

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ: ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΣΕ ΤΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH OF DIABETIC FOOT: RECONSTRUCTION OF ACHILLES TENDON AREA IN THREE PATIENTS

Χαρίκλεια Λούπα¹, Ελευθέριος Βογιατζόγλου¹, Ανδριάννα Δώνου¹, Παναγιώτης Κουράκος², Νεκτάριος Σταμπολίδης², Αθανάσιος Παλλαντζάς², Κωνσταντίνα Τσαρουχά², Ουρανία Καστανά²

Chariclia Loupa¹, Eleftherios Voyatzoglou¹, Andriana Donou¹, Panagiotis Kourakos², Nektarios Stampolidis², Athanasios Pallantzas², Konstantina Tsaroucha², Ourania Castana²

¹Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αμαλία Φλέμιγκ»

²Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι το διαβητικό πόδι πρέπει να παρακολουθείται σε ιατρείο πολλαπλής ευθύνης (multidisciplinary diabetic foot clinic), που απαραίτητο μέλος της είναι και ο πλαστικός χειρουργός. Περιγράφονται 3 περιπτώσεις διαβητικών ασθενών με εξελκώσεις κάτω άκρων για τους οποίους χρειάστηκε η συμβολή του πλαστικού χειρουργού, και συγκεκριμένα για την πραγματοποίηση επανορθωτικής επέμβασης εκτεθειμένου αχιλλείου τένοντος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ:

1) Ν.Α., άνδρας 59 ετών με ΣΔ 2 από 16ετίας, υπό δισκία (αρνείτο ινσουλινοθεραπεία), κακή γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c=12%), περιφερική αρτηριοπάθεια και φλεβική ανεπάρκεια, προσήλθε με έλκος αριστερού έσω σφυρού και δεύτερο έλκος δεξιά ύπερθεν δεξιού αχιλλείου τένοντος, μη επιμολυσμένο. Αντιμετωπίστηκε με τοπική περιποίηση και επιθέματα μελιού. Μετά 1 μήνα ο ασθενής παρουσίασε άλγος στην περιοχή δεξιού αχιλλείου τένοντος και επέκταση του έλκους, πιθανώς από το πίσω μέρος του υποδήματος, ενώ το έλκος σφυρού ήταν βελτιωμένο. Μετά 2 ½ μήνες υποβλήθηκε σε αγγειοχειρουργική επέμβαση (by-pass δεξιάς μηριαίας). Σε άλλες 2 εβδομάδες παρουσίαζε πλήρη επούλωση έλκους σφυρού, αλλά επιδείνωση έλκους περιοχής δεξιού αχιλλείου, με τον τένοντα εκτεθειμένο. Μετά από επανειλημμένους χειρουργικούς καθαρισμούς έγινε αποκατάσταση του ελλείμματος της περιοχής του Αχιλλείου τένοντα με δερματικό αυτομόσχευμα ολικού πάχους.

2) Γ.Φ., 85 ετών, ιερέας, με ΣΔ2 από 5ετίας, υπό ινσουλίνη, μέτρια γλυκαιμική ρύθμιση και περιφερική αρτηριοπάθεια, παρουσίασε προ μηνός φυσσαλίδα αριστεράς πτέρνης. Ακολούθησε ρήξη της φυσσαλίδας, με αποτέλεσμα εκτεταμένο έλκος στην περιοχή αριστερού αχιλλείου τένοντος. Εφήρμοσε τοπική αγωγή με φουσιδικό οξύ και αντισηπτικά. Μετά 15θήμερον έγινε έναρξη αμοξυκιλλίνης/κλαβουλανικού per os και εφαρμόστηκε επουλωτική αποϊφή υαλουρονικού / αργυρούχου σουλφαδιαζίνης. Τα αντιβιοτικά συνεχίστηκαν για 4 συνολικά εβδομάδες. Το έλκος παρουσίαζε μικρή βελτίωση με ανάπτυξη κοκκώδους ιστού. Μετά ακόμη 2 μήνες, το έλκος δεν είχε επουλωθεί, ενώ ο αχιλλεύς τένοντας ήταν σε μεγάλη έκταση εκτεθειμένος. Έγιναν 3 βαθείς χειρουργικοί καθαρισμοί και στη συνέχεια επανορθωτική πλαστική επέμβαση με τοποθέτηση δερματικού αυτομοσχεύματος ολικού πάχους, με άριστα αποτελέσματα.

3) Ι.Σ., 78 ετών, με ΣΔ2 από 18ετίας, υπό ινσουλίνη, καρκίνο του παχέος εντέρου χειρουργηθέντα και μεταστάσεις στο οστόν της λεκάνης, περιφερική αρτηριοπάθεια

και φλεβική ανεπάρκεια, προσήλθε με έλκος της περιοχής του αχιλλείου τένοντος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε μηροκνημιαίο by-pass, το οποίο δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το σκέλος μετεγχειρητικά υπέστη γενικευμένη κλινική εικόνα φλεγμονής και του έλκος μεγάλωσε σε έκταση και βάθος, αποκαλύπτοντας πλέον τον αχίλλειο τένοντα. Μετά από τη συστηματική αντιμετώπιση της φλεγμονής διενεργήθησαν επανειλημμένοι χειρουργικοί καθαρισμοί και αποκατάσταση του ελλείμματος με δερματικό αυτομόσχευμα ολικού πάχους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι 3 περιπτώσεις επιτυχούς αντιμετώπισης εκτεθειμένου αχιλλείου τένοντος με επανορθωτική χειρουργική τονίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης πλαστικού χειρουργού ως μέλος του ιατρικού διαβητικού ποδιού πολλαπλής ευθύνης (team approach).