

Όλα όσα θέλετε να ξέρετε για την

# Πλαστική Χειρουργική

**Dr Απόστολος Δ. Μανδρέκας**

Πλαστικός Χειρουργός  
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών  
τ. Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής  
Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών  
«APTION» Κέντρο Πλαστικής Χειρουργικής

**ISBN: 978- 960-399-539-5**



Copyright © 2007 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ  
Τετραπόλεως 14, Αθήνα 115 27, Τηλ.: 210.7789.125 - 210.7793.012,  
210.7483.148, 210.7489.411, FAX: 210.7759.421

Τα δικαιώματα της ελληνικής έκδοσης του παρόντος βιβλίου ανήκουν στον εκδοτικό οίκο "Π.Χ. Πασχαλίδης". Η δημοσίευση φωτογραφιών, η μερική ή ολική ανατύπωση, καθώς και η λήψη φωτοαντιγράφων από το βιβλίο απαγορεύονται χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Όλα όσα θέλετε να ξέρετε για την

# Πλαστική Χειρουργική

**Dr Απόστολος Δ. Μανδρέκας**

Πλαστικός Χειρουργός  
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών  
τ. Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής  
Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών  
«APTION» Κέντρο Πλαστικής Χειρουργικής

Συνεργάστηκαν για τη συγγραφή των κειμένων:

**Αναστάσιος Αναστασόπουλος**, Πλαστικός Χειρουργός  
**Γεώργιος Ζαμπάκος**, Πλαστικός Χειρουργός  
**Νεκταρία Λαμπρινάκη**, Πλαστικός Χειρουργός  
**Δημήτριος Χάφας**, Πλαστικός Χειρουργός

Iατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

# Πρόλογος

Η χειρουργική θεωρείται ως η ειδικότητα της ιατρικής που ασχολείται με την θεραπεία των οργανικών παθήσεων. Η επανορθωτική χειρουργική είναι ο κλάδος της πλαστικής χειρουργικής που ασχολείται με τη διόρθωση συγγενών ανωμαλιών ή επίκτητων δυσμορφιών ή αποκαθιστά τη λειτουργικότητα. Η αισθητική χειρουργική ασχολείται με την αλλαγή της μορφής μόνο για να βελτιωθεί η εμφάνιση.

Τις τελευταίες δεκαετίες η πλαστική χειρουργική υπήρξε ο πλέον αναπτυσσόμενος κλάδος της χειρουργικής με καινούργιες ανακαλύψεις και εφαρμογές όπως η μικροχειρουργική, η κρανιοπροσωπική χειρουργική, οι μεταμοσχεύσεις δέρματος και οι καινούργιες μέθοδοι της αισθητικής χειρουργικής (Ιλιο-αναρρόφηση, νέα υλικά, χειρουργική μιας ημέρας κ.α.). Μοχλός αυτής της ανάπτυξης υπήρξαν οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών που ενημερώνονται από τα μέσα ενημέρωσης. Εδώ θα πρέπει κανείς να δώσει μεγάλη προσοχή ώστε αυτή η ενημέρωση να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, να είναι τεκμηριωμένη και να συνοδεύεται από τα επιστημονικά σχόλια καταξιωμένων πλαστικών χειρουργών. Άλλη μια παράμετρος που παιζει ιδιαίτερο ρόλο στην ορθή εκτέλεση της πλαστικής χειρουργικής είναι να διευκρινίσουμε ποιοι είναι οι πλαστικοί χειρουργοί. Είναι αυτοί που έχουν αποκτήσει τον επίσημο τίτλο της ειδικότητας και όχι αυτοί που διατείνονται ότι μαζί με την άλλη ειδικότητα που εξασκούν κάνουν και επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής.

Ο σκοπός αυτής της έκδοσης είναι αποκλειστικά και μόνο να

ενημερώσει το κοινό για το αντικείμενο της πλαστικής χειρουργικής και όχι να υποκαταστήσει τον πλαστικό χειρουργό.

Για πλήρη ενημέρωση για τα εξατομικευμένα προβλήματα των ασθενών τίποτα δεν υποκαθιστά την ιατρική επίσκεψη. Η προσπάθεια των συγγραφέων ήταν να παρουσιάσουν με σαφήνεια το αντικείμενο της πλαστικής χειρουργικής και με τρόπο κατανοητό για το ευρύ κοινό.

Θέλω να τους ευχαριστήσω για την προσπάθεια και το χρόνο που αφιέρωσαν ώστε να γίνει πραγματικότητα η επιτυχημένη έκδοση που έχετε στα χέρια σας.

**Dr. Απόστολος Δ. Μανδρέκας**

Πλαστικός Χειρουργός

«APTION» Κέντρο Πλαστικής Χειρουργικής

e-mail :adm@aption-plasticsurgery.com

# Περιεχόμενα

Εισαγωγή	1
Τραύμα - Επούλωση Ουλές	12
Συγγενείς Ανωμαλίες	19
Έγκαυμα	34
Όγκοι του δέρματος	41
Όγκοι Κεφαλής & Τραχήλου	56
Χέρι	60
Αισθητική Χειρουργική Προσώπου	69
Αισθητική Χειρουργική Σώματος	79
Εφαρμογές Laser - Αλλαντική Τοξίνη - Εμφυτεύματα	91

# Εισαγωγή

*“Those who cannot remember the past  
are condemned to repeat it“*

*G. SANTAYANA*

**Η** πλαστική και **Επανορθωτική Χειρουργική**, είναι ο κλάδος εκείνος της Χειρουργικής, που ασχολείται με οξείες και μη καταστάσεις, συγγενείς ή επίκτητες, οι οποίες οφείλονται σε τραύμα, συγγενή ανωμαλία, εκφύλιση ή γήρανση.

Σκοπός της είναι, η αποκατάσταση των δυσμορφιών, της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, της καλής υγείας εν γένει. Ο όρος **"πλαστικός"** από το ελληνικό ρήμα **"πλάθω"**, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Γερμανό **von Graefe** στο σύγγραμμά του "Rhinoplastik" το 1818.

Μερικά χρόνια αργότερα, ο Edward Zeiss (1838), χρησιμοποιεί και καθιερώνει πρώτος τον όρο "Πλαστική Χειρουργική" στο βιβλίο του "Handbuch der plastischen Chirurgie". Τις ιστορικές καταβολές της εξειδικευμένης αυτής χειρουργικής θα πρέπει όμως να τις αναζητήσουμε πολλά χρόνια πριν.

Στα ιερά βιβλία των Ινδών, τις **Βέδες**, και συγκεκριμένα στα κείμενα του πρακτικού **Sushruta**, τα οποία τοποθετούνται χρονικά γύρω στο 600 π.Χ., περιγράφεται σε σανσκριτική γραφή, τρόπος αποκατάστασης της κακοποιημένης ρινός. Εκείνα τα χρόνια, η μύτη θεωρείτο όργανο σεβασμού και φήμης, ο ακρωτηριασμός της οποίας αποτελούσε συνήθη πρακτική τιμωρίας ατόμων, που προέβαιναν σε αξιόποινες πράξεις. Η ινδική μέθο-

δος, η οποία μεταγενέστερα ονομάστηκε **"ινδικός κρημνός"**, αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο της Πλαστικής Χειρουργικής.

Η γνώση στη συνέχεια μεταφέρθηκε μέσω των Περσών, των Φοινίκων και των Ελλήνων στην Ιταλία και την υπόλοιπη Ευρώπη. Κατά την περίοδο της Ρωμαικής Αυτοκρατορίας, ο **Κέλσος** (25 π.Χ. - 50 μ.Χ.) εφάρμοσε προχωρημένες τεχνικές στην αποκατάσταση των τραυμάτων και των συγγενών ανωμαλιών (θεωρείται ο πρωτοπόρος των νησιδωτών κρημνών με υποδόριο μίσχο)!.

Στη συνέχεια ο **Παύλος ο Αιγινῆτης** (625-690 μ.Χ.), ο τελευταίος μεγάλος εγκυκλοπαιδιστής της αρχαίας ελληνικής ιατρικής, το έργο του οποίου *Επιτομή Ιατρικής Βιβλία Επτά* περιέχει κάθε σχεδόν ιατρική γνώση της εποχής του, αποτέλεσε τον συνδετικό κρίκο της Ανατολικής και της αναπτυσσόμενης Δυτικής Πλαστικής Χειρουργικής. Στα κείμενα του περιέγραψε εκτός των άλλων, τρόπους θεραπείας των καταγμάτων της κάτω γνάθου και της ρινός, μέχρι χειρουργικές επεμβάσεις αποκατάστασης του υποσπαδία! Με τον θάνατό του, η άνθιση της ιατρικής και χειρουργικής γνώσης της Ελληνο-Ρωμαικής εποχής, έφτασε στο τέλος της. Την εποχή του Μεσαίωνα η Πλαστική Χειρουργική είχε περιπέσει στα χέρια των κουρέων και των αγυρτών.

Η επανεμφάνισή της στο διεθνές ιατρικό προσκήνιο, προσδιορίζεται την εποχή της *Anagennησης* όταν ο **G. Tagliacozzi** (1545-1599), καθηγητής ιατρικής της Μπολόνια, δημοσίευσε το πρώτο σύγγραμμα Πλαστικής Χειρουργικής, στο οποίο περιέγραψε με όλες τις τεχνικές λεπτομέρειες, αποκατάσταση της ρινός με απομακρυσμένο βραχιόνιο κρημνό (*De Curtorum Chirurgia per Insitionem*, 1587).

Η σπουδαία αυτή προσπάθεια, θεωρήθηκε προσβολή προς τα "χρηστά" ήθη της εποχής και κόστισε στο νεωτεριστή επιστήμονα τον αφορισμό του από την Καθολική Εκκλησία. Οι τότε κοινωνικές και θρησκευτικές προκαταλήψεις είχαν ως συνέπεια, να λησμονηθούν σημαντικές εργασίες και μέθοδοι, με αποτέλεσμα να ανακοπεί η πρόοδος και να εισέλθει η Πλαστική Χειρουργική σε μια νέα περίοδο παρακμής. Πέρασαν 200 και πλέον χρόνια για να μπορέσει να ξαναβρεί το δρόμο της. Έτσι από τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, επιχειρείται ο επαναπροσδιορισμός της με βάση τα ιστορικά στοιχεία και η μετεξέλιξή της.



Επανόρθωση ρινός κατά G. Tagliacozzi.

Σπουδαίοι επιστήμονες σ' όλη την Ευρώπη συμβάλλουν σ' αυτό. Ο **Baronio** στην Ιταλία, οι **Dieffenbach, Thiersch και Krause** στη Γερμανία, οι Γάλλοι **Larrey, Ollier**, ο Ούγγρος **Wolfe**, ο Ελβετός **Reverdin** είναι μόνο μερικοί. Τα ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα, διαφόρου μεγέθους και πάχους και οι νέες μέθοδοι αποκατάστασης συγγενών και επίκτητων ανωμαλιών είναι επιτεύγματα - σταθμοί εκείνης της περιόδου.

Η συνέχεια είναι ακόμα πιο εντυπωσιακή. Ο αιώνας των μεγάλων συγκρούσεων, ο 20<sup>ος</sup>, αναδεικνύεται ως ο "χρυσούς αιών" της Πλαστικής Χειρουργικής. Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι συνέβαλαν, τα μέγιστα, στην ανάπτυξη του κλάδου. Κέντρα Πλαστικής Χειρουργικής ιδρύονται σ' όλη την Ευρώπη και τις Η.Π.Α. για την αποκατάσταση τραυματιών. Σύγχρονα συγγράμματα εκδίδονται. Το πεδίο δράσης συνεχώς επεκτείνεται. Η ειδικότητα συστηματοποιείται και αναγνωρίζεται σαν "κύρια". Με το τέλος των πολέμων, ονόματα όπως **H. Gillies και A. McIndoe**, στη Μ. Βρετανία **Morestin** στη Γαλλία, **Esser** στην Αυστρία, **S. Davis και V. Blair** στις Η.Π.Α είναι πασίγνωστα. Νέες ανακαλύψεις και κατασκεύες όπως **ο δερμοτόμος τυμπάνου** για τη λήψη μοσχευμάτων (Padget - Hood, 1938) και το **χειρουργικό μικροσκόπιο** (Nylen 1921) δίνουν περαιτέρω ώθηση.

Το 1954 η Πλαστική Χειρουργική αναγνωρίζεται και στην Ελλάδα, επίσημα σαν χειρουργική ειδικότητα και αρχίζει η στελέχωση των νοσοκομείων της χώρας με τη δημιουργία κλινικών.

Το 1955 διοργανώνεται το 1<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Συνέδριο Πλαστικής Χειρουργικής στη Στοκχόλμη με ελληνική εκπροσώπηση (**Γ. Πολυκράτης**, ο πρώτος Έλληνας πλαστικός χειρουργός).

Από την δεκαετία του '60 η άνοδος είναι αλματώδης. Η επιτυχής αναστόμωση αγγείων με τη βοήθεια σύγχρονου χειρουργικού μικροσκοπίου, άνοιξε νέους ορίζοντες, εντάσσοντας στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας, **την μικροχειρουργική των αγγείων και των νεύρων**, που οδήγησε στη συνέχεια στην εφαρμογή των μυοδερματικών κρημνών δίνοντας λύση σε δύσκολα προβλήματα Επανορθωτικής Χειρουργικής.

Το 1969 ιδρύεται η Ελληνική Εταιρεία Πλαστικής Χειρουργικής.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Οι άνθρωποι στρέφονται στην αισθητική χειρουργική για δι-αφόρους λόγους: για να βελτιώσουν την εμφάνιση τους, να σβίσουν τα σημάδια του χρόνου, να ανυψώσουν το πεσμένο στήθος, να αλλάξουν την εμφάνιση του σώματος των. Εάν σκέπτεστε να υποβληθείτε σε κάποια αισθητική επέμβαση, αφιερώστε λίγο χρόνο για να σκεφτείτε τους λόγους που θέλετε να το κάνετε και ποιες είναι οι προσδοκίες σας. Είναι επίσης λογικό να ασχοληθείτε με το είδος της επέμβασης και να συλλέξετε όσες περισσότερες πληροφορίες μπορείτε.

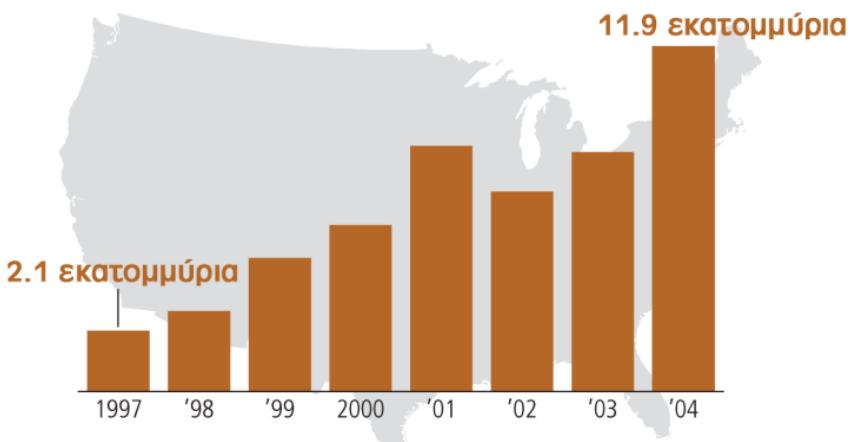
Οι επιλογές είναι πολλές και η τεχνολογία πολύπλοκη. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο να υπάρχουν δυσαρεστημένοι "ασθενείς" γιατί δεν είχαν την κατάλληλη ενημέρωση και γιατί έπεσαν στα χέρια κάποιου μη ειδικού που παρίστανε τον Πλαστικό Χειρουργό.

Ο σκοπός μας με αυτό το βιβλίο είναι να σας ενημερώσουμε σωστά με κάθε δυνατή λεπτομέρεια για όλες τις δημοφιλείς "επεμβάσεις" από τις ενέσεις βοτουλινικής τοξίνης (Botox, Dysport) μέχρι τη λιποαναρρόφηση κ.α.. Θα βρείτε τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς κάθε επέμβασης καθώς και τα πιθανά αποτελέσματα και τα ανεπιθύμητα συμβάματα που μπορεί να επέλθουν. Τέλος θα σας δείξουμε τον τρόπο να αναγνωρίσετε έναν ειδικευμένο και έμπειρο Πλαστικό Χειρουργό για να αποτανθείτε.

Διαβάζοντας όλα αυτά θα είστε ευτυχισμένοι με την επέμβαση και θα χαρείτε τις βελτιώσεις και αλλαγές που επιλέξατε.

## ΠΟΣΟ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ;

Δυστυχώς για την Ελλάδα, όπως σε όλες τις ειδικότητες δεν υπάρχουν στατιστικές σχετικά με τον αριθμό των επεμβάσεων, γι' αυτό θα χρησιμοποιήσουμε στοιχεία από την Αμερικανική Εταιρεία Πλαστικής Χειρουργικής. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία το 1997 έγιναν περίπου 2.000.000 αισθητικές επεμβάσεις ενώ το 2004 αυξήθηκαν σε 12.000.000 δηλαδή αύξηση κατά 465%.



