

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 ορστικά και μάλιστα, αναμιατά, χωρίς αναισθητικό χειρουργείο. Αντί, με τοπική αναισθησία και με ταχέως ανάρρωση!

«Οι νέες κλασικές τεχνολογίες και η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση έχουν βρει ευριστό πεδίο εφαρμογής στις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, ίσως και λόγω του γεγονότος ότι οι παλαιότερες χειρουργικές τεχνικές συνείδηση δημιουργούν περισσότερο πρόβλημα απ' όσα που έλυναν».

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!!!

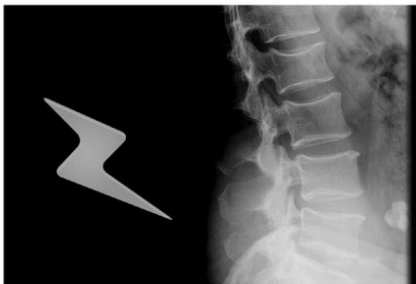
Το γεγονός αυτό αποκάι διευκρίνισε την ανάγκη βαρύτερα να αναζητήσουμε το ποσοστό διαβόητων είναι στην γενική πληθυσμιακή ομάδα όπως η οστεοαρθρίτις - οστεοαρθρίτις και η κλίση μεσοσπονδυλίου δίσκου», αναφέρεται ο Ορθοπαιδικός Χειρουργός της Σπονδυλικής Στήλης - Ενδοσκοπικός Χειρουργός της Σπονδυλικής Στήλης - Ενδοσκοπικός Χειρουργός της Σπονδυλικής Στήλης, Νικόλαος Δ. Μπενιόπουλος, MD, ο οποίος πραγματοποιεί την πρώτη ρομποτική διαδερμική σπονδυλοτομία στην Ελλάδα, αλλά και την πρώτη απεικόνιση τελεσκοπική μεσοσπονδυλίου δίσκου, με τη μέθοδο της ενέλεως πλάσας προσέλασης σπονδυλικής στήλης στην Ευρώπη.

μέθοδο της ενέλεως πλάσας προσέλασης 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 μια δεκαετία εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία και στην Ελλάδα».

Πρόκειται για μέθοδο που εκτελείται με τη βοήθεια ειδικής κλίμακας, του ενδοσκοπίου που εισάγεται στην πλάγια παρακείμενη μέση μικρής τομής του δέρματος, επιτρέποντας μεγάλη ποικιλία επεμβάσεων.

Οι εφαρμογές της μεθόδου είναι πέρα πολλές, όπως κλίση μεσοσπονδυλίου δίσκου, η δικοσπονδία, η βαριά κεντρική στένωση, η πλάγια στένωση, ο στένωση του τμήματος, ο σπασμός, 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 κίνηση των ιστών που επιτρέπει την ταχέως αποκατάσταση, η εξάρθρωση του κίνδυνου απειλής των νεύρων, η αποστείλη μετάγγισης αίματος και το χαμηλό κόστος.

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

Λόγω της πολύ μικρής τομής, των ελάχιστων κινήσεων των μυϊκών ομάδων 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 μετεγχειρητικά, ενώ τα συμπτώματα άμεσα υποχωρούν επίσης άμεσα. 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 πανκρίων εφαινεμάτων και του μηδενικού χρόνου νοσηλείας, το κόστος της επέμβασης είναι περιορισμένο, τόσο για τον ασθενή όσο και για τα ταμεία. Η απόκτηση και η ασφαλεία που προσφέρει η ενδοσκοπική χειρουργική έχει περιησύνει παγκοσμίως τις εκθέσεις της οικιακής χειρουργικής με τη χρήση μεταλλικών ή άλλων εφαινεμάτων, όπως είναι η σπονδυλοτομία.

Φυσικά, υπάρχουν ακόμα περιπτώσεις στις οποίες η σπονδυλοτομία, το δέσιμο δηλαδή ή η περισσότερο συνδυασμένη με τη χρήση εφαινεμάτων ιστών, είναι μονοδρόμος. «Και εδώ όμως η τεχνολογία έχει προσφέρει το σύγχρονο χειρουργικό σπονδυλική 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. Εξέκονται γύρω εδώ παίζει η χρήση των χειρουργικών ρομπότ».

