

DECOMPRESSIONE DISCALE PERCUTANEA CON LASER

(PLDD – secondo la tecnica del Prof. Daniel S.J. Choy)

La presente lettera informativa viene consegnata al/alla Paziente a seguito del colloquio e della visita specialistica, al fine di fornire una spiegazione approfondita delle informazioni sopra riportate.

La PLDD non risolve tutti i casi di protrusione o ernia del disco e pertanto non può essere considerata una “bacchetta magica” per tale patologia. D’altra parte, non esiste alcun trattamento o intervento in grado di risolvere il 100% dei casi di protrusione/ernia discale in modo definitivo.

Durante il colloquio e la visita con il Sig. Gian Paolo Tassi sono state approfonditamente discusse le alternative terapeutiche, quali:

- chirurgia “tradizionale” per ernia discale (ortopedica o neurochirurgica);
- erniectomia endoscopica.

L’analisi statistica dei risultati internazionali e personali della PLDD eseguita dal Dott. Gian Paolo Tassi (oltre 3500 casi trattati fino a settembre 2013) evidenzia:

- 85% di risultati positivi
- 4% di recidive
- 0,1% di complicanze (1 caso su 1000)

La complicanza principale è la discite, ossia infezione del disco intervertebrale trattato.

La discite può insorgere tra il 3° e il 45° giorno, nonostante adeguata profilassi antibiotica eseguita prima, durante e dopo la procedura.

La discite può essere trattata senza conseguenze mediante terapia antibiotica specifica per 4–6 settimane, riposo o, in casi eccezionali, mediante un nuovo intervento chirurgico simile a quello per ernia discale.

In caso di sospetta discite è necessario eseguire:

- Risonanza Magnetica (RMN)
- Esami ematici (PCR – Proteina C Reattiva, VES, globuli bianchi)
- Consulenza infettivologica

I sintomi della discite possono includere:

- dolore lombare (86%)
- febbre (35–60%)
- perdita della sensibilità radicolare
- dolore agli arti inferiori

Molti pazienti e talvolta anche operatori sanitari confondono la PLDD con altre tecniche mini-invasive (ozonoterapia, nucleoplastica, IDET, laser superficiale), che non hanno nulla a che vedere con la PLDD né dal punto di vista scientifico né fisico.

Descrizione della procedura

La PLDD possiede una specificità tecnica e procedurale che richiede lunga preparazione del chirurgo prima dell'applicazione clinica.

Si tratta di un vero intervento mini-invasivo eseguito mediante un ago molto sottile che, in anestesia locale (da non confondere con anestesia spinale o peridurale), viene introdotto sotto controllo radiologico fino al centro del disco intervertebrale (nucleo polposi).

Il nucleo polposi, di consistenza gelatinosa, quando migra verso la periferia del disco forma la protrusione o l'ernia che comprime la radice nervosa, causando il dolore.

L'ago viene posizionato esattamente nel punto di origine dell'ernia. Successivamente viene introdotta una fibra ottica laser (sottile come un capello) il cui apice viene collocato nel nucleo polposi.

Il dolore eventualmente percepito in questa fase è minimo e dura 3–5 secondi.

L'energia laser (calore), modulata individualmente, provoca la vaporizzazione di una minima quantità di nucleo polposi. Nell'85% dei casi ciò è sufficiente a ridurre la pressione intradiscale e, secondo il principio dei gradienti di pressione, determinare la “deflazione” dell'ernia e il suo distacco dalla radice nervosa.

Spesso tale riduzione è minima ma sufficiente a ottenere la decompressione nervosa. Studi scientifici dimostrano che la creazione di uno spazio di soli 100 angstrom (1/10 di millimetro) è sufficiente per decomprimere il nervo.

L'obiettivo della PLDD non è la “bruciatura” o la scomparsa dell'ernia, bensì la sua riduzione funzionale.

Studi del Prof. Daniel Choy dimostrano che nel 30% dei casi può verificarsi il completo riassorbimento dell'ernia.

Al termine si rimuove l'ago e si applica un cerotto da rimuovere dopo 3 giorni.

Indicazioni post-procedura

- Riposo a letto per 3–4 ore
- Nelle 12 ore successive alzarsi solo 2–3 volte per 5 minuti
- Il giorno seguente 5–6 volte per 10 minuti
- Il 3° giorno 10 volte per 15 minuti
- Mobilizzazione progressiva per 10 giorni

Evitare la posizione seduta per 4–5 giorni.

Non utilizzare l'automobile per 7–8 giorni.

Il viaggio di ritorno può essere effettuato in auto in posizione sdraiata, con soste ogni 150–200 km.

Indossare un corsetto lombare per 15 giorni (non indossarlo a letto).

Salire le scale:

- 1 volta il giorno dopo
- 2 volte dopo 3–4 giorni
- 3–4 volte dopo 7–8 giorni

Il principio della gradualità deve essere rispettato per 15–20 giorni.

Doccia dopo 5–7 giorni.

Ripresa lavorativa non prima di 15 giorni (variabile fino a 45 giorni).

Astensione dall'attività sessuale per 10 giorni.

Evitare:

- sollevamento pesi superiori a 10 kg
- salti
- torsioni e flessioni
- sovrappeso

Vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale

- Assenza di dissezione muscolare
- Assenza di fresatura ossea
- Nessuna apertura legamentosa
- Assenza di aderenze perinervose
- Nessun indebolimento della colonna
- Anestesia locale

Il 15% dei pazienti senza beneficio da PLDD può sottoporsi con successo a chirurgia tradizionale.

Al contrario, dopo chirurgia tradizionale non sempre è possibile eseguire PLDD.

Nel 10% dei casi non è possibile accedere al disco L5-S1 per cresta iliaca alta (valutabile solo durante la procedura).

Valutazione del risultato

La valutazione definitiva avviene dopo 4–7 settimane.

In tale periodo possono verificarsi:

- persistenza del dolore
- nuovi dolori
- andamento altalenante dei sintomi

È possibile assumere analgesici o antinfiammatori in accordo con il medico curante (anche cortisonici, ad es. Betametasona 4 mg IM per 5–6 giorni, salvo controindicazioni).

Il miglioramento può essere progressivo fino a 10 mesi.

IMPORTANTE:

Se dopo 4 settimane il dolore persiste o peggiora, è necessario eseguire RMN, esami ematici (PCR, VES, GB) e consulenza infettivologica.

Attività fisica

Camminate quotidiane e cyclette sono sufficienti.

La ginnastica posturale generalmente non è necessaria.

Nel 10–15% dei casi possono verificarsi peggioramenti con alcune attività riabilitative.

Nuoto:

- 2/3 dorso
 - 1/3 stile libero
 - evitare altri stili
 - non consigliato in caso di patologia cervicale
-

Follow-up

Controlli programmati a:

- 10 giorni
- 1 mese
- 6 mesi

Le visite saranno effettuate dal Sig. Gian Paolo Tassi o da un collega da lui designato.

Si prega di firmare e datare copia della presente lettera e consegnarla insieme al consenso informato compilato prima della procedura PLDD.

Data _____

Firma _____