Πηγή: American Society for Aesthetic Plastic Surgery.

Η θεαματική αυτή αύξηση οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και θα πρέπει να σταθούμε λίγο σ' αυτούς.

Εκτός της έμφυτης τάσης που έχουμε όλοι να φαινόμαστε ωραιότεροι και νεότεροι, είναι η βελτίωση των χειρουργικών μεθόδων, η ανάπτυξη νέων προϊόντων και η γρηγορότερη αποθεραπεία με εγχειρήσεις μιας ημέρας με μεγαλύτερη ασφάλεια και χαμηλότερο κόστος.

Η αλόγιστη έκθεση στον ήλιο, μόδα των δεκαετιών 1960-2000 ήταν μια άλλη αιτία για δημιουργία ταλαιπωρημένου δέρματος με πολλές ρυτίδες που καλούνται οι πλαστικοί χειρουργοί να αντιμετωπίσουν. Εδώ ταιριάζει ακριβώς το "ψήσου τώρα, πλήρωσε αργότερα" (fry now pay later). Τέλος η παρουσίαση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) κυρίως την τηλεόραση των νέων καλλυντικών, των νέων μεθόδων αισθητικής χειρουργικής και των επιλεγμένων εκθαμβωτικών τηλεαστέρων και τηλεπαρισταμένων ανέβασε στα ύψη την προσέλευση νέων "ασθενών" στα ιατρεία των Πλαστικών Χειρουργών.

Φυσικά οι απαιτήσεις της νέας εποχής, με την μεγάλη επαγγελματική ανταγωνιστικότητα ωθούν τους νέους που ψάχνουν για δουλειά ή για να βελτιώσουν την επαγγελματική τους καριέρα, να θέλουν να είναι νεότεροι και ωραιότεροι, πράγμα που τους δίνει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση.

Οι ηλικίες 20-30 ετών αναζητούν επεμβάσεις που θα βελτιώσουν την εικόνα τους, ενώ οι μεγαλύτεροι αναζητούν τη διατήρηση της εμφάνισης τους ή την εξαφάνιση των αλλοιώσεων του χρόνου. Για παράδειγμα ρινοπλαστική αναζητούν νεώτερες ηλικίες, ενώ ρυτιδεκτομή ή βλεφαροπλαστική αναζητούν οι μεγαλύτερες ηλικίες. Κάποιες επεμβάσεις (βοτουλινική τοξίνη, λιποαναρρόφηση, χημικά peelings κ.α.) είναι κοινές σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα.

## **Reality Shows**

Τελευταία παρουσιάστηκαν σε τηλεοπτικά ριάλιτυ του εξωτερικού εκπληκτικά αποτελέσματα που εντυπωσιάζουν το τηλεοπτικό κοινό. Όμως αυτά τα ριάλιτυ έχουν μεγάλη απόσταση από την πραγματικότητα. Δημιουργείται σκεπτικισμός στους Πλαστικούς Χειρουργούς ότι οι "ασθενείς" θα αρχίσουν να ζητούν επεμβάσεις που δεν τις χρειάζονται. Επίσης δημιουργούν ψεύτικες εντυπώσεις για αποτελέσματα που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν. Ο σκοπός της πλαστική χειρουργικής είναι να βελτιώσει την εμφάνιση και όχι να την αλλάξει και ταυτόχρονα να αλλάξει τις ζωές των "ασθενών". Θα ήταν ενδιαφέρον να αναζητήσει κανείς τα "πειραματόζωα" αυτών των ριάλιτυ μετά από μερικά χρόνια για να δούμε τα αποτελέσματα αυτών των μεταμορφώσεων στις ζωές τους.

Επίσης οι πολλαπλές αυτές επεμβάσεις ενέχουν μεγαλύτερους επεμβατικούς κινδύνους.

Το μόνο θετικό αυτών των ριάλιτυ είναι ότι περισσότεροι άνθρωποι μιλούν για τη Πλαστική Χειρουργική και παύει να υπάρχει το ταμπού για τις αισθητικές επεμβάσεις.

## **Πρώτη Επίσκεψη**

Τι σας ενοχλεί; Αυτή είναι η πρώτη ερώτηση που πρέπει να απαντήσετε πριν επισκεφτείτε τον Πλαστικό Χειρουργό.

Υπάρχουν τόσες πολλές τεχνικές, μεγάλες και μικρές, που αντιστοιχούν στις απαιτήσεις, στα ανατομικά στοιχεία (δέρμα, οστά κλπ) και στο ιατρικό ιστορικό του κάθε "ασθενούς" ώστε μόνο ο Πλαστικός Χειρουργός θα σας δώσει τη σωστή απάντηση.

### **Ρεαλιστικές απαντήσεις:**

- Μη περιμένετε μαγικά, κάθε επέμβαση έχει περιορισμούς και μειονεκτήματα.
- Κάντε την επέμβαση για τον εαυτό σας και όχι γι' άλλους (σύζυγο, φίλο κλπ).
- Πείτε στο γιατρό ακριβώς ποιο είναι το πρόβλημα σας.
- Μην ψάχνετε να μοιάσετε σε κάποιον άλλον, ειδικά σε διάσημα πρόσωπα.

### **Πράσινο Φως**

- Πάντα θέλατε να διορθώσετε αυτό το πρόβλημα.
- Θέλετε να φαίνεστε νεώτερος/η ή να φαίνεστε όπως αισθάνεστε.
- Θέλετε να φαίνεστε νεώτερος/η για το καλό της καριέρας.
- Αισθάνεστε άβολα με το πρόβλημα σας ώστε να αποφεύγετε να κάνετε πράγματα που σας αρέσουν.
- Σας κοροϊδεύουν για το πρόβλημα σας (μεγάλη μύτη, στήθος κ.α.).
- Δεν έχετε ιατρικά προβλήματα.

### **Κίτρινο Φως**

- Δεν είστε σίγουρος/η εάν είναι ο κατάλληλος χρόνος γι' αυτό.
- Ανησυχείτε για την αντίδραση της οικογένειας και των φίλων.
- Φοβάστε πολύ για τον πόνο και την μετεγχειρητική πορεία.
- Ανησυχείτε για πιθανές ουλές.
- Θέλετε μόνο τελειότητα και τίποτε άλλο.
- Δεν είστε οικονομικά έτοιμος/η.

### **Κόκκινο Φως**

- Έχετε κατάθλιψη.
- Η προσωπική σας ζωή είναι σε κρίση.
- Σας έχουν πείσει να κάνετε επέμβαση χωρίς πραγματικά να το θέλετε.
- Δεν ξέρετε ακριβώς τι θέλετε να αλλάξετε.
- Θέλετε να μοιάζετε σε κάποιον άλλο.
- Μισείτε το σώμα σας.
- Πιστεύετε πως η επέμβαση θα αλλάξει τη ζωή σας .
- Έχετε μη ρεαλιστικές απαιτήσεις.

## Οικονομικά

Όταν καταλήξετε ποιο είναι το πρόβλημα, θα πρέπει να σκεφτείτε το κόστος μια και οι ασφαλιστικές εταιρείες ή το δημόσιο δεν καλύπτει τέτοιες επεμβάσεις. Ανάλογα με τη θεραπεία ή την επέμβαση το κόστος ξεκινάει από 100 ευρώ και μπορεί να φτάσει και πάνω από 10.000 ευρώ. Δυστυχώς δεν είναι δυνατόν να μάθετε τις τιμές τηλεφωνικά, γιατί ούτε το νοσηλευτικό προσωπικό ούτε ο Πλαστικός Χειρουργός μπορούν να διαγνώσουν το πρόβλημα σας από το τηλέφωνο. Ούτε θα πρέπει να πιστεύετε τις τιμές που κυκλοφορούν στα περιοδικά ή στο internet, συνήθως απέχουν πολύ από την πραγματικότητα, είτε προς τα πάνω είτε προς τα κάτω, όπως συνήθως διαπιστώνουν οι "ασθενείς" στην πρώτη επίσκεψη.

Το κόστος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που πρέπει να συζητήσετε με τον Πλαστικό Χειρουργό στην πρώτη επίσκεψη σας. Το είδος της επέμβασης, ο χρόνος νοσηλείας, το είδος της αναισθησίας, τα αναλώσιμα και τα φάρμακα που θα χρειασθούν, ο χώρος που θα γίνει η επέμβαση, η μετεγχειρητική παρακολούθηση ή ακόμα και η πόλη.

Βέβαια το κόστος είναι σημαντικός παράγων για την απόφαση σας, αλλά θα πρέπει να προσέξετε περισσότερο τις "φθηνές" τιμές που κρύβουν παγίδες.

Θα θέλατε να σας χειρουργήσει ένας Πλαστικός Χειρουργός που κάνει εκπτώσεις;

## Πώς να διαλέξετε τον Πλαστικό Χειρουργό;

Όταν αποφασίσετε για την επέμβαση πρέπει να βρείτε και τον κατάλληλο Πλαστικό Χειρουργό. Στις επεμβάσεις αισθητικής χειρουργικής όπως και σε όλες τις επεμβάσεις υπάρχουν κάποιοι κίνδυνοι και πιθανές επιπλοκές, γι' αυτό είναι σημαντικό να ελέγξετε τα προσόντα του Πλαστικού Χειρουργού, δηλαδή την εκπαίδευση, την εμπειρία, την εξειδίκευση κ.α.

Βρίσκοντας τον κατάλληλο Πλαστικό Χειρουργό εξασφαλίζετε τα καλά αποτελέσματα της επέμβασης σας.

Είναι σημαντικό ο γιατρός να είναι μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Πλαστικής Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουρ-

γικής, γιατί εξασφαλίζετε ότι δεν θα πέσετε θύμα κάποιου ανειδίκευτου ή κάποιου που παριστάνει τον Πλαστικό Χειρουργό ("μαϊμού") βάζοντας τον τίτλο στο επισκεπτήριο του παραπλανητικά ή που βγαίνει στις τηλεοράσεις και στα περιοδικά διαλαλώντας την πραμάτεια του. Δυστυχώς οι τηλεοράσεις και τα περιοδικά δεν ελέγχουν τους "ειδικούς" που εμφανίζονται στις εκπομπές και η Ελληνική Εταιρεία δεν έχει τους αναγκαίους μηχανισμούς πρόληψης και καταστολής των φαινομένων αυτών, ο δε Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών έχει πολύ αργούς ρυθμούς και γραφειοκρατικούς μηχανισμούς ώστε οποιαδήποτε καταγγελία τελεσιδικεί μετά από πολλά χρόνια.

### **Τίς είναι δυνατόν να προστατευτείτε;**

Σαν πρώτο βήμα ρωτήστε τον προσωπικό σας γιατρό (Παθολόγο ή άλλο) να σας συστήσει μερικούς Πλαστικούς Χειρουργούς ώστε να αρχίσετε την έρευνα. Επίσης κάποιος/α φίλος/η μπορεί να σας συστήσει έναν Πλαστικό Χειρουργό που αυτός/η εμπιστεύεται.

Ψάχνοντας στο internet μπορεί να βρείτε κάποια στοιχεία αλλά το μάτι σας πρέπει να είναι προσεκτικό γιατί και εκεί δεν γίνεται κανένας έλεγχος για την αξιοπιστία των γραφομένων, συνήθως είναι χώρος διαφημιστικός.

Αφού βρείτε κάποια ονόματα ελέγξτε τα πιστοποιητικά τους μέσω της Ελληνικής Εταιρείας. Η Ελληνική Εταιρεία μπορεί να πιστοποιήσει την εκπαίδευση, την εξειδίκευση και την εμπειρία του Πλαστικού Χειρουργού.

Επίσης ελέγξτε την επιστημονική του καριέρα (βιβλία, δημοσιεύσεις κ.α.).

Αφού έχετε καταλήξει κλείστε το ραντεβού σας. Στην επίσκεψη ρωτήστε όλα όσα θα θέλατε να μάθετε και όσα θέλουν να σας πουν, ο πίνακας σας βοηθάει για τις σωστές ερωτήσεις. Πιθανόν να χρειάζεται να επισκεφτείτε τον Πλαστικό Χειρουργό και για δεύτερη φορά πριν αποφασίσετε. Επίσης δεν είναι άσκοπο να πάρετε και μια δεύτερη γνώμη. Όμως προσοχή ο καλύτερος τρόπος για σας δεν είναι ο φθηνότερος.

## Ερωτήσεις για την πρώτη επίσκεψη

- Είμαι ο κατάλληλος "ασθενής" γι' αυτή την επέμβαση;
- Πόσο συχνά κάνετε αυτή την επέμβαση;
- Θα κάνετε ο ίδιος την επέμβαση;
- Έχω ιατρικά προβλήματα που θα δημιουργήσουν κινδύνους;
- Υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις για το πρόβλημα μου;
- Υπάρχουν άλλες συμπληρωματικές επεμβάσεις που θα χρειασθούν;
- Ποια είναι η χρονική διάρκεια του αποτελέσματος;
- Ποιο το είδος της αναισθησίας;
- Ποια είναι η προετοιμασία για την επέμβαση;
- Ποια είναι η μετεγχειρητική διαδικασία της επέμβασης;
- Υπάρχουν επιπλοκές και πως αντιμετωπίζονται;
- Ποιο είναι το κόστος της επέμβασης;
- Εάν χρειαστούν άλλες επεμβάσεις ή θεραπείες για την αντιμετώπιση των επιπλοκών, ποιός θα πληρώσει γι' αυτές και πόσο στοιχίζουν;

ΠΡΟΣΟΧΗ



- ✓ Μην εμπιστεύεστε έναν Πλαστικό Χειρουργό που θα κάνει την επέμβαση χωρίς την προ εγχειρητική εκτίμηση.
- ✓ Που σας κάνει έκπτωση αν η επέμβαση γίνει αμέσως.
- ✓ Που δεν σας δίνει προ και μετεγχειρητικές οδηγίες.
- ✓ Αποφεύγει να σας εξηγήσει για τις πιθανές επιπλοκές.
- ✓ Δεν σας ρωτάει τι θέλετε πριν σας πει τι χρειάζεστε.
- ✓ Δεν σας δίνει ακριβείς πληροφορίες για το κόστος.
- ✓ Δεν σας συμπεριφέρεται με σεβασμό και υπομονή.
- ✓ Δεν έχει πολύ χρόνο να σας αφιερώσει.

# Τραύμα - Επούλωση Ουλές

---

**Ω**ς τραύμα ορίζεται η βίαιη λύση της συνέχειας ενός ιστού, που οφείλεται σε μηχανικά θερμικά χημικά ή ακτινικά αίτια. Με τα θερμικά, χημικά ή ακτινικά αίτια θα ασχοληθούμε στο κεφάλαιο με τα εγκαύματα.

Η ουλή είναι το τελικό αποτέλεσμα της επούλωσης ενός τραύματος, ακολουθώντας μία διαδικασία που είναι γνωστή ως ουλοποίηση. Διαφορετικοί τύποι τραυμάτων καταλήγουν μέσω αυτής της διαδικασίας σε διαφορετικούς τύπους ουλών.

Τα τραύματα μηχανικών αιτίων χωρίζονται σε **ανοικτά** και **κλειστά**. Ως ανοικτά ορίζονται αυτά στα οποία έχουμε διαταραχή της συνέχειας του δέρματος, ενώ ως κλειστά ορίζονται εκείνα τα οποία άθικτο δέρμα καλύπτει περιοχή με βλάβες σε υποκείμενα όργανα και δομές. Όσον αφορά τα μαλακά μόρια τα τραύματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, σ' αυτά χωρίς απώλεια δέρματος και σ' αυτά με απώλεια δέρματος.

Ο υγιής οργανισμός αντιδρά σε κάθε τραυματισμό με μια αλληλουχία προκαθορισμένων "μέτρων" που σκοπό έχουν την επούλωση. Ανάλογα με τον τύπο του ιστού που έχει υποστεί την βλάβη μπορεί να έχουμε αναγέννησή του (όπως συμβαίνει με το επιθήλιο της επιδερμίδος, το οστό, το ενδοθήλιο των αγγείων ή το περιτόναιο) ή η απλή επιδιόρθωση να είναι ο τελικός σκοπός όλης της διαδικασίας (όπως στα νεύρα).

## Κατηγορίες τραυμάτων

- Με τέμνοντα όργανα.
- Με νύσσοντα όργανα.
- Με θλόντα όργανα.
- Με νύσσον και θλόν όργανο.
- Δήγματα.
- Εκδορές.
- Απογαντισμός.
- Τραύματα από πυροβόλα όπλα.
- Διαβρωτικά.

