

Επούλωση δερματικού ελλείμματος κατά δεύτερο σκοπό

Second intention healing of skin deficit

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η επούλωση δερματικού ελλείμματος είναι παλιά γνώση. Για πολλούς λόγους αρκετοί γιατροί δεν αφήνουν ανοικτά τα χειρουργικά τραύματα (ορατό οστόν, επιμολύνσεις, αισθητικοί λόγοι). Η επούλωση κατά β' σκοπό, υπό κλειστή υγρή περίδεση, θεωρείται άριστη επιλογή. Σε ορισμένες θέσεις δίνει άριστα αισθητικά αποτελέσματα και σε άλλες ικανοποιητικά. Απαιτείται η συνεργασία του ασθενή και η υπομονή. Η μερική σύγκλιση είναι καλή επιλογή για πολλές περιπτώσεις. Η ίαση κατά β' σκοπό είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος και αξίζει της δέουσας προσοχής.

Λέξεις κλειδιά: επούλωση κατά β' σκοπό, μερική σύγκλιση τραύματος, δερματικά επιθέματα, ανοικτό τραύμα.

Δρ. ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος,
Θεσσαλονίκη

ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

Φοιτητής Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επούλωση του τραύματος κατά β' σκοπό είναι παλιά γνώση, πριν την εφαρμογή των κρημών και των μοσχευμάτων. Είναι γνωστό επίσης, ότι πολλοί ιατροί έχουν ξεχάσει ή δεν έχουν διδαχθεί τη διαδικασία αυτή. Παρόλα αυτά είναι μέθοδος εκλογής για πολλούς¹.

Οι ασθενείς προσέρχονται για ίαση του δερματικού τους όγκου και δευτερευόντως για την αισθητική αποκατάσταση, αυτή όμως πρέπει να είναι στον προεχειρητικό σχεδιασμό του ιατρού. Το αισθητικό αποτέλεσμα δεν είναι επιτρεπτό να γίνει εις βάρος της ίασης (ελλιπής αφαίρεση του όγκου) και να σκεφτόμαστε το αισθητικό αποτέλεσμα. Αυτό δεν βοηθά κανέναν, ιδίως τον ασθενή, ο οποίος μπορεί να έχει έναν καλό κρημό, αλλά ακολούθως να συνειδητοποιήσει ότι δεν έχει ιαθεί. Γι' αυτό έχουμε πρωταρχικά κατά νου την αφαίρεση του όγκου και ακολούθως την επούλωση. Για τη συρραφή του δερματικού ελλείμματος έχουμε αρκετές επιλογές: απλή



Εικόνα 1. Βασικοκυτταρικό επιθηλιώμα.



Εικόνα 2. Έλκη στον έσω κανθό.

συρραφή, μερικού ή πλήρους πάχους μόσχευμα, τοπικοί ή απομακρυσμένοι κρημνοί, σε μία ή πολλαπλές φάσεις εγχείρηση και μερική σύγκλιση ή ίαση κατά β' σκοπό. Επίσης, ένα δύσκολο στη συρραφή τραύμα έχει πολλούς τρόπους αντιμετώπισης².

Βασικά, κάθε έλκη μπορεί να επουλωθεί κατά β' σκοπό. Πολλοί επιλέγουν αυτή την επούλωση στο λαιμό και την κεφαλή. Έχει μειωθεί η χρήση της μεθόδου αυτής, λόγω φόβου ότι οι πληγές δεν θα κλείσουν, θα μείνουν μεγάλες ουλές ή κακό αισθητικό αποτέλεσμα¹.

Οι πληγές που δημιουργούνται από την τεχνική απόξεσης ή shave αφήνονται πολλές φορές να ιαθούν μόνες τους, με πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα. Επίσης, τα τραύματα που προκύπτουν από αφαίρεση δερματικών όγκων αφήνονται συχνά να ιαθούν κατά δεύτερο σκοπό. Η τεχνική είναι απλή και αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται κατάλληλα. Πρέπει να δοθεί προσοχή στην επιλογή των τραυμάτων, στα οποία το αισθητικό αποτέλεσμα θα είναι ικανοποιητικό. Άριστα αποτελέσματα επιτυγχάνονται συνήθως στη ρινοπαρειάκη αύλακα, στον έσω κανθό, στο τριχωτό, στην προ- και οπίσθια ωτιαία περιοχή (εικόνα 5). Το 45% περίπου της ίασης επιτελείται μέσω της σύγκλισης και της τάσης των παρακείμενων ιστών. Έτσι, περιοχές με αυξημένη κινητικότητα, όπως το χείλος ή η παρυφή της μύτης, οδηγούν σε μη ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα, λόγω αλληλοίωσης του ελεύθερου χείλους, γι' αυτό και σπάνια αφήνονται να ιαθούν κατά δεύτερο σκοπό^{1,3,4}.

