8 Νοεμβρίου 2014

Πότε μπορούν να ξαναοδηγήσουν οι



Η

απόφαση ενέχει και σημαντικούς νομικούς κινδύνους

Συχνά η επανέναρξη της οδήγησης συμπίπτει χρονικά με τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, ακόμα και ενόσω φορούν διαφόρων ειδών νάρθηκες

Σοβαροί είναι οι κίνδυνοι που διατρέχουν τα άτομα που έχουν υποστεί κάποιο μυοσκελετικό τραυματισμό ή έχουν υποβληθεί σε ορθοπαιδικό χειρουργείο όταν αποφασίζουν να ξεκινήσουν να οδηγούν χωρίς τη έγκριση του θεράποντος ιατρού τους. Η απόφαση ενέχει επίσης και σημαντικούς νομικούς κινδύνους.

Συχνά η επανέναρξη της οδήγησης συμπίπτει χρονικά με τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, ακόμα και ενόσω φορούν διαφόρων ειδών νάρθηκες.

Δυστυχώς όμως δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες καθοδήγησής τους για το χρόνο που θεωρείται ασφαλής ώστε να οδηγήσουν ξανά.

Όσον αφορά στην ικανότητα φρεναρίσματος σε μια επικίνδυνη κατάσταση, που κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για την ασφαλή οδήγηση, υπάρχουν μελέτες που εστιάζουν σε αυτή την ικανότητα μετά από χειρουργείο ή κατά τη διάρκεια

ακινητοποίησης. Επίσης, υπάρχουν διάφοροι εξομοιωτές οδήγησης που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των ασθενών.

«Όμως, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες οδηγίες για τον καθορισμό της ικανότητας οδήγησης του ασθενούς. Οι ιατροί συνήθως επιτρέπουν την οδήγηση όταν σταματήσει η περίοδος ακινητοποίησής του, έχει ανακτήσει ικανότητα πλήρους φόρτισης και έχει πλήρη συλληπτική ικανότητα άκρας χειρός», επισημαίνει ο ορθοπαιδικός χειρουργός Δρ. Νικόλαος Ροΐδης, Επιμελητής Α στο Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ.

Οι ασθενείς μπορεί να υποβληθούν σε δοκιμαστική οδήγηση, διακοπή των ναρκωτικών αναλγητικών και εξέταση από φυσικοθεραπευτή. Αντικειμενικές μετρήσεις ικανότητας οδήγησης είναι δύσκολο να γίνουν διότι οι προσομοιωτές οδήγησης δύσκολα χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη. Οι ιατροί συνήθως χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους εκτίμησης της ικανότητας ασφαλούς οδήγησης, όπως το τεστ σκαλοπατιού (step test) και το τεστ στάσης (stand test) μετά από αρθροσκοπική χειρουργική γόνατος, αποκατάσταση πρόσθιου χιαστού και οστεοτομία πρώτου μεταταρσίου.

Παράλληλα, μελέτες καταδεικνύουν ότι οι Ορθοπαιδικοί Χειρουργοί έχουν ελλιπή γνώση των νομικών παραμέτρων σχετικά με την ικανότητα οδήγησης μετά από χειρουργική επέμβαση. Κι όμως προσφέρουν τις συμβουλές τους σε ασθενείς ως προς την ικανότητα ασφαλούς οδήγησης.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες παρουσιάζονται διστακτικές στον καθορισμό ικανότητας ασφαλούς οδήγησης του ασθενή, συνήθως εξετάζουν την κάθε περίπτωση ξεχωριστά και γενικά η υπευθυνότητα μετακινείται στην πλευρά του ασθενή. Με τη χορήγηση άδειας σε κάποιο ασθενή να οδηγεί οι ιατροί υπόκεινται σε νομικό έλεγχο εάν ο ασθενής εμπλακεί σε τροχαίο ατύχημα.

Παρά τη δημοσίευση μελετών που καθορίζουν τα ασφαλή χρονικά πλαίσια, η εξατομικευμένη προσέγγιση και η πλήρη ενημέρωση των ασθενών ως προς τις ευθύνες τους οδηγούν στον καθορισμό του βέλτιστου χρονικού ορίζοντα επανόδου σε οδήγηση.

Άνω άκρο

Ακόμα και σε υγιείς εθελοντές η ακινητοποίηση του άνω άκρου εμποδίζει σημαντικά την οδήγηση. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν αναρτήσεις, νάρθηκες πάνω από τον αγκώνα ή νάρθηκες κάτω από τον αγκώνα στο αριστερό άνω άκρο θα πρέπει να μην ενθαρρύνονται να οδηγούν. Αμφισβητούμενες συστάσεις, που κυρίως χρησιμοποιούνται στην Βόρεια Αμερική, ως προς την ικανότητα οδήγησης ασθενών με χρήση νάρθηκα κάτωθεν του αγκώνα σε δεξιό άνω άκρο μπορεί να

οδηγήσει χειρουργούς στο να δώσουν τη συγκατάθεσή τους σε ασθενείς να οδηγούν με τη χρήση ναρθήκων.

