

6. ΕΞΕΛΚΩΜΕΝΟ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ ΜΕΤΩΠΙΑΙΑΣ ΧΩΡΑΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΑΚΤΙΝΟΝΕΚΡΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑΣ.

Δελικωνσταντίνου Η., Γραββάνης Α., Γκαμάτση Ε., Τριγκάζης Π., Κυριοπούλου Ε., Μπασακίδης Α., Τσούτσος Δ.

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής-Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων «Ι. Ιωάννοβιτς», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

Σκοπός:

Η παρουσίαση της διαγνωστικής προσπέλασης με μαγνητική φασματοσκοπία και χειρουργικής αντιμετώπισης ενός ασθενούς με επιθηλίωμα μετωπιαίας χώρας με συνοδό αποκάλυψη οστού και βλάβη της υποκείμενης εγκεφαλικής ουσίας, μετά από ακτινοθεραπεία.

Ασθενής και μέθοδος:

Ασθενής, γυναίκα 68 ετών παραπέμφθηκε στο τμήμα μας λόγω εξελκωμένου επιθηλιώματος με έκθεση οστού δεξιάς μετωπιαίας χώρας. Είχε προηγηθεί ακτινοθεραπεία (συνολική δόση 5750 Gy) για ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα στην ίδια περιοχή, προ 3 ετών. Η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία της βλάβης και σε πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Από την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου τέθηκε η πιθανότητα νεοπλασματικής κατά συνέχεια διήθησης του μετωπιαίου λοβού. Για την διαφορική διάγνωση της κατά συνέχειας ενδοκρανιακής επέκτασης του όγκου και ακτινονέκρωσης του μετωπιαίου λοβού η ασθενής υπεβλήθη σε μαγνητική φασματοσκοπία εγκεφάλου.

Αποτελέσματα:

Η μαγνητική φασματοσκοπία ανέδειξε οριακά αυξημένη αιμάτωση και χαμηλά επίπεδα μεταβολιτών, εικόνα συμβατή με ακτινονέκρωση. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο προς εκτομή του όγκου και κάλυψη του ελλείμματος με τοπικό μετωπιαίο κρημνό. Η δότρια περιοχή καλύφθηκε με τεχνητό χόριο. Ο συνολικός χρόνος νοσηλείας ήταν 30 ημέρες και ο μετεγχειρητικός χρόνος νοσηλείας 8 ημέρες. Το τελικό αποτέλεσμα κρίθηκε ικανοποιητικό και η ασθενής εξήλθε χωρίς να παρουσιάσει μείζονες επιπλοκές.

Συμπεράσματα:

Η μαγνητική φασματοσκοπία αποτελεί μη επεμβατική μέθοδο για την προεγχειρητική ιστολογική ταξινόμηση αλλά και σταδιοποίηση των ενδοκρανίων όγκων. Στον δικό μας ασθενή, συνέβαλλε σημαντικά στην διαφορική διάγνωση της βλάβης στον μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου και επέτρεψε την άμεση και χωρίς νοσηρότητα χειρουργική αποκατάσταση του επιθηλιώματος. Στην αντίθετη περίπτωση, μόνο με την γνωμάτευση της μαγνητικής τομογραφίας, το χειρουργικό πλάνο θα περιελάμβανε μικροχειρουργικές τεχνικές και την

συνδρομή των νευροχειρουργών, με μεγαλύτερο μετεγχειρητικό χρόνο νοσηλείας και σαφώς αυξημένη νοσηρότητα.

7. ΑΤΟΝΑ ΕΛΚΗ ΠΟΥ ΥΠΟΚΡΥΠΤΟΥΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ: ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΙΝΑΙ;

Ζακοπούλου Ν., Ζουριδάκη Ε., Λιόρδου Φ. Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων “Α. Συγγρός”

Σκοπός:

Η διερεύνηση της συχνότητας με την οποία χρόνιες ελκώσεις υπέκρυπταν κακοήθη νοσήματα, σε μια μονάδα νοσηλείας ελκών. Τα χρόνια έλκη σχετίζονται με κακοήθεια άλλοτε σαν εξαλλαγή προϋπάρχουσας έλκωσης και άλλοτε σαν de novo εμφάνιση κακοήθους νοσήματος με τη μορφή έλκους. Μεγαλύτερο κίνδυνο εξαλλαγής παρουσιάζουν συνήθως τα έλκη επι ουλών, εγκαυμάτων, επι ακτινοβολημένων περιοχών καθώς και τα διαβητικά έλκη. Από την άλλη μεριά, κακοήθη νοσήματα όπως το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC), το κακοήθες μελάνωμα (MM), το Τ-λέμφωμα ή η λεμφωματοειδής βλατίδωση μπορεί να εκδηλώνονται σαν χρόνιες δερματικές ελκώσεις.

