



Study.

Multi central study. Diabetologia (1996) 39: 1377-1384

Σύνδρομο διαβητικού ποδιού

Έλκος ποδιού θα εμφανίσει το 15% των διαβητικών τουλάχιστο μια φορά στην ζωή τους. Πάνω από 80% από τους ακρωτηριασμούς κάτω άκρων γίνονται εξαιτίας ελκών στα κάτω άκρα και ο Σ.Δ παραμένει ο κυριότερος λόγος μη τραυματικών ακρωτηριασμών στις δυτικές χώρες. Τα διαβητικά έλκη είναι ο συχνότερος λόγος νοσηλείας των διαβητικών στις δυτικές χώρες

Παράγοντες κινδύνου για εξέλκωση:

- Ιστορικό προηγούμενου έλκους ή ακρωτηριασμού
- Περιφερική νευροπάθεια
- Περιφερική αρτηριοπάθεια
- Μακρά διάρκεια διαβήτη
- Κακός γλυκαιμικός έλεγχος

Πρόληψη

Στόχοι πρόληψης:

- Η μείωση των πιέσεων
- Η αποφυγή τραυματισμού
- Η αποφυγή δημιουργίας έλκους

Με σωστή πρόληψη μπορεί να σημειωθεί 85% μείωση της εμφάνισης ελκών. Η σωστή πρόληψη περιλαμβάνει:

- Εκπαίδευση ασθενών
- Περιοδικός έλεγχος ποδιών
- Χρήση κατάλληλων υποδημάτων και πελμάτων

Η ολοκληρωμένη εξέταση των ατόμων με ΣΔ περιλαμβάνει και εξέταση/ επισκόπηση των υποδημάτων τους

Οδηγίες για την προφύλαξη των ποδιών

- Να πλένεις τα πόδια σου καθημερινά με χλιαρό νερό (όχι καυτό) και σαπούνι.
- Μην αφήνεις τα πόδια σου να μουλιάσουν στο νερό. Να τα στεγνώνεις με μαλακή πετσέτα, και με ιδιαίτερη προσοχή ανάμεσα στα δάκτυλα.
- Να εξετάζεις τα πόδια και τα δάκτυλά σου καθημερινά για κοψίματα, φουσκάλες, ερυθρότητα, οίδημα, κάλους ή άλλα προβλήματα.
- Χρησιμοποίησε καθρέπτη ή ζήτησε βοήθεια από κάποιον που βλέπει καλύτερα για να κοιτάξει τα πέλματά σου.
- Χρησιμοποίησε υδατική κρέμα για το δέρμα των ποδιών σου αλλά όχι ανάμεσα στα δάκτυλα. Μπορείς να αφαιρείς απαλά τους κάλους με ελαφρόπετρα μετά από το μπάνιο.
- Κάθε εβδομάδα ή όταν χρειάζεται, να κόβεις τα νύχια των ποδιών σου. Όχι βαθιά και με προσοχή ώστε οι άκρες τους να μην βρίσκονται κάτω από το δέρμα.
- Πάντοτε να φοράς παπούτσια ή παντόφλες για να προστατέψεις τα πόδια σου από τραυματισμούς. Να φοράς παλιές, μαλακές κάλτσες χωρίς ραφές ή λάστιχα.
- Να φοράς παπούτσια που εφαρμόζουν καλά και επιτρέπουν στα δάκτυλά σου να κινούνται. Να φοράς τα καινούργια παπούτσια λίγη ώρα κάθε φορά μέχρι να είναι άνετα.

- Πριν φορέσεις τα παπούτσια σου να τα εξετάζεις με προσοχή βάζοντας το χέρι σου μέσα, μήπως υπάρχουν αιχμηρές ραφές ή κάποια μικρά αντικείμενα που μπορεί να τραυματίσουν το πόδι σου.

Βιβλιογραφία

1. Mc Cabe CJ, Stevenson RC, Dola AM. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. Diabet Med 1998; 15:80-84.
2. Malone JM, Snyder M, Anderson G, Bernhard VM, Holloway GA, Bunt TJ. Prevention of amputation by diabetic education. Am J Surg 1989; 158:520-524.
3. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with Diabetes. JAMA 2005; 293: 217-228.
4. American Diabetes Association. Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care. Diabetes Care 1999; 22:1354-1360.
5. Fletcher EM, MacFarlane R, Jeffcoate WJ. Can foot ulcers be prevented by education? Diabet Med 1992; 9:S41-S42.