Η λειτουργία της επούλωσης διακρίνεται σε τρεις φάσεις⁶. Πρώτη είναι η φάση της φλεγμονής. Εκλύονται μεσολαβητές, που ενεργοποιούν μακροφάγα και ινοβλάστες και προκαλούν συνάθροιση φλεγμονωδών

λευκοκυττάρων στο σημείο της βλάβης. Ακολουθεί η επανεπιθηλιοποίηση, με μετανάστευση των επιθηλιακών κυττάρων από τα χείλη προς το κέντρο της έλκωσης και με έναρξη πολλαπλασιασμού τους. Παράλληλα, επανεμφανίζεται η βασική μεμβράνη και σταδιακά τα επιθηλιακά κύτταρα ανακτούν το φυσιολογικό τους φαινότυπο, με προσκόλληση στη βασική μεμβράνη και το υποκείμενο χόριο.

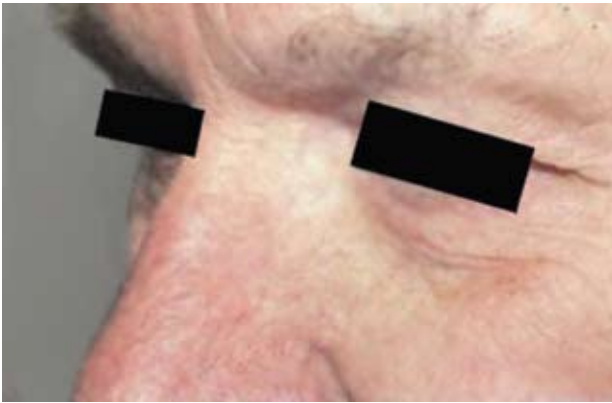
Η δεύτερη φάση, η παραγωγική ή κοκκιωματώδης έχει ήδη αρχίσει από την τέταρτη περίπου ημέρα. Ένα νέο στρώμα εμφανίζεται, γεμάτο με διάφορα κύτταρα σε δράση που κατασκευάζουν δομικό ινώδη ιστό, νέα ενδοκυττάρια ουσία, νέα αγγεία. Αυξητικοί παράγοντες και αναστολές βοηθούν τις δραστηριότητες. Ό,τι περισσεύει ή ολοκληρώνει το έργο του στο τέλος αποσύρεται με το μηχανισμό της απόπτωσης (π.χ. ινοβλάστες, νεόπλαστα τριχοειδή).

Τελευταία είναι η φάση της συστολής και αποκατάστασης. Αυτή επιτυγχάνεται με ένα σύμπλοκο κυττάρων, εξωκυττάρια ουσίας και κυτοκινών, με κυριότερη ουσία το μυοϊνοβλάστη (φαινοτυπική μετατροπή του ινοβλάστη). Η μετατροπή των ινοβλαστών σε μυοϊνοβλάστες αρχίζει κατά τη δεύτερη εβδομάδα της επούλωσης. Με τους δεσμούς μεταξύ ινοβλαστών κύτταρο-προκύτταρο και μεταξύ μυοϊνοβλαστών-μεσοκυττάρια ουσίας, καθώς και με την αναδιαμόρφωση του κολληγόνου αρχίζει η συστολή και ολοκλήρωση της ουλής. Η ουλή αποκτά το 20% της τελικής της ισχύος μέσα στις πρώτες 3 εβδομάδες.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ^{1,2,3,5}

A. Άτυπη τεχνική Mohs

Ο όγκος εξάγεται με την κατάλληλη τεχνική μαζί



Εικόνα 3. Έκθεση κατά β' σκοπό (μετά από δύο χρόνια).

