

Περιλήψεις: Στρογγυλά Τραπέζια

ΠΕΜΠΤΗ, 02 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΙΦ

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΚΥΣΤΗΣ**
**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΧΡΗΣΤΑΚΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ,
ΑΛΕΞΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**
ΩΡΑ: 10.00 - 11.00

**1. Η ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕ-
ΝΟΥΣ ΚΥΣΤΗΣ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ
– ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Χατζηγιάννης Ιωάννης

Ουρολόγος, Δ/ντής ουροδυναμικού εργαστηρίου Β΄
Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης, Αντιπρόεδρος Ε.Ι.Φ.

Νευρογενής κύστη ονομάζεται η απώλεια του βου-
λητικού ελέγχου της εκκίνησης ή της αναστολής τα
ούρησης. Η απώλεια αυτή οδηγεί άλλοτε σε επίσχε-
ση ούρων και άλλοτε σε ακράτεια. Παρουσιάζεται η
ουρολογική βάση της νευρογενούς κύστης συμπερι-
λαμβανομένων των μεθόδων διάγνωσης, όπως και οι
θεραπευτικές επιλογές, από τους διαλείποντες αυτο-
καθετηριασμούς μέχρι την χειρουργική αντιμετώπιση.

**2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΣΕ ΠΟΛΙΤΕΣ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Ταξιλάρης Αλέξανδρος

Ιατρός επί πτυχίω, Πολίτης με αναπηρία, Ολυμπιονί-
κης κολύμβησης

Μπόγδος Εμμανουήλ

Ιατρός επί πτυχίω, Πολίτης με αναπηρία, Αθλητής
ξιφασκίας ολυμπιακών αγώνων

Γιώρας Βάιος

Πτυχιούχος φυσικής αγωγής, Πολίτης με αναπηρία,
Προπονητής καλαθοσφαίρισης, εκπαιδευτής αυτονο-
μίας

Είναι πραγματικά αξιοπερίεργο το πόσο λίγες φορές
συμμετέχουν ασθενείς και εκθέτουν τις εμπειρίες τους
σε ιατρικά συνέδρια όταν αυτοί είναι (ή θα έπρεπε να
είναι οι «πρωταγωνιστές»). Παρουσιάζουμε τις προ-
σωπικές μας εμπειρίες και επικεντρώνουμε την προ-
σοχή μας στην εκπαίδευση και το βασικό ζητού-μενο
στους πολίτες με αναπηρία: την αυτονομία. Όλοι μας
έχουμε να μάθουμε πράγματα από όλους.

Α΄ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΑΤΟΝΑ ΕΛΚΗ

ΑΙΘΟΥΣΑ «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΓΙΑΚΟΥΜΕΤΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ,
ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**
ΩΡΑ: 12.30 - 14.00

1. ΟΡΙΣΜΟΙ - ΕΙΔΗ

Λαζαρίδης Μίλτος

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Σαν «άτονα» ελκη (ορισμός που δεν θα πρέπει να
χρησιμοποιείται γιατί ομαδοποιεί έλκη διαφορετικής
αιτιολογίας) χαρακτηρίζονται λύσεις της συνέχειας
του δέρματος (ολων των στοιβάδων) που παραμέ-
νουν χωρίς επούλωση για διάστημα >30 ημέρες. Η
πλειοψηφία των «ατόνων» ελκών στα κάτω άκρα είναι
φλεβικής (45-60%), αρτηριακής (10-20%) αιτιολογίας
ή νευροπαθητικά συνήθως στους διαβητικούς (15-
25%). Παρά την συνεχή ανάπτυξη, με τη βοήθεια της
τεχνολογίας, νέων διαγνωστικών μεθόδων, στην κα-
θημερινή πρακτική η μέτρηση του σφυρο-βραχιόνιου
δείκτη παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στη διαφορική
διαγνωστική. Εναλλακτικοί τρόποι μέτρησης της αιμά-
τωσης του ακρού πόδα είναι ο δακτυλο-βραχιόνιος
δείκτης και το Pole test. Η εγχρωμη DOPPLER υπε-
ρηχογραφία είναι η μέθοδος εκλογής για την διάγνω-
ση των φλεβικών ελκων, και η συνυπάρχουσα φλεβι-
κή ανεπάρκεια θα πρέπει να κατηγοριοποιείται κατα
CEAP. Σε αντίθεση η διαγνωστική προσέγγιση των
νευροπαθητικών ελκών απαιτεί την ποιοτική/ποσοτι-
κή εκτίμηση της αισθητικότητας στα κάτω άκρα και τα
έλκη αυτά κατηγοριοποιούνται κατά Wagner ή εναλ-
λακτικά με τις κλίμακες του Παν/μιου του Texas ή του
International working group for diabetic foot (PEDIS).

