

Μεταμόσχευση μαλλιών 2006

Ιστορική αναδρομή, προσωπικές τεχνικές

Hair transplants in 2006

Historical review, personal techniques

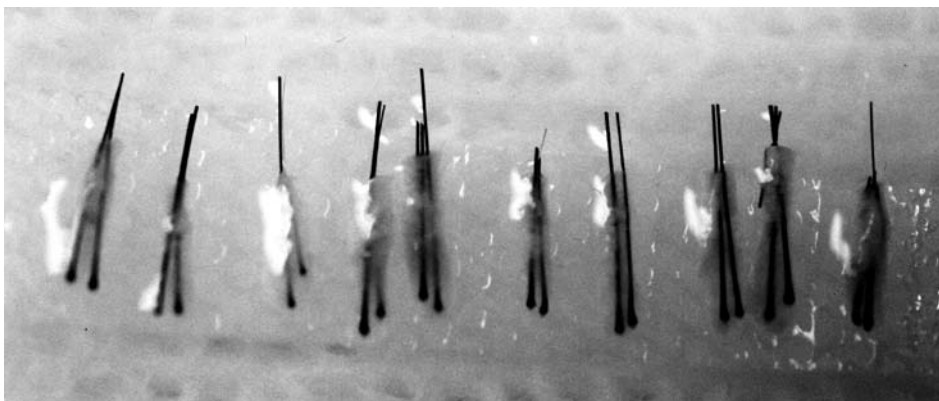
ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η ιστορία της χειρουργικής αποκατάστασης μαλλιών άρχισε στην Ιαπωνία το 1930 και από τότε άλλαξε πολλές μορφές μέχρι τη σημερινή τεχνική της μεταμόσχευσης της τριχοσμηγματογόνου μονάδας. 50 χρόνια πριν, ο Dr. Orentreich εφάρμοσε την τεχνική που χρησιμοποιούμε ως βάση εδώ και 35 χρόνια, ενώ 15 χρόνια πριν, ο Dr. Limmer ανακάλυψε ότι μπορούσε να εκτέμνει μεμονωμένα τριχοθυλάκια από δέρμα δότη στο οπίσθιο μέρος της κεφαλής. Η μεταμόσχευση μαλλιών χρειάζεται προσεκτικό σχεδιασμό και προχωρημένη αισθητική αντίληψη. Χρησιμοποιώντας τις βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές, μπορεί κανείς να έχει φυσικά αλλιά και σταθερά αποτελέσματα. Στην καθημερινότητα παίρνουμε 1.000 με 2.500 τριχοθυλάκια, με μέσο όρο 2,2 τρίχες στο μόσχευμα, από δέρμα δότη στην οπίσθια επιφάνεια της κεφαλής, σε μία συνεδρία που διαρκεί 4-6 ώρες. Τα μοσχεύματα επουλώνονται μέσα σε 4 με 5 ημέρες και σε μια εβδομάδα με δέκα ημέρες είναι δύσκολο να ανιχνευθούν. Μέσα σε μερικούς μήνες, ένας κύκλος ανάπτυξης μαλλιών έχει επιτευχθεί και ο ασθενής έχει μια φυσική εμφάνιση, κάτι που δεν συνέβαινε παλαιότερα. Προσωπικά, κατά τη διάρκεια ανοίγματος των οπών χρησιμοποιώ μεγεθυντικούς φακούς για να επιτευχθούν μέχρι και 2.500 οπές που απέχουν 1mm μεταξύ τους. Εν τω μεταξύ, οι βοηθοί έχουν κόψει αρκετά μοσχεύματα, με αποτέλεσμα να μπορεί να αρχίσει η τοποθέτηση. Η τεχνική που ακολουθώ περιλαμβάνει χειρισμό με δύο χέρια. Με το ένα χέρι κρατώ τη στρογγυλή μικροφόρεστερ λαβίδα για να ανοίξω τις οπές, ενώ στο άλλο την κάθετη για να τοποθετήσω τα μοσχεύματα και να τα κρατήσω στη θέση τους. Πρέπει να έχει κανείς υπόψη του ότι λίγο λίπος στην άκρη του μοσχεύματος θα το βοηθήσει να οδηγηθεί στην οπή, καθώς και να παραμείνει στη θέση του. Στη συνέχεια εφαρμόζουμε πίεση με γάζα στο μόλις τοποθετηθέν μόσχευμα. Σε 4 με 6 μήνες τα μαλλιά θα μεγαλώσουν και θα γεμίσουν την περιοχή.

Λέξεις κλειδιά: μεταμόσχευση μαλλιών, χειρουργική αποκατάσταση μαλλιών, μεταμόσχευση τριχοσμηγματογόνου μονάδας.

