

# Χειρουργικοί χειρισμοί στο στοματικό βλεννογόνο

## Surgical procedures on the mouth mucosa

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** Η στοματική κοιλότητα είναι ένας ιδιαίτερος χώρος για χειρουργικούς χειρισμούς, λόγω των κινητών στοιχείων (γλώσσα, παρειές, χείλη), του έντονα υγρού περιβάλλοντος (σιελόρροια) και της άφθονης αιμορραγίας. Η χρήση τεχνικής με προ-τοποθετημένο ράμμα, λαβίδα χαλαζίου και punch 4 mm επιλύει τα προαναφερθέντα προβλήματα. Κάθε στοιχείο της στοματικής κοιλότητας χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης και παρουσιάζει ιδιαιτερότητες πριν, κατά και μετά την εκτέλεση βιοψίας σε αυτό.

*Λέξεις κλειδιά:* Στοματικός βλεννογόνος, βιοψία, χαλάζιο clamp, χειρική βλεννοκήλη, συρραφή στοματικού βλεννογόνου, στοματικές βλάβες

**ΔΡ. ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ<sup>1</sup>**  
**ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ<sup>2</sup>**  
**ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ<sup>3</sup>**  
**ΓΙΑΖΙΤΖΟΓΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ<sup>2</sup>**  
**ΜΠΑΡΜΠΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ<sup>2</sup>**  
**ΠΟΛΥΖΩΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

<sup>2</sup>Ιατρός

<sup>3</sup>Φοιτητής Ιατρικής

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στοματική κοιλότητα αρχίζει από τη στοματική σχισμή (χείλη) και φτάνει ως τον ισθμό του φάρυγγα. Τα τοιχώματά της περιλαμβάνουν τα χείλη, τις παρειές, τη σκληρά και μαλακή υπερώα και τη γλώσσα<sup>1</sup>.

Η στοματική κοιλότητα είναι ένας ιδιαίτερος χώρος, εντός του οποίου οι διάφοροι χειρουργικοί χειρισμοί είναι αιτία άγχους, τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ιατρό.

Ορισμένες θέσεις του σώματος παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες για την εκτέλεση βιοψίας ή άλλης πράξης και απαιτούν ειδικούς χειρισμούς. Τέτοιος χώρος είναι ο στοματικός<sup>2,3,4</sup>. Οι ιδιαιτερότητες της περιοχής αυτής είναι:

- τα κινητά μέρη της στοματικής κοιλότητας (γλώσσα, παρειές, χείλη)
  - το έντονα υγρό περιβάλλον, σιελόρροια, η οποία επιτείνεται με το χρόνο της επέμβασης και από το άγχος του ασθενούς
  - η άφθονη αιμορραγία μετά την τομή τμήματος του βλεννογόνου
- Τα παραπάνω προβλήματα δημιουργούν εύλογα δυσκολίες στους



**Εικόνα 1.** Χρήση clamp χαλαζιού στο χείλος.



**Εικόνα 2.** Χρήση πολυπάγρας στο βάθος της παρειάς.

χειρισμούς και συχνά είναι αιτία για αποφυγή εκτέλεσης κάποιας χειρουργικής πράξης. Η γνώση των προβλημάτων και ο καλός προσχεδιασμός διευκολύνουν τα μέγιστα. Η παρουσία βοηθού κρίνεται απαραίτητη, όπως και η βοήθειά του αναντικατάστατη.

Αρκετές μέθοδοι έχουν προταθεί για να τυποποιηθούν και να απλοποιηθούν οι πράξεις, κυρίως οι βιοψίες, επί των κινητών στοιχείων της στοματικής κοιλότητας.

## ΤΕΧΝΙΚΗ

Μια αρκετά καλή και δοκιμασμένη μέθοδος είναι ο συνδυασμός τεχνικών: εφαρμογή εκ των προτέρων ράμματος, χρήση του clamp χαλαζιού και 4 mm runch<sup>2,5</sup> (εικόνα 1).