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Βογιατζόγλου Ε. Δημήτρης

Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής,
Γ. Ν. Αθηνών «Αμαλία Φλέμινγκ»

Ο Σακχαρώδης διαβήτης είναι από τις συχνότερες
χρόνιες μη μεταδοτικές νόσους και τις σημαντικότερες
αιτίες θανάτου παγκοσμίως, ενώ ταυτόχρονα ευθύ-
νεται για την πλειονότητα των περιστατικών τύφλω-
σης, νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου και μη
τραυματικών ακρωτηριασμών (1). Έχει υποστηριχθεί:
«Για πρώτη φορά μία μη λοιμώδους αιτιολογίας κλινι-
κή οντότητα κατέχει θέση παγκόσμιας απειλής, που
προσομοιάζει με λοιμώδη επιδημία όπως το AIDS»
(©Courtesy of Children At Risk Foundation (CARF),
www.carfweb.net).

Ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με ένα μεγάλο
αριθμό μακρο-μικρο αγγειακών επιπλοκών. Οι επι-
πλοκές από το καρδιαγγειακό αποτελούν τις συχνό-
τερες αιτίες πρώιμου θανάτου ατόμων που πάσχουν
απο τη νόσο, αφορούν δε το 65% του συνόλου των
ασθενών και εμφανίζει μία συχνότητα διπλάσια έως
τετραπλάσια σε σχέση με μη διαβητικά άτομα.

Ένας σημαντικός αριθμός διαβητικών ατόμων στα πλαίσια αυτών των επιπλοκών θα αναπτύξει νοσήματα των κάτω άκρων, που θα οδηγήσουν στην δημιουργία διαβητικού έλκους με νομοτελειακή κατάληξη τον ακρωτηριασμό, αλλά και συνακόλουθες κλινικές καταστάσεις που αντικατοπτρίζουν το βαθμό της συνυπάρχουσας αγγειοπάθειας και νευροπάθειας.

Εκτιμάται ότι το 25% των διαβητικών ατόμων θα αναπτύξουν διαβητικό έλκος σε άκρο τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ υπολογίζεται ότι κάθε 30 δευτερόλεπτα, κάπου στην Υφήλιο, ένα πόδι ακρωτηριάζεται σε συνέπεια του σακχαρώδη διαβήτη (2). Το γεγονός αυτό οφείλει να εκτιμηθεί υπό το πρίσμα της επερχόμενης πανδημίας, η οποία ευλόγως θα συμπαρασύρει αριθμητικά και τα κρούσματα των επιπλοκών, δεδομένου ότι το 10% των ατόμων αυτών κατά τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου έχουν ήδη αναπτύξει τις συνοδές παθήσεις της διαβητικής ποδοπάθειας (αισθητικοκινητική νευροπάθεια, περιφερική αγγειοπάθεια). Σύμφωνα με μεγάλη βρετανική μελέτη, από τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση, υφίσταται ένα επιπλέον ποσοστό εμφάνισης πρωτοεμφανιζόμενου έλκους που εκτιμάται στο 7%. (3). Ενώ δε ήταν ήδη γνωστή η αύξηση της θνητότητας σε διαβητικά άτομα μετά ακρωτηριασμό, οι πρόσφατες μελέτες (4-5) αποδεικνύουν σαφή αύξηση της θνητότητας σε διαβητικά άτομα με διαβητικό έλκος, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, με σαφή υπεροχή των ασθενών που πάσχουν από ισχαιμικά έλκη έναντι εκείνων με νευροτροφικά έλκη. Μελέτες αναφορικά με νέα εμφάνιση (επίπτωση) και ιστορικό (επιπολασμό) διαβητικών ελκών, δημοσιεύονται συχνά σε μεγάλου κύρους επιστημονικά περιοδικά και υπογραμμίζουν την παγκοσμιότητα του φαινομένου. Όσον αφορά την ήπειρό μας - με τους πλέον μετριοπαθείς υπολογισμούς - ασθενείς με ενεργό διαβητικό έλκος υπολογίζονται στο 1 εκατομμύριο. Ο αριθμός αυτός εξάγεται από παλαιότερες, αλλά και πρόσφατες πληθυσμιακές επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν πληθυσμούς διαβητικών ατόμων, που παρακολουθούνται από γενικούς ιατρούς, παθολόγους, διαβητολογικά κέντρα, ειδικά κέντρα μελέτης και φροντίδας διαβητικού ποδιού, αλλά και ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω διαβητικού έλκους σε κέντρα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας τριτοβάθμιας και πρόσφατα τεταρτοβάθμιας πλέον φροντίδας. Παρατίθεται πίνακας (πίνακας 1) των πλέον τεκμηριωμένων επιδημιολογικών μελετών, που εμφανίζουν μία σαφή διακύμανση επίπτωσης (1-4.1%) και επιπολασμού (4.7-15.8%), δεικτών που το μέγεθός τους εξαρτάται άμεσα από γνωστούς (οργάνωση συστήματος υγείας, οικονομικές παροχές, ειδικά κέντρα υποδοχής, οικονομικοκοινωνική στάθμη ασθενούς, φυλετικοί παράγοντες, κλπ.), αλλά και αστάθμητους παράγοντες. (Πίνακας 1)

