

-μόνο χορίο π.χ. (Alloderm® Life Cell Corp, Woodlands, Texas) (DERMAGRAFT®, Fibroblast Derived Dermal Substitute, Smith & Nephew) (Terudermis® Terumo Co., Kanagawa, Japan)

-συν-καλλιέργεια επιδερμικών κυττάρων/ ινοβλαστών π.χ. (Apligraf® Living Skin Equivalent, Organogenesis Inc., Canton MA)

(ORCEL®, Living Skin Equivalent, Ortec International) (Lifeskin® Culture Technology, Sherman Oaks, CA) (Allox®, in fibrin spray)

Τα μη μόνιμα υποκατάστατα δέρματος διακρίνονται σε έχοντα 2 στρώματα, π.χ.

*(Biobrane®, Bertek Pharmaceuticals Inc.)

(Trancyte®, Smith and Nephew Wound Management)

(Gammagraft®, Promethean LifeSciences, Inc, Pittsburgh) και σε μονοστρωματικά π.χ.

(EZ DERM®, Matrix Dressing, Brennan)

(OASIS®, Wound Matrix Healthpoint)

Η χρήση υποκατάστατων δέρματος δεν είναι ακόμη όσο ευρεία αναμενόταν λόγω του υψηλού γενικά κόστους, της δυσκολίας στη συντήρηση και την αποθήκευση και της μη ενσωμάτωσης της θεωρίας τους στην καθημερινή κλινική πράξη.

3. ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ουρανία Καστανά

Επιμελήτρια Α' τμήματος Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής,

ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Η σύγχρονη εκτίμηση και οι μέθοδοι αποκατάστασης των ελλειμμάτων δέρματος και ιστών είναι εντελώς διαφορετική κατά την τελευταία δεκαετία.

Οι πρόοδοι και η εξέλιξη στον τομέα της έρευνας και της βιοτεχνολογίας,

προσέφεραν στην κλινική πράξη νέες μεθόδους, οι οποίες καθιστούν απλούστερη την αποκατάσταση ενός μεγάλου αριθμού τραυμάτων και απόρων ελκών, και προϊόντα με τα οποία ευοδώνεται η επούλωση.

Τα υποκατάστατα του δέρματος και του χορίου αποτελούν πλέον ένα χρήσιμο και εύχρηστο "εργαλείο" για την αποκατάσταση μιας μεγάλης κατηγορίας τραυμάτων και ελκών.

Μέχρι πριν από μερικά χρόνια τα υποκατάστατα του χορίου προέρχονταν από βόειο ή χοίρειο κολλαγόνο. Σήμερα υπάρχουν υποκατάστατα χορίου, με ή χωρίς επιδερμίδα, ανθρώπινης προέλευσης. Αυτά λαμβάνονται από πτωματικούς δότες οργάνων και ιστών. Δεδομένου ότι υφίστανται ελάχιστη επεξεργασία μετά τη λήψη τους, κατηγοριοποιούνται από το FDA σαν αλλομοσχεύματα που φυλάσσονται σε τράπεζες δέρματος και ιστών.

Τα ανθρώπινα υποκατάστατα δέρματος και χορίου διατηρούν τις ιδιότητες του δέρματος και του χορίου,

όσον αφορά την υφή, την ελαστικότητα και την αντοχή. Είναι ακυτταρικά, καθώς έχουν αφαιρεθεί από αυτά οι ινοβλάστες και τα ενδοθηλιακά κύτταρα. Με αυτόν τον τρόπο καθίστανται ανοσοανεργά, διατηρώντας όμως την περιεκτικότητα του χορίου σε κολλαγόνο, ελαστίνη, πρωτεογλυκάνες και το σύστημα της βασικής στιβάδας. Έτσι αναγνωρίζονται άμεσα από τον δέκτη σαν ανθρώπινος ιστός και επαναγγειώνονται ταχύτατα από την κοίτη του τραύματος και τους πέριξ ιστούς.