Δρ Π. ΠΑΝΑΓΩΤΑΚΟΣ*
Κ. ΓΕΩΡΓΑΛΑ
Δερματολόγοι - Αφροδισιολόγοι

Για έτη η χειρουργική αποκατάσταση μαλλιών ήταν η μοναδική και πιο κοινή μορφή αισθητικής χειρουργικής σε άνδρες, μέχρι την εμφάνιση της λιποαφαίρεσης, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την πτώση της από την πρώτη στη δεύτερη θέση προτίμησης.

Με τη βελτίωση όμως των χειρουργικών τεχνικών, καθώς και με τα πιο



Μικρομοσχεύματα παρασκευασμένα έτοιμα προς εμφύτευση.

φυσικά αήληά και σταθερά αποτελέσματα, η χειρουργική αποκατάσταση μαλλιών ξανακέρδισε τη δημοτικότητά της ανάμεσα στους άνδρες που αντιμετωπίζουν τον γενετικό μονόδρομο μιας γυμνής κεφαλής.

Ο Ιπποκράτης απέδωσε την αλωπεκία σε θερμόαιμους άνδρες που καίνε τις ρίζες των μαλλιών τους, σημειώνοντας ότι στους ευνοήχους δεν παρατηρείται αλωπεκία. Στην προσπάθειά του να μειώσει το ρυθμό της δικής του αλωπεκίας, δοκίμασε ό,τι μπορούσε να σκεφτεί, από εκχύλιση φυτών μέχρι υγρό από περιστέρια. Παρόλο που ο πατέρας της Ιατρικής ήταν στο σωστό δρόμο, μόλις το 1940 ο Dr. Hamilton απέδειξε ότι η τεστοστερόνη συμμετέχει στη δημιουργία της ανδρογενετικού τύπου αλωπεκίας οπότε και άρχισαν να πραγματοποιούνται πρωτόκολλα θεραπειών. Τώρα ξέρουμε ότι η DHT είναι υπεύθυνη για την ανδρογενετικού τύπου αλωπεκία. Η φιναστερίδη καταστήληη την DHT.

Όμως, η χειρουργική αποκατάσταση μαλλιών μετά την πτώση τους αποτελεί μια λεπτεπίληπτη διαδικασία που γνωρίζει άνθιση με την εξέλιξη πιο μοντέρνων και λιγότερο επεμβατικών τεχνικών.

Η πρώτη χειρουργική αποκατάσταση μαλλιών έγινε στην Ιαπωνία το 1930 και από τότε άηηαξε πολλές μορφές μέχρι τη σημερινή τεχνική της μικρομεταμόσχευσης της τριχοσμηγματογόνου μονάδας. Είναι περίπου 50 χρόνια από τότε που ο Dr. Orentreich πραγματοποίησε μεταμοσχεύσεις μαλλιών στη Ν. Υόρκη και πρωτοξεκίνησε την τεχνική που χρησιμοποιούμε ως βάση 35 χρόνια τώρα.

Δεκαπέντε χρόνια πριν, ένας δερματολόγος από το San Antonio, ο Dr. Bob Limmer, ανακάλυψε πως μπορούσε να εκτέμνει τριχοσμηγματογόνους θύλακες από δέρμα δότη, κόβοντας στο πίσω μέρος του κρανίου όπου οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακες είναι πιο

ανθεκτικοί από τις επιδράσεις της ηηικίας. Ο Limmer χρησιμοποίησε μικροσκοπική διατομή για να εξαγει μικρομοσχεύματα τα οποία περιείχαν 1 με 4 τρίχες. Με τα τότε δεδομένα, ένα μόσχευμα 4mm το οποίο περιείχε μέχρι και 10 τρίχες τοποθετούνταν σε 3,5mm στη ζώνη αλωπεκίας, ενώ το δέρμα και το λίπος τοποθετούνταν μαζί με τις τρίχες. Λόγω της φύσης της διαδικασίας, ήταν αναγκαίο να πράξει κανείς 4 με 5 συνεδρίες σε μεσοδιάστημα 3 με 4 μηνών. Ο ασθενής σε διάστημα ενός χρόνου έπρεπε να υποβληθεί σε σειρά χειρουργείων, ενώ ταυτόχρονα θα έπρεπε να κυκλοφορεί ως τραυματίας.