3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΠΟΔΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Βογιατζόγλου Λευτέρης,

Ποδολόγος-Ποδοθεραπευτής

Επιστημονικός Συνεργάτης Γ.Ν. Αμαλία Φλέμινγκ

Το σύνδρομο της διαβητικής ποδοπάθειας αποτελεί πλέον μάστιγα της εποχής μας και οδηγεί σε ολοένα και περισσότερα ακρωτηριασμένα άκρα. Παρόλα αυτά δεν είναι μία ανίατη πάθηση και με τη σωστή αντιμετώπιση οι δυσάρεστες επιπλοκές μπορούν να περιοριστούν σημαντικά. Η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση με προσοχή στην λεπτομέρεια μπορεί να σώσει τα περισσότερα πόδια. Έχει αποδειχτεί πως η λειτουργία κέντρων με συνύπαρξη και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων μπορεί να οδηγήσει σε μείωση μέχρι και 80% των ακρωτηριασμών.

Μία από τις ειδικότητες που αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ομάδας είναι αυτή του ποδοθεραπευτή. Ο βασικός του ρόλος είναι να αξιολογεί και να προσφέρει μία εξειδικευμένη φροντίδα στα διαβητικά έλκη η οποία περιλαμβάνει χειρουργικό καθαρισμό των ελκών, επίδεση και χρήση κατάλληλων επιθεμάτων αλλά και αποφόρτιση κυρίως με την κατασκευή ειδικών ένθετων πελμάτων (ορθωτικών). Οι μελέτες αποδεικνύουν πως η αποφόρτιση θα έπρεπε να αποτελεί το βασικότερο μέρος του καθημερινού πλάνου θεραπείας διαβητικών ελκών, αν και συχνά αμελείται ή προσφέρεται με ημίμετρα. Ο ποδοθεραπευτής είναι επίσης υπεύθυνος για τη γενικότερη φροντίδα του διαβητικού ποδιού όπως και για την κατάλληλη εκπαίδευση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη και επιπλοκές στα πόδια τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και θεραπείας.

Βιβλιογραφία

1. Larson J, Apelquist J, Agardh CD, Stenstorm A. Decreasing incidence of major amputation in diabetic patients: a consequence of a multidisciplinary team approach? Diab Med 1995; 12:770-776.
2. Armstrong DG, Lavery LA, Nixon BP, Boulton AJM. It is not what you put on, but what you take off: techniques for debriding

and offloading the diabetic foot wound. Clin Infect Dis 2004; 39: S92-S99.

3. Armstrong DG, Lavery LA. Evaluation of removable and irremovable cast walkers in the healing of diabetic foot wounds: a randomized control trial; Diabetes Care 2005; 28:551-554.

4. Fleischli JG, Vela S, Lavery LA. Comparison of strategies for reducing pressure at the site of neuropathic ulcers. J. Am Podiatr Med Assoc 1997; 87:466-447.

5. Lavery LA, Vela S, Quedebedeaux T, Lavery DC. Reducing plantar pressure in the neuropathic foot: a comparison of footwear. Diabetes Care 1997; 20:1706-1710.

6. Harding KG, Jones V, Price P. Topical treatment: which dressing to choose. Diabetes Metab Res Rev 2000; 16: S47-S50.

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΩΝ»

ΩΡΑ: 9.00 – 10.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΤΣΙΓΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

1. ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΣΤΟΜΙΕΣ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΗ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στυλιανός Α. Καπίρης

Επιμελητής Β' Χειρουργός

Γ' Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Εντερική στομία είναι ένα άνοιγμα του εντέρου στην επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος. Η δημιουργία 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 μετά 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 κολοστομία μετά από πανπρωκτοκολεκτομή), Τραύμα παχέος εντέρου – ορθού (απολειπτική κολοστομία ή ειλεοστομία αγκύλης συνήθως

προσωρινή), Ακράτεια κοπράνων (μόνιμη τελική κολοστομία) και Αποκατάσταση σφιγκτήρων (προσωρινή ειλεοστομία ή κολοστομία αγκύλης)¹

Τεχνική

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 μην 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 διακεκομένες απορροφήσιμες ραφές ολικού πάχους) να προβάλλει τελικά κατά 0,5-1εκ. βοηθώντας έτσι στην ακριβέστερη τοποθέτηση του σάκκου κολοστομίας. Στην περίπτωση της κολοστομίας αγκύλης, η αρχική οπή 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 ειλεοσφλκτικής 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 διακεκομένων απορροφήσιμων ραμμάτων ολικού πάχους το άκρο του ειλεού εκστρέφεται δημιουργώντας προβολή της ειλεοστομίας κατά 2,5 εκ. Στην περίπτωση της ειλεοστομίας αγκύλης γίνεται μια ημισελήνοειδής τομή στην περιφερική έλικα στο επίπεδο του δέρματος, έτσι ώστε η εκτροπή του βλεννογόνου στο κεντρικό τμήμα να είναι απαραίτητος πλαστικός υποστηρικτικός κίλυνδρος ο οποίος πρέπει να αφαιρεθεί σε 5-10 ημέρες.