

LA DECOMPRESSIONE DISCALE MEDIANTE LASER (DETTA ANCHE PLDD SECONDO LA TECNICA DEL PROF. DANIEL S.J. CHOY). QUESTA LETTERA VIENE CONSEGNATA AL PAZIENTE DOPO LA VISITA DURANTE LA QUALE E' STATO SPIEGATO APPROFONDITAMENTE TUTTO CIO' CHE VI E' SCRITTO.

La PLDD non risolve tutti i casi di protrusione / ernia discale e, dunque, non si propone come “bacchetta magica” per tale patologia. D'altra parte NON ESISTE una terapia / intervento che risolve il 100% dei casi di protrusione/ernia discale e per sempre. La statistica dei risultati della PLDD sia a livello internazionale che personale del Dr. Gian Paolo Tassi (relativa a più di 3500 casi trattati ad oggi ovvero gennaio 2014) prevede risultati positivi nell'85% dei casi circa, con il 4% di recidive e 0,1% (ovvero 1 su 1000 casi) di complicanze (costituita sostanzialmente dalla discite ovvero infezione del disco intervertebrale sede dell'ernia e trattato con la PLDD). Tale complicanza si verifica tra la 3 e la 45 giornata nonostante la terapia antibiotica preventiva ottimale eseguita prima, durante e dopo il trattamento. La discite può essere curata senza reliquati con l'utilizzo di specifici antibiotici per 4-6 settimane associata a maggior riposo o, in casi eccezionali, con intervento chirurgico molto simile a quello utilizzato per l'ernia discale. Nel caso di sospetto di discite il paziente deve sottoporsi quanto prima ad esame del sangue (in particolare emocromo con conta delle cellule bianche detti leucociti, velocità di eritrosedimentazione detta VES e proteina C-reattiva detta PCR), MRI e visita specialistica infettivologica. I sintomi della discite sono vari (86% dei casi provoca forte lombalgia, febbre nel 35-60%, perdita della sensibilità in una o più zone dell'arto inferiore, dolore all'arto inferiore). Molto spesso i pazienti così come molti operatori del settore sanitario non conoscono la PLDD o la confondono con altri trattamenti mini invasivi (ozonoterapia, nucleoplastica, IDET, laser di superficie) che nulla hanno a che fare con la PLDD come background scientifico e processo fisico. La PLDD ha una sua specificità tecnico-procedurale che richiede una lunga preparazione del chirurgo prima di essere applicata clinicamente sui pazienti. Essa è realmente mini invasiva in quanto utilizza un ago molto sottile che, per mezzo di anestesia locale (da non confondere con la anestesia spinale o peridurale), viene introdotto sotto controllo radiologico fino al centro del disco intervertebrale (nucleo polposi) . Proprio il nucleo polposi (simile ad un gel come consistenza) o meglio la migrazione di una sua parte verso la periferia del disco intervertebrale forma la “escrescenza” (detta appunto ernia o protrusione quando è di dimensioni più ridotte) che comprimerà la radice nervosa fonte poi del dolore sofferto dal paziente. Dunque, l'ago ha l'obiettivo di raggiungere proprio il punto dove ha origine l'ernia discale. A questo punto si introduce nell'anima del piccolo ago la fibra ottica laser (sottile come un capello) e la punta di questa si posizionerà proprio nel nucleo polposi. Il dolore che si può avvertire durante questa fase è minimo e comunque più che accettabile (tra l'altro quando di avverte dura solo 3-5 secondi). Si inizia quindi ad erogare la energia laser (calore) che va individualizzata da paziente a paziente in base a numerosi parametri che l'operatore deve considerare. Tale energia laser nel nucleo polposi produce la vaporizzazione di una piccolissima quantità dello stesso ma sufficiente, nell'85% dei casi circa, ad ottenere una riduzione della pressione localizzata in quel punto che determina – per una legge fisica di “gradienti pressori” – lo sgonfiamento dell'ernia/protrusione e quindi il suo distaccarsi dalla radice nervosa. Nella maggior parte dei casi tale “sgonfiamento” è minimo ma più che sufficiente ad ottenere una decompressione del nervo (studi scientifici hanno dimostrato che è sufficiente la creazione di uno spazio di 100 angstrom per il nervo in modo tale che esso si decomprima e 100 angstrom corrispondono ad 1/10 di millimetro!!!). Da tale concetto si evince anche che obiettivo della PLDD non è dunque la “scomparsa-disintegrazione-bruciatura” dell'ernia ma la sua seppur minima riduzione. Tenete presente che comunque, da studi scientifici sulla PLDD da parte del Prof. Daniel Choy, il 30% delle ernie/protrusioni possono completamente riassorbirsi. Finita la erogazione di energia laser si sfilava l'ago e si appone un cerotto che andrà tolto dopo 3 giorni senza necessità di medicazioni. Il paziente dovrà stare a letto per 3-4 ore (potrà mangiare , bere, stare sul fianco destro e/o sinistro, muovere le gambe ed alzare di un 30 gradi lo schienale del letto) e poi potrà alzarsi per

