



ΝΙΚΟΛΑΟΣ Δ. ΜΠΕΝΑΡΔΟΣ

Ανώδυνες επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη

Το χειρουργείο αποκατάστασης σοβαρών προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης, όπως οι κήλες των μεσοσπονδύλιων δίσκων, πραγματοποιείται εδώ και δέκα χρόνια σε πολλά κέντρα του εξωτερικού με τοπική αναισθησία και ο ασθενής μπορεί άμεσα να επιστρέψει στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητές του. Στην Ελλάδα, πρωτοπόρος αυτών των επεμβάσεων είναι ο ορθοπαιδικός χειρουργός σπονδυλικής στήλης, Νικόλαος Δ. Μπενάρδος, ο οποίος μιλάει στο «Ρ.Μ.» για τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής στη σπονδυλική στήλη. Μιας χειρουργικής που έρχεται να ανατρέψει την εικόνα των επίπονων, με κίνδυνο για επιπλοκές, δύσκολων διαδικασιών που ο περισσότερος κόσμος φέρνει στο μυαλό του όταν μιλάει για χειρουργείο στη μέση και εν γένει στη σπονδυλική στήλη.

Κύριε Μπενάρδο, πόσο συχνός είναι ο πόνος στη μέση;

Ο πόνος στη μέση (οσφυαλγία) είναι πολύ συχνός. Υπολογίζεται ότι στην ηλικία των 20 ετών περίπου το 50% των ανθρώπων έχουν εμπειρία οσφυαλγίας. Στην ηλικία των 60 ετών, το ποσοστό αυτό αυξάνει στο 80%. Ανά πάσα στιγμή στον ενήλικο πληθυσμό το 22% των αντρών και το 30% των γυναι-

κών πάσχουν από οσφυαλγία. Οι παρατηρήσεις συνηγορούν στο ότι η αλλαγή του τρόπου εργασίας, κυρίως η καθιστική εργασία, και η γενικευμένη χρήση του αυτοκινήτου σχετίζονται με αύξηση της συχνότητας των επεισοδίων του πόνου στη μέση. Στην Κίνα, για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι η στροφή του πληθυσμού από τη χρήση του ποδηλάτου στη χρήση αυτοκινήτου συνοδεύτηκε από αύξηση της επίπτωσης του πόνου στη μέση. **Ποιες ομάδες συνήθως προσβάλλει αυτός ο πόνος;**

Ο πόνος στη μέση μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικίες. Είναι όμως συχνότερος στις ηλικίες μεταξύ 30 και 60. Σε νεότερα άτομα είναι συνήθως παροδικός, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι συχνότερα χρόνιος. Για την εμφάνισή του ενοχοποιούνται διάφοροι ατομικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Η παχυσαρκία θεωρείται επίσης επιβαρυντικός παράγοντας για τη μετάπτωση μιας απλής οσφυαλγίας σε μακροχρόνιο πρόβλημα. Επίσης, έχουν ενοχοποιηθεί εργασιακοί παράγοντες, όπως η χειρωνακτική εργασία, το σκύψιμο με στροφή του κορμού, η άρση βαρέων αντικειμένων για περισσότερο από τα 3/4 της βάρδιας, ο χαμηλός έλεγχος στο αντικείμενο εργασίας, οι νυχτερινές βάρδιες. Η καθιστική

Τέλος εποχής για τις επώδυνες και δύσκολες επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη φέρνει μια νέα πρωτοποριακή τεχνική ενδοσκοπικής χειρουργικής, η οποία επιτρέπει στον ασθενή να φεύγει... περπατώντας από το νοσοκομείο, μόλις λίγες ώρες μετά την επέμβαση.



υγεία συνέντευξη

εργασία αποτελεί επίσης σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα. Έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση οσφυαλγίας σε πιλότους ελικοπτέρων, σε οδηγούς λεωφορείων ή φορτηγών και σε χειριστές γεωργικών μηχανημάτων λόγω της έκθεσης του σώματος σε κραδασμούς.