με τμήμα υγιούς δέρματος. Το δείγμα μπορεί να προσανατολιστεί με τη βοήθεια ενός ράμματος – δείκτη στον ένα του πόλο και μια σημείωση σχετικά με τον προσανατολισμό του δείγματος. Η αιμόσταση γίνεται με τη βοήθεια ηλεκτροχειρουργικών εργαλείων (διπολική). Το κάλυμμα του τραύματος πρέπει να καλυφθεί και υπό πιεστική επίδεση. Πρέπει να γίνεται αλλαγή κάθε 2-4 ημέρες, ανάλογα με το μέγεθος του τραύματος και του εξαχθέντος ιστού. Το τραύμα μπορεί να καθαρίζεται με απλό αντισηπτικό και να καλύπτεται από μη απορροφητικό επίδεσμο, που συγκρατείται με λευκοπλάστη. Σε 7 περίπου ημέρες που θα είναι έτοιμα τα ιστολογικά αποτελέσματα θα γνωρίζουμε σχετικά με την αναγκαιότητα περαιτέρω εξαγωγής ή όχι. Αν η εξαγωγή του όγκου δεν ήταν πλήρης μπορούμε να διευρύνουμε τα χείλη της σε 1-2 εβδομάδες από την πρώτη επέμβαση. Η τεχνική δεν επιτρέπει τόσο ακριβή έλεγχο των ορίων του τραύματος όπως επιτρέπει η τεχνική Mohs. Αφού επιβεβαιωθεί ότι η εξαγωγή έγινε επί υγιών ορίων επιτρέπουμε στο τραύμα να κλείσει. Αλλαγή γίνεται 3-4 φορές την εβδομάδα ή καθημερινά στην αρχή και μπορεί να γίνει από νοσηλεύτη ή από τον ίδιο τον ασθενή. Κατά μέσο όρο ένα τραύμα με διάμετρο 25mm στην κεφαλή ή το λαιμό κλείνει σε περίπου 35 ημέρες.

Β. Ιδιαίτερες θέσεις

1. Πτερύγιο ωτός

Στο πτερύγιο του ωτός (στην ιδιαίτερη αυτή θέση) ο χόνδρος καλύπτεται απ' το περιχόνδριο. Η αποκάλυψη του χόνδρου συνεπάγεται ότι δεν μπορεί να γίνει επούλωση με μόσχευμα ή με ίαση κατά δεύτερο σκοπό.

Μετά την αφαίρεση μιας βλάβης (δερματικού όγκου)



Εικόνα 4. Αφαίρεση χόνδρου με punch 4mm.

η ιδιαιτερότητα της θέσης αυτής είναι αν μετά την εγχείρηση παραμένει ή όχι το περιχόνδριο.

α) Παραμονή του περιχόνδριου

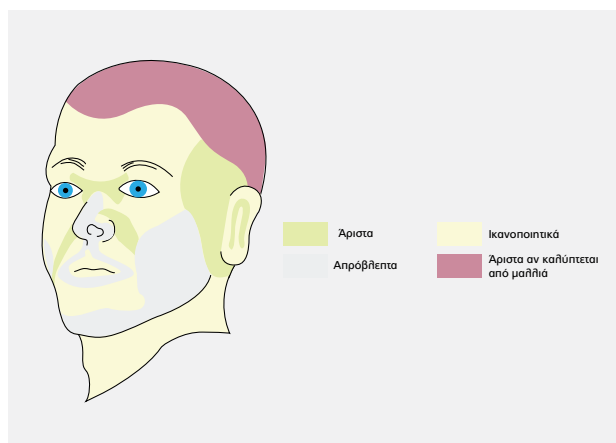
- Καθημερινή περιποίηση και αλλαγή, βαζελινούχος γάζα ή αντιβιοτική αλοιφή είναι απαραίτητες. Επίσης, απαιτείται η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς και πιθανή αλλαγή σχεδίου δράσης αν δεν είναι ικανοποιητική η ίαση.
- Σε δύο εβδομάδες υπάρχουν στοιχεία επιθηλιοποίησης.
- Σε τρεις εβδομάδες επανασηματώνεται η έλικα.
- Σε τέσσερις εβδομάδες παραμένει η κοιλότητα της σκάφης.
- Σε έξι εβδομάδες πλήρης επούλωση.

Πλεονεκτήματα:

Δεν απαιτείται άλλη διαδικασία, μπορούμε δε να παρακολουθούμε συχνά τον ασθενή, ώστε να αποφευχθεί η παραμόρφωση με λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα.

Προβληματισμοί:

- Δύσκολη επιλογή του ασθενούς (συνεργάσιμος).
- Χόνδρος και περιχόνδριο ανέπαφα, ώστε να υπάρχει επουλωτικός ιστός.
- Σε περίπτωση έντονης αιμορραγίας, διεχειρηντικά αλλιά και μετά, η αποφυγή εισόδου αίματος στο τύμπανο αντιμετωπίζεται με τολήπιο βάμβακος, το οποίο τοποθετούμε εντός του έξω ακουστικού πόρου.
- Παρακολούθηση για επιμολύνσεις (σπάνια συμβαίνει)



Εικόνα 5. Αισθητικό αποτέλεσμα της ίασης κατά β' σκοπό (C. Lawrence)⁵.

μόλυνση με ψευδομονάδα ή Gram- κόκκους με καταστρεπτικά φαινόμενα).