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι μελέτες των Kumar και Abbott συμφωνούν σχετικά με την επίπτωση και τον επιπο-

λασμό με την αντίστοιχη Ολλανδική μελέτη (Muller), ενώ ένα από τα άκρως ενδιαφέροντα συμπεράσματα και από τις τρεις μελέτες είναι ότι οι απλές κλινικές δοκιμασίες ταυτοποίησης και διάγνωσης, προσιτές και οικείες πλέον σε όλους του κλινικούς, έχουν να προσφέρουν σε επίπεδο πρόληψης, αναγνωρίζοντας τα άτομα υψηλού κινδύνου. Οι φυλετικοί παράγοντες εμπλέκονται σε μελέτες που αφορούν έγχρωμους κατοίκους του Ηνωμένου Βασιλείου, (Ινδοί, κάτοικοι Καραϊβικής) με σαφή μείωση του κινδύνου ανάπτυξης διαβητικού έλκους. Αντίστοιχη μελέτη που αφορούσε γηγενείς κατοίκους της Καραϊβικής και της κεντρικής Αμερικής έδειξε: πολύ υψηλό επιπολασμό ΣΔ2, περιορισμένο αριθμό εξειδικευμένων κέντρων φροντίδας διαβητικού ποδιού, συχνή εμφάνιση νευροπάθειας καθώς και μεγάλη συχνότητα ακρωτηριασμών.

Με βάση τα διεθνή στοιχεία για χώρες με δυτικό τρόπο ζωής και σύμφωνα με δικά μας δεδομένα μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα που να προσεγγίζουν τη σημερινή πραγματικότητα στη χώρα μας (Πίνακας 2).

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Apelqvist J. Diabetic foot ulcers: evidence, cost and management. *The Diab F Journal* 2007; 10:1: 6-8.
2. International Diabetes Federation, *World Diabetes Day*, 14 November 2005.
3. Abbott CA, Vileikyte L, Williamson S, Carrington AL, Boulton AJ. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration. *Diabetes Care* 1998; 21:1071-1075.
4. Boyko EJ, Ahroni JH, Smith DG, Davignon D. Increased mortality associated with diabetic foot ulcer. *Diabet Med* 1996; 13: 967-972.
5. Faglia E, Favales F, Morabito A: New ulceration, new major amputation and survival rates in diabetic subjects hospitalized for foot ulceration from 1990 to 1993: a 6.5-year follow-up. *Diabetes Care* 2001; 24:78-83.
6. Kumar S, Ashe HA, Fernando DJS, et al. The prevalence of foot ulceration and its correlates in type 2 diabetic patients: a population-based study. *Diabet Med* 1994; 11: 480-484.
7. Abbott CA, Carrington AL, Ashe H, et al. The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community based patient cohort. *Diabet Med* 2002; 19: 377-384.
8. Abbot CA, Garrow AP, Carrington AL, et al. Foot ulcer risk is lower in South Asian and African-Caribbean compared to European diabetes patients in the UK. *Diabetes Care* 2005; 28: 1869-75.
9. Borssen B, Bergenheim T, Lithner F. The epidemiology of foot lesions in diabetic patients aged 15-50 years. *Diabet Med* 1990; 7:438-444.
10. Muller IS, de Grauw WJ, van Gerwen WH et al. Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in Dutch primary health care. *Diabe-*