## Επούλωση τραυμάτων

Από την στιγμή που κάποιος ιστός τραυματιστεί τότε ο οργανισμός θα προσπαθήσει να περιορίσει την περαιτέρω απώλεια αίματος και να αποφύγει την εισβολή παθογόνων μικροοργανισμών "κλείνοντας" το τραύμα όσο το δυνατόν συντομότερα. Κατ' αρχήν ινική εμφανίζεται στην περιοχή του τραύματος οριοθετόντας την έναρξη της πρώτης φάσης της επούλωσης, της φάσης της φλεγμονής. Παράλληλα μακροφάγα κύτταρα και λεμφοκύτταρα μεταναστεύουν στην περιοχή ξεκινόντας την ιστόλυση των νεκρωτικών ιστών. Στη συνέχεια διεγείρουν τους ινοβλάστες στην παραγωγή ινώδους συνδετικού ιστού και κολλαγόνου, δεύτερη φάση (υπερπλασίας). Τα τριχοειδή από την περιφέρεια του τραύματος διεισδύουν στο τραύμα και ανάμεσά τους δημιουργείται ο νέος συνδετικός ιστός. Ο ιστός αυτός στην τρίτη φάση του remodeling θα μεταμορφωθεί σε συνδετικό ιστό με λίγα μόνο κύτταρα και τριχοειδή αλλά πλούσιο σε ινική που στην συνέχεια θα γίνει ο ουλώδης ιστός.

Ένας ιστός μπορεί να επουλωθεί ανάλογα με την μορφή του τραυματισμού του είτε σε πρώτο είτε σε δεύτερο χρόνο. Τραύματα που επουλώνονται κατά πρώτο σκοπό παρουσιάζουν περιορισμένη παραγωγή ινώδους συνδετικού ιστού, όπως είναι τα τραύματα χωρίς απώλεια δέρματος. Τα τραύματα που επουλώνονται κατά δεύτερο σκοπό παρουσιάζουν μεγάλη παραγωγή ινώδους συνδετικού ιστού, στοχεύοντας στην κάλυψη "ελείμματος", όπως είναι τα τραύματα με απώλεια δέρματος.

Στα τραύματα που επουλώνονται κατά δεύτερο σκοπό εκτός

από τις τρείς φάσεις της επούλωσεις ακολουθούν ακόμη δύο βιολογική μηχανισμοί, που γίνονται παράλληλα. Αυτοί είναι η επιθηλιοποίηση και η ρίκνωση της ουλής.

- **Τραύματα χωρίς απώλεια δέρματος αλλά και αυτά με απώλεια δέρματος**

1. Substrate Phase. (Φάση φλεγμονής).
2. Proliferative Phase. (Φάση υπερπλασίας).
3. Remodeling Phase. (Φάση του remodeling).

- **Τραύματα με απώλεια δέρματος**

Τα τραύματα με απώλεια δέρματος πρέπει να περάσουν και αυτά από τη διαδικασία των προηγουμένων φάσεων αλλά για να επουλωθούν χρειάζονται δύο ακόμη βιολογικούς μηχανισμούς:

Την επιθηλιοποίηση και την ρίκνωση του τραύματος.

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την επούλωση**

Η φυσιολογική επούλωση ενός τραύματος υπόκειται σε διάφορους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάσουν με αποτέλεσμα καθυστερημένη επούλωση, μειωμένη μηχανική σταθερότητα της ουλής και ακόμη και δύσμορφες ουλές.

Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται σε τοπικούς κι γενικούς.

Τοπικοί παράγοντες	Γενικοί παράγοντες
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακτινοβολία</li> <li>• Παροχή αίματος</li> <li>• Χρόνιος ερεθισμός</li> <li>• Ξένα σώματα</li> <li>• Αιμάτωμα</li> <li>• Μόλυνση</li> <li>• Καρκίνωμα</li> <li>• Τάση ή πίεση</li> <li>• Φάρμακα</li> <li>• Είδος ραμμάτων και τεχνική</li> <li>• Οίδημα</li> <li>• Επίδεση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παχυσαρκία</li> <li>• Αναιμία</li> <li>• Κακοήθεις παθήσεις</li> <li>• Χρόνιες παθήσεις</li> <li>• Ορμόνες</li> <li>• Ηλικία</li> <li>• Διατροφικές ανεπάρκειες</li> <li>• Φάρμακα</li> <li>• Μεταβολικές παθήσεις</li> <li>• Κολλαγονώσεις</li> <li>• Αγγεϊτιδες</li> <li>• Συστηματικές λοιμώξεις</li> </ul>

## Διαταραχές επούλωσης

- Διάσπαση τραύματος.
- Επιμόλυνση τραύματος.
- Κοκκίωμα από ξένο σώμα.
- Υπερβολική δημιουργία ουλώδους ιστού (υπερτροφική ουλή και χηλοειδές).

## Περιποίηση τραύματος και πρόληψη δημιουργίας ουλών

Συχνά μπορεί κάποιος να προβλέψει την μελλοντική πορεία ενός τραύματος και της απορρέουσας ουλής εξετάζοντας το αναμνηστικό του ασθενούς. Σημαντικά προς διερεύνηση στοιχεία είναι οι προηγηθέντες τραυματισμοί, ο τύπος και η θέση του τραύματος, η ηλικία και το χρώμα του ασθενούς. Αν η αντιμετώπιση του τραύματος γίνεται άμεσα (εντός 6-12 ωρών) και με όλους τους κανόνες τότε πρέπει να αναμένεται μια ομαλή πορεία χωρίς επιπλοκές και με τις καλύτερες προϋποθέσεις για μία αισθητικά αποδεκτή ουλή.

Η θεραπεία αποσκοπεί στην πρόληψη των μολύνσεων και την κατά πρώτο σκοπό σύγκλειση του τραύματος. Ο καλός καθαρισμός του τραύματος, η αποφυγή κακώσεων στους ιστούς με τα χειρουργικά εργαλεία και ο χειρισμός τους με σεβασμό, η χρήση των κατάλληλων ραμμάτων, καθώς επίσης και η αποφυγή τάσεως στα χείλη του τραύματος είναι προϋποθέσεις για το καλύτερο αποτέλεσμα. Ένας άλλος παράγων είναι η αφαίρεση των ραμμάτων να γίνεται την κατάλληλη χρονική στιγμή, και όχι αργότερα. Ο χρόνος παραμονής των ραμμάτων εξαρτάται από την περιοχή του σώματος.

Εάν το τραύμα είναι παλιό >12 ωρών, μολυσμένο ή διάχυτο τότε μετά τον χειρουργικό, χρήμικο καθαρισμό και την επίδεση αφίνεται να δημιουργηθεί "καθαρός" κοκκιώδης ιστός (σε 3-5 ημέρες) και στην συνέχεια συγκλείνεται με ράμματα. Εάν όμως η μόλυνση δεν υποχωρεί τότε αφίνεται να επουλωθεί κατά δεύτερο σκοπό.

## Τύποι ουλών

Οι ουλές είναι αποτέλεσμα επούλωσης της λύσης της συνέχειας ενός ιστού. Όσον αφορά το δέρμα η κατά πρώτο πρόσθια

συρραφή του τραύματος εξασφαλίζει τις ιδανικές συνθήκες για επούλωση και τις αισθητικά και λειτουργικά αποδεκτές ουλές. Από την άλλη η δευτερογενής επούλωση συχνά οδηγεί σε φαρδιές αισθητικά μη αποδεκτές ουλές με λειτουργικές διαταραχές οφειλόμενες στην δευτερογενή ρίκνωσή τους ιδιαίτερα όταν βρίσκονται κοντά σε άρθρωση.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα μίας ουλής είναι:

- Δεν έχει μελανινοκύτταρα και έτσι δεν μαυρίζει.
- Δεν έχει τρίχες, ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.
- Περιέχει ελάχιστες ίνες ελαστίνης.

Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της επούλωσης και της ουλοποίησης παίζει και ο μηχανισμός της κάκωσης.

Η ουλή μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραυματισμού, αλλά και παθολογικών καταστάσεων του δέρματος ή και άλλων οργανικών παθήσεων.

Τραυματικές ουλές είναι συνέπεια μηχανικών, θερμικών, χημικών και ακτινικών αιτίων.

Δερματολογικές παθήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε ουλές είναι:

- Παθήσεις του συνδετικού ιστού - κολλαγονώσεις (ερυθηματώδης λύκος κλπ).
- Παθήσεις των σμηγματογόνων αδένων ή των θυλάκων των τριχών (ακμή).
- Μικροβιακές μυκητιασικές ή ιογενείς λοιμώξεις του δέρματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις η άρση του γενεσιούργού αιτίου επιβάλλεται πρίν την εμφάνιση των ουλών.

Πολυάριθμες οργανικές παθήσεις μπορεί να οδηγήσουν στην δημιουργία ουλών.

Οι διαφορετικοί τύποι των ουλών είναι αποτέλεσμα διαφορετικού μηχανισμού, διαφορετικής θέσης και διαφορετικής πορείας επούλωσης. Έτσι έχουμε:

1. Γραμμοειδής ουλή.
2. Μετεγχειρητική ουλή.
3. Ουλές με ακανόνιστο σχήμα.
4. Ουλές από το κανάλι των ραμμάτων.
5. Ουλή μετά από διάσπαση τραύματος.



6. Ατροφική ουλή.
7. Υπερτροφική ουλή.
8. Χηλοειδές.
9. Εγκαυματικές ουλές.
10. Ρικνωτικές ουλές.
11. Ουλές από ακμή.
12. Ακτινικές ουλές.

## Καρκίνωμα ουλώδους ιστού

Καρκίνωμα σπάνια αναπτύσσεται σε υγιές δέρμα αλλά σε χρόνια κατεστραμένο δέρμα. Το γερασμένο δέρμα που έχει υποστεί ηλιακές βλάβες είναι ιδιαίτερα επιρεπές στην ανάπτυξη καρκινωμάτων. Καρκινώματα επίσης αναπτύσσονται ακόμη και σε ιστούς πυκνούς όπως είναι η ουλή. Από τις ουλές μεγαλύτερο κίνδυνο για εξαλλαγή παρουσιάζουν οι εγκαυματικές και οι μετά από ακτινοθεραπεία.

Υπερτροφικές ουλές  
και χειλοειδή.

## Ραγάδες

Πρόκειται για ουλόμορφες γραμμικές βλάβες που συμβαίνουν, σε άλλοτε άλλο βαθμό, στο 90% όλων των κυήσεων καθώς η εγκυμοσύνη προχωρά και η κοιλιά μεγαλώνει. Οι ραγάδες δεν παρατηρούνται μόνο κατά την εγκυμοσύνη αλλά και κατά την εφηβεία επηρεάζοντας το 70% του γυναικίου πληθυσμού και το 40% του ανδρικού.

Τα γλυκοκορτικοειδή παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη των ραγάδων. Έτσι στην αιτιολογία τους έχουμε:

Ενδοκρινολογικά	Ιατροχεινή
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφιβεία</li> <li>• Εγκυμοσύνη</li> <li>• Σύνδρομο Cushing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση κορτικοστεροειδών</li> <li>• Τοπικά</li> <li>• Συστηματικά</li> </ul>

Η υπερδιάταση σαν μηχανικός παράγων παιζει κάποιο ρόλο αλλά μόνο η παρουσία του ενδοκρινικού παράγοντα είναι καταλυτική. Κατά την εφηβεία οι ραγάδες είναι απόδειξη απότομης ανάπτυξης. Οι ραγάδες εμφανίζονται συνήθως στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, τους γοφούς, τους μηρούς και το στήθος. Κατά την εφηβεία εμφανίζονται συνήθως στους γοφούς, τους γλουτούς και στους μηρούς. Στο σύνδρομο Cushing δημιουργούνται στην κοιλιά, τους γλουτούς, τους μηρούς και στην περιοχή της μασχάλης.

Υποκειμενικά ενοχλήματα είναι σπάνια και περιορίζονται σε πιθανό κνησμό όταν ξεκινά η μεταβολή. Στην αρχή η ραγάδα είναι ερυθρή και γίνεται κυανέρυθρη όσο επιμένει. Με τον καιρό παίρνει μια κιτρινωπή χροιά και στην συνέχεια το χρώμα του πέριξ δέρματος.

Από την στιγμή που οι ραγάδες οφείλονται σε συνδυασμό των ορμονικών με τις μηχανικές μεταβολές η έμφαση πρέπει να δοθεί στην πρόληψη κυρίως με την μορφή της απώλειας βάρους. Οι υποκείμενες ορμονολογικές διαταραχές πρέπει να αντιμετωπίζονται το συντομότερο δυνατόν. Η θεραπευτική χρήση κορτικοστεροειδών πρέπει να τίθεται μόνο με πολύ αυστηρά κριτήρια.

# Συγγενείς Ανωμαλίες

*Συμβαίνει ακόμη και τούτο πολλές φορές τα βρέφη γεννώνται συχνά και ασθενικά, από γονείς εντραφείς και ρωμαλέονς. Κι αφού έχουν γεννηθεί πολλά νγιή παιδιά, αν κάτι τέτοιο ήθελε συμβεί, είναι φανερό ότι το έμβρυο ενόσησε μέσα στη μήτρα.*

**ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ: Περί Γονής**

**Μ**ε τον όρο "συγγενής ανωμαλία" εννοούμε το αποτέλεσμα κάποιας διαμαρτίας στη διάπλαση του εμβρύου, η οποία μπορεί να συμβεί από την 6<sup>η</sup> ημέρα μέχρι και το τέλος του 7<sup>ου</sup> μήνα της κύησης.

**Αιτιολογικά** μπορεί να οφείλονται είτε σε χρωμοσωμικές διαταραχές, σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς ή άλλους παράγοντες είτε να αποτελούν τυχαία συμβάματα κατά την ενδομήτρια ζωή. Διακρίνονται σε:

**Μορφογενετικές Ανεπάρκειες:** πρόκειται για αποτυχία πλήρους διάπλασης ενός οργάνου. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι διάφορες αγενεσίες, οι υποπλασίες, οι συνδακτυλίες, οι σχιστίες κ.ά.

**Αθροιστικές Δυσμορφίες:** χαρακτηρίζονται από υπεράριθμους ιστούς, π.χ πολυδακτυλίες.

**Αμαρτώματα:** ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για μια ομάδα βλαβών που βρίσκονται στο όριο της πραγματικής νεοπλασίας, π.χ σπίλοι, αιμαγγειώματα κ.ά.

Ο **προγεννητικός έλεγχος του εμβρύου** σε γονείς υψηλού κινδύνου είναι προυπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση των συγγενών ανωμαλιών. Οι δυνατότητες αντιμετώπισής τους χειρουργικά, καθώς και οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, καθορίζονται από ομάδα ειδικών ιατρών, στην οποία συμμετέχει και ο Πλαστικός Χειρουργός.

Σε σοβαρές και ανίατες περιπτώσεις, η διακοπή της κύησης είναι η μόνη διέξοδος.

Ο **ρόλος του Πλαστικού Χειρουργού**, στην αντιμετώπιση τους, είναι πολύ σημαντικός, αφού καλείται να δώσει λύση σε δύσκολες περιπτώσεις και να προσφέρει ένα καλό αποτέλεσμα, τόσο λειτουργικό, όσο και αισθητικό.

Οι συγγενείς ανωμαλίες συνιστούν ένα μεγάλο κεφάλαιο στην Πλαστική Επανορθωτική Χειρουργική.

Θα περιγράψουμε στη συνέχεια, μερικές από τις συχνότερες και γνωστότερες συγγενείς ανωμαλίες, που άμεσα ή έμμεσα αφορούν στο πεδίο δράσης της Πλαστικής Χειρουργικής, με περιληπτική αναφορά στα ιστορικά στοιχεία, τη συχνότητα εμφάνισης, την αιτιολογία, τη μορφολογία, το χρόνο αποκατάστασης, τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους και τα αποτελεσματά τους.

## 1. ΑΦΕΣΤΩΤΑ ΩΤΑ

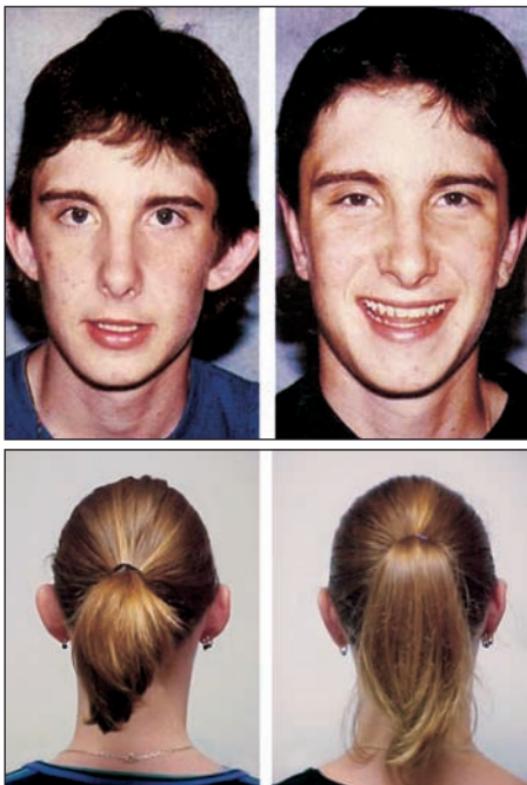
Αποτελούν τη **συχνότερη** συγγενή ανωμαλία του έξω ωτός. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη και συχνά παρατηρείται σε γονείς και αδέρφια.

Χαρακτηρίζονται από το ότι τα αυτιά "αφίστανται" του κρανίου, περισσότερο του συνήθους.

Η κοινή τους ονομασία είναι "**πεταχτά αυτιά**".