Χρησιμοποιείται τοπική διήθηση ξυλοκαϊνης-αδρεναλίνης μέχρι λείκανσης. Ακολούθως τοποθετείται λεπτό ράμμα 4.0 έχοντας υπόψη τα ακόλουθα: η είσοδος του ράμματος πρέπει να είναι μακρύτερα από 3 mm στην περιοχή της βιοψίας, το ράμμα πρέπει να τοποθετηθεί σε σχήμα flask για καλύτερη αιμόσταση και το κάτω μέρος του τοποθετείται βαθιά στο βλεννογόνο.

Ακολούθως, το clamp χαλαζιού (προτιμάται το clamp του οποίου το εσωτερικό οβάλ σχήμα είναι 12x23 χιλιοστά) τοποθετείται έτσι ώστε να περιβάλλει τη βλάβη και σφίγγεται μέχρι ωχρότητας της περιοχής. Με runch 4 mm διενεργείται ευκολότερα η λήψη τεμαχίου βλεννογόνου απ' ό,τι με νυστέρι, ο δε ιστός αφαιρείται χωρίς αιμορραγία. Το clamp αφαιρείται και το κενό συγκλείεται δένοντας το προ-τοποθετημένο ράμμα. Η βιοψία σε έναν κινητό ιστό δημιουργεί πολλή τεχνικά προβλήματα. Η μετατροπή ενός κινητού και

αιμορραγικού τμήματος του στόματος σε μη κινητό και αναίμακτο πεδίο παρέχει άνεση στο χειρισμό του χειρουργού και απομάκρυνση του άγχους.

Υπάρχουν λαβίδες χαλαζιού με διάφορα σχήματα και μεγέθη. Πιο πρακτικό είναι το οβάλ και μέγεθος 12x24mm. Δε σφίγγουμε πολύ το ράμμα, ιδίως σε εύθρυπτο ιστό, αλλιά το δένουμε χαλαρά, ώστε να μη σχιστεί ο ιστός. Δε βιδώνουμε πολύ το clamp για να μην κακοποιήσουμε τους ιστούς.

Εναλλακτικά, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αντί του clamp μια λαβίδα συλλογής τοιλιπών (πολυπάγρα) (εικόνα 2). Αυτή έχει μακρά άκρα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πιο απομακρυσμένες περιοχές, π.χ. στο βάθος της παρειάς. Δεν κλείνουμε τη λαβίδα στα δόντια ασφαλείας (κλικ), διότι προκαλεί στραγγαλισμό των ιστών και έντονο τραυματισμό. Το σφίξιμο της πολυπάγρας γίνεται από το βοηθό κρατώντας τη σταθερά.

## ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΘΕΣΕΙΣ

### Γλώσσα<sup>2,3,4</sup>

Η γλώσσα είναι πολύ ευκίνητη και υγρή, επομένως δε νοείται επέμβαση σε αυτή χωρίς να την ακινητοποιήσουμε. Η τεχνική με χαλάζιο clamp ή πολυπάγρα προαναφέρθηκε (εικόνα 3).

Ο πιο απλός τρόπος για να ακινητοποιηθεί η γλώσσα είναι με τις συνήθεις γάζες<sup>2</sup> (εικόνα 4). Οι ασθενής ανοίγει το στόμα του και βγάζει έξω τη γλώσσα. Αυτή πιάνεται απαλά και σταθερά με τις γάζες, καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, από τον ιατρό ή το βοηθό.