Πόσο διαρκεί συνήθως μια κρίση οσφυαλγίας και πόσο συχνά εξελίσσεται σε χρόνια πρόβλημα;

Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο πόνος διαρκεί από μερικές μέρες έως 3-4 εβδομάδες. Στο 10% των περιπτώσεων, ωστόσο, μπορεί να διαρκέσει για περισσότερο από τρεις μήνες και να γίνει μακροχρόνιο πρόβλημα.

Πότε συνιστάται χειρουργική θεραπεία;

Η χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη δεν απευθύνεται σε όλα τα άτομα που έχουν χρόνιο πόνο στη μέση. Είναι η τελευταία επιλογή, όταν πια όλες οι συντηρητικές μέθοδοι έχουν αποτύχει. Αν, ωστόσο, κάποιος αποφασίσει να προχωρήσει, πρέπει να αισθάνεται σίγουρος για την απόφασή του, ώστε να έχει θετική προσέγγιση προς τη διαδικασία, με ρεαλιστικούς στόχους και με γνώση των δυνατοτήτων της εγχείρησης. Η ανάρρωση θα ενισχυθεί σημαντικά από τη θετική του στάση.

Ποιες είναι οι ενδείξεις της ενδοσκοπικής επέμβασης στη σπονδυλική στήλη;

Οι εφαρμογές της μεθόδου είναι πάρα πολλές και καλύπτουν όλο σχεδόν το φάσμα των παθήσεων της σπονδυλικής στήλης, όπως: κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, δισκοπάθεια, κεντρική στένωση, πλάγια στένωση, στένωση του τρήματος, αστάθεια, πόνος της κύφωσης και της σκολίωσης των ενηλίκων, κ.ά.

Η φιλοσοφία μας είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος με τη μικρότερη δυνατή επέμβαση. Εφαρμόζουμε την ενδοσκοπική χειρουργική, όπου, με τοπική αναισθησία και μέσω μικρής τομής του

δέρματος, μικρότερης από ένα εκατοστό, ειδικά ενδοσκόπια με κάμερα φτάνουν στο σημείο της βλάβης όπου δουλεύουμε για την αποκατάσταση.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της ενδοσκοπικής έναντι των κλασικών, ανοιχτών επεμβάσεων;

Οι μικρότερες τομές και οι λιγότερες κακώσεις στους ιστούς ελαχι-

στοποιούν τον μετεγχειρητικό πόνο και την απώλεια αίματος και δεν απαιτείται μετάγγιση αίματος. Δεν απαιτούν αναισθησία, προσφέρουν ταχύτερη έξοδο από το νοσοκομείο -ο μέσος χρόνος νοσηλείας είναι 3 ώρες-, άμεση ανάρρωση και επιστροφή του ασθενούς στις καθημερινές του δραστηριότητες. Η ανακούφιση του ασθενούς είναι



INFO

Ο κ. Ν. Μπενάρδος σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Ειδικεύτηκε στη Χειρουργική Σπονδυλικής Στήλης στη μονάδα Σπονδυλικής Στήλης και Σκολίωσης του νοσοκομείου ΚΑΤ, στο τμήμα Σπονδυλικής Στήλης του πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Κολωνίας και στη νευροχειρουργική κλινική του 401 ΓΣΝΑ. Εξειδικεύτηκε στη ρομποτική χειρουργική σπονδυλικής στήλης στο Ισραήλ. Στις μικροεπεμβατικές σπονδυλοδεσίες και στην ενδοσκοπική χειρουργική σπονδυλικής στήλης εκπαιδεύτηκε στο Λας Βέγκας, το Σαν Ντέγκο και το Φίνιξ των ΗΠΑ. Έχει πραγματοποιήσει την πρώτη ρομποτική χειρουργική σπονδυλοδεσία στην Ελλάδα και την πρώτη αντικατάσταση τεχνητού μεσοσπονδύλιου δίσκου, με τη μέθοδο της εντελώς πλάγιας προσέλασης σπονδυλικής στήλης, στην Ευρώπη.