Η ανωμαλία εμφανίζεται ήδη από τον τρίτο μήνα της κύησης. Κατά τον έκτο μήνα, δεν σχηματίζεται η ανθέλικα με τα σκέλη της, όπως θα έπρεπε, λόγω παρέμβασης κάποιου ανασταλτικού παράγοντα. Το μέγεθος των πτερυγίων είναι συνήθως φυσιολογικό.

Η αποκατάσταση της δυσμορφίας αυτής, πρέπει να γίνεται κατά την **προσχολική ηλικία**, για ψυχολογικούς κυρίως λόγους. Συνήθως όμως οι γονείς φέρνουν τα παιδιά στον Πλαστικό Χειρουργό κατά την **εφηβική ηλικία**.



Το αποτέλεσμα  
είναι πολύ καλό.  
Η δυσμορφία  
διορθώνεται  
πλήρως.

Η επέμβαση γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία και από μια οπίσθια προσπέλαση, συνίσταται δε, σε λέπτυνση και αναδίπλωση του χόνδρου της περιοχής της ανθέλικας με ελάττωση της προβολής της κόγχης, όταν αυτό χρειάζεται. Η συμμετρία των αυτών είναι ο στόχος.

## 2. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Ο όρος, **αιμαγγείωμα**, για πολλά χρόνια χρησιμοποιήθηκε σαν μια γενική, ευρεία έννοια, για την περιγραφή των αγγειακών ανωμαλιών, που μάλλον περιέπλεκε και έκανε τη θεραπεία τους μη αποτελεσματική.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, η γνώση έγινε πιο συγκεκριμένη. Οι ερευνητές (Mulliken, Glowacki 1982) προχώρησαν σε **βιολογική ταξινόμηση** των συγγενών αγγειακών ανω-

μαλιών, που βασίζεται σε κλινικά και ιστολογικά ευρήματα, η οποία επιβεβαιώνεται ακτινολογικά και βιοχημικά.

Έτσι οι αγγειακές ανωμαλίες της νεογνικής και παιδικής ηλικίας διαχωρίζονται σε 2 μεγάλες κατηγορίες με πολλές διαφορές μεταξύ τους:

- a) **Αγγειακούς όγκους (tumors)**, συχνότεροι των οποίων είναι τα αιμαγγειώματα, και
- b) **Αγειοδυσπλασίες (malformations)** ή **δυσπλαστικά αιμαγγειώματα**

## Αιμαγγειώματα

Αποτελούν την πιο **συχνή** ανωμαλία των νεογνών. Είναι αποτέλεσμα υπερπλασίας των ενδοθηλιακών κυττάρων των αγγείων. Δεν είναι πλήρως αναπτυγμένα κατά τη γέννηση, εμφανίζονται αργότερα, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής, κυρίως τους πρώτους 4 μήνες. Τα πρόωρα και λιποβαρή νεογνά, εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης. Διακρίνονται σε **επιπολής, εν τω βάθει, μικτά**.

Η εξέλιξή τους καταγράφεται σε δύο φάσεις: τη φάση της **ταχείας ανάπτυξης** και τη φάση της **υποστροφής**. Το 70% των αιμαγγειωμάτων υποστρέφει μέχρι την ηλικία των 7 ετών και βελτιώνεται μέχρι την ηλικία των 12 ετών.

Η υποστροφή έχει τον ίδιο ρυθμό, τόσο στα επιπολής όσο και στα εν τω βάθει.

Στα περισσότερα, λοιπόν, αιμαγγειώματα δεν απαιτείται καμία **Θεραπεία**. Η σωστή ενημέρωση των γονέων λειτουργεί καθησυχαστικά, αφού και ο χρόνος σε τέτοιες περιπτώσεις τάσσεται υπέρ.

Αντιμετώπιση  
χρειάζονται ορισμένες περιπτώσεις, που προκαλούν **επιπλοκές**, όπως η απόφραξη ζωτικών οργάνων και η εξέλκωση που οδηγεί σε αιμορραγία.



Μικτό αιμαγγείωμα άνω Βλεφάρου.



Αιμαγγείωμα ρινός.



Αιμαγγείωμα.

Ο τρόπος επέμβασης εξαρτάται από την ανατομική θέση του μορφώματος και το μέγεθός του.

Χρησιμοποιούνται:

- **Κορτικοστεροειδή φάρμακα**, τόσο συστηματικά όσο και ενδοβλαβικά (κατά τη φάση της ταχείας ανάπτυξης, όχι της υποστροφής). Η ανταπόκριση φθάνει μέχρι και το 90% και αρχίζει σε 7-10 ημέρες.
- **LASER** (Pulse- Dye, Nd-Yag) στα επιπολής αιμαγγειώματα.
- **Χειρουργική αφαίρεση**.

### **Άγγειοδυσπλασίες (Διυπολήσικά αιμαγγειώματα)**

Προέρχονται από λανθασμένη μορφογενετική διάπλαση στο αγγειακό σύστημα του εμβρύου, μεταξύ της 4<sup>ης</sup>-10<sup>ης</sup> εβδομάδας της ενδομήτριας ζωής.

Πρόκειται για σποραδικά συμβάματα, τα οποία δεν φαίνεται να έχουν οικογενέν ιατρική. Μοναδική εξαίρεση αιγγειακής βλάβης με κληρονομική επιβάρυνση αποτελεί η **συγγενής αιμορραγική τηλαγγειεκτασία** (σύνδρομο Rendu-Osler-Weber) για την οποία έχουν βρεθεί τα υπεύθυνα γονίδια.

Τα δυσπλαστικά αιμαγγειώματα είναι παρόντα κατά τη γέννηση, αν και μπορεί να μη γίνουν αντιληπτά αμέσως, εξελίσσονται βραδέως και πιθανόν να μείνουν αδιάγνωστα μέχρι την εφηβεία.

Δε δείχνουν τάση υποστροφής όμοια με εκείνη των "αληθών" αιμαγγειωμάτων.

Ομαλό αιμαγγείωμα  
(port-wine stain).



Σύμφωνα με τη κλινική τους ταξινόμηση διακρίνονται σε:

- **Τριχοειδικά**
- **Τριχοειδο-λεμφο-φλεβικά**
- **Λεμφικά**
- **Αρτηριο-φλεβικά**

Ο κύριος εκπρόσωπος τους είναι το **ομαλό αιμαγγείωμα (port-wine stains)**. Η δυσχρωμία του δέρματος είναι συνηθισμένη αλλά μπορεί να μην είναι εμφανής λόγω του ερυθηματώδους δέρματος του νεογνού. Εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο.

Όταν εμφανίζονται στο σώμα δίνουν "γεωγραφική" όψη.

Μορφολογικά είναι επίπεδα, ομαλά, σαφώς περιγεγραμμένα. Με τα χρόνια όμως, η επιφάνεια τους σκληραίνει και αποκτούν οζώδη υφή.

Για τη θεραπεία τους έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι τρόποι όπως:

- **LASER αργού** σε ηλικία > 12 ετών,
  - **χειρουργική εκτομή** και τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων, συχνά με όχι τόσο ικανοποιητικά αποτελέσματα.
- Η κάλυψη με καλλυντικές κρέμες είναι ο απλούστερος τρόπος.

### **3. ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ**

Είναι συγγενείς ανωμαλίες του κρανίου (εγκεφαλικού & σπλαγχνικού) και των μαλακών μορίων του προσώπου, σχετικά σπάνιες, απαρτίζουν πολυάριθμα σύνδρομα και απαιτούν εξειδικευμένη γνώση, τόσο για την κατανόηση όσο και για την αντιμετώπιση τους. Θα αναφέρουμε περιληπτικά μόνο τις σχιστίες.

#### **Σχίστιες Χειμεοσχίστια**

Συχνή ανωμαλία των χειλέων, γνωστή από το 2<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ.,



Αμφοτερόπλευρο λαγώχειλο πριν και μετά την αποκατάσταση.

όταν πρώτος ο διάσημος Έλληνας ιατρός **Γαληνός**, την περιέγραψε ως "λαγωχειλία". Το 1575 ο Γάλλος χειρουργός **Am-broise Pare**, επανέφερε την ονομασία ως **λαγώχειλος**.

Εμφανίζεται με **συχνότητα** 1:1000 γεννήσεις. Ενοχοποιούνται, γενετικοί φυλετικοί, κληρονομικοί παράγοντες, η ηλικία της μητέρας, οι λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της κύησης (τοξοπλάσιμωση, ερυθρά, λοιμώξη από κυτταρομεγαλοϊδ). Η άποψη ότι η **αιτιολογία** της νόσου είναι πολυπαραγοντική φαίνεται πως είναι η σωστότερη. Το λαγώχειλο μπορεί να είναι ετερόπλευρο ή αμφοτερόπλευρο, μερικό ή πλήρες. Η σχισμή του άνω χείλους μπορεί να έχει τη **μορφή** εντυπώματος ή και να χωρίζει το άνω χείλος σε όλο του το ύψος. Συνυπάρχει ανωμαλία της ρινός (δυσμορφία του ομόπλευρου πτερυγιαίου χόνδρου).

Η πλαστική χειρουργική είναι η μόνη λύση.

Ο **χρόνος αποκατάστασης (timing)** καθορίζεται από τον **"κανόνα των 10"**. Το νεογνό θα πρέπει να είναι 10 εβδομάδων, να ζυγίζει 10 lb (= 5 kg) και να έχει αιμοσφαιρίνη 10 gr. Υπάρχουν πολλοί θιασώτες της **πρώιμης αποκατάστασης** (early repair), που διορθώνουν τη βλάβη **24-48 ώρες** μετά τη γέννηση. Ο **στόχος** είναι η σύγκλειση της σχιστίας και η δημιουργία ενός λειτουργικού άνω χείλους με φυσιολογική εμφάνιση. Η πρώτη γνωστή περίπτωση επιτυχούς διόρθωσης χειλεοσχιστίας έγινε στη Κίνα το 390 π.Χ. Έκτοτε πολλές τεχνικές

σύγκλεισης έχουν περιγραφεί οι οποίες εφαρμόζονται κατά περίπτωση. Κατά κανόνα χρειάζονται διορθωτικές επεμβάσεις του χείλους και της ρινός, αργότερα στην εφηβεία.

## Υπερωισχιστια

Σχιστιά της υπερώας, κοινώς ουρανίσκου, γνωστή ως **λυκόστομα**. Μπορεί να συνυπάρχει με τη χειλεοσχιστιά ή εμφανίζεται μεμονωμένα με **συχνότητα 1:2500** γεννήσεις. Η ποικιλομορφία της έχει οδηγήσει τους ερευνητές σε πολλές ταξινομήσεις, που έχουν βέβαια επιστημονικό ενδιαφέρον, αλλά δεν προσφέρουν ιδιαίτερη βοήθεια στην πράξη.

Πολλά προβλήματα δημιουργεί στο νεογνό το λυκόστομα:

- **Στη σίτιση:** δεν μπορεί να θηλάσει, λόγω αδυναμίας δημιουργίας κενού στη στοματική κοιλότητα.
- **Στην ομιλία:** αργότερα το παιδί παρουσιάζει ένρινη ομιλία, "ρινολαλιά".
- **Οδοντικές ανωμαλίες:** ελαττωμένη οδοντική σύγκλειση.
- **Μέση ωτίτιδα και βαρηκοία.**

Η χειρουργική διόρθωση του λυκοστόματος αρχίζει μόλις τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ο **von Langenbeck** υπήρξε πρωτοπόρος και θεμελιώτης, στις αρχές του οποίου στηρίζονται οι σημερινές τεχνικές.

Για το **χρόνο αποκατάστασης (timing)** υπήρχε ανέκαθεν σκεπτικισμός. Για πολλά χρόνια, είχε ορισθεί σαν κατάλληλος χρόνος επέμβασης η ηλικία των 18-24 μηνών Σήμερα γίνεται νωρίτερα. Όλο και περισσότεροι χειρουργοί υποστηρίζουν την απόκατάσταση σε 2 χρόνους. Συγκεκριμένα, την πρώιμη σύγκλειση της μαλακής υπερώας (early repair) κατά τον 3<sup>ο</sup>-6<sup>ο</sup> μήνα, ενώ η σύγκλειση της σκληράς υπερώας γίνεται αργότερα (delayed repair) κατά τον 15<sup>ο</sup>-18<sup>ο</sup> μήνα, ώστε να μην επηρεαστεί η ανάπτυξη της άνω γνάθου.

Η αντιμετώπιση των ασθενών γίνεται από μια ομάδα ειδικών, που περιλαμβάνει εκτός από τον Πλαστικό Χειρουργό, τον ΩΡΛ, τον Ορθοδοντικό, ενώ απαραίτητες θεωρούνται και οι αισκήσεις ορθοφωνίας.

## Μικρώτια

Η πρώτη χειρουργική αποκατάσταση κομμένου πτερυγίου

ωτός αναφέρεται στη Βέδα (ιερό βιβλίο των Ινδών) **Sushruta Samhita** το 800 π.Χ. Για τις συγγενείς διαμαρτίες του ωτός, το ενδιαφέρον των ιατρών άρχισε τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Οι συχνότερες είναι η μικρωτία και τα αφεστώτα ώτα.

Ο όρος δεν είναι ακριβής, επειδή δίνει την εντύπωση ότι το πτέρυγιο έχει κανονική διάπλαση αλλά είναι μικρότερο του συνήθους. Έχει όμως καθιερωθεί. Ουσιαστικά πρόκειται για απλασία ή υποπλασία του ωτός.

Παρουσιάζεται με μεγάλη **ποικιλία μορφών**. Η πλέον δόκιμη ταξινόμηση είναι του Iāpwana Nagata.

Εμφανίζεται σε αναλογία 1:6000 γεννήσεις, 1:4000 στους Iāpwaneς, 1:900 στους Ινδιάνους της φυλής Navaho.

Αποδίδεται στην κληρονομικότητα, σε ισχαιμία της αρτηρίας του αναβολέα, σε προσβολή της μητέρας από ερυθρά κατά την εγκυμοσύνη.

Κατά κανόνα συνυπάρχει κάποιου βαθμού **βαρηκοία**.

Η **Θεραπεία** της εξαρτάται από τη μορφή και τη βαρύτητα της.

Την πλήρη διόρθωση της μικρωτίας επιχείρησε πρώτος, Βρετανός Πλαστικός Χειρουργός (Gilles, HI, το 1920. Χρησιμοποίησε **πλευρικό χόνδρο** ως εμφύτευμα, μέθοδος που παραμένει μέχρι σήμερα ευρέως αποδεκτή.

Η μεγάλη δυσκολία αποκατάστασης οφείλεται, αφ'ενός μεν, στην ανάγλυφη αρχιτεκτονική του πτερυγίου, την οποία τίποτα δεν μπορεί να τη μιμηθεί, αφ'ετέρου δε, στο ότι το δέρμα του αυτιού, είναι λεπτό και η επιτυχής συγκράτηση ενθεμάτων επισφαλής. Κλασσική παραμένει μέχρι σήμερα η **τεχνική Tanzer**. Επιτυχή τροποποίηση αυτής, παρουσίασαν οι **Brent & Nagata**.

Η διόρθωση αρχίζει από την ηλικία των 6 ετών και ολοκληρώνεται σε 3-4 στάδια με καλά αποτελέσματα.

Άλλος τρόπος αποκατάστασης, είναι η **χρήση αλλοπλαστικών υλικών** (Porex- Medpor, σκελετός από σιλικόνη).

## 4. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Περιλαμβάνουν πλήθος δυσμορφιών, από τις απλές υποπλα-

σίες μέχρι τις σοβαρές ανωμαλίες, οι οποίες αποτελούν διαμαρτίες της διάπλασης.

Οι ανωμαλίες αυτές δημιουργούν ασυμμετρία των μαστών. Ο στόχος, λοιπόν, της Πλαστικής Χειρουργικής είναι η αποκατάσταση των μαστών και η επίτευξη συμμετρίας.

Διακρίνονται σε:

**A) ανωμαλίες ατροφικού τύπου:**

- Αμαστία.
- Απλασία.
- Υποπλασία.

(ετερο- ή αμφοτερόπλευρη).

**B) ανωμαλίες υπερτροφικού τύπου:**

- Πολυμαστία.
- Ασύμμετρη υπερτροφία.

Θα αναφερθούμε στις πιο χαρακτηριστικές ανωμαλίες των μαστών.

## Απηλασία

Χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρη, πλήρη απουσία μόνο του μαζικού αδένα. Υπάρχουν μορφολογικές αλλοιώσεις του ημιθωρακίου που οφείλονται στην έλλειψη των θωρακικών μυών. Η δυσμορφία αυτή, καλείται, **σύνδρομο POLAND**.

Η αποκατάσταση επιτυγχάνεται χειρουργικά, με τη χρησιμοποίηση ενός μυός (πλατύς ραχιαίος μυς) που θα καλύψει το έλλειμμα και ενός κατάλληλου μεγέθους ενθέματος σιλικόνης.

## Υποπλασία

Μπορεί να είναι ετερο- ή αμφοτερόπλευρη. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη δόλων των ανατομικών στοιχείων του μαστού, τα οποία όμως υπολείπονται σε ανάπτυξη.