Κάτω άκρο

Η ικανότητα οδήγησης μετά από χειρουργική επέμβαση κάτω άκρου εστιάζεται στο δεξιό κάτω άκρο, λόγω, κυρίως, της χρήσης του δεξιού ποδιού τόσο στην επιτάχυνση με το γκάζι όσο και στην πέδηση με το φρένο.

Κατάγματα κάτω άκρου

Παρά το γεγονός ότι η απόφαση οδήγησης μετά από ένα κάταγμα είναι δύσκολη, πολύ λίγες οδηγίες υπάρχουν. Οι περισσότεροι χειρουργοί συμφωνούν ότι η πλήρη ικανότητα φόρτισης είναι πολύ σημαντική ως προς την ικανότητα οδήγησης. Αποδεκτή ικανότητα πέδησης επιτυγχάνεται 2 εβδομάδες μετά την αφαίρεση του νάρθηκα σε συντηρητική αντιμετώπιση καταγμάτων ποδοκνημικής, 9 εβδομάδες μετά χειρουργική αντιμετώπιση καταγμάτων ποδοκνημικής και 18 εβδομάδες για ενδοαρθρικά κατάγματα. Σε κατάγματα μακρών οστών κάτω άκρου το χρονικό διάστημα των 9 εβδομάδων θεωρείται γενικά ασφαλές για την επίτευξη ικανοποιητικής ικανότητας πέδησης.

Ολική αρθροπλαστική ισχίου

Η οδήγηση μετά από ολική αρθροπλαστική ισχίου (OAI) μπορεί να είναι δύσκολη τόσο λόγω της φύσης του χειρουργείου όσο και της διαδικασίας μετεγχειρητικής αποκατάστασης και φυσικοθεραπείας. Με βάση την χειρουργική προσπέλαση του χειρουργείου οι ασθενείς καθοδηγούνται στην αποφυγή συγκεκριμένων θέσεων κάμψης και προσαγωγής του ισχίου (όπως στην οδήγηση), προς ελαχιστοποίηση του κινδύνου εξαρθρήματος. Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν υποκειμενική βελτίωση της μετεγχειρητικής ικανότητας οδήγησης και οι περισσότεροι αισθάνονται ότι μπορούν άνετα να οδηγήσουν μετά από χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων. Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία οι ασθενείς μπορούν να οδηγήσουν μετά από 4-6 εβδομάδες μετά από δεξιά ολική αρθροπλαστική ισχίου. Παρά το γεγονός ότι παρουσιάζουν μια επαρκή ικανότητα πέδησης μετά από 1 εβδομάδα από αριστερή ολική αρθροπλαστική, οι ασθενείς θα πρέπει να μην οδηγούν εκτός και αν μπορούν να ακολουθήσουν τις απαιτούμενες προφυλάξεις θέσης του χειρουργημένου τους ισχίου.

Μετά από πρόσθια (AMIS) ή προσθιοπλάγια (ALMIS) προσπέλαση σε αρθροπλαστική του ισχίου ο περιορισμός είναι πολύ μικρότερος για το αριστερό ισχίο (1 εβδομάδα) σε σχέση με το δεξί (2-4 εβδομάδες).

Παρ’ολα αυτά η κοινή λογική πρέπει πάντα να καθοδηγεί τις αποφάσεις μας ως προς την ικανότητα ασφαλούς οδήγησης μια και ολική αρθροπλαστική ισχίου αποτελεί μια μείζονα χειρουργική επέμβαση.

Ολική αρθροπλαστική γόνατος

Η ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ) αποτελεί την πιο αναλυτικά μελετημένη ορθοπαιδική επέμβαση ως προς την ικανότητα μετεγχειρητικής οδήγησης. Μετά από δεξιά ΟΑΓ η ικανότητα πέδησης επανέρχεται σε βασικό επίπεδο σε 4 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Υπάρχουν μελέτες που συνιστούν επάνοδο στην οδήγηση ακόμα και 2 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Παρά ταύτα το χρονικό διάστημα των 4 εβδομάδων θεωρείται πιο ασφαλές. Η ικανότητα πέδησης δεν αλλάζει μετά από αριστερή ΟΑΓ και οι ασθενείς μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε χρονικό διάστημα 10 ημερών μετεγχειρητικά.