Η αποκατάσταση του κατεστραμμένου χορίου ελαστοποιεί τις ινώσεις και τη δημιουργία δύσμορφων και ρικνωτικών μετατραυματικών και μετεγκαυματικών ουλών, προσδίδοντας ένα καλύτερο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

Μερικά από αυτά τα προϊόντα έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής σε 950.000 ασθενείς και πρόσφατα έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται και στην Ευρώπη με καλά αποτελέσματα.

ΣΑΒΒΑΤΟ, 04 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΣΤΟΜΙΕΣ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΜΟΣΧΙΔΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ, ΜΥΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΩΡΑ: 09.00 - 10.00

1. ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΣΤΟΜΙΕΣ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στυλιανός Α. Καπίρης

Επιμελητής Α' Γ' Χειρουργικού τμήματος

ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Εντερική στομία είναι ένα ιατρογενές άνοιγμα του εντέρου στο δέρμα του κοιλιακού τοιχώματος.

Η κατασκευή μιας εντερικής στομίας είναι συχνά μια απαραίτητη παράμετρος στη χειρουργική θεραπεία διαφόρων παθήσεων του λεπτού και του παχέος εντέρου. Για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος η δημιουργία της στομίας πρέπει να θεωρείται σαν αναπόσπαστο τμήμα της χειρουργικής τεχνικής και όχι σαν μια ενοχλητική και χρονοβόρα πράξη στο τέλος μιας πολύωρης επέμβασης. Πολύ σημαντική είναι η προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενούς για την αναγκαιότητα της στομίας, για την θέση της στομίας στο κοιλιακό τοίχωμα καθώς και για το εάν η στομία θα είναι μόνιμη ή προσωρινή.

Ενδείξεις

Οι ενδείξεις των εντερικών στομιών είναι: Διάτρηση ή απόφραξη καρκίνου παχέος εντέρου (προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία τελική ή αγκύλης), Καρκίνος ορθού (μόνιμη τελική κολοστομία μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ή προσωρινή κολοστομία ή ειλεοστομία αγκύλης μετά από εκτομή και κολοπρωκτική αναστόμωση), Διάτρηση ή απόφραξη εκκολπωματικής νόσου (προσωρινή κολοστομία τελική ή αγκύλης), Οξεία φάση ελκώδους κολίτιδας (τελική ειλεοστομία με-τά υφολική κολεκτομή), Χρόνια φάση ελκώδους κολίτιδας (μόνιμη τελική ειλεοστομία μετά από πανπρωκτοκολεκτομή ή προσωρινή ειλεοστομία αγκύλης μετά από πανπρωκτοκολεκτομή και ειλεο-πρωκτικό θύλακο), Νόσος Crohn παχέος εντέρου (απολειπτική κολοστομία ή ειλεοστομία με ή χωρίς εκτομή προσωρινή ή συχνά μόνιμη), Νόσος Crohn λεπτού εντέρου (απολειπτική προσωρινή ή μόνιμη ειλεοστομία), Νόσος Crohn περιπρωκτικής χώρας (προσωρινή ειλεοστομία απολειπτική ή μόνιμη ειλεοστομία μετά από πανπρωκτοκολεκτομή), Τραύμα παχέος εντέρου – ορθού (απολειπτική κολοστομία ή ειλεοστομία αγκύλης συνήθως προσωρινή), Ακρά-τεια κοπράνων (μόνιμη τελική κολοστομία) και Απο-κατάσταση σφιγκτήρων (προσωρινή ειλεοστομία ή κολοστομία αγκύλης)¹

Τεχνική κατασκευής

Για την επιλογή της καταλληλότερης θέσης της στομίας πρέπει να ληφθούν υπόψιν τα παρακάτω:

1. Για την επαρκή επικόλληση της συσκευής χρειάζεται μια επίπεδη περιοχή δέρματος διαμέτρου 8-9 εκ.
2. Ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να βλέπει τη στομία
3. Πρέπει να αποφεύγονται οι δερματικές πτυχές, τυχόν προηγούμενες ουλές και τα οστικά κυρτώματα
4. Η στομία δεν πρέπει να βρίσκεται στην περιοχή της ζώνης του ασθενούς
5. Η θέση της στομίας πρέπει να σημειώνεται προεγχειρητικά με τον ασθενή σε όρθια, καθιστή και πρηνή θέση και
6. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν σωματικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς (π.χ. αναπηρίες).