Στην **ετερόπλευρη υποπλασία**, υπάρχει ένας φυσιολογικά αναπτυγμένος μαστός και ένας υποπλαστικός. Ο "φυσιολογικός" μαστός θα χρησιμοποιηθεί σαν "οδήγος-μοντέλο" για τη διαμόρφωση του υποπλαστικού. Είναι, βέβαια, δυνατόν ο φυσιολογικός μαστός να παρουσιάζει, κάποιου βαθμού, πτώση ή υπερτροφία. Σ'



Υποπλασία αριστερού μαστού,  
πτώση δεξιού μαστού.



Μετεγχειροποιο  
αποτέλεσμα.

αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει να προηγηθεί η διαμόρφωση του και στη συνέχεια να ακολουθήσει η διόρθωση του υποπλαστικού, για την επίτευξη συμμετρίας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα υποπλασίας, αποτελούν, οι "**σωληνωτοί μαστοί**". Η πρώτη περιγραφή τους έγινε το 1976 (Rees-Aston). Ανάλογα με το βαθμό υποπλασίας, διακρίνονται 3 **μορφές**.

Η ύπαρξη ενός ρικνωτικού ινώδους δακτυλίου στη βάση του μαστού, εμποδίζει, τόσο την οριζόντια, όσο και την κάθετη έκπτυξη του και οδηγεί σε σωληνωτή διαμόρφωση αυτού.

Το ΣΘΑ (σύμπλεγμα θηλή-θηλαία άλω) μπορεί να είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, με την υποματική γραμμή να βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο.

Πολλές **χειρουργικές μέθοδοι**, έχουν περιγραφεί για τη διόρθωση αυτής της δυσμορφίας. Η πλέον δόκιμη απ' αυτές, αφορά στην περιθηλαία προσπέλαση του μαστού, διαίρεση του ρικνωτικού ινώδους δακτυλίου, ανακατανομή του παρεγχύματος και κατά κανόνα τοποθέτηση πρόθεσης σιλικόνης.

Τα **αποτελέσματα** της μεθόδου είναι πολύ ικανοποιητικά.

Η **αμφοτερόπλευρη υποπλασία με ασυμμετρία**, μπορεί να αφορά τόσο τη διάμετρο όσο και την προβολή των μαστών. Η τοποθέτηση διαφορετικού μεγέθους προθέσεων σιλικόνης, λύνει το πρόβλημα.

Η **Πολυμαστία** είναι σπανιότατη συγγενής ανωμαλία, η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη υπεράριθμου μαστού, με

συχνότερη εντόπιση την μασχάλη. Ο μαστός αυτός αφαιρείται χειρουργικά.

Η **υπερτροφία** των μαστών, καθώς και ο συνδυασμός υπερτροφίας- υποπλασίας αντιμετωπίζονται χειρουργικά με κοινό στόχο την απόκτηση συμμετρίας.

Περισσότερα γι' αυτό το θέμα, θα αναφερθούν στο κεφάλαιο της μειωτικής των μαστών.

## 5. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ

Διακρίνονται σε:

**Α) ανωμαλίες του αριθμού και της θέσης:**

1. Πολυθηλία
2. Έκτοπη θηλή

**Β) μορφολογικές ανωμαλίες:**

1. Υπερτροφία
2. Εισολκή της θηλής

Η **πολυθηλία** είναι σχετικά συχνή ανωμαλία, συναντάται σε ποσοστό 1% και στα δύο φύλα. Συνήθως υπάρχει μόνο μια θηλή, λίγα εκατοστά χαμηλότερα της φυσιολογικής. Άλλοτε παρουσιάζονται πολλές θηλές και εντοπίζονται πάντοτε κατά μήκος των γαλακτικών γραμμών που εκτείνονται από τις μασχάλες μέχρι τις βουβωνικές περιοχές. Οι υπεράριθμες θηλές αφαιρούνται με τοπική αναισθησία.

Η **υπερτροφία της θηλής**, αποτελεί ανωμαλία άγνωστης αιτιολογίας, με φυσιολογική θηλαία άλω, η οποία συνυπάρχει με υποπλασία των μαστών. Η δυσαναλογία των μεγεθών δημιουργεί αισθητικό πρόβλημα, το οποίο όμως αντιμετωπίζεται χειρουργικά με επιτυχία (τεχνική "δίκηνη τηλεσκοπίου" για την θηλή, αυξητική για την υποπλασία)

Η **εισολκή της θηλής**, αποτελεί δυσμορφία, κατά την οποία η θηλή βρίσκεται σε ανάστροφη θέση. Μπορεί να είναι συγγενής και οφείλεται σε βραχείς γαλακτοφόρους πόρους, ή επικτητή μετά από πολλαπλές κυνήσεις. Διορθώνεται πλήρως.

## 6. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

Είναι πολλές τον αριθμό με μεγάλη ποικιλομορφία. Η **αιτιο-**



Συνδακτυλία μέσου-παράμεσου πριν και μετά.

**Λογία** τους είναι τελείως άγνωστη. Θα αναφερθούμε μόνο στη συχνότερη.

### Συνδακτύνια

Πρόκειται για αποτυχία διαχωρισμού δυο δακτύλων. Φυσιολογικά ο διαχωρισμός γίνεται μεταξύ 7<sup>ης</sup>-8<sup>ης</sup> εβδομάδας της ενδομήτριας ζωής.

Εμφανίζεται σε συχνότητα 1:2000 γεννήσεις.

Το 3<sup>ο</sup> μεσοδακτύλιο διάστημα είναι αυτό που προσβάλλεται συχνότερα. Ανάλογα με το βαθμό δερματικής ή/και οστικής συνένωσης, καθορίζονται και οι μορφές της. Προσβάλλονται ενίοτε και τα δάκτυλα του ποδιού. Η συνδακτυλία συνοδεύεται συχνά και από ανωμαλίες άλλων οργάνων. Είναι σχεδόν απίστευτο ότι συναντάται σε 28 σύνδρομα!

**Ο χρόνος αποκατάστασης (timing)** εξαρτάται από την πολυπλοκότητα της βλάβης.

Όταν υπάρχει οστική συμμετοχή, ο διαχωρισμός γίνεται στην ηλικία 6-12 μηνών.

Οι πιο απλές μορφές μπορούν να περιμένουν μέχρι το 2<sup>ο</sup> έτος ηλικίας του παιδιού.

Πάνω από 60 χειρουργικές τεχνικές έχουν περιγραφεί. Όλες αποσκοπούν στο διαχωρισμό των δακτύλων, τη δημιουργία καλού μεσοδακτύλιου διαστήματος και την κάλυψη των τραυματικών επιφανειών με μόσχευμα.

Τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά.

## **7. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

### **Υποσπάδιας**

Αποτελεί τη **συχνότερη** συγγενή ανωμαλία του πέους. Τον όρο εισήγαγε ο **Γαληνός**. Η διάπλαση των έξω γεννητικών οργάνων ολοκληρώνεται μέχρι τον 4<sup>ο</sup> μήνα της κύησης. Οι όρχεις εξέρχονται στο όσχεο τον 7<sup>ο</sup> μήνα.

Ο υποσπαδίας συνίσταται σε ατελή ανάπτυξη της πρόσθιας ουρήθρας, με έκτοπη θέση του έξω στομίου της. Συνυπάρχει συνήθως **κάμψη** του πέους λόγω "χορδής" (ινώδης συνδετικός ιστός), που αποτελεί εκφυλιστικό υπόλειμμα του μη αναπτυχθέντος τμήματος της ουρήθρας. Είναι μια μορφή ατελούς ανδροποίησης των γεννητικών οργάνων, που οφείλεται πιθανόν σε ανεπαρκή παραγωγή των ορμονών των όρχεων.

Εμφανίζεται με **συχνότητα** 1:350 γεννήσεις στις Η.Π.Α.

Παρουσιάζει μια ποικιλομορφία ως προς την κλινική του εικόνα. Οι συχνότερες **μορφές** του είναι ο βαλανικός και ο πρόσθιος πεϊκός υποσπαδίας. Ενίστε συνοδεύεται από κρυφορχία. Σπανιότερα, τα γεννητικά όργανα μπορεί να είναι υποπλαστικά και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό ώστε να μην είναι εύκολος ο προσδιορισμός του φύλου (ψευδερμαφροδιτισμός). Ισως γ' αυτό ο Γαληνός έθεσε τον όρο υποσπαδίας, από το **"σπαδός"** που σημαίνει, "ευνούχος".

Η **Θεραπεία** του ανέκαθεν προκαλούσε το ενδιαφέρον των χειρουργών. Αυτό μαρτυρούν οι πάνω από 200 τεχνικές διόρθωσης που έχουν περιγραφεί.

**Ο στόχος** είναι:

α) Ο ευθειασμός του πέους με την αφαίρεση της χορδής & β) η αποκατάσταση της ουρηθρας, με τοποθέτηση του έξω στομίου της στη σωστή θέση (ουρηθροπλαστική).

**Χρόνος αποκατάστασης (timing):** η επέμβαση πρέπει να γίνεται στο πρώτο έτος ηλικίας.

Οι τεχνικές σ' ένα στάδιο έχουν, πλέον, την προτίμηση των χειρουργών.

# Έγκαυμα

---

**Τ**ο έγκαυμα είναι μία από τις βαρύτερες τραυματικές κακώσεις που μπορεί να υποστεί ο άνθρωπος και για αυτό απαιτεί άμεση αντιμετώπιση από εξειδικευμένη ιατρική ομάδα.

Συχνά υποεκτιμάται και αυτό διότι δεν γνωρίζουμε ότι το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματός μας, αποτελώντας το 16% του βάρους μας, και είναι υπεύθυνο για την διατήρηση της ομοιοστασίας μας. Το δέρμα αποτελεί φραγμό στην απώλεια θερμότητας, στην απώλεια ύδατος και ηλεκτρολυτών και αποτελεί κύριο φραγμό των μικροβίων.

Από τα ανωτέρω γίνεται σαφές ότι το έγκαυμα δεν αποτελεί μία επιφανειακή και εντοπισμένη βλάβη αλλά μία οντότητα που επηρεάζει όλον τον οργανισμό και τα όργανα του αποτελώντας στην πραγματικότητα μία νόσο (την εγκαυματική νόσο).

Μία άλλη παράμετρος που πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας μιλώντας για έγκαυμα είναι ότι η επούλωση γίνεται με δημιουργία ουλών. Συχνά αυτές οι ουλές είναι δύσμορφες και ρικνωτικές προκαλώντας πέρα από το αποκρουστικό θέαμα και λειτουργικές διαταραχές. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι μία τέτοια νόσος, ανάλογα βέβαια και με τα χαρακτηριστικά της (έκταση, βάθος, ηλικία εγκαυματία κλπ) μπορεί να οδηγήσει από την πλήρη ίαση μέχρι τον θάνατο.

Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες το 77% των εγκαυμάτων οφείλεται σε φλόγες, το 13% σε ζεστό νερό, το 5,1% σε εγκαύματα εξ' επαφής, το 3% σε ηλεκτρικά εγκαύματα και το 1,9% σε χημικά εγκαύματα.



Έγκαυμα áκρων χειρών.

Αποκατάσταση με τοποθέτηση μοσχευμάτων δέρματος.

Το δέρμα αποτελείται από την επιδερμίδα και το χόριο και αυτά με την σειρά τους αποτελούνται από κυτταρικές στιβάδες. Η κατηγοριοποίηση των εγκαυμάτων βασίζεται στο επίπεδο της βλάβης στο δέρμα, δηλαδή το πόσο βαθιά στο δέρμα "έφθασε" ο αιτιολογικός παράγων. Έτσι έχουμε τα **μερικού πάχους** που με την σειρά τους χωρίζονται σε **μερικού επιπολής** και **μερικού εν τω βάθει** και τα **ολικού πάχους**. Το χόριο περιέχει επιθηλιακά κύτταρα που είναι υπεύθυνα για την συνεχή ανανέωση και ανάπλαση του δέρματος. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι στα μερικού πάχους εγκαύματα μπορεί να επουλωθούν μόνα τους, σε άλλοτε άλλο χρόνο, ανάλογα με το βάθος και εφόσον τα ζωντανά αυτά κύτταρα δεν καταστραφούν από αφυδάτωση ή επιμόλυνση. Στα ολικού πάχους εγκαύματα που υπάρχει καταστροφή όλων των επιθηλιακών κυττάρων η ίαση μπορεί να γίνει μόνο από τα επιθηλιακά κύτταρα των ορίων του εγκαύματος με πολύ αργούς ρυθμούς, πράγμα που σημαίνει ότι μάλλον θα χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση και κάλυψη συνήθως με δερματικό μόσχευμα.

Στα θερμικά εγκαύματα το βάθος της βλάβης είναι συνάρτη-

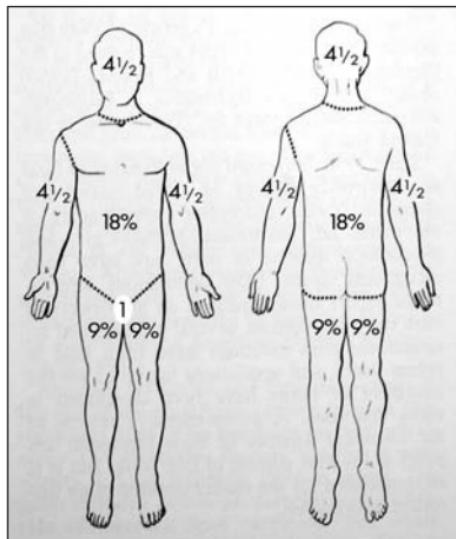
## Έγκαυμα

ση τόσο της θερμοκρασίας έκθεσης όσο και της χρονικής διάρκειας έκθεσης.

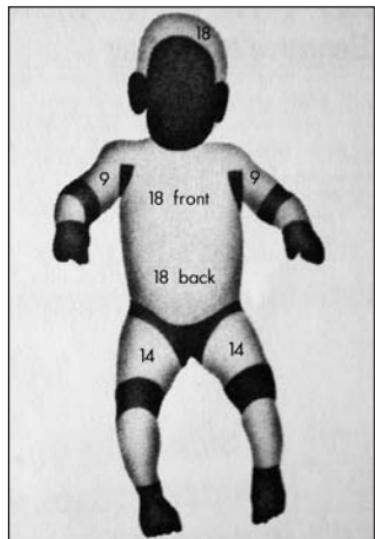
Ο καθορισμός του βάθους του εγκαύματος μπορεί να γίνει με βάσει τρείς παραμέτρους:

<b>Φυσικά Χαρακτηριστικά</b>	<b>Επιφανειακά ή Μερικού επιπολής</b>	<b>Μερικού εν τω βάθει</b>	<b>Οδικού πάχους</b>
Χρώμα	Ρόζ	Ρόζ ή κόκκινα	Ασπρα, καφέ ή κίτρινα
Φυσσαλίδες	Απούσες	Παρούσες	Συνήθως απούσες
Αισθητικότητα και εμφάνιση τραύματος	Επώδυνα Ομοιόμορφα	Επώδυνα επιπρόμενα	Ανώδυνα εισέχοντα

Ο καθορισμός της έκτασης του εγκαύματος γίνεται, για τους ενήλικες, βάσει του "κανόνα των 9" του Wallace. Ο κανόνας αυτός τροποποιείται για τα νεογνά-βρέφη και τα παιδιά λόγω της διαφοράς των αναλογιών της κεφαλής, του κορμού και των άκρων.



Ενήλικες



Παιδιά

Ένας εύκολος μνημονοτεχνικός κανόνας για εύκολο υπολογισμό της εγκαυματικής επιφάνειας είναι το γεγονός ότι η παλάμη του ασθενούς είναι περίπου το 1% της επιφανείας του σώματος του.

Ποιοί είναι οι παράγοντες που θα οδηγήσουν τον εγκαυματία σε εξειδικευμένο κέντρο;

- Εισπνοή καπνού, μονοξειδίου του άνθρακα ή τοξικών αναθυμιάσεων.
- Έγκαυμα >10% της επιφανείας του σώματος σε ασθενείς < των 10 ετών και > των 50 ετών.
- Όλοι οι ασθενείς με έγκαυμα >20%.
- Ολικού πάχους εγκαύματα >5%.
- Όλα τα εγκαύματα που περιλαμβάνουν πρόσωπο, χέρια, πόδια, περίνεο και γεννητικά όργανα.
- Συνοδά τραύματα.
- Ειδικοί κοινωνικοί λόγοι (κακοποιημένο παιδί κλπ)
- Συνοδοί νόσοι.

Ποιοί είναι οι παράγοντες που δηλώνουν την βαρύτητα ενός εγκαύματος;

- Η έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας.
- Το βάθος του εγκαύματος.
- Η ηλικία του ασθενούς.
- Ο αιτιολογικός παράγων.
- Κατάγματα ή άλλες συνοδές κακώσεις.
- Συνοδές νόσοι (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεφρικά ή μεταβολικά).
- Παχυσαρκία ή αλκοολισμός.
- Εάν το έγκαυμα έγινε σε κλειστό χώρο με αποτέλεσμα εισπνοή καπνού, μονοξειδίου του άνθρακα ή τοξικών αναθυμιάσεων.