Τα ρομπότ αδυνατούν σημαντικά την ακρίβεια της τοποθέτησης των εφαινεμάτων στη σπονδυλική στήλη σε ποσοστό που ξεπερνά το 99,5%, μελώντας έτσι τις πιθανότητες επιπλοκών. Η επιθυμητή θέση του εφαινεμάτος οχεδώνεται, 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 διαβόησεις της σπονδυλικής στήλης».

Παραδείγματα ελάττωσα εφευρεμάτων τεχνικών σπονδυλοτομίας είναι η ονκτική διασκοπική σπονδυλοτομία (Axia-LIF) και η πλάγια διασκοπική σπονδυλοτομία (XILF), καθώς και η ονκτική διαδερμική σπονδυλοτομία. Η ονκτική διασκοπική σπονδυλοτομία (Axia-LIF) χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου στη μέση που προκαλείται από εκφύλιση των δίσκων των κάτω σπονδυλικών διαμετρήσεων. Η επέμβαση γίνεται με τομή τμήν (3 εκατοστά) δίπλα στον κόκκυρα. Με την αντεκκίνηση, ο χειρουργός μπορεί να εισάγει ένα στενωτικό υλικό από τον κόκκυρα προς τη σπονδυλική στήλη, μέσω του οποίου περνούν ειδικά εργαλεία που καθιστούν τον καταπορευόμενο δίσκο. Από το υλικό επίσης περνούν τα υλικά της σπονδυλοτομίας που βιβώνουν στους σπονδύλους και επαναρρύνουν το μεσοσπονδυλίο διάστημα που είναι στενεύει από



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

την εκφύλιση και την κάκωση του δίσκου. Η επαναρρόση του μεσοσπονδυλίου διαστήματος διαβόηται τη στένωση των μικρών τμήματων από τα οποία εξέρχονται οι νεύρικές ρίζες για το κάτω άκρο».

Η πλάγια διασκοπική σπονδυλοτομία (XILF) εκτελείται μέσω τομής 4 εκ. στα πλάγια της κοιλίας. Τα πλεονεκτήματά της είναι ότι αφενός δεν κατατμήνει τους μυς και τους συνδέσμους της σπονδυλικής στήλης, αφετέρου αποφεύγει την επαφή με το σπονδυλικό υλικό, που περνάει της ευαισθητές νεύρικές ρίζες με το νασιώ 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 βίβωνας που γίνεται ασφαλεία και στη θέση του τοποθετείται ένα ειδικό εφαινεμάτω που αναπληρώνει το μεσοσπονδυλίο διάστημα που έχει υποστεί κάκωση ή αλλοίωση. Μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα της σπονδυλικής στήλης, εκτός από το καλύτερο μεσοσπονδυλίο διάστημα (O5-11), όπου εφαρμόζεται η μέθοδος της ονκτικής διασκοπικής σπονδυλοτομίας.

Σκοπός των τεχνικών αυτών είναι να αποφευχθούν τις κακώσεις των μυών και της αποκαλλιέργειας των μυϊκών ομάδων γενικότερα που γίνονται με την κλασική ανοικτή στήλη σπονδυλοτομία και που όπως φαίνεται αποτελεί την αιτία της λεγόμενης «νέωση της σπονδυλοτομίας». Η τελευταία δύνανται να εμφανιστούν του πόνου στη μέση, ελάττωσαν της δύναντας των μυών της ράχης και αισθησιακή κόπωση ή βίβωνας στην μέση, που παρατηρείται ακόμα και σε άρτια εκτελεζόμενες ανοικτές σπονδυλοτομίες.

Ετσι με τη χρήση των ελάττωσα εφευρεμάτων τεχνικών σπονδυλοτομίας, επιτυγχάνεται ελάττωσαν χρόνου νοσηλείας (έως 30 ώρες) και ταχέως μετεγχειρητική αποκατάσταση του ασθενούς. Η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, με τη βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας, έχει καθιερωθεί να πραγματοποιείται μεγάλα βήματα πρόοδου. Φυσικά, λοιπόν, μας η πόνο που δεκάδες ασθενείς παρέχουν καθιλοκλήσει στο κρείσματο από τον πόνο της μέσης, λεγόμενα φαρμακώδους και αντινευρικών οφθαλμών, δέονται του φόβου τους για την «κακοήγηση» χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, έχει περσεί αναποστρεπτικά, καταλήγει ο κ. Νικόλαος Μπενιόπουλος.