Επιπολασμός-Επίπτωση Συνδρόμου Διαβητικής Ποδοπάθειας Βάση Επιλογής Πληθυσμιακών Μελετών				
Βιβλιογραφική Αναφορά	Υπό Μελέτη Πληθυσμός	N	Ετήσιος Επιπολασμός Ελκών/100	Ετήσια Επίπτωση Ελκών/100
Kumar H. Βασίλειο (6)	Πληθυσμιακή τύπου 2 τριών πόλεων του ΗΒ	811	1.4 (τρέχον) 5.3 (ιστορικό ελκών)	-
Abbott et al. Η.Βασίλειο (7)	τυχαίοποιημένη πληθυσμιακή	1035	-	3.6
Abbott et al. Η.Βασίλειο (8)	Πληθυσμιακή τύπος 1 και 2 6 κλινικών περιοχών παρακολούθηση 2 ετών	9710	4.7	2.2
Borsen Σουηδία (9)	Πληθυσμιακή 15-50 ετών Τύπος 1=218 Τύπος 2= 77	375	10 (τύπος 1) 9.0 (τύπος 2)	2
Muller Ολλανδία (10)	Πληθυσμιακή Τύπου 2	3.827	-	2.1
Centers for Disease Control and Prevention (11)	Πληθυσμός της μελέτης BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance Survey. Ετών>18	5.000	11.8 (ιστορικό έλκους)	-
Manes et al. (12)	Πληθυσμιακή (επίπεδο κλινικών)	-	7.6	-
Lavery ΗΠΑ(13)	Πληθυσμιακή Ισπανόφωνοι Αμερικάνοι Παρακολούθηση 2 ετών	1666	-	3.4

Βιβλιογραφική Αναφορά	Υπό Μελέτη Πληθυσμός	N	Ετήσιος Επιπολασμός /100	Ετήσια Επίπτωση /100
Moss ΗΠΑ(14)	Πληθυσμιακή βασισμένη σε διαβητικά άτομα πρόσφατα και απώτερης έναρξης	2.990	9.5 νεότερος 10.5 γηραιότερος	2.4 νεότερος 2.6 γηραιότερος
Ramsey ΗΠΑ (15)	Πληθυσμιακή με ομάδα ελέγχου Τύπος1, Τύπος 2	8.905	-	1.9
Malgrane Γαλλία(16)	Πληθυσμιακή Ασθενείς 16 διαβητολογικών κέντρων	664	15.8%	-
Rith-Najariam ΗΠΑ (17)	Πληθυσμιακή Φυλής Chirrewa ινδιάνων με ΣΔ.	266	-	0.6
Walters (18)	Πληθυσμιακή ατόμων τύπου 1 και 2 Γενικών Ιατρών 10	1.077	7.4	4.1

Πίνακας 2. Διαβητικό Πόδι στην Ελλάδα

Άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη	~ 700.000	Πρωτογενής πρόληψη/ άτομα σε κίνδυνο
Νευροπάθεια 40% Παραμορφώσεις Αγγειοπάθεια	~ 280.000	Άτομα υψηλού κινδύνου
15% με έλκος άπαξ 2% έλκος ανά έτος	~ 105.000 ~ 14.000	Δευτερογενής πρόληψη/ άτομα πολύ υψηλού κινδύνου

tes Care 2002; 25: 570-574.

11. Centers for Disease Control and Prevention. History of foot ulcer among persons with diabetes- United States, 2000-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003; 52: 1098-1102.

12. Manes C, Papazoglou N, Sassidou E et al. Prevalence of diabetic neuropathy and foot ulceration: identification of potential risk factors- a population- based study. Wound 2002; 14:11-15.

13. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Trendwell J, Boulton AJM. Predictive value of foot pressure assessment as part of population based diabetes disease management program. Diabetes Care 2003; 26(4): 1069-1073.

14. Moss SE, Klein R, Klein BEK. The prevalence and incidence of lower extremity amputation in a diabetic population. Arch Inter Med 1992; 152: 610-616.

15. Ramsey SD, Newton K, Blough D et al. Incidence, outcomes and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care 1999; 22:382-387.

16. Malgrane D, Richard JL, Leymarie. Screening diabetic patients at risk for foot ulceration. A multi-center hospital-based study in France. Diabet Metab 2003; 29: (3): 261-268.

17. Rith-Najarian SJ, Stolusky T, Godhes DM. Identifying diabetic patients at high-risk for lower extremity amputation in a primary health care setting. A prospective evaluation of simple screening criteria. Diabetes Care 1992; 15: 1386-1389.

18. Walters DP, Gatling W, Mulle MA, et al. The distribution and severity of diabetic foot disease: a community study with comparison to a non-diabetic group. Diabet Med 1994; 11: 480-484.

19. Βογιατζόγλου Δ. και συν. Εμπειρία 9χρονης λειτουργίας ιατρείου μελέτης-θεραπείας διαβητικού ποδιού. Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών 2007, Προφορικές Ανακοινώσεις σελ. 63.