Η σημερινή εξέλιξη στις τεχνικές και τον εξοπλισμό έχουν κάνει τα παηιά μοσχεύματα, που είχαν ως αποτέλεσμα οι εμφυτευμένες τρίχες να μοιάζουν με τρίχες κούκλλας, να παραμένουν στο παρελθόν. Με τα χρόνια, τα προβλήματα που προέκυπταν με τα μοσχεύματα έχουν επιληθεί και έτσι έχουμε φτάσει στο σημείο να ηηησιάζουμε το 100% επιβίωσης των μεταμοσχευθέντων τριχών. Αυτό συμβαίνει γιατί το 10% των τριχών βρίσκεται σε τελογενή φάση και οι τρίχες αυτές, που είναι δύσκολο να διακριθούν, τοποθετούνται παράλληλα μαζί με τις άλλες. Στην καθημερινότητα παίρνουμε 1.000 με 2.500 τριχοθυλάκια με μέσο όρο 2,2 τρίχες στο μόσχευμα σε μία συνεδρία που διαρκεί 4-6 ώρες. Τα μοσχεύματα επουλήώνονται μέσα σε 4 με 5 ημέρες και σε μια εβδομάδα με δέκα μέρες είναι δύσκολο να ανιχνευθούν. Μέσα σε μερικούς μήνες, ένας κύκλος ανάπτυξης μαλλιών έχει επιτευχθεί και ο ασθενής έχει μια φυσική εμφάνιση, κάτι που δεν συνέβαινε παηιότερα. Η πιο σημαντική βελτίωση που επιτεύχθηκε τα τελευταία χρόνια είναι η διατήρηση συμπληγμάτων τριχοθυλακίων κατά την παρασκευή των μοσχευμάτων. Έχει παρατηρηθεί ότι παηηλά τριχοθυλάκια έρχονται σε ζευγάρια ή σε συμπλήγματα των 3 ή 4 τριχοθυλα-

κίων. Αυτά καλούνται τριχοσμηγματογόνος μονάδα. Η διατήρηση των τριχοσμηγματογόνων μονάδων στα μοσχεύματα μειώνει τον κίνδυνο της κατά λάθος εκτομής πολύ γειτονικών τριχοθυλακίων και ταυτόχρονα προσφέρει ένα πιο φυσικό αποτέλεσμα.

Τα πρώτα χρόνια, ο χειρουργός έπρεπε να σχεδιάζει την ποιότητα και το μέγεθος των μοσχευμάτων έτσι ώστε να δώσει εντολή στην ομάδα βοηθών του να παράγει 600 μονά μοσχεύματα τριχοθυλακίων, 500 διπλά, 400 τριπλά. Ο σκοπός ήταν να αποσπάσει 1.500 μοσχεύματα από τον δότη ιστό. Αν ένας συγκεκριμένος αριθμός χρειαζόταν, π.χ. διπλά μοσχεύματα, τότε γινόταν εκτομή των τριχοσμηγματογόνων μονάδων και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να χαθούν πολλά μοσχεύματα.

Είναι απορία όλων γιατί διέφευγε για δεκαετίες το γεγονός ότι οι τρίχες μεγαλώνουν κατά συμπλέγματα του ενός μέχρι και 4 τριχοθυλακίων.

Με τις νέες τεχνικές μεταμόσχευσης τριχοσμηγματογόνου μονάδος οι βοηθοί των ιατρών αναγνωρίζουν και κόβουν γύρω από τη μονάδα, ανάλογα με το πώς είναι διατεταγμένοι οι θύλακες του δότη. Τελικά τα μικρομοσχεύματα τοποθετούνται στην κεφαλή σε μικρές οπές που γίνονται με μικρό χειρουργικό μαχαιρίδιο που κόβει σε βάθος 5mm και είναι διαμέτρου μόλις 1mm. Οι οπές απέχουν περίπου 1mm και γίνονται με λίγο ανομοιόμορφο τρόπο, έτσι ώστε τα καινούργια μαλλιά να έχουν μια πιο φυσική κατανομή.

Προσωπικά, κατά τη διάρκεια ανοίγματος των οπών χρησιμοποιώ μεγεθυντικούς φακούς για να επιτευχθούν μέχρι και 2.500 οπές που απέχουν 1mm μεταξύ τους. Στο μεταξύ οι βοηθοί έχουν κόψει αρκετά μοσχεύματα με αποτέλεσμα να μπορεί να αρχίσει η τοποθέτηση. Η τεχνική που ακολουθώ περιλαμβάνει χειρισμό με δύο χέρια. Με το ένα χέρι κρατώ τη στρογγυλή μικροφόρεστερ λαβίδα για να ανοίξω τις οπές, ενώ στο άλλο την κάθετη για να τοποθετήσω τα μοσχεύματα και να τα κρατήσω στη θέση τους. Πρέπει να έχει κανείς υπόψη ότι λίγο λίπος στην άκρη του μοσχεύματος θα το βοηθήσει να οδηγηθεί στην οπή, καθώς και να παραμείνει στη θέση του. Στη συνέχεια εφαρμόζουμε πίεση με γάζα στο μόλις τοποθετηθέν μόσχευμα. Σε 4 με 6 μήνες τα μαλλιά θα μεγαλώσουν και θα γεμίσουν την περιοχή.