β) Αποκάλυψη του χόνδρου του πτερυγίου³

Η τοπική αναισθησία επεκτείνεται και στην απέναντι θέση της βλάβης επί του πτερυγίου με ξυλοκαΐνη/αδρεναλίνη. Με πλήρη αντισηψία χρησιμοποιούμε runch 4mm και αφαιρούμε πυρήνες χόνδρου έως το περιχόνδριο της απέναντι πλευράς. Αυτό γίνεται με απαλές περιστροφικές κινήσεις του runch, ώστε να κόψουμε το χόνδρο. Όταν υπάρξει αντίσταση σημαίνει ότι είμαστε στο περιχόνδριο της απέναντι πλευράς. Αφαιρούμε εύκολα τους πυρήνες χόνδρου με λαβίδα. Κάνουμε αρκετές οπές ανάλογα με την έκταση του τραύματος, ώστε να υπάρξει επαρκής επιθηλιοποίηση, αλλά και διατήρηση της δομής του αυτιού. Αφήνουμε τουλάχιστον 4-5mm χόνδρου περίρι κάθε οπής (εικόνα 4). Πραγματοποιούμε αιμόσταση με πιεστική εφαρμογή γάζας και ακολουθώντας καλύπτουμε το έλλειμμα με εμποτισμένη αντιβιοτική γάζα ή απλά αντιβιοτική αλοιφή και από πάνω γάζα. Οι αλλαγές γίνονται καθημερινά. Η επιθηλιοποίηση αρχίζει μερικές ημέρες αργότερα στα χείλη των οπών και σταδιακά αυτή γεμίζει τις οπές. Ακολουθώντας, επεκτείνεται πάνω από το γυμνό χόνδρο, ώστε να συναντήσει τη γειτονική περιοχή και να καλυφθεί όλο το έλλειμμα. Πλήρης επιθηλιοποίηση της επιφάνειας γίνεται σε έξι εβδομάδες περίπου.

Προσοχή:

- Αναισθησία και στην απέναντι πλευρά.
- Δεν πιέζεται πολύ το runch, ώστε να τρυπηθεί το



Εικόνα 6. Έλλειμμα σε κρόταφο ηλικιωμένου.

απέναντι περιχόνδριο.

- Κατά τη διάρκεια ίασης διατηρείται το τραύμα υγρό.

2. Κάτω βλέφαρο

Αν αφαιρεθεί μόνο το δέρμα και αφεθεί για ίαση κατά β' σκοπό υπάρχει κίνδυνος εκτροπίου. Γι' αυτό απαιτείται να γίνει αφαίρεση όλου του πάχους του βλεφάρου.

3. Τριχωτό κεφαλής

Οι ουλές έχουν το μισό μέγεθος απ' ότι το αρχικό έλλειμμα και υπό την προϋπόθεση ότι καλύπτονται από τα μαλλιά, αυτές είναι αόρατες.

4. Μερική επούλωση κατά β' σκοπό

Με διάφορες τεχνικές μπορεί να γίνει συρραφή του ελλείμματος και να αφεθεί ένα μικρό μέρος του αρχικού ελλείμματος να ιαθεί κατά β' σκοπό.

Αν τα χείλη του τραύματος μπορούν να συρραφούν, όμως με πολύ μεγάλη τάση, τότε είναι καλύτερα να αφήσουμε το κεντρικό τμήμα της πληγής να ιαθεί κατά β' σκοπό. Η επιλογή αυτή γίνεται για αποφυγή ισχαιμικής νέκρωσης και πιθανότητα διαταραχής της αρχικής θέσης παρακείμενου οργάνου (αποφυγή εκτροπίου). Μετά από έξι μήνες το αισθητικό αποτέλεσμα είναι άριστο.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Είναι γενικά σπάνιες. Τα ανοικτά τραύματα είναι ελεύθερα πόνου. Οι επιμολύνσεις δεν είναι συχνές, αλλά όταν εμφανιστούν χαρακτηρίζονται από ερυθρότητα και οίδημα της γύρω περιοχής. Έκκρηξη



Εικόνα 7. Μετά έξι εβδομάδες, ινώδης δακτύλιος.



Εικόνα 8. Τελικό αποτέλεσμα μετά τρία χρόνια.

κίτρινου χρώματος είναι αναμενόμενη στην αρχή και δεν είναι απαραίτητα σημείο μόλυνσης. Εμφανές οστό ή χόνδρος απαιτεί προσεκτικότερη αντιμετώπιση, συχνότερη παρακολούθηση και συνεργασίμο ασθενή. Ο κίνδυνος εξαφανίζεται όταν η περιοχή καλυφθεί από επουλωτικό ιστό.

Η περιποίηση του τραύματος γίνεται κατά τα γνωστά. Ιδιαίτερη σημασία έχει η νεαροποίηση της πληγής, δηλαδή να μη σχηματιστεί «δακτυλίδι» ινώδους συνδετικού ιστού, εφελκίδα ινώδους συνδετικού ιστού. Εδώ η χρήση του ξέστρου για την απόξεση είναι σημαντική (εικόνες 6, 7, 8).