Αρθροσκόπηση γόνατος και ανακατασκευή πρόσθιου χιαστού

Οι ασθενείς συνήθως προσμένουν μια ταχεία αποκατάσταση μετά από αρθροσκοπικό χειρουργείο γόνατος. Η ικανότητα πέδησης όμως επανέρχεται μετά από 4 εβδομάδες μετά από αρθροσκόπηση γόνατος και μετά από 6 εβδομάδες από αρθροσκοπική αποκατάσταση ρήξης προσθίου χιαστού δεξιού γόνατος. Μετά από αρθροσκοπική αποκατάσταση ρήξης αριστερού προσθίου χιαστού οι ασθενείς μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και 2 εβδομάδες μετά το χειρουργείο. Παρ’ ολα αυτά υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ ασθενών και διάφορα τεστ μπορούν να μας βοηθήσουν στην τελική μας απόφαση (step test & stand test).

Χειρουργική άκρου ποδός

Ο πόνος μπορεί να αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην ικανότητα πέδησης μετά από χειρουργική επέμβαση άκρου ποδός. Οι ασθενείς οδηγώντας πρώιμα ρισκάρουν μια βλαπτική επίδραση στην χειρουργικά επιτυγχανόμενη ανακατασκευή εάν δεν έχει επέλθει ικανοποιητική επούλωση τόσο των οστικών δομών όσο και των μαλακών μορίων.

Μετά από χειρουργική διόρθωση βλαισού μεγάλου δακτύλου (κότσι), η ικανότητα πέδησης επανέρχεται μετά από 6 εβδομάδες αλλά παραμένει σημαντικά μικρότερη σε σχέση με υγιείς εθελοντές. Μετά από χειρουργική αρθρόδεση ποδοκνημικής

παρουσιάζεται χαμηλότερος χρόνος πέδησης (BRT) όπως και χρήση του πρόσθιου άκρου πόδα λόγω της περιορισμένης ικανότητας ραχιαίας κάμψης.

Χειρουργική σπονδυλικής στήλης

Προϋπάρχοντα ή επίκτητα νευρολογικά ελλείμματα ή πόνος καθιστούν την απόφαση οδήγησης μετά από χειρουργείο σπονδυλικής στήλης πολύ δύσκολη. Ασθενείς με προεγχειρητικά νευρολογικά ελλείμματα ίσως παρουσίαζαν πλήρη ανικανότητα οδήγησης ή μπορεί να συνέχιζαν να οδηγούν παρά την ανικανότητά τους. Επιπρόσθετα πολλοί ασθενείς με παθολογία σπονδυλικής στήλης χρησιμοποιούν ισχυρά αναλγητικά φάρμακα για κάποιο χρονικό διάστημα προεγχειρητικά και ίσως απαιτείται η μετεγχειρητική χρήση κηδεμόνα. Ασθενείς με οσφυϊκή ριζίτιδα παρουσιάζουν σημαντικά μειωμένους χρόνους πέδησης (οι οποίοι βελτιώνονται σε σημαντικό βαθμό άμεσα μετά νευρικό αποκλεισμό με διατήρηση της βελτίωσης για χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων. Σημαντική βελτίωση παρατηρείται και μετά χειρουργική αποκατάσταση κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου. Η σύσταση σε αυτή την περίπτωση είναι ότι οι ασθενείς δεν υπόκεινται σε κανένα περιορισμό μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Οι ασθενείς μπορεί να μην παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση της ικανότητας πέδησης μετά από χειρουργική επέμβαση σπονδυλοδεσίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προυπάρχουσα μειωμένη ικανότητα πέδησης που βελτιώνεται μετεγχειρητικά ή λόγω της φύσης των σύγχρονων μεθόδων ελάχιστης επεμβατικότητας. Μέχρι την καλύτερη διευκρίνηση των μετεγχειρητικών αλλαγών όσον αφορά στην ικανότητα οδήγησης, οι χειρουργοί θα πρέπει να είναι πολλοί προσεκτικοί ως προς την μετεγχειρητικχορήγηση άδειας οδήγησης μετά από σπονδυλοδεσία σπονδυλικής στήλης.

Σύμφωνα με τον Δρ. Ν. Ροΐδη, η απόφαση επανόδου στην καθημερινή οδήγηση μετά από ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση είναι δύσκολη τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ορθοπαιδικό χειρουργό. «Σύμφωνα με τις ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και τις ισχύουσες νομικές οδηγίες οι ασθενείς είναι οι κυρίως υπεύθυνοι για την τελική απόφαση οδήγησης.

Με την κατάλληλη καθοδήγηση ο χειρουργός μπορεί να εξασφαλίσει τη βέλτιστη δυνατή απόφαση του ασθενούς του, μετά από κατάλληλη πληροφόρηση. Οι δημοσιευμένες εκτιμήσεις της ικανότητας πέδησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν χρήσιμες οδηγίες, αλλά η τελική απόφαση πρέπει πάντα να εξατομικεύεται», καταλήγει.

Πηγή: protothema.gr