άμεση, όσο δηλαδή διαρκεί το να αφαιρεθεί η αιτία του πόνου, είτε αυτή είναι κήλη, είτε δίσκος, είτε οτιδήποτε πιέζει τα νεύρα και προκαλεί πόνο.

Η τοπική αναισθησία επιτρέπει στον γιατρό να συνεργάζεται με τον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης και να ελέγχει ανά πάσα στιγμή την κινητικότητά του. Ετοι ξεπρνιέται ένα βασικό μειονέκτημα των ανοιχτών επεμβάσεων που γίνονται με γενική αναισθησία, το να γίνει δηλαδή κάποια κάκωση στα νεύρα χωρίς να το αντιληφθεί ο γιατρός. Με τη νέα μέθοδο, αν ο γιατρός ακουμπήσει κάποιο νεύρο, ο ασθενής θα αντιδράσει και ο γιατρός θα αποφύγει μια πιθανή κάκωση. Ετσι, εξασφαλίζεται πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

Τι είναι η διαδερμική ενδοσκοπική απονεύρωση και σε ποιες περιπτώσεις ενδείκνυται;

Είναι μια τεχνική που ενδείκνυται στις περισσότερες περιπτώσεις χρόνιας οσφυαλγίας και αφορά στον καυτηριασμό ενός νευρικού κλάδου που μεταφέρει το ερέθισμα του πόνου από τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης στον εγκέφαλο.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να σταματήσει οριστικά ο πόνος στη μέση, δηλαδή η οσφυαλγία. Είναι μια τεχνική που στέφεται με απόλυτη επιτυχία, είναι απόλυτα ασφαλής για τον ασθενή (το συγκεκριμένο νεύρο βρίσκεται εκτός των ευαίσθητων περιοχών της σπονδυλικής στήλης και αδρανοποιώντας το ο ασθενής απαλλάσσεται μόνο από τον πόνο, χωρίς να του δημιουργεί κανένα άλλο πρόβλημα) και έχει αντικαταστήσει τις παλαιότερες τεχνικές, όπως ήταν η «τυφλή» μη ενδοσκοπική ανίχνευση νεύρου με ραδιοσυχνότητες, που δεν είχαν την αναμενόμενη επιτυχία.

Με το ενδοσκοπικό και με τον ασθενή χωρίς νάρκωση γίνεται άμεση αναγνώριση του νεύρου και στη συνέχεια πραγματοποιείται η αδρανοποίηση αυτού από απόλυτα εξειδικευμένο εργαλείο (bitrip-flextrode), που έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για το μικρό αυτό νεύρο. Το συγκεκριμένο εργαλείο λειτουργεί μόνο διά του ενδοσκοπίου. Ο χειρουργός συλλαμβάνει με την ειδικά διαμορφωμένη λαβίδα του εργαλείου το νευρίδιο το οποίο αδρανοποιεί.

Η επέμβαση διαρκεί 15 λεπτά, ο ασθενής εξέρχεται άμεσα του νοσοκομείου και επιστρέφει στις καθημερινές του δραστηριότητες. Ο συνολικός χρόνος νοσηλείας είναι τρεις ώρες.

Η ενδοσκοπική απονεύρωση είναι μέθοδος που έχει επινοήσει ο πρόεδρος της παγκόσμιας μικροεπεμβατικής εταιρείας, Dr Antony Yeung, είναι ευρέως διαδεδομένη στις Ηνωμένες Πολιτείες και,

εκτός από τον χρόνιο πόνο στη μέση, λύνει και τα προβλήματα του σπονδυλοαρθρικού χρόνιου πόνου, που δημιουργεί η κύφωση και η σκολίωση ενηλίκων.

Υπάρχουν και μειονεκτήματα της ενδοσκοπικής χειρουργικής;

Η ενδοσκοπική χειρουργική δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη διόρθωση της σκολίωσης και της κύφωσης.

