

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

# Νευροαναισθησιολόγοι ή "Ψευδοακαδημαϊκοί";

Ο τίτλος του μικρού αυτού σχολίου που μου ζητήθηκε ευγενικά από την υπεύθυνη για την έκδοση του τεύχους, κ Μαρία Γιαννάκου, θα μπορούσε ίσως να ήταν "Οι χαμένες βεβαιότητες".

Αφορμή για τις σκέψεις αυτές στάθηκε η ανάγνωση της διάλεξης σε μνήμη του Dr Rovenstine που έδωσε ο J. Michenfelder στις 10 Οκτωβρίου του 1988 στο Σαν Φρανσίσκο (Anesthesiology 70: 695-701, 1989).

Είδα λοιπόν ότι οι αμφιβολίες μου για κάποιες από τις αρχές που αποτελούσαν την βάση της αναισθησίας στη νευροχειρουργική - και που αν κάποιος υποψήφιος αναισθησιολόγος αγνοούσαν θα είχαν σοβαρές δυσκολίες στις εξετάσεις τους - δεν ήταν μόνο δικές μου.

Η αναισθησία στη Νευροχειρουργική ή Νευροαναισθησία κατά Michenfelder (Anesthesiology 30: 65-100, 1969) καθιερώθηκε σαν υποειδικότητα της Αναισθησιολογίας στην δεκαετία του 1960. Σιγά σιγά άρχισαν να αναγνωρίζονται τα ιδιαίτερα προβλήματα των επεμβάσεων στον εγκέφαλο και η σχέση τους με τα αναισθησιολογικά φάρμακα και τεχνικές ενώ παράλληλα άρχισε να εμφανίζεται και η ανάγκη να υπάρχουν αναισθησιολόγοι "πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης" για την αναισθησία στην Νευροχειρουργική. Πολλοί από μας αργότερα διγνώσαν "Νευροαναισθησιολόγοι".

Είναι σίγουρο ότι η εξέλιξη αυτή ήταν ευνοϊκή γιατί η ενασχόληση, σε ένα συγκεκριμένο χώρο, έδωσε ομάδες χειρουργών και αναισθησιολόγων και επέτρεψε την βαθμιαία αναγνώριση των ειδικών προβλημάτων και των λύσεών τους.

Δυστυχώς η παράλληλη έκρηξη στον τομέα της έρευνας εξ' αιτίας μεθοδολογικών λαθών, αλλά κυρίως και αδυναμίας σύνδεσης πειραματικού εργαστηρίου και κλινικής, οδήγησαν σε μύθους που ταλαιπώρησαν και ταλαιπωρούν ακόμη αυτούς που εκπαιδεύουν και

εκπαιδεύονται, αλλά και το χειρότερο, οδήγησαν την νευροαναισθησιολογία σε περιεργούς δρόμους.

Έτσι πολλές μελέτες που αφορούσαν κυρίως την δράση των αναισθητικών στην εγκεφαλική αιμοδυναμική και μεταβολισμό ερμηνεύθηκαν πρόωρα από τους συγγραφείς τους σαν απόλυτες - ή περίπου απόλυτες - βεβαιότητες. Τους συγγραφείς αυτούς που μέσα από εξεζητημένα και επιστημονικοφανή πρότυπα μελετών αναγνωρίστηκαν σαν αυθεντίες και προκάλεσαν μια γενικευμένη σύγχυση, αποκαλεί ο Michenfelder "ψευδοακαδημαϊκούς".

Από το 1969 η πρώτη μελέτη από τον Jenett (Lancet 1: 61-64, 1969) απέδειξε ότι τα πτητικά αναισθητικά αυξάνουν την ενδοκρανία πίεση σε αρρώστους με όγκο στον εγκέφαλο αλλά και ότι η αύξηση αυτή δεν αντιμετωπιζόταν από την προηγούμενη εγκατάσταση υποκαπνίας.

Αμέσως στην συνέχεια σε ένα - ανώνυμο - εκδοτικό σχόλιο (Editorial) πάνω στη συγκεκριμένη μελέτη (Br. J. Anaesth 41: 277, 1969) αναφέρθηκε ότι το αλοθάνιο πρέπει να εξοστρακιστεί από την νευροαναισθησιολογική φαρέτρα.

Ακολούθησαν το ενφλουράνιο, το ισοφλουράνιο, το N<sub>2</sub>O, η κεταμίνη, η D-τουβοκουραρίνη, η σουκινυλοχολίνη, το πανκουρόνιο, το ατρακούριο, η νιτρογλυκερίνη, το νιτροπρωσσικό Na. Παράλληλα παρενέβησαν πιθανώς και συμφέροντα φαρμακευτικών οίκων που είχαν κάθε λόγο να προωθήσουν την άποψη ότι το φάρμακο α είναι καλύτερο του β - σχεδόν πάντοτε χωρίς πραγματικά τεκμηριωμένα στοιχεία.