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ

- **Καταστάσεις ανεπάρκειας**

Κακή θρέψη
Ανεπάρκεια βιταμινών

- **Συστηματικά νοσήματα**

Κληρονομικά
Μεταβολικά
Καρδιαγγειακά
Ανοσολογικά
Κίρρωση

- **Λήψη φαρμάκων**

Γλυκοκορτικοειδή
Αντιπηκτικά
Σαλικυλικά
Αντινεοπλασματικά

- **Ηλικία**

- **Καρδιοπνευμονικές διαταραχές**

ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ^{1,2,3}

Υπάρχουν πολυάριθμα υλικά περιδέσεων στο εμπόριο που δίνουν μια ποικιλία επιλογής στον ιατρό. Αντίθετα με τις χρόνιες πληγές, όπως τα έλκη ποδός, οι οξείες χειρουργικές πληγές συνήθως ιώνται άριστα και δεν υπάρχει ανάγκη για τόσο επισταμένη φροντίδα. Συνήθως χρησιμοποιείται ένα διαπερατό φιλμ με έναν απορροφητικό παράγοντα και στερεώνεται με ταινία. Μεγάλες πληγές και πληγές που ιώνται δυσκολότερα απαιτούν περισσότερη φροντίδα.

Είδη υλικών

Τα φιλμ (films): είναι διαφανείς μεμβράνες από πολυουρεθάνη με ένα αυτοκόλλητο στη μια επιφάνεια. Επιτρέπουν την είσοδο αέρα και νερού, αλλά δεν απορροφούν νερό από την πληγή. Συνήθως είναι διαφανή, ώστε η πληγή να είναι ορατή.

Οι αφροί (foams): γίνονται από μαλακή πολυουρεθάνη και μοιάζουν με φιλμ, αλλά έχουν και απορροφητικές ιδιότητες. Είναι αδιαφανείς και ημιδιαπερατοί σε νερό και αέρα.

Τα υδροκολληοειδή (hydrocolloids): ένα υδροκολληοειδές περιβάλλεται από αυτοκόλλητο στη μια πλευρά και φέρει αφρό πολυουρεθάνης για να μένει στη θέση του. Στην επιφάνεια της πληγής τα υδροκολληοειδή μετατρέπονται σε γέλη και είναι αδιαπέραστα σε αέρα και νερό.

Η υδρογέλη (hydrogels): είναι υδρογέλη πολυμερές, με υψηλή περιεκτικότητα σε νερό (96%). Απορροφά πολύ νερό από την πληγή, χωρίς αλληλαγή στο μέγεθός του. Είναι αδιαπέραστο σε αέρα και νερό. Δεν φέρει κολλητικούς παράγοντες, γι' αυτό πρέπει εμείς



Εικόνα 9. Έλκη στο μέτωπο.



Εικόνα 10. Αισθητικό αποτέλεσμα ίασης κατά β' σκοπό δέκα μήνες μετά (J. Fewkes)².

να το στερεώσουμε στην πληγή. Βοηθά τον ασθενή, μειώνοντας τον πόνο και τη φλεγμονή καθώς ψύχουν το δέρμα.

Τα αλγινάτα (alginates): είναι επιθέματα από πολυσακχαρίτες, που βγαίνουν από θαλάσσια φύκη. Όταν εφαρμόζονται Na από την πληγή και Ca από το επίθεμα, ανταλλάσσουν ιόντα δημιουργώντας μια γέλη. Αυτή απομονώνει την πληγή, ενώ το Ca που απελευθερώνεται βοηθά τη διαδικασία της ίωσης. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε περιπτώσεις που απαιτείται αιμόσταση. Δεν φέρουν κολλητικούς παράγοντες, γι' αυτό πρέπει εμείς να τα στερεώσουμε στην πληγή.

Τελευταία εμφανίζονται νέα επιθέματα που σχετίζονται με αυξητικούς παράγοντες και υποκατάστατα ζώντος δέρματος. Γενικά, τα υλικά αυτά είναι πολύ εύχρηστα αλλά αρκετά ακριβά. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί και το δέρμα από βλαστοκύτταρα.

Πως γίνεται η επιλογή του κατάλληλου επιθέματος

Η εμπειρία του ιατρού σε συγκεκριμένα επιθέματα είναι σημαντική. Έχουμε δηλαδή καλύτερα αποτελέσματα με μεθόδους στις οποίες έχουμε εμπειρία. Επίσης, σημαντική είναι η περιποίηση στο σπίτι. Υπάρχουν υδροκολλοειδή που έχουν εξαιρετικές ικανότητες σύγκλισης, αλλά πολύ δυσάρεστη οσμή. Σε ασθενείς που δεν δύνανται να φροντίσουν την πληγή μόνοι τους εφαρμόζονται φίλμ με κολλητικό, που μπορούν να μείνουν για 1 εβδομάδα ή και περισσότερο επιτρέποντας και το μπάνιο. Άλλοι παράγοντες είναι το μέγεθος της πληγής, οι εκκρίσεις και η κατάσταση

του γύρω δέρματος.