Δεν υπάρχουν και οικονομικά οφέλη για τον ασθενή αλλά και για τα συστήματα Υγείας;

Ναι, φυσικά. Επειδή δεν χρησιμοποιούνται εμφυτεύματα, δεν επιβαρύνονται ιδιαίτερα τα ταμεία. Επίσης, δεν απαιτείται νοσηλεία, επομένως δεν χρειάζεται να καταβληθούν νοσήλια.

Τι σημαίνει «μικροεπεμβατικές τεχνικές σπονδυλοδεσίας»;

Είναι μια μέθοδος όπου με πολύ μικρές τομές, της τάξεως των 3 εκατοστών, καθίσταται δυνατή η διενέργεια της σπονδυλοδεσίας.

Παραδείγματα μικροεπεμβατικών τεχνικών σπονδυλοδεσίας είναι η αξονική διασωματική σπονδυλοδεσία (Axia-LIF), η εντελώς πλάγια διασωματική σπονδυλοδεσία (X-LIF) και η οπίσθια διαδερμική σπονδυλοδεσία.

Στη μεν Axia-LIF, που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου στη μέση από την εκφύλιση των δίσκων των κατώτερων σπονδυλικών διαστημάτων, η προσπέλαση γίνεται από μια μικρή τομή δίπλα από τον κόκκυγα. Μέσω μιας τομής 3 εκατοστών περνά ένας στενός σωλήνας και μέσω αυτού όλα τα ειδικά εργαλεία που καθαρίζουν τον κατεστραμμένο δίσκο. Μέσα από τον ίδιο σωλήνα περνούν επίσης τα υλικά της σπονδυλοδεσίας που βιδώνουν στους σπονδύλους και αποκαθιστούν το μεσοσπονδύλιο διάστημα που είχε στενέψει από την εκφύλιση του δίσκου.

Στη δε X-LIF, η προσπέλαση γίνεται από τα πλάγια της κοιλιάς. Το πλεονέκτημά της είναι ότι αφενός

δεν καταστρέφει τους μυς και τους συνδέσμους της σπονδυλικής στήλης, αφετέρου αποφεύγει την επαφή με τον σπονδυλικό σωλήνα που περιέχει τις ευαίσθητες νευρικές ρίζες και τον νωτιαίο μυελό.

Ο δίσκος που πάσχει αφαιρείται και στη θέση του τοποθετείται ένα ειδικό εμφύτευμα που ανατάσσει το μεσοσπονδύλιο διάστημα.

Οι δύο ανωτέρω τεχνικές καλύπτουν όλο το φάσμα των παθήσεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης στις οποίες απαιτείται σπονδυλοδεσία.

Συνολικά, πού υπερέρχουν οι μικροεπεμβατικές τεχνικές;

Μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και

Η τοπική αναισθησία επιτρέπει στον γιατρό να συνεργάζεται με τον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης και να ελέγχει ανά πάσα στιγμή την κινητικότητά του.

όταν η κλασική «ανοικτή» σπονδυλοδεσία είναι τεχνικά επιτυχής, ο ασθενής μπορεί να συνεχίζει να παρουσιάζει προβλήματα, όπως παραμονή του πόνου στη μέση, ελάττωση της δύναμης των μυών της ράχης και αίσθημα κόπωσης ή βάρους στη μέση. Η κατάσταση αυτή έχει ονομαστεί «νόσος της σπονδυλοδεσίας» και οφείλεται κυρίως στην κάκωση των μυών της πλάτης κατά τη χειρουργική επέμβαση. Αποφεύγοντας τις εκτεταμένες τομές, τις αποκολλήσεις των μυών από τη σπονδυλική στήλη και την καταστροφή των αγγείων και των νεύρων που τους τροφοδοτούν, μπορούμε να προλάβουμε αυτή την επιπλοκή. Επιπλέον, η ανωτέρω τεχνική είναι αναίμακτη και ο μέγιστος χρόνος νοσηλείας του ασθενούς δεν ξεπερνά τις 30 ώρες. ■