Έτσι οι περισσότεροι εστίαζαν το πρόβλημα κυρίως στο ποιο φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιηθεί ή όχι, αγνοώντας άλλες βασικές αρχές που αναφέρονται βέβαια πάντα ως αυτονόητες αλλά θεωρούνται λιγότε-

ρο επιστημονικές αξ' αιτίας της απλότητάς τους.

Σ' αυτές πρέπει να περιληφθούν, η σημασία της καλής προεγχειρητικής εκτίμησης και προετοιμασίας, της υπό βαθειά αναισθησία διασωλήνωσης, της διατήρησης της καλής συστηματικής αιμοδυναμικής και φυσικά του απαραίτητου και σχολαστικού "monitoring".

Όταν το 1977 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Γενεύης είδα για πρώτη φορά με "επιστημονική φρίκη" - ήξερα ήδη για το αλοθάνιο! - άρρωστο που υφίστατο την εξέταση της πνευμοκοιλιογραφίας, να βρίσκεται με το κεφάλι κάτω δεμένος σε μια πολυθρόνα υπό ελεγχόμενο αερισμό με μόνο παράγοντα 1,5% - 2% αλοθάνιο, αισθάνθηκα την εσχάτη των περιφρονήσεων για τους εκεί συναδέλφους.

Όπως περιέργως όμως οι άρρωστοι αυτοί ξυπνούσαν χωρίς - τουλάχιστον εμφανή - σημεία νευρολογικής βλάβης και πάντα υπό τον έλεγχο μιας νοσηλεύτριας αναισθησιολόγου.

Μετά από αυτό φυσικά θα σκεφτόταν κανείς γιατί να μην κάνουμε οτιδήποτε με οποιοδήποτε (φάρμακο) στον οποιοδήποτε (άρρωστο).

Ευτυχώς η εξέταση αυτή έχει πια ξεπεραστεί από την τεχνολογία και έτσι γλιτώσαμε από τα δύσκολα ερωτηματικά του τι πρέπει να κάνουμε, όμως οι επεμβάσεις δεν έγιναν ευκολότερες και οι προκλήσεις υπάρχουν και γίνονται με τον καιρό μεγαλύτερες.

Οι γενικεύσεις αυτές που κάνουμε συχνά, ότι τελικά τα πράγματα είναι πάρα πολύ απλά και επειδή ότι κάναμε εμείς ήταν το καλύτερο, μια που χιλιάδες περιστατικά εξελίχθηκαν ομαλά, είναι και απαράδεκτες

και επικίνδυνες.

Η καινούργια όμως γνώση, πρέπει να μην γίνεται ποτέ δεκτή σαν θέσφατο και να αποτελεί αντικείμενο σκέψης και συνεχούς αξιολόγησης σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία του καθενός. Τότε μόνο μπορεί η γνώση αυτή να μετατραπεί σε βεβαιότητα και να είναι πράγματι επωφελής για τον άρρωστο.

Η εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς γιατί η επίδρασή της στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας τους ασθενείς μας είναι σημαντική.

Έτσι π.χ. σήμερα ξέρουμε ότι η καθιστική θέση στην Νευροχειρουργική μπορεί να είναι και χρήσιμη και ασφαλής (με το ανάλογο monitoring), ότι μπορούμε να επιλέγουμε και ανάμεσα από τα "καταδικασμένα" φάρμακα όταν τα πλεονεκτήματά τους είναι περισσότερα από τα πιθανά τους μειονεκτήματα.

Πρέπει να μάθουμε να διαβάζουμε και "ανάμεσα στις γραμμές" και να αμφιβάλουμε.

Η "θετική αμφισβήτηση" - ας μου επιτραπεί ο νεολογισμός - θα επιτρέψει διάκριση ανάμεσα στους "ψευδοακαδημαϊκούς" - κατά Michenfelder - και αυτούς που χτίζουν πραγματικά το επιστημονικό οικοδόμημα.

Μ' αυτήν την λογική πρέπει να διαβαστεί και το τεύχος αυτό όπου πολλοί συνάδελφοι με μεγάλη ή μικρότερη εμπειρία καταθέτουν το μόχθο τους.

Ευθύμιος Σοφιανός  
ΜΕΘΑ ΠΓΝ "ΑΧΕΠΑ"  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