**Επέμβαση στη γλώσσα π.χ. βιοψία:** Εφαρμόζουμε για αρκετά λεπτά gel ξυλοκαϊνης με άφθονα εμποτι-



**Εικόνα 3.**  
Χρήση clamp χαλαζίου στη γλώσσα.



**Εικόνα 4.** Συγκράτηση της γλώσσας με γάζες.

σμένη γάζα (στο βλεννογόνο το gel δρα, ενώ το spray ξυλοκαΐνης προσφέρει ελάχιστα). Ακιντοποιούμε τη γλώσσα με γάζα και εκτελούμε ελεγχόμενη έγχυση ξυλοκαΐνης-αδρεναλίνης. Περιμένοντας να δράσει η τοπική αναισθησία αφαιρούμε τη γάζα για να κλείσει ο ασθενής το στόμα του, να καταπιεί και να χαλαρώσει. Ακολούθως πραγματοποιείται η βιοψία. Το punch είναι πιο πρακτικό. Αμέσως μετά την πράξη επιτυγχάνουμε αιμόσταση με άμεση πίεση των δακτύλων με γάζα. Η τοποθέτηση εκ των προτέρων ενός ή δύο ραμμάτων είναι εύκολη λύση και λύνει άμεσα το πρόβλημα της επακόλουθης αιμορραγίας.

Τομές στην επιφάνεια της γλώσσας (εικόνες 5, 6). Οι τομές αυτές έχουν πλεονεκτήματα<sup>6</sup>:

- Εύκολη συρραφή-επούλωση
- Μικρή τρώση των λεμφαγγείων και αποφυγή μετεγχειρητικού οιδήματος
- Δεν επηρεάζουν την κινητικότητα της γλώσσας

Το πλούσιο αναστομωτικό αγγειακό δίκτυο δίνει άφθονη αιμορραγία στις τομές, αλλά παρέχει ταχεία επούλωση<sup>1</sup>.

Μετεγχειρητικό οίδημα μπορεί να συμβεί και είναι ένα σημαντικό πρόβλημα επί χειρισμών στη γλώσσα. Η περιοχή πρέπει να ψύχεται μετεγχειρητικά με κάποιο τρόπο (παγοκύστη, γλείψιμο πάγου). Είναι σημαντικό να εκτιμηθεί προσεκτικά ο ασθενής στην άμεση μετεγχειρητική φάση (δε φεύγει απ' το ιατρείο) και πρέπει να είναι διαθέσιμος κατάλληλος εξοπλισμός (αεραγωγός, ambu κ.λπ.). Αυτό είναι πρόβλημα βλάβης της λεμφικής αποχέτευσης από τρώση των λεμφαγγείων, κυρίως με κάθετες τομές.

## Χείλη

**Χείλη:** η γωνία του στόματος θεωρείται η πιο δύ-

σκολη περιοχή. Η χρήση τοπικής αναισθησίας δια διηθήσεως παραμορφώνει την περιοχή με δυσκολίες.

**Βιοψία βλάβης<sup>2,3,4,6,7</sup>:** Η εκτομή γίνεται κάθετα και η συρραφή επί υγιούς. Ολική αφαίρεση βλάβης δημιουργεί παραμόρφωση της περιοχής, γι' αυτό απαιτείται κρημνός. Η χρήση clamp χαλαζίου ή πολυπάγρας βοηθά στον έλεγχο της αιμορραγίας.

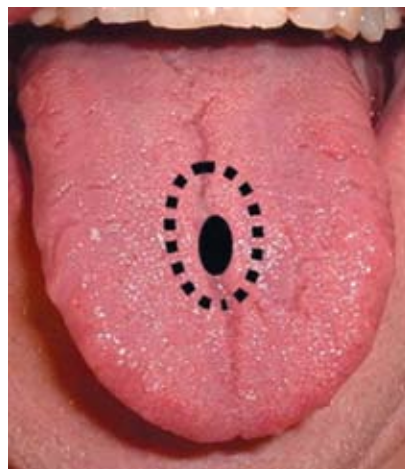
Η χρήση τοπικής διήθησης παραμορφώνει την περιοχή, λόγω έντονου οιδήματος και προτιμάται η περιοχική αναισθησία και ακολούθως αιμόσταση με clamp χαλαζίου. Δίνεται προσοχή ώστε να μη σφιχτεί πολύ το clamp, για αποφυγή βλάβης στο χείλος (εκχυμώσεις, κυκλικό σημάδι...). Το πλεονέκτημα της μηχανικά ρυθμιζόμενης βαλβίδας σύσφιξης μπορεί εύκολα να υποτιμηθεί.