Η παραπάνω περιγραφή αναφέρεται στη συνήθη διαδικασία μεταμόσχευσης μαλλιών που χρησιμοποιείται σήμερα και αυτό συμβαίνει γιατί, με τη μέθοδο αυτή, λαμβάνεται μεγάλος αριθμός τριχών εκ των οποίων σχεδόν όλες, αν όχι οι περισσότερες, παραμένουν άθικτες. Επιπλέον η τομή είναι μικρή.

Μια άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται σε περιορισμένο αριθμό ασθενών είναι η FUE (follicular unit extraction) -εξαγωγή της τριχοσμηγματογόνου μονάδος με punch βιοψία του 1mm. Στους ασθενείς αυτούς περιλαμβάνονται εκείνοι που έχουν ανάγκη μεταμόσχευσης μικρής επιφάνειας, όπως τα φρύδια, το γένειο, ουλές στο κεφάλι. Προϋπόθεση οι ίσιες και παχιές τρίχες. Στα πλεονεκτήματα η δυνατότητα πραγματοποίησης της μεταμόσχευσης μόνο από τον ιατρό. Δυστυχώς δε μπορεί να γίνει σε ασθενείς με κασαρά μαλλιά και βασικό μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι πολλές τρίχες από τη δότη περιοχή καταλήγουν ακατάλληλες λόγω εκτομής τους κατά την εξαίρεση.

Στα 35 χρόνια που κάνω μεταμοσχεύσεις, δεν έχω δει τόσο καταπληκτικά αποτελέσματα όπως αυτά που μπορούν να επιτευχθούν σήμερα. Οι απαιτήσεις των ασθενών βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα. Δεν με ικανοποιεί τίποτα περισσότερο από όταν έρχονται οι ασθενείς για επανεκτίμηση και χαρούμενοι μου λένε «κοίτα γιατρέ, έβγαλα καινούργια μαλλιά»!

SUMMARY

Historically, hair restoration was first performed in Japan in 1930 and ever since it took many forms till today's follicular unit transplantation. 50 years ago Dr. Orentreich started the technique that helped us as the standard for 35 years, while 15 years ago, Dr. Limmer discovered that he could dissect out follicular units from a donor strip taken from the back of the head. Follicular micrografting involves careful planning and an artistic eye. Using the refined surgical techniques, the results are more consistent and more natural looking. We routinely do 1,000 to 2,500 follicular unit grafts, with an average of 2.2 hairs per graft from a donor strip of scalp taken from the back of the head, lasting 4-6 hours. The grafts heal in 4-5 days and in a week to 10 days they are hard to detect. Within a few months the hair has gone through another growth cycle and the patient has a natural look. Personally, I make the incisions using magnifying loupes to make perhaps 2,500 one millimeter slits one millimeter apart. By the time I make the incisions my team of assistants have cut enough grafts to begin placement. The technique that I use includes a two handed system –the smooth, curved micro Forester forceps in one hand to dilate the opening of the slit and after keep the graft in position, while the straight forceps on the other hand to

place the graft into the opening. Keep in mind that leaving some of the fat at the base of the graft will help direct the graft into the slit and help it stay in place. We then gauze to tap down the newly placed micrograft. In 4 to 6 months the hair will grow and fill the area.

Key words: *Hair transplantation, hair restoration, follicular micrografting.*

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:

Γεωργάλα Κατερίνα

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

Εριφύλης 9-11, Παγκράτι, Τ.Κ. 11634

**Ο Δρ Παναγωτάκος είναι εγκεκριμένο μέλος της Αμερικανικής Δερματολογικής Εταιρείας και έχει εξειδικευθεί στη μεταμόσχευση μαλλιών. Εξασκεί τη Δερματολογία στο San Francisco, επιτελεί κλινικό έργο στο UCSF, είναι Διευθυντής στο St. Mary's Medical Center και συγγρα-*

φέας πολλών βιβλίων. Μέλος της Διεθνούς Κοινότητας Χειρουργικής Αποκατάστασης Μαλλιών, της Διεθνούς Κοινότητας Χειρουργικής Δερματολογίας, καθώς και μέλος της Αμερικανικής Δερματολογικής Χειρουργικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Okudas S. The study of clinical experiments of hair transplantation. Jpn J Dermatol Urol 1939; 46:135-138.
2. Orentreich N. Autografts in alopecias and other selected dermatologic conditions. Ann NY Acad Sci 1959; 83:463-479.
3. Nordstrom REA. Micrografts for improvement of the frontal line after hair transplantation. Aesthetic Plastic Surg 1981; 5:97-101.
4. Uebel CO. Micrografts and minigrafts: a new approach for baldness surgery. Ann Plast Surg 1991; 27:476-487.
5. Panagotacos PJ. Hair Loss Answers. Elite Books, 2005.