

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ Ή ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΓΙΑ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΕΣ. ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΝΩ ΣΤΟΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ.

Α.Μπαλαδήμας, Σ.Γεωργόπουλος, Α.Τσολαρίδης, Ι.Αβούρης, Κ.Χαψή, Δ.Γκανέτσος, Γ.Νικολάτος
Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα ΓΝΝ «Η Ελπίς», Αθήνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αμυγδαλεκτομή είναι μία από τις πιο συχνά εκτελούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην Ω.Ρ.Λ. και φυσικά στην κλινική μας, περί τις 120 ετησίως.

Σαν μέθοδοι αιμόστασης, οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές είναι η απολίνωση και η διπολική διαθερμία. Στην παρούσα εργασία εξετάζεται ο μετεγχειρητικός πόνος μετά από αμυγδαλεκτομή τόσο μετά από απολίνωση των αγγείων όσο και μετά από καυτηριασμό τους με διπολική διαθερμία και γίνεται σύγκριση των δύο μεθόδων.

ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι αμυγδαλεκτομές της παρούσης εργασίας πραγματοποιήθηκαν σε 50 (πενήντα) ασθενείς αμφοτέρων των φύλων ηλικίας, από 15-45 ετών.

Είχαν εισαχθεί για αμυγδαλεκτομή συνέπεια χρονίας υπερτροφικής, χρονία κρυπτικής αμυγδαλίτιδας και προηγηθέντος περιαμυγδαλικού αποστήματος.

Ανεξαρτήτως της αιτιολογίας οι αμυγδαλεκτομές πραγματοποιήθηκαν επί εδάφους μη οξείας φλεγμονής, από διάφορους χειρουργούς της κλινικής μας. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η χρήση στην μια αμυγδαλή, σαν τρόπος αιμόστασης της κλασσικής μεθόδου των ελευθέρων απολινώσεων και στην άλλη η διπολική διαθερμία.

Η κλασσική μέθοδος των ελευθέρων απολινώσεων εφαρμόσθηκε πάντα στην δεξιά αμυγδαλή με χρήση ραμμάτων τύπου Silk N⁰ 1 ενώ παράλληλα η μέθοδος της καυτηρίασης των αγγείων σαν τρόπος αιμόστασης εφαρμόσθηκε στην αριστερή πάντα αμυγδαλή με χρήση διπολικής διαθερμίας τύπου: (MARTIN ME' 400 240V-50Hz ένταση7). Οι αμυγδαλεκτομές εκτελέσθηκαν όλες υπό γενική αναισθησία και δια της μεθόδου της παρασκευής και αποκόλλησης εκ' του αμυγδαλικού βόθρου και οι δύο αμυγδαλικοί βόθροι είχαν την ίδια εμφάνιση όσο αναφορά την αρχιτεκτονική των ιστών και ελέγχθησαν επιμελώς για αιμόσταση έτσι ώστε να είναι εντελώς στεγνές στο τέλος των εγχειρήσεων.

Μετεγχειρητικά οι ασθενείς παρέμειναν στο νοσοκομείο από 24-48 ώρες. Κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο ελέγχθησαν από τους ιατρούς της κλινικής μας για την ρυπαρότητα και δυσσομία των αμυγδαλικών βόθρων, για την αιμόσταση και τον πόνο και μετεγχειρητικά την 1^η, 4^η και 8^η μετεγχειρητική ημέρα τις πρωινές ώρες κατά τον επανέλεγχο τους στα Ε.Ι. της κλινικής μας. Σημειώθηκε συχνότητα της πρώιμης και όψιμης αιμορραγίας και στους ασθενείς ετίθεντο το ερώτημα ποια ήταν η πιο επώδυνη πλευρά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο τέλος της έρευνας συγκεντρώθηκαν και αξιολογήθηκαν τα ερωτηματολόγια 50 ασθενών. Από τα 50 άτομα κατά την 1^η (πρώτη) μετεγχειρητική ημέρα τα 26 εμφάνισαν αυξημένο πόνο από την πλευρά της διαθερμίας και τα 24 από την πλευρά της απολίνωσης. Η παρατηρούμενη ρυπαρότητα των αμυγδαλικών βόθρων ήταν ίδια και με τις δύο μεθόδους.