Όταν πραγματοποιούμε επέμβαση στο χείλος, ένα άλλο πρόβλημα για τον ασθενή είναι η ύπαρξη του κόμπου ή του ελεύθερου άκρου του ράμματος, όταν μιλά ή μασά. Η δυσφορία είναι έντονη, ώστε συχνά τραυματίζεται η άκρη της γλώσσας από το συνεχές γλείψιμο της ενοχλητικής άκρης του εκτεθειμένου κόμπου. Η χρήση ράμματος από μετάξι είναι η πρώτη και εύκολη επιλογή, διότι είναι μαλακό και, λόγω της υγρασίας, μαλακώνει ακόμα πιο πολύ. Συχνά όμως προκαλείται αντίδραση ερεθισμού στους γύρω ιστούς, ενώ θέλουμε το κατά δύναμη καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

Μια απλή και εφαρμόσιμη τεχνική είναι η ακόλουθη: το ράμμα τοποθετείται<sup>2,8</sup> αρχικά στο επίμαχο σημείο (εσωτερική επιφάνεια του χείλους). Δένεται ο αρχικός κόμπος και αφήνουμε ελεύθερο άκρο περίπου 1cm, το οποίο καθιλώνεται κάτω απ' τη συνεχόμενη ραφή που κάνουμε με το ίδιο ράμμα. Προνοούμε ώστε το ελεύθερο άκρο να μην είναι μέσα στο τραύμα αλλά κατά μήκος του εξωτερικά (εικόνες 7, 8).



**Εικόνα 5.** Τομή στην επιφάνεια της γλώσσας.



**Εικόνα 6.** Τομή στην επιφάνεια της γλώσσας.

### Αφαίρεση χειλικής βλεννοκίλης

Συνήθως<sup>2,9</sup>, η κύστη αφαιρείται με κυκλική ρηχή τομή γύρω από ολόκληρη την κύστη. Γίνεται προσπάθεια να αποκολληθεί ολόκληρη η κύστη διαχωρίζοντάς την από τον κυκλοτερή μυ, ενώ πιέζουμε σταθερά με το δάχτυλο στην εξωτερική επιφάνεια του χείλους (από κάτω). Εάν υπάρχει μεγάλος νεκρός χώρος γίνεται υποδόρια συρραφή και επιφανειακά συρράπτουμε με silk 5.0 που αφαιρείται νωρίς (4-5 μέρες) (εικόνα 9).

Απαιτείται προσοχή στη χειλική αρτηρία. Αν υπάρχει τομή αυτής, σταματούμε την αιμορραγία με δύο αιμοστατικές λαβίδες και αποπλύνουμε και τα δυο άκρα της αρτηρίας με απορροφήσιμο ράμμα.

### Παρείες

Η αναισθησία συνήθως διενεργείται με τοπική διήθηση. Από πλευράς τεχνικής χειρουργικών χειρισμών είναι εύκολη θέση<sup>7</sup>. Το λίπος είναι ορατό και η συρραφή δεν αιμορραγεί. Η επούληση γίνεται άριστα και δεν εγκαταλείπει ουλές. Είναι θέση όπου δύναται να επιλεγεί άνετα και η επούληση κατά β' σκοπό.

### ΒΙΟΨΙΑ ΚΑΙ ΣΥΡΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ

#### Γενικά περί βιοψιών

Η λήψη τεμαχίου δέρματος ή βλεννογόνου είναι μια ιατρική πράξη διενεργούμενη και από το δερματολόγο για διαγνωστικούς λόγους, κυρίως κάποιου πιθανού όγκου, αλλά και για άλλες δερματικές παθήσεις<sup>6</sup>.

Η λήψη βιοψίας σε μικρή βλάβη δε γίνεται με α-

φαίρεση ολόκληρης της βλάβης, αλλά το μισό αυτής. Η αφαίρεση όλης της βλάβης εγκυμονεί κίνδυνο να εγκαταλειφθεί εν τω βάθει παθολογικός ιστός και η συρραφή του τραύματος να εγκλιωβίσει τον ιστό αυτό. Ακολούθως, η ίαση στο βλεννογόνο δεν αφήνει ουλή, ώστε η ανεύρεση της εστίας της πρωτοπαθούς βλάβης να είναι δύσκολη έως αδύνατη.