Τρείς παράγοντες θέτουν σε κίνδυνο την ζωή του εγκαυματία. Αυτοί είναι το εισπνευστικό έγκαυμα, η εγκαυματική καταπληξία και η επιμόλυνση.

Αναφέρθηκε ανωτέρω ποια είναι τα σημεία εκείνα που θα μας οδηγήσουν στο νοσοκομείο. Μέχρι να πάμε όμως εκεί τι μπορούμε να κάνουμε (για θερμικά εγκαύματα);

- Αφαίρεση των ρούχων από την εγκαυματική επιφάνεια.
- Ξέπλυμα με κρύο νερό για 10 περίπου λεπτά.

## **ΕΙΔΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ**

### **1. Ηλεκτρικά Έγκαυματα**

Σαν ηλεκτρικό έγκαυμα ορίζεται η ιστική βλάβη συνεπεία έκθεσης σε ηλεκτρικό ρεύμα.

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της ιστικής βλάβης αυτής είναι πολύπλοκοι. Παρόλα αυτά δύο μηχανισμοί κυριαρχούν:

- Η θερμότητα που προκαλείται από την δίοδο ηλεκτρικού ρεύματος μέσα από τους ιστούς (που έχουν αντίσταση) προκαλεί θερμικές βλάβες (φαινόμενο Joule) και
- Η απευθείας δράση του ηλεκτρικού ρεύματος πάνω στις πρωτεΐνες και τα λιπίδια της κυτταρικής μεμβράνης των ιστών από τους οποίους διέρχεται.

Σημαντικοί παράγοντες στο ηλεκτρικό έγκαυμα:

- Ο τύπος του ρεύματος (συνεχές ή εναλλασσόμενο).
- Η ένταση του ρεύματος.
- Η τάση του ρεύματος.
- Η αντίσταση του σώματος.
- Την χρονική διάρκεια επαφής.
- Την ύπαρξη ή όχι γείωσης.

Οι βλάβες που προκαλούνται από το ηλεκτρικό ρεύμα είναι τοπικές (πύλη εισόδου και σημείο εξόδου). Επειδή το ρεύμα έχει την τάση να ακολουθεί την πορεία με την μικρότερη αντίσταση προκαλεί βλάβες στους ιστούς με την μικρότερη αντίσταση. Έτσι βλάπτει κατά σειρά τα νεύρα, τα αγγεία, τους μύες, το δέρμα, το λίπος και τελευταία τα οστά. Οι βλάβες αυτές είναι προϊόντες και μπορεί να εμφανιστούν και μια εβδομάδα αργότερα με θρομβώσεις αγγείων και νεκρώσεις μυικών μαζών. Στο σημείο εξόδου οι βλάβες είναι μικρότερες λόγω της εξασθένισης του ρεύματος κατά την διέλευσή του από το σώμα). Στις γενικές βλάβες μπορεί να έχουμε από απλό ηλεκτρικό shock ("με τίναξε το ρεύμα") μέχρι τετανία, κατάγματα ή και θανατηφόρο καρδιακή αρρυθμία. Σημαντική επιπλοκή πέραν των αρρυθμιών αποτελεί και η οξεία νεφρική ανεπάρκεια που οφείλεται αφ' ενός στην άμεση βλάβη του νεφρικού ιστού από το ρεύμα αφ' ετέρου στην μαζική μυοσφαιρινουρία λόγω των εκτεταμένων μυικών καταστροφών.

## 2. Χημικά Εγκαύματα

Τα χημικά εγκαύματα δημιουργούνται από την καταστροφική δράση διαφόρων ουσιών στο δέρμα ή τους βλεννογόνους. Η δράση των ουσιών αυτών δεν περιορίζεται μόνο τοπικά στην μετουσίωση των λευκωμάτων των κυττάρων αλλά και όταν απορροφηθούν προκαλούν συστηματικές τοξικές βλάβες. Να σημειωθεί δε ότι η βαρύτητα της συστηματικής τοξικότητας δεν είναι πάντα ανάλογη της έκτασης της δερματικής βλάβης.

Τα χημικά εγκαύματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις ομάδες:

- Εγκαύματα από οξέα.
- Εγκαύματα από αλκάλεα (βάσεις).
- Εγκαύματα από λευκό φώσφορο.
- Εγκαύματα από χημειοθεραπευτικά ενέσιμα φάρμακα που εξαγγειώνονται.

Η έκταση και βαρύτητα της βλάβης εξαρτάται από:

- Την οξύτητα του διαλύματος (pH).
- Την ποσότητα.
- Την διάρκεια δράσης.
- Την περιοχή του σώματος.
- Τον τρόπο δράσης (απευθείας ή μέσω ρούχων, γαντιών κλπ).

Τα οξέα έχουν βραχεία δράση και αυτό γιατί εξουδετερώνονται από το αλκαλικό περιβάλλον των ιστών. Τα αλκάλεα από την άλλη έχουν συνεχή δράση και προκαλούν μεγαλύτερες βλάβες.

## 3. Εγκαύματα από ακτινοβολία

Όλες οι ιονίζουσες ακτινοβολίες προκαλούν και δερματικές βλάβες. Τέτοιου είδους βλάβες συναντάμε σε ακτινοβολημένες θεραπευτικές για κακοήθειες περιοχές του σώματος, στα θύματα πυρηνικών ατυχημάτων ή διαφυγής ραδιενέργειας και στα θύματα πολεμικών ενεργειών με χρήση μη συμβατικών όπλων. Χαρακτηριστικό των βλαβών αυτών είναι ότι με την πάροδο των ετών οι ουλές χειροτερεύουν και συχνά υπάρχει κακοήθης εξαλλαγή.

#### 4. Κρυοπαγήματα

Οι συχνότερες βλάβες από έκθεση στο κρύο είναι:

- Η υποθερμία.
- Βλάβη από ιστική ψύξη που είναι το κρυοπάγημα (συμβαίνει όταν η θερμοκρασία πέσει κάτω από -2°C, ψύχεται ο ιστός και δημιουργούνται ενδο- και εξωκυττάριοι κρύσταλλοι με αποτέλεσμα την ρήξη της κυτταρικής μεμβράνης καθώς επίσης και τριχοειδική θρόμβωση).
- Βλάβη από μη ιστική ψύξη που είναι οι χιονίστρες (αυτές προκαλούνται σε θερμοκρασίες 1-10°C σε περιβάλλον με υψηλά ποσοστά υγρασίας και με θερμοκρασίες σώματος φυσιολογικές. Τα συμπτώματα του μουδιάσματος, της φαγούρας και του πόνου οφείλονται στην αγγειοσυστολή). Η αντιμετώπιση του κρυοπαγήματος είναι η άρση του αιτίου και η ταχεία επαναθέρμανση του σκέλους εμβαπτίζοντάς το σε νερό θερμοκρασίας 40-42°C .

# ΄Ογκοι του δέρματος

---

## ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

**Τ**ο **δέρμα** αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος. Στους ενήλικες έχει κατά μέσο όρο βάρος 4 kg και επιφάνεια 1.8m<sup>2</sup>. Αποτελείται από 3 στιβάδες, την επιδερμίδα, το χόριο και το υποδόριο λίπος, και από τα εξαρτήματα του δέρματος.

Η **επιδερμίδα** αποτελεί το 5% του πάχους του δέρματος και σχηματίζεται από ένα πολύστιβο κερατινοποιημένο επιθήλιο. Περιλαμβάνει τα κερατινοκύτταρα, που είναι τα κύρια κύτταρα της επιδερμίδας και σχηματίζουν ένα προστατευτικό στρώμα κερατίνης στην επιφάνειά της, τα μελανοκύτταρα τα οποία παράγουν τη μελανίνη που προστατεύει το δέρμα από την υπεριώδη ακτινοβολία, και άλλα κύτταρα που παίζουν ρόλο στην ανοσία ή λειτουργούν ως μηχανοϋποδοχείς.

Το **χόριο** αποτελεί το 95% του πάχους του δέρματος και περιλαμβάνει ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης, πρωτεογλυκάνες (ειδικές δομικές ίνες σπώς το υαλουρονικό οξύ), τριχοειδή αγγεία, νεύρα, μυς, λίπος και κύτταρα που συμμετέχουν στην άμυνα του οργανισμού.

Τα **εξαρτήματα του δέρματος** είναι οι τρίχες, οι ιδρωτοποιοί αδένες και οι σμηγματογόνοι αδένες, και βρίσκονται μέσα στο χόριο ή μέσα στο υποδόριο λίπος.

Η λειτουργία του δέρματος περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την

προστασία από το περιβάλλον, την υπεριώδη ακτινοβολία, τα μικρόβια, την απώλεια υγρών, ενώ συμμετέχει στη θερμορύθμιση, την αισθητικότητα και τον ανοσολογικό μηχανισμό του οργανισμού.

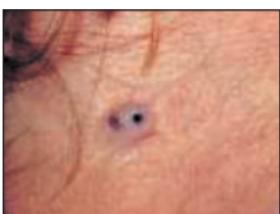
### **Καλοίθεις παθήσεις του δέρματος**

Καλοίθεις παθήσεις του δέρματος που απασχολούν συχνά τον πλαστικό χειρουργό περιλαμβάνουν:

- Τις κύστεις.
- Την υπερίδρωση.
- Την πυώδη ιδρωταδενίτιδα (ή ανάστροφη ακμή).
- Τα ξανθελάσματα.

### **Κύστεις**

Διακρίνονται σε επιδερμοειδείς, δερμοειδείς και κύστεις από παγίδευση.



Οι **επιδερμοειδείς κύστεις** (παλαιότερα λέγονταν και σμηγματογόνες κύστεις) προκαλούνται από την απόφραξη των σμηγματογόνων αδένων, και αφαιρούνται με τοπική αναισθησία.

Οι **δερμοειδείς κύστεις** είναι συγγενείς και εμφανίζονται συνήθως γύρω (έξω) από τα μάτια, ή στη μέση γραμμή, στο μέτωπο. Σπανίως μπορεί να έχουν και ενδοκρανιακή επέκταση, και γι' αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από ειδικό πλαστικό χειρουργό.

Οι **κύστεις από παγίδευση** οφείλονται σε παγίδευση επιδερμικών στοιχείων στο υποδόριο λόγω τραυματισμού. Αφαιρούνται με τοπική αναισθησία.

### **Υπερίδρωση**

Η υπερίδρωση χαρακτηρίζεται από συνεχή εφίδρωση που μπορεί να αφορά ολόκληρο το σώμα ή μεμονωμένες περιοχές

(μασχάλες, παλάμες, πέλματα κ.α.).

Αντιμετωπίζεται με πολλαπλές ενέσεις μικρής ποσότητας αλλαντικής τοξίνης τύπου A (Botox, Dysport), που σταματά προσωρινά το πρόβλημα ή χειρουργικά, με επιφανειακή λιποαναρρόφηση ή εκτομή της πάσχουσας περιοχής.



## Πιώδης ιδρωταδενίτιδα

Η πιώδης ιδρωταδενίτιδα (ανάστροφη ακμή) αφορά το 4% του πληθυσμού και είναι μία φλεγμονώδης νόσος των μεγάλων ιδρωτοποιών αδένων που βρίσκονται στις μασχάλες, τις βουβώνες και την περιγεννητική χώρα. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη, αλλά ενοχοποιούνται παχυσαρκία, κακή διατροφή, κά-



Πιώδης  
ιδρωταδενίτιδα

Δερματικό μόσχευμα  
στην περιοχή  
μασχάλης.

πνισμα, ορμονικοί παράγοντες και κακή ατομική υγιεινή, ενώ ενδέχεται να εμπλέκεται και κληρονομικός παράγων. Στα αρχικά στάδια η νόσος αντιμετωπίζεται επιτυχώς με αντιβιοτικά, αλλά σε προχωρημένα στάδια η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση της πάσχουσας περιοχής και αποκατάσταση του ελλείμματος από πλαστικό χειρουργό.

## Ξανθελάσματα

Τα ξανθελάσματα αποτελούν τοπικές συγκεντρώσεις λιπιδίων κάτω από την επιδερμίδα και εμφανίζονται κυρίως στα άνω και κάτω βλέφαρα. Στο 50% των περιπτώσεων συσχετίζονται με υπερλιποπρωτεΐναιμία. Η αντιμετώπισή τους συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεσή τους υπό τοπική αναισθησία.



## Όγκοι του δέρματος

Οι όγκοι του δέρματος ταξινομούνται ανάλογα με την προέλευσή τους από την επιδερμίδα, το χόριο (δηλαδή από τα εξαρτήματα του δέρματος) ή από μεσεγχυματικά στοιχεία όπως μυς νεύρα και αγγεία, καθώς και σε μελανοκυτταρικούς και μη μελανοκυτταρικούς ανάλογα με το αν προέρχονται από τα μελανοκύτταρα ή όχι.

Οι κυριότεροι όγκοι του δέρματος είναι:

<b>Προέλαση</b>	<b>Καλοίδεις και Προκαρκινικοί</b>	<b>Κακοίδεις</b>
Επιδερμίδα	Θήλωμα Σγηγματορροϊκή κεράτωση Ακτινική κεράτωση Νόσος του Bowen Κερατοακάνθωμα	Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
Σμηγματογόνοι αδένες	Αδένωμα Ρινόφυμα Σμηγματογόνος σπίλος	Σμηγματογόνο καρκίνωμα
Ιδρωτοποιοί αδένες	Συρίγγωμα Κυλίνδρωμα Ιδραδένωμα	Κακόθες συρίγγωμα Κακόθες κυλίνδρωμα Ιδραδενοκαρκίνωμα
Τρίχες	Τριχήλειμμα	Τριχοεπιθηλίωμα
Μυϊκός ιστός	Λειομύωμα	Ραδβομυοσάρκωμα
Ινώδης συνδετικός ιστός	Ίνωμα Δερματοΐνωμα	Ινοσάρκωμα
Λιπώδης ιστός	Λίπωμα	Λιποσάρκωμα
Νευρικός ιστός	Νευροΐνωμα	Νευροϊνοσάρκωμα
Αγγεία	Αιμαγγείωμα Αιμαγγειωματώδης σπίλος	Αιμαγγειωσάρκωμα Καροσί
Λεμφαγγεία	Λεμφαγγείωμα	Λεμφαγγειοσάρκωμα
Μελανοκύτταρα	Σπίλοι	Μελάνωμα

## Θήλωμα (ή ακροχόρδονας)

Τα θηλώματα είναι μικροί καλο-  
ήθεις όγκοι που εμφανίζονται  
συνήθως στο λαιμό, τις μασχά-  
λες, το στήθος και τις βουβώνες.  
Εμφανίζονται συνήθως κατά τη  
μέση ηλικία, είναι μισχωτά και  
έχουν το χρώμα του δέρματος.  
Τα μοναδικά προβλήματα που  
μπορεί να παρουσιάσουν είναι από τοπικό ερεθισμό τους. Αντι-  
μετωπίζονται με εκτομή ή καυτηρίαση.



## Σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση

Καλοί θηλές βλάβη αγνώστου αι-  
τιολογίας (ενοχοποιείται η έκθεση  
στον ήλιο) που έχει τη μορφή κα-  
φέ, σμηγματορροϊκής πλάκας που  
φαίνεται σαν να είναι "κολλημένη"  
πάνω στο δέρμα. Εμφανίζονται  
κυρίως στον κορμό και το πρό-  
σωπο ατόμων μέσης και μεγαλύ-  
τερης ηλικίας και αντιμετωπίζο-  
νται με απόξεση.



## Ακτινική κεράτωση

Προκαρκινική βλάβη που οφείλεται στην  
ηλιακή ακτινοβολία (αθροιστική δράση). Εμ-  
φανίζεται στις εκτεθειμένες περιοχές ηλι-  
κιωμένων ατόμων και σε άτομα σε ανοσο-  
καταστολή (π.χ. άτομα με μεταμόσχευση νε-  
φρού). Οι βλάβες έχουν συνήθως ερυθρό  
χρώμα, τραχεία επιφάνεια και εμφανίζουν  
απολέπιση. Υπάρχει πιθανότητα 5%-20% κα-  
κοθίους εξαλλαγής τους σε ακανθοκυττα-  
ρικό καρκίνωμα. Αντιμετωπίζονται με κρυοθεραπεία, τοπική  
εφαρμογή κρέμας φθοριουρακίλης ή χειρουργική εκτομή υπό<sup>1</sup>  
τοπική αναισθησία.



## Νόσος του Bowen



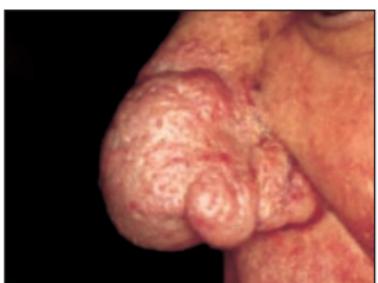
Προκαρκινική βλάβη που εμφανίζεται κυρίως στα κάτω άκρα ηλικιωμένων ατόμων. Η βλάβη έχει ερυθρωπό/ροζ χρώμα και εμφανίζει απολέπιση. Εάν αφεθεί υπάρχει πιθανότητα 10% να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και γι' αυτό πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά.