Γενικά τα συστήματα αυτά πετυχαίνουν, διότι απλά η πληγή μπορεί να κλείσει και μόνη της. Χρειάζονται μόνο αντιβιοτική αλοιφή και κάτι να κλείνει την πληγή. Πρακτικά αυτά είναι αρκετά.

Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: Τι περιμένει ο ασθενής; Μας ενδιαφέρει το αισθητικό αποτέλεσμα ή όχι; Πόσο επεμβατικά θέλουμε να κινηθούμε; Δηλαδή είναι ικανοποιημένος ο ασθενής που αφαιρέθηκε ο όγκος και απρόθυμος για περαιτέρω χειρουργική διαδικασία; Επίσης, όμως, είναι διατεθειμένος να φροντίζει την πληγή για εβδομάδες ή και μήνες;

Ερωτήματα από τον ιατρό

Είναι απαραίτητη η άμεση αποκατάσταση; Η διατήρηση της λειτουργικότητας είναι σίγουρα ιατρική ένδειξη άμεσης αποκατάστασης. Οι πληγές που αφήνονται να ιαθούν κατά β' σκοπό μπορεί να συρρικνωθούν μέχρι και 40-50%. Γενικά αυτό είναι θετικό, αλλά εάν είναι κοντά σε κινητή μονάδα (χείλος, βλέφαρο) η σμίκρυνση αυτή θα επιφέρει παραμόρφωση ζωτικών δομών. Γι' αυτό θέλουμε άμεση αποκατάσταση. Πληγή που καταλαμβάνει 360° γύρω από τον έξω ακουστικό πόρο μπορεί να συρρικνωθεί και να έχουμε στένωση και βαρηκοΐα και γι' αυτό απαιτείται άμεση αποκατάσταση.

Εκτός αυτών δεν υπάρχει πρακτικά άλλη περίπτωση που να υπάρχει ανάγκη άμεσης αποκατάστασης. Τίθενται όμως πρακτικά ερωτήματα: Απαιτούνται εβδομάδες ή μήνες, μπορεί ο ασθενής να φροντίζει την πληγή για τόσο καιρό; Μπορεί να επισκέπτεται

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΘΕΣΗ ΒΛΑΒΗΣ, ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Καλή ανταπόκριση	Κακή ανταπόκριση
Θέση βλάβης	Έσω κανθός Ρινοπαραριακή αύλακα Τριχωτό κεφαλής Πρωτωϊαία περιοχή Οπισθοωϊαία περιοχή Κρόταφος Κάτω βλέφαρο (έλλειμμα πλήρους πάχους)	Ακρορρίνιο Έξω κανθός Γύρω από τα χείλη Εκτεθειμένο οστό Εκτεθειμένος χόνδρος
Τύπος ασθενούς	Ηλικιωμένος Συνεργάσιμος	Νέος Σκούρο χρώμα δέρματος (κίνδυνος κηλοειδούς)
Μέγεθος Τύπος όγκου	Καλοπροαίρετος Μη κατακεκλιμένος Κάθε μέγεθος Κάθε όγκος	

τόσο τακτικά τον ιατρό;

Το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα εξαρτάται πολύ από την περιοχή. Περιοχές κοίλες, όπως ο κανθός, έχουν τέλεια αποτελέσματα (εικόνες 1,2,3) και δύσκολα έχουμε καλύτερα με μόσχευμα ή κρημό. Αντίθετα, κυρτές περιοχές όπως το ακρορρίνιο έχουν πτωχά αποτελέσματα, επειδή υπάρχει τάση και άρα δημιουργείται ουλή.

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η θέληση του ασθενή για το τέλειο αισθητικό αποτέλεσμα. Επίσης, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως τα flaps δεν είναι άμοιρα κινδύνων (τρώση αγγείων, νεύρων, μόλυνση). Για παράδειγμα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς δεν ενδιαφέρονται συνήθως για το αισθητικό αποτέλεσμα. Γενικότερα καλό θα είναι να προηγείται συζήτηση, ώστε το θέμα να αποσαφηνίζεται (εικόνες 9,10).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο Ιπποκράτης πίστευε ότι οι χρόνιες πληγές του δέρματος πρέπει να αφήνονται ανοιχτές προς ίαση. Αυτό διατηρήθηκε στους επόμενους αιώνες. Το 1958 ο Odland ανακοίνωσε ότι ιώνται καλύτερα οι ανοιχτές πληγές. Το 1962 ο Winder εργάστηκε σε δέρμα χοίρου και ανακοίνωσε ότι έχουν 30% καλύτερη ίαση πληγές υπό κλειστή περίδεση απ' ότι ανοιχτές στον αέρα. Ο Hinman σύντομα διατύπωσε τα ίδια στο ανθρώπινο δέρμα. Έκτοτε, πλήθος εργασιών συμφωνούν με αυ-