Κατά την 4^η (τέταρτη) ημέρα τα 20 άτομα εμφάνισαν αυξημένο πόνο από την πλευρά της διαθερμίας και τα 30 από την πλευρά των απολινώσεων. Η ρυπαρότητα ήταν στα 18 περιστατικά αυξημένη από την πλευρά της διαθερμίας και στα 32 αυξημένη από την πλευρά των απολινώσεων. Κατά την 8^η μετεγχειρητική ημέρα τα 18 εμφάνισαν αυξημένο πόνο απ' την πλευρά της διαθερμίας και τα 32 απ' την πλευρά των απολινώσεων.

Αυξημένη ρυπαρότητα είχαμε στα 14 περιστατικά απ' την πλευρά της διαθερμίας και τα 36 περιστατικά απ' την πλευρά των απολινώσεων.

Μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε μια μόνο όψιμος αιμορραγία κατά την 4^η μετεγχειρητική ημέρα απ' την πλευρά των απολινώσεων.

Τα αποτελέσματα συγκεντρωτικά αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

ΗΜΕΡΕΣ	ΠΟΝΟΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ		ΡΥΠΑΡΟΤΗΣ		ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	
	ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ	ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ	ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ	ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ	ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ	ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ
1 ^η ημέρα	26	24	25	25	-	-
4 ^η ημέρα	20	30	18	32	-	1
8 ^η ημέρα	18	32	14	36	-	-

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αν και η αμυγδαλεκτομή θεωρείται εγχείρηση ρουτίνας παρουσιάζει ακόμη και σήμερα κάποια ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας. Για τα ποσοστά αυτά, ευθύνονται κυρίως οι αιμορραγίες (πρώιμες και όψιμες) και οι επιπλοκές της γενικής αναισθησίας.

Ωστόσο και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ενοχλητικός για τον ασθενή. Μπορεί να οδηγήσει σε τρισμό, σε φλεγμονή των αμυγδαλικών βοθρίων και σε πιθανή όψιμη αιμορραγία.

Η διαθερμία σαν μέθοδος αιμόστασης στην αμυγδαλεκτομή χρησιμοποιήθηκε για πάνω από 20 χρόνια και υπάρχουν αναφορές στην διεθνή βιβλιογραφία για την χρήση της με την τεχνική κυρίως της μονοπολικής διαθερμίας.

Η μελέτη αυτή έγινε με την χρήση της διπολικής διαθερμίας. Αυτό γιατί με την διπολική ελέγχουμε καλύτερα το βάθος και την περιοχή στην οποία επιτυγχάνουμε τον καυτηριασμό και μέσω αυτού την αιμόσταση λόγω του ότι η διπολική δρα μόνο στη μάζα των ιστών που περιλαμβάνονται μεταξύ των σκελών της. Προκαλεί έτσι λιγότερη καταστροφή των ιστών, είναι πιο εύκολη στον χειρισμό και στην ακριβή εφαρμογή της στο σημείο που θέλουμε, αποφεύγοντας, έτσι την κάκωση ανατομικών δομών που βρίσκονται έξω από τον αμυγδαλικό βόθρο.

Παράλληλα προκαλεί λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο.

Όσον αφορά τις ελεύθερες απολινώσεις αυτές δεν προκαλούν βλάβη των εν τω βάθει ιστών αλλά μπορούν να στραγγαλίσουν και μυϊκές ίνες εκ του αμυγδαλικού βόθρου γεγονός που καταλήγει σε αυξημένο μετεγχειρητικό πόνο.

Η διαθερμία χρησιμοποιήθηκε από τον Wate και Glossop (1989) για αιμόσταση στα δικά τους περιστατικά των 120 αμυγδαλεκτομών και δεν συνοδεύτηκε με όψιμες αιμορραγίες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διπολική διαθερμία είναι το ίδιο αποτελεσματική με τις απολινώσεις στον έλεγχο της διεγχειρητικής αιμορραγίας, δεν δίνει περισσότερο όψιμες αιμορραγίες. Όσον αφορά τον μετεγχειρητικό πόνο στις μεγαλύτερες ιδιαίτερα ηλικιακά ομάδες (συγκεκριμένα αυτές από 35-45 ετών), φαίνεται να προκαλεί λιγότερο.

Η διπολική διαθερμία χρησιμοποιείται πιο εύκολα από τους νέους γιατρούς και παίρνει λιγότερο εγχειρητικό χρόνο από ότι οι ελεύθερες απολινώσεις σε λιγότερο έμπειρα χέρια.