## Κερατοακάνθωμα



Καλοήθης βλάβη που μοιάζει πάρα πολύ με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και υποχωρεί μόνη της. Εμφανίζεται συνήθως στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές του σώματος, έχει την εμφάνιση οζιδίου με κερατινοποιημένο το κεντρικό του τμήμα και αναπτύσσεται ταχύτατα (φτάνει τα 2 εκ. μέσα σε 1-2 μήνες) και στη συνέχεια υποχωρεί, συνήθως μέσα σε 6 μήνες. Υπάρχει κίνδυνος εξαλλαγής της σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και γι' αυτό συνιστάται η χειρουργική αφαίρεσή της.

## Ρινόφυμα



Βαριά μορφή υπερπλασίας των σμηγματογόνων αδένων της μύτης. Θεωρείται τελικό στάδιο της ροδοχρόου ακμής. Οι σμηγματογόνοι αδένες διογκώνονται και γεμίζουν με κερατίνη δίνοντας στη μύτη τη χαρακτηριστική δυσμορφία που

έχει εσφαλμένα συσχετιστεί με την κατανάλωση αλκοόλ. Αντιμετωπίζεται με κατ' εφαπτομένη εκτομή των υπερπλαστικών στοιχείων.

## Σμηνυματογόνος σπίλος

Προκαρκινική βλάβη που εμφανίζεται σε πολύ νεαρή ηλικία στο τριχωτό της κεφαλής ως πορτοκαλοκίτιρινη πλάκα. Μετά την εφηβεία έχει πιθανότητα 20-30% εξαλλαγής σε βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Αφαιρείται χειρουργικά με μία η περισσότερες επεμβάσεις πριν από την εφηβεία, συνήθως με τοπική αναισθησία.



## Νευροϊνώμα

Καλοίθης βλάβη που προέρχεται από το νευρικό ιστό. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία ή στα πλαίσια του συνδρόμου της Νευροϊνώματωσης (νόσου του Von Recklinhausen), κυρίως στον κορμό και τα άκρα. Οι βλάβες έχουν τη μορφή μαλακών ροζ ή χρώματος του δέρματος οζιδίων και αντιμετωπίζονται με χειρουργική αφαίρεση υπό τοπική αναισθησία.



## Δερματοϊνώμα

Καλοίθης βλάβη που εμφανίζεται συνήθως στα άκρα και έχει τη μορφή σκληρού οζιδίου στο χρώμα του δέρματος. Αντιμετωπίζεται με χειρουργική αφαίρεση υπό τοπική αναισθησία, εφόσον δημιουργεί προβλήματα.



## Λίπιμα

Καλοίθης βλάβη που προέρχεται από τοπική υπερπλασία λίπους. Εμφανίζεται σε κάθε ηλικία, κυρίως στον κορμό και στα άκρα, και φαίνεται σαν υποδόριο οζίδιο.



Αντιμετωπίζεται, για αισθητικούς κυρίως λόγους, με χειρουργική αφαίρεση υπό τοπική αναισθησία.

## ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

### Σπίλοι

Οι σπίλοι είναι καλοήθεις όγκοι που προέρχονται από τα μελανοκύτταρα. Φυσιολογικά τα μελανοκύτταρα βρίσκονται μέσα στην επιδερμίδα, ενώ όταν αφήνουν την επιδερμίδα και βυθίζονται μέσα στο χόριο λέγονται σπιλοκύτταρα.

Έτσι οι σπίλοι διακρίνονται σε **μελανοκυτταρικούς** και **σπιλοκυτταρικούς**.

### Μελανοκυτταρικοί σπίλοι

Εδώ ανήκουν οι **εφηλίδες**, όπου υπάρχει αυξημένη παραγωγή μελανίνης χωρίς πολλαπλασιασμό των μελανοκυττάρων, και η **καλοήθης φακή**, όπου υπάρχει πολλαπλασιασμός των μελανοκυττάρων κατά μήκος της κατώτερης (βασικής) στιβάδας της επιδερμίδας. Αντιμετωπίζονται κυρίως για αισθητικούς λόγους με κρυοπηξία ή χημικό peeling.

Εφηλίδα



Καλοήθης φακή



### Σπιλοκυτταρικοί σπίλοι

Διακρίνονται σε συγγενείς και επίκτητους.

### Συγγενείς μελαχρωματικοί (σπιλοκυτταρικοί) σπίλοι

Πρόκειται για μελαχρωματικούς σπίλους που είναι εμφανείς

κατά τη γέννηση ή γίνονται αντιληπτοί μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής. Παρατηρούνται στο 1-2% του πληθυσμού και παρουσιάζονται συνήθως στον κορμό. Έχουν σκούρο χρώμα και συχνά φέρουν τρίχες. Διακρίνονται σε **μικρούς, μεσαίους και γιγαντιαίους**.

Οι γιγαντιαίοι, δηλαδή αυτοί που έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 20 εκ., έχουν πιθανότητα 5-20% ανάπτυξης μελανώματος. Για το λόγο αυτό συνιστάται η αφαίρεσή τους σε μικρή ηλικία.

Γιγαντιαίος  
μελαχρωματικός σπίλος



### **Επίκτητοι μελαχρωματικοί σπίλοι**

Οι επίκτητοι μελαχρωματικοί σπίλοι εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία και αυξάνονται κατά την εφηβεία και την ενήλικο ζωή. Ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο βρίσκονται τα κύτταρά τους διακρίνονται σε συνδεσμικούς, μεικτούς και ενδοδερμικούς ή χοριακούς.

Οι ενδοδερμικοί (οι χοριακοί) είναι επίπεδοι οι υπεγερμένοι, ανοικτοί καφέ ή μαύροι και μπορεί να φέρουν τρίχες. Οι συνδεσμικοί είναι επίπεδοι, λείοι με σκούρο χρώμα ενώ οι μεικτοί έχουν χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο άλλων.

Συνδεσμικός σπίλος



Μεικτός σπίλος



Ενδοδερμικός σπίλος



### **Δυσπλαστικοί ή άτυποι σπίλοι**

Οι δυσπλαστικοί σπίλοι αποτελούν ειδική κατηγορία των επίκτητων μελαχρωματικών σπίλων και έχουν χαρακτηριστικά που μοιάζουν με αυτά του μελανώματος. Έχουν μεγάλο μέγεθος



(>5 χιλ), ανώμαλο περίγραμμα και ποικιλοχρωμία, και υπάρχει πιθανότητα 10% εξαλλαγής σε μελάνωμα. Για το λόγο αυτό συνιστάται η χειρουργική αφαίρεσή τους.

## ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ο συχνότερος καρκίνος στον άνθρωπο. Αντίθετα από άλλους κακοήθεις όγκους, οι κακοήθεις όγκοι του δέρματος μπορεί να διαγνωστούν σχετικά εύκολα από το ιστορικό τους και από μία καλή κλινική εξέταση. Η αιτιολογία του καρκίνου του δέρματος είναι πολυπαραγοντική, αλλά σημαίνοντα ρόλο παίζει η ηλιακή ακτινοβολία.

Συμπτώματα και σημεία που ενδεχομένως να σημαίνουν την κακοήθη εξαλλαγή μιας δερματικής βλάβης περιλαμβάνουν:

1. πρόσφατη ταχεία εμφάνιση ή αλλαγή μιας δερματικής βλάβης,
2. βλάβη που εμφανίζει εξέλκωση ή περιόδους εξέλκωσης και επούλωσης,
3. εμφάνιση κνησμού,
4. πόνος.

## Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC)

Οζώδες



Ελκωτικό



Είναι ο συχνότερος καρκίνος της λευκής φυλής. Εμφανίζεται κυρίως στη μέση και μεγαλύτερη ηλικία και το 85% εντοπίζεται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Παρότι έχει χαρακτηριστικά κακοήθους όγκου δεν δίνει μεταστάσεις, αλλά μόνο διηθεί τοπικά. Διακρίνεται σε **οζώδες-ελκωτικό** (με τυπική "μαργαριταροειδή" όψη με επιφανειακά αγγεία), **επιφανειακώς επεκτεινόμενο** (με όψη ερυθρής πλάκας που μοιάζει με έκζεμα), **σκληρωτικό** (λευκοκίτρινη βλάβη με ασαφή όρια που μοιάζει με ουλή) και



Επιφανειακώς επεκτεινόμενο



Σκληρωτικό



Μελαχρωματικό

**μελαχρωματικό** (που μοιάζει με το οζώδες-ελκωτικό αλλά παρουσιάζει καφέ-μαύρη χρωστική).

Η αντιμετώπισή του σε πολύ αρχικά στάδια γίνεται με κρυο-θεραπεία, ηλεκτροκαυτηρίαση, απόξεση ή κρέμα φθοριοουρακίλης, αλλά συνήθως συνιστάται χειρουργική αφαίρεση που αποτελεί και την οριστική θεραπεία του.

## Άκανθοκιτταρικό καρκίνωμα (SCC)

Είναι ο δεύτερος συχνότερος κακοίθης όγκος του δέρματος (10-20%). Παρατηρείται συνήθως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στις εκτεθειμένες περιοχές του δέρματος, και εμφανίζεται ως ερυθρό οζίδιο με υπερκερατωτικά στοιχεία ή ως εξέλκωση



που δεν επουλώνεται. Εμφανίζεται συχνά σε περιοχές με προϋπάρχουσες προκαρκινικές βλάβες (ακτινική κεράτωση, κερατοακάνθωμα, νόσο του Bowen), και η κλινική συμπεριφορά του εξαρτάται από τον βαθμό διαφοροποίησής του - όσο πιο αδιαφοροποίητο είναι, τόσο πιο επιθετικό. Γενικά είναι πολύ πιο επιθετικό από το βασικοκιτταρικό καρκίνωμα και μπορεί να δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες σε ποσοστό 5-15%.

Η θεραπεία του πρέπει να είναι επιθετική και περιλαμβάνει χειρουργική αφαίρεση και μακροχρόνια μετεγχειρητική παρακολούθηση (3-5 έτη) για την έγκαιρη αναγνώριση υποτροπών και μεταστάσεων.

## Μελάνωμα

Λέγεται καταχρηστικά και κακόηθες μελάνωμα (αφού δεν υπάρχει καλόηθες μελάνωμα) και είναι η πιο σοβαρή μορφή καρκίνου του δέρματος.

Είναι κακοήθης όγκος των μελανοκυττάρων, ιδιαίτερα επιθετικός, και αποτελεί το 2% όλων των καρκίνων. Δυστυχώς φαίνεται ότι η συχνότητά του διπλασιάζεται κάθε 8-10 χρόνια, και ο συνολικός κίνδυνος να εμφανίσει κανείς μελάνωμα σε όλη τη ζωή του είναι 0.5%.

## Αιτιολογία

Βασικός αιτιολογικός παράγοντας είναι η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, και μάλιστα η **βραχυχρόνια εντατική έκθεση σε μικρή ηλικία** (επεισόδια σοβαρών ηλιακών εγκαυμάτων πριν από την ηλικία των 10 ετών αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης

μελανώματος κατά 4 φορές!). Ιδιαίτερη ευαισθησία εμφανίζουν τα άτομα με ανοιχτό χρώμα δέρματος, φακίδες, ανοιχτόχρωμα μάτια και κόκκινο χρώμα μαλλιών.

## Διάγνωση

Η πρώιμη διάγνωση είναι θεμελιώδους σημασίας για την καλή πρόγνωση του μελανώματος. Για το λόγο αυτό οποιαδήποτε δερματική βλάβη παρουσιάσει αλλαγή στην εμφάνιση ή τη συμπεριφορά της πρέπει να θεωρείται ύποπτη.

Βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του μελανώματος (κανόνας ABCDE)

Asymmetry - Ασυμμετρία

Border - Ανώμαλο περίγραμμα

Colour - Χρώμα

(Πρόσφατη αλλαγή χρώματος ή ποικιλοχρωμία)

Diameter - Διάμετρος > 6 χιλ

Elevation - Υπέγερση ή ψυλαφητό οζίδιο

Δευτερεύοντα κλινικά χαρακτηριστικά

Αιμορραγία

Κνησμός

Πόνος

Απολέπιση

Εξέλκωση

Σχηματισμός κρούστας

Το μελάνωμα μπορεί να εμφανιστεί εκ νέου (80%) ή σε προϋπάρχουσα βλάβη (όπως οι δυσπλαστικοί σπίλοι και οι γιγαντιαίοι μελαχρωματικοί σπίλοι) (20%).

## Κλινικές μορφές

### Κακοήθης φακός



Δεν θεωρείται καρκίνος αλλά μάλλον προκαρκινική βλάβη. Εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο ηλικιωμένων ατόμων και ουσιαστικά αποτελεί μη διηθητική μορφή μελανώματος, με εξαιρετικά αργή εξέλιξη. Κακοήθης εξαλλαγή εμφανίζεται στο 30-50% των περιπτώσεων και γι' αυτό πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά.

### Επιφανειακός επεκτεινόμενο μελάνωμα



Είναι η συχνότερη μορφή του (70%), μέτριας κακοήθειας, και εμφανίζεται κυρίως στην πλάτη στους άνδρες και στα κάτω άκρα στις γυναίκες. Είναι επίπεδη, ασύμμετρη βλάβη με ασαφή όρια, ανώμαλο περίγραμμα και ποικιλοχρωμία.

### Οζώδες μελάνωμα



Υψηλής κακοήθειας όγκος που αποτελεί το 15% των μελανωμάτων. Εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες μέσης ηλικίας στον κορμό ή στα άκρα, και κλινικά παρουσιάζεται σαν σκουρόχρωμο οζίδιο.

### Μελάνωμα των άκρων



Σχετικά σπάνια μορφή μελανώματος (10%) πολύ υψηλής κακοήθειας, που εμφανίζεται στις παλάμες, τα πέλματα και κάτω από τα νύχια. Οι βλάβες είναι συνήθως μεγάλες και επίπεδες με ανώμαλο περίγραμμα και ποικιλοχρωμία.

### Μελάνωμα επί κακοήθους φακός



Είναι η σπανιότερη μορφή μελανώματος (5%), εμφανίζεται επί προϋπάρχουσας κακοήθους φακής και έχει καλύτερη πρόγνωση από τις άλλες μορφές μελανώματος με μικρή τάση για μετάσταση.

## Πρόγνωση

Όσον αφορά την πρόγνωση του μελανώματος, καθοριστικής σημασίας φαίνεται πως είναι το πάχος της βλάβης, όπως αυτό μετράται ιστολογικά κατά τη βιοψία. Η μέτρηση αυτή γίνεται σε χιλιοστά και λέγεται **πάχος κατά Breslow**. Όσο πιο λεπτή είναι βλάβη (< 1χιλ.) τόσο καλύτερη η πρόγνωση και η επιβίωση. Πολύ παχιές βλάβες (> 4-5χιλ.) έχουν πτωχή πρόγνωση.

## Αντιμετώπιση

Η αρχική αντιμετώπιση βλάβης ύποπτης για μελάνωμα είναι η εκτομή της για τη διενέργεια βιοψίας. Η διενέργεια δειγματοληπτικής βιοψίας με αφαίρεση τμήματος μόνο της βλάβης επιτρέπεται μόνο σε πολύ μεγάλες βλάβες ή σε βλάβες που βρίσκονται σε ανατομικά δύσκολες περιοχές. Επί επιβεβαίωσης της διάγνωσης και αναλόγως πάλι του πάχους της βλάβης συνιστάται περαιτέρω εκτομή (ιδιότι έχει βρεθεί ότι βελτιώνει την επιβίωση), η οποία μπορεί να γίνει μέσα σε 3-4 εβδομάδες.

Όπως αναφέρθηκε το μελάνωμα είναι πολύ επιθετικός όγκος, και η συχνότερη θέση μετάστασής του είναι οι λεμφαδένες της περιοχής. Σε περιπτώσεις με κλινικά θετικούς λεμφαδένες επιβάλλεται λεμφαδενικός καθαρισμός για την αφαίρεση των διηθημένων λεμφαδένων, ενώ και σε περιπτώσεις με όγκους πάχους 1-4χιλ χωρίς κλινικά ψηλαφητούς λεμφαδένες βρέθηκε ότι ο προληπτικός λεμφαδενικός καθαρισμός μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση (αφού θεωρείται ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγάλη πιθανότητα να έχουν ήδη μικρομεταστάσεις στους λεμφαδένες).

Σε πολύ προχωρημένα στάδια χρησιμοποιείται συμπληρωματική θεραπεία με ιντερφερόνη (αυξάνει την επιβίωση), συστηματική χημειοθεραπεία (με μέτρια ανταπόκριση), περιοχική χημειοθεραπεία (απομονώνεται η κυκλοφορία του άκρου και διοχετεύεται χημειοθεραπευτικό σε υψηλές δόσεις - με καλή ανταπόκριση αλλά πολλές επιπλοκές) και ακτινοθεραπεία (με πτωχή ανταπόκριση).

## Βιογία φρουρού λεμφαδένα

Τελευταία εφαρμόζεται η τεχνική του λεγόμενου φρουρού λεμφαδένα για τον εντοπισμό των ασθενών εκείνων που θα

μπορούσαν να ωφεληθούν από προληπτικό λεμφαδενικό καθαρισμό, αποφεύγοντας τις επιπλοκές του στους υπόλοιπους ασθενείς.