τά: καλύτερη ίαση και αποδοχή από τον ασθενή. Η άποψη ότι σε κλειστή επιφάνεια τα βακτήρια θα είναι περισσότερα ισχύει για την επιφάνεια της πληγής, όμως αυτό δεν συνεπάγεται επιμόλυνση του ιστού. Με πολλούς μηχανισμούς η κλειστή περίδεση βοηθά την ίαση (μετανάστευση επιθηλίου, γρήγορη αγγειογένεση λόγω χαμηλού PO₂ και συσσώρευση αγγειογενετικών αυξητικών παραγόντων, συσσώρευση ύδατος και πρωτεολυτικών ενζύμων)¹.

Θεωρείται ότι η επούληση κατά β' σκοπό δεν επιλέγεται όταν έχουμε ορατό οστό στο κρανίο ή το πρόσωπο, οπότε υπάρχει ένδειξη για άμεση σύγκληση, διότι πιθανόν να μολυνθεί και να νεκρωθεί (οστεομυελίτιδα)^{7,13}. Τα παραπάνω δεν είναι αληθή. Κατά την ανασκόπηση του Snow⁷ σε 115 περιστατικά με εμφανές οστό στο πρόσωπο ή το κρανίο μετά από Mohs χειρουργική, δευτερογενής ίαση επήλθε επιτυχώς σε 95%. Μόνο 6 ασθενείς εμφάνισαν επιπλοκές, όπως επιμόλυνση μαλακών μοριών ή φτωχή επούληση. Οστεομυελίτιδα δεν παρατηρήθηκε σε κανένα. Παρομοίως και για το χόνδρο (κυρίως το πτερύγιο) είχε εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα και ο κίνδυνος εμφάνισης χονδρίτιδος πρακτικά είναι χαμηλός.

Ο μέγιστος φόβος της μόλυνσης κατά την επούληση κατά β' σκοπό είναι πολύ χαμηλός. Ο Lawrence⁸ άφησε 67 σχετικά μεγάλες πληγές για επούληση κατά β' σκοπό μετά από αφαίρεση δερματικού όγκου και παρατήρησε μόλυνση μόνο σε δύο.

Όταν κάνουμε συρραφή δημιουργείται νεκρός χώρος, που είναι πιο πιθανό να μολυνθεί παρά αν η πληγή παραμείνει ανοικτή. Γι' αυτό αν παρατηρηθεί μόλυνση, το συρραφέν τραύμα διανοίγεται και αφήνεται να γίνει ίαση δευτεροπαθώς.

Η μερική σύγκλιση είναι καλή επιλογή για πολλές περιπτώσεις, ώστε να έχουμε καλό αποτέλεσμα⁵. Όταν μετά εφαρμόζεται ίαση κατά β' σκοπό η πληγή είναι μικρότερη και άρα ο χρόνος ίασης που απαιτείται είναι λιγότερος. Εκμεταλλευόμαστε τη δυναμική της τάσης της ουλής για να έχουμε καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Όταν η πληγή κλείνει συρρικνώνεται εξάλλου κατά 40%. Μετά τη μερική σύγκλιση, αν η μέθοδος αυτή χρησιμοποιηθεί για να μετατρέψουμε μια κυκλική πληγή σε ελλειπτική, η τάση της πληγής μπορεί να οδηγήσει σε γραμμική ουλή, που μπορεί να κρυφτεί στις γραμμές τάσης του χαλαρωμένου δέρματος.

Μερική σύγκλιση μπορεί να επιτευχθεί με χρήση υποδόριων ραμμάτων, χωρίς να αγγίζουμε τα δερματικά χείλη της πληγής. Εναλλακτικά, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα κλασικά ράμματα όσο είναι ασφαλή και να αφήσουμε ένα μέρος ανοικτό.

