

---

## ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑΣ

---

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει επεμβάσεις σπονδυλοδεσίας οσφυϊκής και θωρακικής μοίρας μετά από εξασφάλιση αυτόματης προέγκρισης, εφόσον τεκμηριώνεται τουλάχιστον ένα εκ των πιο κάτω:

**1. Όταν τεκμηριώνεται υφιστάμενη αστάθεια, ως αποτέλεσμα μίας εκ των πιο κάτω καταστάσεων:**

- i. Σπονδυλολίθωση όλων των βαθμών, η οποία επηρεάζει τουλάχιστον 1 (ένα) κινητό τμήμα/επίπεδο.
- ii. Κάταγμα σπονδύλου, Ασταθής συνδεσμική κάκωση.

*Απαιτούμενες πληροφορίες:*

- Ακτινολογικά ευρήματα που να τεκμηριώνουν την υφιστάμενη αστάθεια (CT ή/και MRI ή/και Δυναμικές ακτινογραφίες).

**2. Όταν τεκμηριώνεται ενδεχόμενη αστάθεια, ως αποτέλεσμα ενός εκ των πιο κάτω:**

- i. Επανεπέμβαση ίδιου ή άλλου τύπου σε ίδιο ή παρακείμενο επίπεδο της σπονδυλικής στήλης.
- ii. Επέμβαση που απαιτεί εκτεταμένη αποσυμπίεση (Εκφυλιστικές αλλοιώσεις ή χωροκατακτητική βλάβη ή παραμορφωτική νόσος ΣΣ όπως σκολίωση, κύφωση, οβελιαία αστάθεια).
- iii. Άλλο (Εκτεταμένη προηγούμενη αποσυμπίεση, χωροκατακτητική βλάβη, σπονδυλίτιδα/σπονδυλοδισκίτιδα, νόσοι συνδετικού ιστού, αλλοιώσεις τύπου Modic, αυξημένη οβελιαία μετατόπιση, οίδημα στους ισθμούς τουλάχιστον ενός σπονδύλου, διάσταση αρθρώσεων πέραν του 1 χιλιοστού).

*Απαιτούμενες πληροφορίες:*

- Ακτινολογικά ευρήματα που να τεκμηριώνουν ενδεχόμενη αστάθεια όπως αναφέρονται παραπάνω (CT ή/και MRI).

**3. Όταν τεκμηριώνεται οσφυαλγία, ανθεκτική σε συντηρητική αντιμετώπιση ενός έτους τουλάχιστον, ως αποτέλεσμα ενός εκ των πιο κάτω :**

- i. Παρουσία έντονων εκφυλιστικών βλαβών σε απεικονιστικό έλεγχο (Εκσεσημασμένη εκφύλιση σε ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις, εκφυλιστική ή άλλου τύπου παραμορφωτική νόσος της σπονδυλικής στήλης π.χ. κύφωση, σκολίωση, απώλεια οβελιαίας ισορροπίας της ΣΣ, σύνδρομο Flat Back, Νόσος Scheuermann's, ημισπόνδυλος, ανεπαρκής λόρδωση ΟΜΣΣ κτλ.).
- ii. Παρουσία νόσου τελικών πλακών σε απεικονιστικό έλεγχο (αλλοιώσεις τύπου Modic).
- iii. Επιμονή δισκογενούς πόνου, μετά από ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές (επισκληρίδιες ενέσεις, διαδερμικές ενδοδισκικές θεραπείες).

*Απαιτούμενες πληροφορίες:*

- Για όλες τις περιπτώσεις πιο πάνω:
  - ο Καταγεγραμμένη στο ιατρικό ιστορικό επισκέψεων του προηγούμενου έτους, η συμπτωματολογία και συντηρητική αντιμετώπιση της οσφυαλγίας.

**και**

- Επιπλέον της πιο πάνω τεκμηρίωσης, να είναι διαθέσιμα από τον θεράποντα ιατρό:
  - ο Για τις ενδείξεις i-ii: Ακτινολογικά ευρήματα εκφυλιστικών βλαβών ή βλαβών Modic ή παραμορφωτικών βλαβών
  - ο Για την ένδειξη iii: Τεκμηρίωση διενέργειας ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών στο ιατρικό ιστορικό ή ιατρική βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό που τις διενήργησε σε περίπτωση που αυτός δεν είναι εγγεγραμμένος στο ΓεΣΥ.

**4. Όταν διενεργείται σπονδυλοδεσία στην αυχενική μοίρα ή στο πλαίσιο άλλης επέμβασης, αυτό θα πρέπει να δηλώνεται ως ένδειξη 4 και να διευκρινίζεται το είδος της επέμβασης στο σχετικό ερωτηματολόγιο.**

Οι 'απαιτούμενες πληροφορίες' όπως καθορίζονται παραπάνω θα πρέπει να είναι προσβάσιμες στον ιατρό που πραγματοποιεί το εν λόγω χειρουργείο για τουλάχιστον 2 έτη από την ημερομηνία διενέργειας του, και θα πρέπει να διατίθενται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας εφόσον ζητηθεί.

Θα πρέπει να μεταφορτωθεί για όλες τις επεμβάσεις σπονδυλοδεσίας μετεγχειρητική απεικόνιση της σπονδυλοδεσίας (ακτινογραφία, CT ή γνωμάτευση αυτών) προ της απαίτησης, στην οποία θα πρέπει να είναι εμφανή τα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή και η ημερομηνία διενέργειας.

## ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑΣ

- Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη για την πραγματοποίηση επέμβασης\* (1i-4).

---
  - Περαιτέρω διευκρινήσεις:
    - Στην περίπτωση που ισχύει η ένδειξη (2iii), παρακαλώ διευκρινίστε περαιτέρω.
    - Σε περίπτωση που διενεργήθηκε άλλη επέμβαση σπονδυλοδεσίας ( αυχενικής μοίρας/σπονδυλοδεσία στο πλαίσιο άλλης επέμβασης), να σημειωθεί το είδος της επέμβασης που διενεργήθηκε.
- 

- Μεταφόρτωση μετεγχειρητικής απεικόνισης / δεν έγινε χρήση αναλωσίμου ΖC\*
- Επιβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες\*