Τις περισσότερες φορές η μέση τομή προτιμάται γιατί αφενός η ενδοπεριτοναϊκή πρόσβαση είναι καλύτερη, αφετέρου μένουν ελεύθερες οι περιοχές εκατέρωθεν της μέσης γραμμής για την τοποθέτηση της στομίας.

Οι στομίες είναι δυνατόν να δημιουργηθούν και λαπαροσκοπικά. Σαν γενικές αρχές για όλες τις στομίες ισχύουν τα εξής:

1. Η αιμάτωση του εντερικού άκρου πρέπει να είναι επαρκής και
2. Δεν πρέπει να υπάρχει υπερβολική τάση.

Για τη δημιουργία τελικής κολοστομίας γίνεται κυκλική τομή στο δέρμα διαμέτρου 2,5 εκ., (το υποδόριο λίπος προτιμάται να μὴν εκτέμνεται) και ακολουθεί σταυροειδής τομή στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός μήκους

2 εκ. και διάσταση (όχι διατομή) των ινών του ορθού κοιλιακού μυός. Τέλος γίνεται σταυροειδής διατομή στο οπίσθιο πέταλο της θήκης και διατομή του περιτοναίου. Το άκρο του εντέρου πρέπει να βρίσκεται 2 εκ. υψηλότερα από το επίπεδο του δέρματος έτσι ώστε μετά την συρραφή του στο δέρμα (με διακεκομμένες απορροφήσιμες ραφές ολικού πάχους) να προβάλλει τελικά κατά 0,5-1 εκ. βοηθώντας έτσι στην ακριβέστερη τοποθέτηση του σάκκου κολοστομίας. Στην περίπτωση της κολοστομίας αγκύλης, η αρχική σπή στο δέρμα είναι μεγαλύτερη ενώ χρησιμοποιείται ένας πλαστικός η γυάλινος κίλυνδρος για την υποστήριξη της κολοστομίας, ο οποίος αφαιρείται μετά από 5-10 ημέρες.

Για τη δημιουργία τελικής ειλεοστομίας (πιο συχνά μετά από κολεκτομή για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου) χρησιμοποιείται το πλέον περιφερικό τμήμα του ειλεού αμέσως κεντρικότερα της ειλεοφυλικής βαλβίδας. Προσοχή πρέπει να δίνεται στη διατήρηση καλής αιμάτωσης του τελικού ειλεού. Το άκρο του εντέρου πρέπει να προβάλλει 5 εκ. από το δέρμα με την μεσεντερική πλευρά του προς το κεφάλι του ασθενούς. Στη συνέχεια με τη διαδοχική τοποθέτηση διακεκομμένων απορροφήσιμων ραμμάτων ολικού πάχους το άκρο του ειλεού εκστρέφεται δημιουργώντας προβολή της ειλεοστομίας κατά 2,5 εκ. Στην περίπτωση της ειλεοστομίας αγκύλης γίνεται μια ημισεληνοειδής τομή στην περιφερική έλικα στο επίπεδο του δέρματος, έτσι ώστε η εκτροπή του βλεννογόνου στο κεντρικό τμήμα να δημιουργήσει προβολή 3-4 εκ. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς να είναι απαραίτητος πλαστικός υποστηρικτικός κίλυνδρος ο οποίος πρέπει να αφαιρεθεί σε 5-10 ημέρες.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές των εντερικών στομιών είναι συχνές (25% μετά από κολοστομία, 57% μετά από τελική ειλεοστομία και 75% μετά από ειλεοστομία αγκύλης)². Οι επιπλοκές αυτές είναι: Εντερική απόφραξη (μετά από ειλεοστομία), Στένωση, Εισολκή, Πρόπτωση, Παραστομιακό απόστημα ή συρίγγιο, Ερεθισμός του δέρματος (η συχνότερη επιπλοκή της ειλεοστομίας), Δυσάρεστη οσμή (συνήθως μετά από εγκαρσιοστομία), Διάρροια-αφυδάτωση-απώλεια ηλεκτρολυτών (μετά από ειλεοστομία), Νεφρολιθίαση-Χολολιθίαση (μετά από ειλεοστομία), Ειλείτιδα (υποτροπή της φλεγμονώδους νόσου στην ειλεοστομία), Κιρσοί-αιμορραγία της στομίας (σε ασθενείς με πυλαία υπέρταση), Παραστομιακή κήλη (η συχνότερη επιπλοκή της κολοστομίας), Ισχαιμία-νέκρωση της στομίας³.