Σε ογκώδη βλάβη (π.χ. νεοπλασματική) αφαιρείται τμήμα επαρκές, κατά προτίμηση με διαδερμικό μαχαιρίδιο, καθότι η επακόλουθη αιμορραγία είναι έντονη και ως εκ τούτου δυσάρεστη και δύσκολη αντιμετωπίζεται. Η συρραφή εύθρυπτου ιστού είναι δύσκολη έως αδύνατη.

Προσοχή στις επανειλημμένες λήψεις (αποτυχημένες), ώστε να μην κακοποιηθεί ο ιστός, λόγω κινδύνου αιματογενούς ή λεμφογενούς μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες ή αλλού<sup>6</sup>.

**Εμφανώς καλοήθεις βλάβες:** Εκτελείται ριζική χειρουργική αφαίρεση επί υγιούς εδάφους και ακολουθεί συρραφή. Η επούληση κατά β' σκοπό επιλέγεται σε ιστό χωρίς ελαστικότητα (υπερώα, ούλα).

**Ιστός χωρίς ελαστικότητα (υπερώα, ούλα):** Τα χείλη της τομής είναι πολύ δύσκολο να συμπλησιασούν για συρραφή, καθώς επίσης η υποσκαφή είναι αδύνατη. Λύση εκλογής είναι η επούληση κατά β' σκοπό. Προσοχή απαιτείται σε τομές των άνω και έσω ούλων, προς αποφυγή τρώσης της μείζονος υπερώιας αρτηρίας<sup>6,9</sup>.

**Έντονα αιμορραγικός και εύθρυπτος ιστός:** Τα ράμματα γίνονται επί υγιούς μακράν της τομής. Επίσης δύναται να γίνουν εκ των προτέρων. Ιδιαίτερη τεχνική συρραφής είναι η εφαρμογή ανά ένα ράμμα εκατέ-



**Εικόνα 7.** Καθήλωση αριστερού άκρου, συνεχής ραφή με το δεξί (Salasche St.).



**Εικόνα 8.** Ράμμα: τελικό αποτέλεσμα (Salasche St.).



**Εικόνα 9.** Αφαίρεση βλεννοκήλης (Salasche St.).

ρωθεν της τομής, τα άκρα των οποίων προσδένονται σταυροειδώς. Επίσης δυνάμεθα να θέσουμε κάτω από τους κόμπους κάποιο αιμοστατικό υλικό.

## ΣΙΕΛΟΡΡΟΙΑ

Είναι μείζον τεχνικό πρόβλημα. Είναι άφθονη, ιδίως σε αγχώδη ασθενή και λόγω της αδυναμίας κατάποσης του σιέλου. Μια πρακτική λύση είναι η τοποθέτηση κυλίνδρων βάμβακος στις οδοντοπαραειακές αύλακες που απορροφούν το σιέλο και αφαιρούνται από το βοηθό με χειρουργική λαβίδα αλληλάζοντάς τους συχνά.

Πιο απορροφητικοί είναι οι οδοντιατρικοί κύλινδροι (ειδικοί γι' αυτήν την περίπτωση) που τους προμηθευόμαστε από τα οδοντιατρικά είδη. Η χρήση βέβαια οδοντιατρικής αναρροφητικής αντλίας είναι ιδανική, αλλά η ύπαρξή της σπανίζει στο δερματολογικό ιατρείο.

Εάν είναι δυνατόν, επιτρέπουμε στον ασθενή να κλείσει το στόμα του και να καταπιεί.