Γενικά υπάρχει μια αναλογική σχέση του χρόνου epούλωσης με το μέγεθος και τη θέση της πληγής, τον τύπο του ασθενούς και τον τύπο του όγκου (πίνακας 1)⁵. Ο Lawrence επιβεβαίωσε, όμως, ότι το βάθος δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Σαφώς σχετίζεται η θέση, για παράδειγμα τα κατώτερα μέρη των κάτω άκρων απαιτούν μέγιστο χρόνο epούλωσης. Είναι σημαντική και η περιποίηση για το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα, αλλά και τον χρόνο epούλωσης. Χρειάζεται υγρό περιβάλλον με κατάλληλα επιθέματα, τα οποία επιταχύνουν τη σύγκλιση και βοηθούν στην αποδοχή από τον ασθενή. Η κλειστή περίδεση σε υγρό περιβάλλον δεν αυξάνει τον εποικισμό με μικρόβια, αλλά αντίθετα τον μειώνει.

Το επιθήλιο μεταναστεύει ευκολότερα σε υγρό περιβάλλον. Η αγγειογένεση γίνεται γρηγορότερα, ίσως λόγω του χαμηλού O₂ στο περιβάλλον της πληγής και της συγκέντρωσης αυξητικών παραγόντων. Εξάλλου, τα εκκρίματα της πληγής βοηθούν στη συγκέντρωση των παραγόντων αυτών.

Η κλειστή επίδεση συγκεντρώνει νερό και πρωτεολυτικά ένζυμα, που προωθούν την αυτολυτική δραστηριότητα (παρέχει προστασία από τη μόλυνση).

Αν και η βακτηριακή χλωρίδα στην επιφάνεια της πληγής αυξάνει, το ποσοστό μόλυνσης της πληγής είναι χαμηλότερο. Επίσης, δημιουργείται χαμηλό pH,

που βοηθά στην αύξηση κερατινοκυττάρων και τον εποικισμό με χρήσιμα βακτήρια. Τέλος, φαίνεται ότι αναπτύσσει ένα ηλεκτρομαγνητικό πεδίο, που βοηθά στην ανάπτυξη των κερατινοκυττάρων.

Όσο οι χειρουργοί απομακρύνονται από την ίαση κατά β' σκοπό, τόσο οι δερματολόγοι αποκτούν εμπειρία στον τομέα αυτό. Ο Mohs πρότεινε ότι την αφαίρεση δερματικών όγκων πρέπει να συνοδεύει ίαση κατά β' σκοπό, ώστε σε περίπτωση υποτροπής μη πλήρως εξαθθέντος όγκου να μπορεί να γίνει επανεγχείρηση.

Τέλος, η ίαση κατά β' σκοπό είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της πληγής και αξίζει της δέουσας προσοχής μας όταν σκεφτόμαστε να αντιμετωπίσουμε μια χειρουργήσιμη δερματική βλάβη.

SUMMARY

Healing by second intention is a technique known for a long time. For several reasons many doctors avoided open surgical wounds (visible bone, infections, aesthetic reasons). The second intention healing, using closed wet dressing is considered as the best choice. On some sites the aesthetic results are perfect and on some others satisfying. It is essential for the patient to be cooperating and having patience. The partial closure is a good choice for several occasions. Healing by second intention is a safe and efficient method and deserves our close attention.

Key words: *healing by second intention, partial closure, occlusive dressings, open wound.*

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:

Σταύρος Σταματόπουλος
Κ. Μάτση 14
56121 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 6947305694
E-mail: drstamatopoulos@gmail.com

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nouri K, Leal-Khoury S. Techniques in Dermatologic Surgery. Mosby 2003.
2. Fewkes J, Cheney M. Cutaneous surgery, Lipp. Co., Philadelphia 1992.
3. Salasche S, Orengo I. Dermatologic Surgery. Tips and Techniques. Elsevier 2007.

4. Rohrer Th, Cook J. Flaps and Grafts in Dermatologic Surgery. Elsevier 2006.
5. Lawrence Cl. An Introduction to Dermatological Surgery sec. Ed., Churchill Livingstone, 2002.
6. Ζακοπούλου Ν. Βιολογία της δερματικής επούλωσης. Ελληνική επιθεώρηση δερματολογίας - αφροδισιολογίας 2005; 16:3:23-32.
7. Snow SN, Stiff MA. Second intention healing of exposed facial-scalp bone after Mohs surgery for skin cancer: review of 91 cases. Journal of the American Academy of Dermatology 1994; 31:450-454.
8. Lawrence CM, Comaish S. Excision of skin tumors without wound closure. British journal of Dermatology 1996; 115:563-571.
9. Petres J, Rompel R, Robins P. Dermatologic textbook and atlas of surgery. Springer, New York, 1998.
10. Roenigk RK, Roenigk HM. Surgical Dermatology, Martin Dunitz, 1993, London.
11. Tromovitch T, Stegman S. Flaps and grafts in Dermatological Surgery, Year Book med. Publ., inc, Chicago, 1989.
12. Marks R. Clinical Signs and Procedures in Dermatology, Martin Dunitz, 1993.