Πολλές από τις επιπλοκές αυτές πρέπει αντιμετωπίζονται με εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα (εντεροστομαθεραπευτής- enterostomal therapist- ET) και αυτό γιατί η χειρουργική αντιμετώπισή τους είναι και δύσκολη αλλά και συχνά με όχι ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Μετεγχειρητική φροντίδα της στομίας

Αμέσως μετά την δημιουργία της στομίας αυτή καλύπτεται επικολλώντας το σύστημα βάσης-σάκκου κολοστομίας σε καθαρό και στεγνό δέρμα, για την προστασία της εγχειρητικής τομής, του δέρματος γύρω από τη στομία αλλά και για τη συλλογή του εντερικού περιεχομένου.

Υπάρχει ποικιλία συστημάτων αυτοκόλλητης βάσης-σάκκου, μιας χρήσεως, ενός ή δύο τεμαχίων.

Το μέγεθος του κυκλικού ανοίγματος στην αυτοκόλλητη βάση της συσκευής πρέπει να είναι 3 χιλ. μεγαλύτερο από την περιφέρεια του βλεννογόνου της στομίας⁴. Στις ειλεοστομίες το κυκλικό άνοιγμα της βάσης πρέπει να εφαρμόζει ακριβώς στο άνοιγμα της στομίας έτσι ώστε να αποφεύγεται η επαφή δέρματος-εντερικού περιεχομένου. Ο σάκκος της στομίας πρέπει να είναι διαφανής για να επιτρέπει τον καθημερινό έλεγχο της αιμάτωσης, της θέσης και της λειτουργικότητας της στομίας.

Βιβλιογραφία

1. J. Graham Williams: Intestinal Stomas in: ACS Surgery Principles and Practice 2006; 803-815
 2. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, et al: Stoma complications: the Cook County Hospital experience. Dis Colon Rectum 42:1575, 1999
 3. Theodore R Schrock: Intestinal Stomas (Ileostomy & Colostomy) in: Current Surgical Diagnosis & Treatment 1994, L.W.Way Eds; 687-691
 4. Enterostomal Therapy in: Handbook of Colon & Rectal Surgery 2002, M L Corman, S I Allison & J P Kuehne Eds; 844-854
- Intestinal stomas in: Surgery of the Anus Rectum & Colon 2008, M R B Keighley & N S Williams Eds; 175-278

2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Βασιλόπουλος Γεώργιος¹,

1.Νοσηλεύτης T.E, Med, Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς»

1. Ορισμός

Με τον όρο κολοστομία εννοούμε την εκστόμωση ενός τμήματος του παχέος εντέρου διαμέσου ενός ανοίγματος του κοιλιακού τοιχώματος και την καθήλωση του σε αυτό, ώστε να αποτελεί το σημείο εξόδου του εντερικού περιεχομένου.

2. Σημαντικά προεγχειρητικά σημεία

Εάν είναι βέβαιο ότι θα γίνει κολοστομία τότε καθορίζεται από πριν το σημείο όπου θα γίνει αυτή. Αποφεύγονται σημεία με προηγούμενες ουλές, δυσπρόσιτα χωρίς οπτική επαφή από τον ασθενή σημεία, πτυχές της κοιλιακής χώρας, δερματικές βλάβες κ.λ.π. Ελέγχεται το σημείο σε όλες τις θέσεις (όρθια, καθιστή, ύπτια).

3. ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Την 1-5η Μετεγχειρητική ημέρα γίνεται έλεγχος των

χαρακτηριστικών και της κατάστασης της στομίας. Το χρώμα του βλεννογόνου αναμένεται να είναι ζωηρά ερυθρό ή ροζ. Η αιμορραγία συνήθως είναι μικρή και προέρχεται από τα χείλη της στομίας κυρίως κατά τον καθαρισμό. Το οίδημα μπορεί να επιτείνεται τις πρώτες ημέρες καθώς ο βλεννογόνος διογκώνεται και γίνεται πιο ωχρός. Λόγω του οιδήματος το στόμιο σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί ακόμη και να μην είναι ορατό. Γενικά πάντως φαίνεται ότι το οίδημα υποχωρεί την 5η – 15η μετεγ/κή ημέρα. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το ύψος του βλεννογόνου καθώς αναμένεται να προεξέχει 1,5 – 2,5 εκατοστά από την επιφάνεια του δέρματος. Τέλος δεν υπάρχει αίσθημα πόνου κατά την αφή του προεξέχοντα βλεννογόνου.

4. ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ**4.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΝΟΣ ΤΕΜΑΧΙΟΥ**

Έχει ενσωματωμένο έναν δερμοπροστατευτικό αυτοκόλλητο δακτύλιο κατασκευασμένο συνήθως από κутταρίνη. Ο δακτύλιος φέρει μία οπή στην μέση και έτσι μας επιτρέπει να διαμορφώσουμε το διαμέτρημα της ανάλογα με το διαμέτρημα του εξωτερικού χείλους της στομίας. Γύρω από τον δακτύλιο μπορεί να υπάρχει μικροπορώδες αυτοκόλλητο. Σήμερα στο εμπόριο υπάρχουν αρκετές παραλλαγές σε σχήματα, κλίση και υλικό κατασκευής (στρογγυλές, ωοειδείς, επίπεδες, κωνοειδείς, σε σπείρα κλπ). Σε κάθε περίπτωση πάντως η βάση πρέπει να είναι μαλακή εύκαμπτη και εύκολη στην τοποθέτησή της.

Στην βάση επάνω υπάρχει ενσωματωμένος ένας σάκος συλλογής ο οποίος μπορεί να είναι διαφανής επιτρέποντας έτσι την απευθείας επισκόπηση της στομίας.

Η έξοδος των αερίων διασφαλίζεται από την παρουσία ειδικού φίλτρου στο επάνω μέρος του σάκου συλλογής. Το φίλτρο αυτό συνήθως περιέχει ενεργό άνθρακα ώστε να εξουδετερώνει τις οσμές.

4.2 ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΥΟ ΤΕΜΑΧΙΩΝ

Αποτελείται από σύστημα βάση – σάκου. Η βάση έχει ενσωματωμένο έναν δερμοπροστατευτικό αυτοκόλλητο δακτύλιο που προσφύεται στο δέρμα και φλάντζα πάνω στην οποία εφαρμόζει ο σάκος ο οποίος έχει έναν αντίστοιχο δακτύλιο εφαρμογής.

Το σύστημα αυτό επιτρέπει να αλλάζεται ο σάκος χωρίς να αλλάζεται η βάση και έτσι μειώνει τον κίνδυνο δερματικών βλαβών αφού δεν γίνονται συχνά χειρισμοί στο περιστομιακό δέρμα.

Επιτρέπει επίσης την ευκολότερη πρόσβαση στην στομία και τον καλύτερο έλεγχο αυτής.

Η βάση πρέπει να αλλάζεται όταν το έντερο δεν είναι ενεργό δηλαδή ή πριν το πρωινό ή 2-4 ώρες μετά από ένα γεύμα ή πριν τη νυκτερινή κατάκλιση.

Η βάση μπορεί να παραμείνει στην θέση της για 3-5 ημέρες εκτός εάν αλλάξει το μέγεθος της στομίας και πάντα σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε οστομικού.

Ο σάκος σε κάθε περίπτωση αδειάζει ή αλλάζει όταν γεμίζει κατά το 1/3 ή το 1/2 της χωρητικότητάς του ή όταν είναι διατεταμένο από αέρα.