3. ΑΤΟΝΑ ΕΛΚΗ- ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διαμάντη Σοφία

Επισμηναγός (ΥΝ), 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Τα άτονα έλκη εμφανίζονται συνήθως στην περιοχή των ποδιών και μπορεί να οφείλονται σε αρτηριακή ανεπάρκεια, φλεβική ανεπάρκεια, διαβητική νευροπάθεια, άλλη αιτιολογία ή συνδυασμό των παραπάνω αιτιών. Γνωρίζοντας το αίτιο εμφάνισης και τα χαρακτηριστικά κάθε έλκους ανάλογα με την αιτιολογία τους μπορούμε να οργανώσουμε την κατάλληλη θεραπεία ώστε να επιτύχουμε την πλήρη επούλωση του έλκους. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία του έλκους η συντηρητική θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την χρήση επιθεμάτων τοπικά με σκοπό την προαγωγή της διαδικασίας επούλωσης.

Τα Φλεβικά έλκη εμφανίζονται συχνότερα στην περιοχή της ποδοκνημικής άρθρωσης, παράγουν περισ-

σότερο εξιδρώμα από τα άλλα άτονα έλκη και το περίγραμμά τους δεν είναι ομοιόμορφο. Σε αυτά τα έλκη η διαχείριση του εξιδρώματος στην αρχή της θεραπείας αποτελεί πρωτεύοντα στόχο επιλέγοντας επιθέματα με μέτρια ή υψηλή απορροφητικότητα. Η ταυτόχρονη πιεστική εξωτερική επίδεση, συνεχής ή διακεκομμένη, μπορεί να βοηθήσει στην επούλωση ενός φλεβικού έλκους, συμπιέζοντας τις επιφανειακές φλέβες και βελτιώνοντας την κυκλοφορία του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος.

Τα αρτηριακά έλκη μπορεί να είναι επώδυνα, με μικρή παραγωγή εξιδρώματος η οποία λόγω της περιφερικής αρτηριακής ανεπάρκειας στεγνώνει επιπλέον το έλκος. Η επιλογή του επιθέματος θα πρέπει να στοχεύει στην διατήρηση του έλκους υγρού. Στην περίπτωση φλεγμονής ή εμφάνιση γάγγραινας πρέπει το έλκος να διατηρείται στεγνό. Όλα αυτά θα πρέπει να γίνονται σε συνδυασμό με επιλογή χειρουργικής θεραπείας για αποκατάσταση της αρτηριακής ανεπάρκειας.

Τα διαβητικά έλκη οφείλονται συνήθως στην διαβητική νευροπάθεια η οποία συχνά συνυπάρχει με περιφερική αγγειοπάθεια. Συνήθως εμφανίζονται σαν βαθιά νεκρωτική περιοχή με μικρή ή μέτρια παραγωγή εξιδρώματος ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι τοπικής φλεγμονής. Η αφαίρεση της νεκρωτικής εσχάρας αποτελεί πρωταρχικό σκοπό ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της επούλωσης σε συνδυασμό με την σωστή διαχείριση του εξιδρώματος και της φλεγμονής.

Ανάλογα λοιπόν με την αιτιολογία του έλκους θα πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη συντηρητική θεραπεία, τόσο τοπικά όσο και σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των αιτιών με τελικό σκοπό την πλήρη επούλωση του έλκους.

4. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΛΚΩΝ

Γραββάνης Ανδρέας

Επιμελητής Β΄ Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων Ι. Ιωάννοβιτς, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Η αντιμετώπιση των χρόνιων τραυμάτων συχνά απαιτεί χειρουργική παρέμβαση η οποία καθορίζεται από την αιτιολογία και φύση του έλκους. Ο εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός και ο έλεγχος του μικροβιακού πληθυσμού με ή χωρίς εφαρμογή θεραπείας αρνητικής πίεσης αποτελεί το πρώτο στάδιο και ακρογωνιαίό λίθο της αντιμετώπισης. Η σύγχρονη επανορθωτική κλίμακα έχει αναπροσαρμοστεί με βάση την παθοφυσιολογία της βλάβης και νοσηρότητα από την σχεδιαζόμενη επέμβαση. Η μεταφορά κρημών διαπιπραινουσών αρτηριών για κάλυψη ελλειμμάτων κατακλίσεων αποτελούν σήμερα την μέθοδο εκλογής, ιδιαίτερα σε περιπατικούς ασθενείς. Σε αγγειακής αιτιολογίας χρόνια έλκη απαιτείται κοινός σχεδιασμός και αντιμετώπιση από αγγειοχειρουργούς και πλαστικούς χειρουργούς. Η θέση του αγγειοχειρουργού είναι να επιλέξει τους ασθενείς με φλεβικό έλκος οι οποίοι