2-3 volte solo 5 minuti per andare alla toilette nelle successive 12 ore. Il giorno successivo egli potrà alzarsi 5-6 volte 10 minuti ogni volta, il 3 giorno anche 10 volte 15 minuti ogni volta e così via per 10 giorni. Per 4-5 giorni il paziente dovrà evitare il più possibile di sedersi e per 7-8 giorni non dovrà utilizzare l'auto (sia la guida che il trasporto seduto). Il viaggio di ritorno a casa può essere ovviamente fatto in auto ma distesi (magari non proprio a 180 gradi) fermandosi – se il viaggio è lungo – ogni 100-150 km per alzarsi e camminare 5 minuti ogni volta. Per 15 giorni è bene indossare un bustino steccato lombare semplice (ad esempio tipo criss-cross) che successivamente potrà essere indossato solo per viaggi lunghi in auto o in giornate particolarmente stressanti. Non è necessario indossarlo a letto-distesi se non nel viaggio di ritorno a casa quando si è distesi in auto. Le scale (anche 20-30 gradini) potranno essere fatte 1 sola volta il giorno successivo alla PLDD, 2 volte 3-4 giorni dopo, 3-4 volte 7-8 giorni dopo. Il concetto di "GRADUALITA'" deve riguardare tutti gli aspetti della vita quotidiana per 15-20 giorni circa. Per fare una doccia e quindi stare in piedi senza bustino è bene aspettare 7 giorni. Il paziente potrà tornare alla propria attività lavorativa non prima di 15 giorni ma questo dipende molto dal tipo di lavoro che viene espletato (si varia da 15 a 45 giorni). E' bene che il paziente si astenga da attività sessuale per 10 giorni e, se è affetto da stitichezza, utilizzi lassativi per 15-20 giorni. E' bene "abortire" o attenuare forti colpi di tosse o starnuti così come, ovviamente, sarà bene che il paziente si astenga, **SEMPRE E COMUNQUE**, il più possibile da sforzi (sollevare pesi maggiori di 10 kg soprattutto se continuativi), attività con SALTII, flessioni torsioni del tronco (quasi tutti sport infatti, sono una delle cause delle ernia/protrusioni discali), sovrappeso. Il grande vantaggio della PLDD rispetto al trattamento chirurgico tradizionale risiede oltre che nella sua MININVASIVITA' anche nella assenza di scollamento dei muscoli, fresatura di osso, apertura di legamenti, formazioni di aderenze peri -nervose, indebolimento della colonna vertebrale ed utilizzo di anestesia locale.

Una alternativa alla PLDD può essere la rimozione dell'ernia per via endoscopica (tale tecnica viene spiegata al paziente in sede di visita). Si tenga presente inoltre che il 15% dei pazienti che non ha risultati positivi con la PLDD potrà sottoporsi sempre e comunque all'intervento tradizionale o alla rimozione dell'ernia per via endoscopica che potranno essere eseguiti a regola d'arte mentre, non sempre è vero il contrario ovvero un paziente sottoposto ad intervento chirurgico tradizionale per ernia o a rimozione dell'ernia per via endoscopica non sempre potrà sottoporsi a PLDD. Nel 5% dei casi circa non è possibile penetrare il disco intervertebrale L5-S1 (raramente L4-L5) per una alta cresta iliaca e ciò è verificabile solo durante la procedura e non prima.

LA RISOLUZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA ED IL GIUDIZIO SUL RISULTATO DELLA PLDD POTRA' ESSERE DATO NON PRIMA DI 4-7 SETTIMANE. IN TALE PERIODO E' FREQUENTE CHE IL PAZIENTE ABBIA ANCORA DOLORI, "ALTI E BASSI" DI VECCHIO TIPO O ANCHE DI TIPO NUOVO. NON E' PRECLUSO IN ALCUN MODO LA POSSIBILITA' DI ASSUMERE AL BISOGNO FARMACI ANTIDOLORIFICI O ANTINFIAMMATORI (QUELLI CHE IL PAZIENTE RITIENE PIU' EFFICACI E CHE TOLLERA DI PIU') IN ACCORDO CON IL SUO MEDICO DI FAMIGLIA (voltaren, aulin, co-efferalgan, toradol, lixidol, artrosilene, depalgos da 5 o 10 mg ecc... o anche cortisonico, quando non controindicato come nel diabete o nel glaucoma, tipo betametasona 4 mg in fiale intramuscolari 1 die per 5-6 giorni). Piccoli e progressivi miglioramenti si potranno avere per 10 mesi successivi alla PLDD. Se il paziente dopo 4 settimane avesse ancora dolori importanti o più forti rispetto a prima delle esecuzione della PLDD è necessario che il paziente si sottoponga a nuova MRI, esame del sangue (in particolare emocromo con conta delle cellule bianche detti leucociti, velocità di eritrosedimentazione detta VES e proteina C-reattiva detta PCR) e visita specialistica infettivologica.

I controlli dopo la PLDD saranno programmati a 10 giorni, 1 mese e 6 mesi; tali controlli saranno condotti dal Dr. Gian Paolo Tassi o da colleghi del Dr. Gian Paolo Tassi autorizzati all'uopo.

Se il paziente si dedicherà a passeggiate giornaliere o quasi giornaliere, magari un po' di bicicletta da passeggio o cyclette da camera, NON E' NECESSARIO FARE CICLI DI GINNASTICA POSTURALE O SIMILE ANCHE PERCHE' LA MIA ESPERIENZA PERSONALE INDICA CHE IL 10-15% DEI PAZIENTE CON TALI ATTIVITA' (seppure fatte da operatori bravi e molto preparati) HANNO DEI PEGGIORAMENTI O ADDIRITTURA DELLE RICADUTE. Per il nuoto vi è una sensibilità individuale nel senso che il 10% circa dei pazienti possono avere riacutizzazioni dolorose e non è bene comunque nei pazienti sofferenti di "cervicale". Il nuoto andrebbe comunque fatto per 2/3 dorso e 1/3 stile libero evitando gli altri stili.

Si prega di fare una copia della presente lettera dopo avere inserito la data e la propria firma. Una copia della presente andrà consegnata agli operatori sanitari insieme al consenso informato debitamente compilato e firmato anch'esso dal paziente e una copia rimarrà in possesso del paziente.

Data,.....

FIRMA LEGGIBILE