες επιπλοκών. Η επιθυμητή θέση του εφραυματικού οσχεδιάζεται, πριν από την επέμβαση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, στον οποίο έχει εισαχθεί η ονκτική τομογραφία του ασθενούς. Ο υπολογιστής, συνδέεται, καταθέτουν το ρομποτικό βραχίονα προς την προκαθορισμένη θέση. Το συγκεκριμένο ρομποτικό βραχίονα ονομάζεται Spine Assist και είναι το μόνο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιτύχει διαδρόμους της σπονδυλικής στήλης».

Παραδείγματα ελάττωτα εφραυματικών τεχνικών σπονδυλοτομίας είναι η ονκτική διασωματική σπονδυλοτομία (Axia-LIF) και η πλάγια διασωματική σπονδυλοτομία (XLIF), καθώς και η ονκτική διαδερμική σπονδυλοτομία. Η ονκτική διασωματική σπονδυλοτομία (Axia-LIF) χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου στη μέση που προκαλείται από εκπόλωση των δίσκων των κάτω σπονδυλίων διαστημάτων. Η επέμβαση γίνεται με τομή τμήν (3) εκατοστών δίπλα στον κόσκαμο. Με την αναστολέση, ο χειρουργός μπορεί να εισάγει ένα στενωτικό υαλίνη από τον κόσκαμο προς τη σπονδυλική στήλη, μέσω του οποίου περνούν ειδικά εργαλεία που καθιστούν τον καταπορευμένο δίσκο. Από το υαλίνη επίσης περνάει τα υλικά της σπονδυλοτομίας που βιβώνουν στους σπονδύλους και επαναφέρουν το μεσοσπονδυλίου δίσκωμα που είναι στενεύει από



Το κόστος της επέμβασης είναι περιορισμένο τόσο για τον ασθενή, όσο και για τα ταμεία

την εκπόλωση και την κάκωση του δίσκου. Η επαναφορά του μεσοσπονδυλίου διαστήματος διορθώνει τη στένωση των μικρών τμήματων από τα οποία εξέρχονται οι νευρικές ρίζες για το κάτω άκρο».

Η πλάγια διασωματική σπονδυλοτομία (XLIF) εκτελείται μέσω τομής 4 εκ. στα πάνω γένη της κοιλίας. Τα πλεονεκτήματά της είναι ότι αφενός δεν κατατμήνει τους μύες και τους συνδέσμους της σπονδυλικής στήλης, αφετέρου αποφεύγει την επαφή με το σπονδυλικό υαλίνη, που περιέχει τις ευαίσθητες νευρικές ρίζες με το υαλινό μυσέλι. Με τη χρήση ειδικής συσκευής νευροπαρακολούθησης αποφεύγεται τα νεύρα που εξέρχονται από τη σπονδυλική στήλη. Το σύστημα αυτό προσφέρει εγκαίρως, το χειρουργό, κάθε φορά που πλησιάζει ένα νεύρο, ώστε να το αποφεύγει. Ο βίσιμος που γίνεται ασφαλεία και στη θέση του τοποθετείται ένα ειδικό εφραυματικό που αντιστέκεται το μεσοσπονδυλίου δίσκωμα που έχει υποστεί κάκωση ή αλίσθηση. Μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα της σπονδυλικής στήλης, εκτός από το καλύτερο μεσοσπονδυλίου δίσκωμα (O5-11), όπου εφαρμόζεται η μέθοδος, της ονκτικής διασωματικής σπονδυλοτομίας.

Σκοπός των τεχνικών αυτών είναι να αποφευχθούν τις κακώσεις των μυών και της αποκαλλιότητας των μυαλών μορίων γενικότερα που γίνονται με την κλασική ανοικτή στήλη σπονδυλοτομία και που όπως φαίνεται αποτελεί την αιτία της λεγόμενης «νέου» της σπονδυλοτομίας. Η τελευταία ελάττωκεται με εφραυματική του πόνου στη μέση, ελάττωκεται της δόνησης των μυών της ράχης και αισθησιακή κόπωση ή βίσιμος στην μέση, που παρατηρείται ακόμα και σε άρτια εκτελεζόμενες ανοικτές σπονδυλοτομίες.

Ετσι με τη χρήση των ελάττωτα εφραυματικών τεχνικών σπονδυλοτομίας, επιτυγχάνεται ελάττωκος χρόνος νοσηλείας (έως 30 ώρες) και ταχέως μεταχειριστική αποκατάσταση του ασθενούς. Η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας, έχει καθιερωθεί να πραγματοποιηθεί μεγάλα βήματα πρόοδου. Φυσικά, λοιπόν, μας η πόνο που δεκάδες ασθενείς παρέχουν καθιλοκλήσει στο κρείσται από τον πόνο της μέσης, λαμβάνοντας φαρμακώδη, πόνο και αντιεφραυματικούς οφραυματικά, δέονται του φόβου τους για την «κακοήγηση» χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, έχει περάσει ανιστορετικά, καταλήγει ο κ. Νικόλαος Μπενιόπουλος.