Μέθοδος:

Διερευνήθηκαν αναδρομικά, ως προς την αιτιολογική διάγνωση, 577 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας Ελκών του Νοσοκομείου Α. Συγγρός από το Σεπτέμβριο 2005 ως και τον Ιανουάριο 2009.

Αποτελέσματα:

Σε συνολικά 577 ασθενείς με έλκη (11 γυναίκες και 9 άνδρες), τέθηκε υποψία κλινικά και επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά 20(3.46%) περιπτώσεις κακοήθειας. Οι διαγνώσεις ήταν: 2 σάρκωμα Karosi, 1 εξελκωμένο MM, 9 βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, 1 Τ-λέμφωμα, 5 SCC de novo ή επι παλαιάς ουλής εκ τραυματισμού ή εγκαύματος, 1 SCC επί νεανικής πανσκληρωτικής σκληροδερμίας και 1 αδιαφοροποίητο καρκίνωμα υπό διερεύνηση.

Συμπέρασμα:

Τα κακοήθη έλκη δεν είναι και τόσο σπάνια στους δερματολογικούς ασθενείς. Στον πληθυσμό Δερματολογικής Μονάδας με χρόνια έλκη της παρούσας μελέτης κάλυπταν πάνω από 3% των διαγνώσεων, επίπτωση ψηλότερη από αυτή του γαγγραινώδους πυοδέρματος (2.82%) στο ίδιο διάστημα. Με εξαίρεση δύο ασθενείς με σάρκωμα Karosi και μία με MM που ήρθαν διαγνωσμένοι στη Μονάδα, οι υπόλοιποι ασθενείς προσήλθαν με ελκώσεις που ενώ αντιμετωπιζόταν σαν άτονα έλκη δεν υποχωρούσαν. Η βιοψία αποκάλυψε την υποκείμενη κακοήθεια που συχνότατα ήταν θεραπεύσιμη. Επιβάλλεται λοιπόν, σε έλκη που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία σε εύλογο χρονικό δι-

άστημα (2 ως 3 μήνες), να γίνεται ιστολογική εξέταση για τον αποκλεισμό κακοήθειας.

8. ΙΔΡΑΔΕΝΙΤΙΔΑ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Καστανά Ο., Αναγιωτός Γ., Ρέμπελος Γ., Τσαούση Σ., Καραμέρη Β., Ανταλοπούλου Α., Παινήση Σ., Αλεξάκης Δ.
Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή-σκοπός:

Η ιδραδενίτιδα είναι μια πάθηση των ιδρωτοποιών και των σημηματογόνων αδένων, η οποία οφείλεται συνήθως σε αδυναμία απέκκρισης του εκκρίματος τους με συνέπεια τη διαταραχή της λειτουργικότητας του αδένου, την παραμονή του εντός αυτού περιεχομένου και πολλές φορές τη φλεγμονή του.

Λόγω της τοπικής αυτής κατάστασης σε ομάδα αδένων, κυρίως στη μασχαλαία χώρα και στο εφήβαιο, το δέρμα παχύνεται, δημιουργούνται κρύπτες με ανάπτυξη μικροβιακής χλωρίδας και κυρίως μυκήτων, με βασικό σύμπτωμα δυσσομία και επαναλαμβανόμενες φλεγμονές.

Υλικό-Μεθόδος:

Παρουσιάζονται ασθενείς με ιδραδενίτιδα με εντόπιση στις μασχάλες, στο εφήβαιο και το τριχωτό της κεφαλής, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά.

Αποτελέσματα-συμπεράσματα:

Πάντοτε προηγείται από τη χειρουργική θεραπεία λήψη αντιβιοτικής αγωγής και, σε μερικές περιπτώσεις, λήψη ιστικών καλλιεργειών με σκοπό τη χορήγηση κατάλληλης χημειοπροφύλαξης βάσει αντιβιογραμματος. Η ακολουθούμενη χειρουργική θεραπευτική προσπέλαση είναι η εκτομή της πάσχουσας περιοχής και η αποκατάσταση με άμεση σύγκλειση, με χρήση τοπικών κρημνών ή ακόμη και με επούλωση κατά β' σκοπό.

9. ΝΕΚΡΩΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Ν. Σύρμος, Α. Τελεβάντος, Ν. Καπουτζής, Φ. Χατζηνάσιου, Κ. Παλτατζίδου
Χειρουργική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Γουμένισσας

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε περιστατικά ασθενών με νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μορίων. Συγκεκριμένα παρουσιάζουμε 9 περιστατικά ασθενών που προσήλθαν στο Νοσοκομείο μας, 8 άνδρες και 1 γυναίκα με μέσο όρο ηλικίας τα 61,5 έτη. Είχαμε 2 περιστατικά γάγγραινας Fournier και 7 περιστατικά με νεκρωτικές απονευρωσίτιδες. Τα αίτια ήταν τα εξής: χρόνιο έλκος κνήμης (2 περιστατικά), περιεδρικό συρίγγιο (2 περιστατικά), προηγούμενη επέμβαση (1 περιστατικό), ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών (1 περιστατικό), και σε 3 περιπτώσεις η αιτιολογία παρέμεινε άγνωστη. Οι νεκρωτικές λοιμώξεις νεκρωτικών μορίων είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες και χρειάζονται κατάλληλη και έγκαιρη αντιμετώπιση.

10. Η ΧΡΗΣΗ ΑΦΡΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΜΕ ΙΜΠΟΥΠΡΟΦΑΙΝΗ ΩΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΕΠΙΘΕΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (V.A.C.)

Καστανά Ο., Αναγιωτός Γ., Ρέμπελος Γ., Χαφίζ Μ.Ο., Μπαλάκα Χρ., Γιαννακίδου Μ., Αλεξάκης Δ.
Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή-Σκοπός

Η εφαρμογή τοπικής αρνητικής πίεσης σε ένα τραύμα ή άτονο έλκος, μέσα σε χρονικό διάστημα 4-10 ημερών δημιουργεί νεοαγγείωση, μειώνει το μεσοκυττάριο οίδημα, διατηρεί υγρό το τραύμα, μειώνει τον μικροβιακό πληθυσμό – χωρίς να τον μεταβάλλει – και σχηματίζει ένα καλώς αιματούμενο κοκκιδώδη ιστό έτοιμο να δεχτεί κάλυψη με αυτομοσχεύματα.

Τα συνήθως προτεινόμενα πρωτογενή επιθέματα από τις εταιρίες που παρέχουν το σύστημα εφαρμογής τοπικής αρνητικής πίεσης είναι ο ειδικός σπόγγος πολυουρεθάνης ή γάζα εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό.

Υλικό-Μεθόδος

Στο τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» χρησιμοποιήθηκε ως πρωτογενές επίθεμα εφαρμογής τοπικής αρνητικής πίεσης αφρώδες επίθεμα με ιβουπροφαίνη. Στην ομάδα ασθενών όπου χρησιμοποιήθηκε παρατηρήθηκαν εξίσου καλά αποτελέσματα κοκκίωσης ενώ παράλληλα μειώθηκε αποτελεσματικά ο πόνος τοπικά.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα

Το εμποτισμένο με Ιμπουπροφαίνη αφρώδες επίθεμα μπορεί κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί ως πρωτογενές επίθεμα στο σύστημα εφαρμογής τοπικής αρνητικής πίεσης, έχοντας άριστα αποτελέσματα όσον αφορά την κοκκίωση του τραύματος ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνει τοπική μείωση της αίσθησης του πόνου.

11. ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΕ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟ ΔΕΡΜΑ – ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΟΥΣ ΕΠΙΔΕΡΜΟΛΥΣΗΣ

Ζακοπούλου Ν., Ζουριδάκη Ε., Λιόρδου Φ.
Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων “Α. Συγγρός”

Εισαγωγή:

Η Πομφολυγώδης Επιδερμόλυση (ΠΕ) περιλαμβάνει μια ομάδα γενετικά καθορισμένων διαταραχών της ελαστικής αντοχής του δέρματος, με αποτέλεσμα σοβαρή ευθραυστότητα. Χαρακτηρίζεται από σχηματισμό πομφολύγων, διαβρώσεων του δέρματος και των βλενογόνων μετά από ελάχιστο μηχανικό τραυματισμό.

Παρουσίαση περίπτωσης:

Γυναίκα 37 ετών προσήλθε με μεγάλα, βαθειά επώδυνα έλκη στους γλουτούς και μηρούς, παρόντα από το 1987. Επίσης, επιφανειακές ελκώσεις και διαβρώσεις στον κορμό και τα εγγύς άκρα που υποτροπιάζαν από ηλικία 3 μηνών, καταλείποντας ατροφικές δυσχρωμι-