Η ταχεία διενέργεια χειρισμών στη στοματική κοιλότητα, λόγω εμπειρίας, είναι η καλύτερη πρόληψη του προβλήματος.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διενέργεια χειρουργικών χειρισμών στο στοματικό βλεννογόνο απαιτεί την παρουσία βοηθού. Λαμβάνεται ιστορικό για τυχόν χρήση αντιπηκτικών, τα οποία δημιουργούν εντονότατη αιμορραγία, πηγή έντονου άγχους, αλλά και διενέργεια κακών τελικών χειρισμών. Επομένως, η διακοπή αντιπηκτικής αγωγής 2-3 ημέρες είναι απαραίτητη, με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντα ιατρού. Σχεδιάζουμε εξ' αρχής τη χειρουργική διαδικασία και όχι «βλέποντας και κάνοντας». Η τοπική αναισθησία περιλαμβάνει την τοπική διήθηση και την περιοχική αναισθησία. Η διήθηση είναι εύκολη, αλλά αλλοιώνει τα ανατομικά χαρακτηριστικά της περιοχής και καθιστά δύσκολη ορατή την αρχική βλάβη.

Μη απορροφήσιμο ράμμα νάιλον ή απορροφήσιμο που έχει μείνει από υποδόρια συρραφή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συρραφή της επιδερμίδας για οικονομία υλικού.

Μετεγχειρητικό οίδημα μπορεί να συμβεί και είναι ένα σημαντικό πρόβλημα επί χειρισμών στη γλώσσα. Η πιθανότητα εμφάνισης είναι μια καλή δικαιολογία για να αποφύγει κάποιος αυτή τη δύσκολη χειρουργική θέση.

Τα τραύματα στο στόμα χρειάζονται περισσότερο χρόνο επούλωσης στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους άντρες, ενώ τα τραύματα του δέρματος επουλώνονται συντομότερα στις γυναίκες. Υποθέτουν ότι η τεστοστερόνη μπορεί να συντελεί στην ταχύτερη επούλωση των τραυμάτων, δεδομένου ότι είναι ισχυρή αντιφλεγμονώδης ορμόνη που βρίσκεται σε αφθονία στο σάλιο<sup>10</sup>.

## ABSTRACT

The oral cavity is a special place for surgical manipulations because of its mobile elements (tongue, cheeks, lips), its very wet environment (salivation) and extensive bleeding. The application of a specific technique with a pre-placed suture, a chalazion clamp and a 4 mm punch helps to resolve the problems stated above. Every element of the oral cavity demands special treatment and has specificities before, during and after biopsy.

**Keywords:** *Oral mucosa, biopsy, chalazion clamp, labial mucocele, oral mucosa closure, oral lesions*

### Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Σταύρος Σταματόπουλος

Π.Π. Γερμανού 44, Τ.Κ. 54622, Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 262460

E-mail: drstamatopoulos@gmail.com

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθ. Άγιος. Περιγραφική και εφαρμοσμένη ανατομική, University studio press, Θεσσαλονίκη, 2002.
2. Salasche St. Dermatologic Surgery Tips and Technics, Mosby 2007.
3. Nouri K, Sus. Leal-Khoury, Techniques in Dermatologic Surgery, Mosby, 2003.
4. Lawrence Cl. An Introduction to Dermatological Surgery sec. Ed., Churchill Livingstone, 2002.
5. A Alinovi, F Allegra. A technique for the biopsy of oral lesions, J. Derm. Surg. Onc, 1994; 20:767-768.
6. Μάρτης Χ, Η βιοψία στον οδοντοστοματικό χώρο. Οδοντιατρικό βήμα, 2006 Νοε-Δεκ; σελ. 26.
7. Petres J., R. Rompel, P. Robins. Dermatologic textbook and atlas of surgery. Springer, New York, 1998.
8. Fosko sn, Heap D. Surgical Pearls: an economical means of skin closure with absorbable suture. J. A. Academy Dermat. 1998; 39:248-250.
9. Tran Ta, Surgical Pearl. Removal of a large labial mucocele. J Am Acad Dermat. 1990; 40:760-762.
10. Dental Tribune. Greek Ed. 2008 Mar-Apr; p 40.