Το σκεπτικό της τεχνικής βασίζεται στην παρατήρηση ότι οι μεταστάσεις ακολουθούν πάντα συγκεκριμένη διαδρομή. Έτσι εάν μπορέσουμε να εντοπίσουμε τον πρώτο λεμφαδένα της περιοχής στην οποία μπορεί ενδέχεται να γίνει η μετάσταση, η κατάσταση αυτού θα είναι ενδεικτική και της κατάστασης των υπολοίπων λεμφαδένων. Με άλλα λόγια εάν ο πρώτος ή φρουρός λεμφαδένας είναι αρνητικός για μετάσταση είναι παραδεκτό ότι και οι υπόλοιποι λεμφαδένες της περιοχής θα είναι αρνητικοί, οπότε δεν χρειάζεται να κάνουμε λεμφαδενικό καθαρισμό. Εάν αντίθετα ο φρουρός λεμφαδένας είναι θετικός προχωράμε πλέον σε θεραπευτικό λεμφαδενικό καθαρισμό.

## ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Σκοπός είναι ο εντοπισμός τυχόν νέου μελανώματος (προηγούμενο μελάνωμα ανεβάζει τον κίνδυνο εμφάνισης νέου μελανώματος σε 3-5%) και ο εντοπισμός υποτροπών και μεταστάσεων. Συνιστάται η στενή παρακολούθηση των ασθενών για 5-10 έτη.

# Όγκοι Κεφαλής & Τραχήλου

---

**Ο**όρος "όγκοι κεφαλής και τραχήλου" περιλαμβάνει μία πλειάδα κακοήθων όγκων που αναπτύσσονται στους βλεννογόνους που καλύπτουν:

- Τη στοματική κοιλότητα.
- Το φάρυγγα.
- Τους παραρρίνους κόλπους (ιγμόρεια).
- Τη ρινική κοιλότητα.
- Το λάρυγγα.
- Καθώς και στους σιελογόνους αδένες (παρωτίδα, υπογνάθιοι και υπογενείδιοι αδένες).

Οι όγκοι που αναπτύσσονται στο δέρμα της κεφαλής και του τραχήλου δεν κατατάσσονται συνήθως εδώ, αλλά στους όγκους του δέρματος. Οι όγκοι της κεφαλής και του τραχήλου αποτελούν το 5% όλων των καρκίνων, εμφανίζονται κυρίως μετά την 6<sup>η</sup> και 7<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής, είναι συχνότεροι στους άνδρες και στην συντριπτική πλειοψηφία τους (>90%) είναι ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, ενώ αυτοί των σιελογόνων αδένων είναι συνήθως αδενοκαρκινώματα.

Η αντιμετώπιση αποσκοπεί στην εξάλειψη του όγκου, διατηρώντας όμως ταυτόχρονα, στα μέτρα του δυνατού, τη λειτουργικότητα αλλά και την εμφάνιση της περιοχής. Δυστυχώς αυτό δεν είναι πάντα εφικτό και πολλές φορές η εξάλειψη του όγκου γίνεται με σημαντικό λειτουργικό κόστος.

## Παράγοντες Κινδύνου

### Καπνός

Ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας  
δύο συχνότητα σε καπνιστές ( $>1$  πακέτο)  
Αυξάνει τον κίνδυνο για όλες τις θέσεις εκτός  
από τους σιελογόνους αδένες

### Αλκοόλ

Ο δεύτερος σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας  
δύο σε βαριά κατάχρηση  
Κυρίως καρκίνος εδάφους στόματος

### Καπνός & Αλκοόλ

Δρουν συνεργιστικά  
15x

### Τεχνητές Οδοντοστοιχίες

#### Κακή Στοματική υγιεινή

Σύνδρομο Plummer-Vinson (σιδηροπενική αναιμία με έλκη στόματος)

#### Ακτινοβολία

#### Ιός HPV

#### Ιός Ebstein-Barr

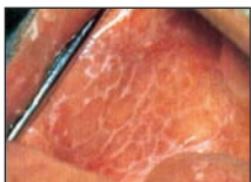
## Προκαρκινικές Βλάβες



**Λευκοπλακία:** Λευκωπή πάχυνση του βλεννογόνου του στόματος.  
Πιθανότητα 8% να υποκρύπτει καρκίνωμα.



**Ερυθροπλακία:** Ερυθρωπή πλάκα στο βλεννογόνο του στόματος. 50% πιθανότητα καρκινώματος.



**Ομαλός λειχήνας:** Λευκωπή επίπεδη φλεγμονώδης βλάβη στο βλεννογόνο του στόματος. Σπάνια εξαλλάσσεται.

## Διάγνωση

Οι ασθενείς με όγκους της κεφαλής και του τραχήλου συχνά καθυστερούν να προσφύγουν στο γιατρό συνήθως από φόβο. Η πρόγνωση όμως είναι αντιστρόφως ανάλογη του σταδίου στο οποίο θρίσκεται η νόσος και η έγκαιρη διάγνωση καθίσταται ζωτικής σημασίας. Για τους λόγους αυτούς οποιαδήποτε βλάβη ή όγκος στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου διαρκεί περισσότερο από 2-3 εβδομάδες θα πρέπει να διερευνάται.

- Βλάβη ή διόγκωση που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες.
  - Τραχύτητα φωνής που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες.
  - Πόνος κατά την κατάποση.
  - Πόνος στο αυτί.
  - Εντοπισμένος πόνος στο στόμα.
- Απώλεια βάρους.

## Αντιμετώπιση

Οι όγκοι της κεφαλής και του τραχήλου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από εξειδικευμένη ομάδα ιατρών, που περιλαμβάνει ωτορινολαρυγγολόγο, πλαστικό χειρουργό, ογκολόγο και ακτινολόγο.

Η αντιμετώπιση των όγκων της κεφαλής και του τραχήλου περιλαμβάνει

κατ' αρχήν την επιβεβαίωσή της διάγνωσης με τη διενέργεια βιοψίας. Ακολουθεί εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος για να διευκρινιστεί η έκταση της νόσου και να γίνει σταδιοποίηση.

Τα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι:

- Χειρουργική εκτομή (που ακολουθείται από χειρουργική αποκατάσταση του ελλείμματος).
- Ακτινοβολία.
- Χημειοθεραπεία.

## Στοματική κοιλότητα

- Χειρουργική εκτομή για μικρές βλάβες.
- Ακτινοβολία για όγκους του στοματοφάρυγγα.
- Συνδυασμός και των δύο για μεγαλύτερους όγκους.

## Λάρυγγας

- Ακτινοβολία σε συνδυασμό με λαρυγγεκτομή.

## Ρινοφάρυγγας

- Ακτινοβολία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία.
- Λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου.

## Τράχηλος

- Σε περίπτωση θετικών λεμφαδένων στον τράχηλο συνιστάται λεμφαδενικός καθαρισμός.

## Όγκοι σιελογόνων αδένων

Χειρουργική εκτομή σε συνδυασμό με ακτινοβολία για μεγάλυτερους όγκους.

## Πρόγνωση (5ετής επιβίωση)

Καρκίνος της γλώσσας (45-50%)

Στάδιο I 70%

Στάδιο II 53%

Στάδιο III 37%

Καρκίνος εδάφους στόματος (65%)

Στάδια I & II 90%

Στάδιο III & IV 30-60%

Καρκίνος του λάρυγγα (65%)

Στάδιο I 90%

Στάδιο II 70%

Στάδια III & IV 25-60%

Καρκίνος του ρινοφάρυγγα (40%)

Στάδιο I 65-95%

Στάδιο II 50-65%

Στάδιο III 30-60%

Στάδιο IV 5-40%

Καρκίνος των σιελογόνων αδένων

Στάδιο I 86%

Στάδιο II 66%

Στάδιο III 53%

Στάδιο IV 32%

# Χέρι

---

## ΓΕΝΙΚΑ

**Τ**ο χέρι, **όργανο σύλληψης και αίσθησης**, αποτελεί το ακραίο τμήματων άνω άκρων του ανθρώπου. Η αποστολή του χεριού με τα 27 οστά και τις αρθρώσεις του και τους 24 τένοντες του είναι διπλή. Αφ' ενός, είναι το "όργανον προ οργάνων" (εργαλείο των εργαλείων), χάρη στο οποίο ο άνθρωπος γίνεται ικανός να κατασκεύαζει και να χειρίζεται εργαλεία και να δημιουργεί μηχανές που συγκροτούν έναν ολόκληρο δικό τους κόσμο, παράλληλο με τον κόσμο της φύσης.

Αφ' ετέρου, είναι **το όργανο της αφής**, της μόνης από τις αισθήσεις που δεν έχει την έδρα της, όπως οι άλλες, στην κεφαλή, και μέσω της οποίας αισθητοποιεί κανείς τη σωματική παρουσία του πλησίον.

Επιπλέον είναι και **έκφραση ψυχής, λόγος, όργανο επικοινωνίας**. Η σχέση μεταξύ χεριού και εγκεφάλου δεδομένη. Ποιό από τα δύο είναι συνέπεια του άλλου;

Ο Αναξαγόρας έλεγε ότι ο άνθρωπος είναι το ευφυέστερο των ζώων επειδή έχει χέρια. Ο **Αριστοτέλης**, με κριτική επιχειρηματολογία, ανέστρεψε την πρόταση και έλεγε ότι ο άνθρωπος είναι το ευφυέστερο των ζώων όχι επειδή έχει χέρια, αλλά επειδή ακριβώς είναι το ευφυέστερο των ζώων, γι' αυτό έχει χέρια!

Όπως και να έχει τελικά, η στενή σχέση χεριού-εγκεφάλου εκδηλώνεται όχι μόνο με την έκταση της προβολής του άκρου χεριού στην αισθητική ζώνη του εγκεφαλικού φλοιού, αλλά και

με την πολλαπλότητα των φαινομένων με τα οποία συνδέεται στενά η παθολογία χεριού εγκεφάλου.

Το χέρι, κατά γενική παραδοχή, "**είναι το επόμενο στοιχείο του ανθρώπινου κάλλους μετά το πρόσωπο**". Η σημασία της αποκατάστασής του (λειτουργικής και αισθητικής) είναι αδιαμφισβήτητη. Αυτό προκύπτει, εκτός των άλλων, από το μεγάλο ενδιαφέρον των επιστημόνων και την ενασχόληση τους με το θέμα, ήδη από πάρα πολλά χρόνια.

Η πολυπλοκότητα της κατασκευής του άκρου χεριού, το κάνει αντικείμενο εξειδικευμένης γνώσης. Η περιγραφή που ακολουθεί, εμπεριέχει απλά στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας, που θα διευκολύνουν στην κατανόηση της χειρουργικής παθολογίας του χεριού, όπως αυτή εκφράζεται από τις διάφορες παθήσεις (φλεγμονώδεις & εκφυλιστικές), τις κακώσεις, το έγκαυμα και τους όγκους.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα 27 οστά του άκρου χεριού κατανέμονται ως εξής: 8 στον καρπό, 5 στο μετακάρπιο και 14 στα δάκτυλα. Υπάρχει και ένας μεταβλητός αριθμός **σησαμοειδών** οστών στην παλαμιαία επιφάνεια των αρθρώσεων των δακτύλων.

Στην παλαμιαία επιφάνεια του χεριού διακρίνει κανείς δύο έπαρματα: το **Θέναρ** στο ύψος του 1<sup>ου</sup> μετακαρπίου, και το **οπισθέναρ** στο επίπεδο του 5<sup>ου</sup> μετακαρπίου, που χωρίζονται από το κοίλο της παλάμης. Η παλάμη διασχίζεται από τους τένοντες των επιπολής και των εν τω βάθει κοινών καμπτήρων των δακτύλων μυών και νευρώνεται από το **μέσο** και το **ωλένιο** νεύρο, με όριο διανομής μεταξύ τους την μεσότητα του παράμεσου. Το δέρμα της παλάμης είναι παχύ λόγω της συλληπτήριας λειτουργίας του, ενώ το ιδιαίτερα ευαίσθητο δέρμα των θηλών (ράγες) των δακτύλων φέρει τα δακτυλικά αποτύπωματα. Η ραχιαία επιφάνεια του άκρου χεριού σχηματίζεται από τους τένοντες των εκτεινόντων μυών της έξω (οπίσθιας) επιφάνειας του πίχεως. Το δέρμα της είναι λεπτό και ευπαθές, νευρώνεται δε κυρίως από το μέσο και το **κερκιδικό** νεύρο, με όριο διανομής την μεσότητα του μέσου δακτύλου.

Στη βάση του πρώτου μετακαρπίου, ανάμεσα στους τένοντες, σχηματίζεται μια εμβάθυνση, η **ανατομική ταμβακοθήκη** (από τη χρήσή της για την τοποθέτηση του ταμπάκου πριν από την εισπνοή).

Ο **αντίχειρας** με ένα συνδυασμό κάμψης και στροφής (ενέργεια του αντιθετικού μυ) μπορεί και έρχεται σε αντίθεση με κάθε έναν από τους άλλους τέσσερις δακτύλους, οι οποίοι μπορούν να κινηθούν μόνο σε ένα επίπεδο. Γι' αυτό και η σημασία του είναι μεγάλη και πρέπει πάντοτε να επιχειρείται η αποκατάστασή του μετά από κάκωση.

Το άκρο χέρι, λόγω της μορφολογίας του και της πολύπλοκης ανάπτυξης του, είναι εκτεθειμένο στην **εμφάνιση συγγενών διαμαρτιών διάπλασης** σε συχνότητα που φθάνει περίπου 1:3000 περιπτώσεις. (βλ. κεφάλαιο συγγενείς ανωμαλίες).

## ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι φλεγμονές που προσβάλλουν το άκρο χέρι αναπτύσσονται μετά από τραυματισμό.

Το δέρμα και η εν τω βάθει περιτονία, διαμερισματοποιούν το χέρι σε περιοχές οι οποίες προδιαθέτουν σε διάχυση της φλεγμονής. Αυτές είναι, οι ράγες των δακτύλων το 1<sup>ο</sup> μεσοδακτύλιο διάστημα, η μεσότητα της παλάμης, οι περιοχές του θέναρος και του οπισθέναρος. Η μόλυνση και το οίδημα των ιστών, επηρεάζει την αιμάτωσή τους, κυρίως τη φλεβική και λεμφική κυκλοφορία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση. Τα έλυτρα των τενόντων, οι αρθρώσεις, τα οστά και η περιονύχιος περιοχή παρουσιάζουν ελαττωμένη φυσική άμυνα και προσβάλλονται συνηθέστερα.

Η **θεραπευτική** τους **αντιμετώπιση** περιλαμβάνει την ανύψωση και ακινητοποίηση του χεριού, ενώ απαραίτητη θεωρείται η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών.

Σε περίπτωση δημιουργίας αποστήματος, επιβάλλεται η διάνοιξη και η παροχέτευσή του. Ιδιαίτερη προσοχή λαμβάνεται, ως προς τη θέση των χειρουργικών τομών ώστε να αποφευχθούν οι ρικνωτικές ουλές και ο τραυματισμός αγγείων και νεύρων. Οι κυριότερες φλεγμονές είναι:

## Περιονυχία

Είναι η φλεγμονή γύρω από το νύχι, η οποία μπορεί να επεκταθεί μέχρι την κοίτη του.

Ο έντονος πόνος και το οίδημα είναι τα προεξάρχοντα συμπτώματα.



## Πιόδερμα

Επιφανειακό απόστημα που αναπτύσσεται μεταξύ των εξαρτημάτων του δέρματος και επεκτείνεται μέχρι το υποδόριο.

## Ερυσιπελοειδές

Οφείλεται σε βάκιλλο και είναι συχνότερο στους ψαράδες (Τραύμα από λέπια ή οστά ψαριών). Προσβάλλει τα δάκτυλα αλλά μπορεί να εξαπλωθεί προς την παλάμη.

## Τενοντοελυτρίτις (τενοντοδηκίτις)

Είναι η φλεγμονή των τενόντιων ελύτρων (θηκών). Η περιορισμένη αιμάτωση τους τα καθιστά ευάλωτα στις μολύνσεις.

Εκδηλώνεται με ευαισθησία, κατά μήκος του δακτύλου και πόνο στην έκτασή του.

Σε παραμελημένη, χρόνια μορφή απειλείται η βιωσιμότητα του τένοντα αλλά και του ίδιου του δακτύλου.

## ΟΓΚΟΙ

Οι όγκοι (καλοήθεις-κακοήθεις) στο χέρι είναι σπάνιοι, συγκριτικά με άλλα με άλλα μέρη του σώματος. Με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζονται:

- **Το γάγγλιο** είναι κυστική διόγκωση με ζελατινώδες περιεχόμενο, που εμφανίζεται συνήθως στη ράχη του καρπού και σπανιότερα στα δάκτυλα. Η αιτία δεν είναι ακριβώς γνωστή, αλλά φαίνεται ότι η υπερβολική χρήση του χεριού οδηγεί σε τοπική εκφύλιση των συνδέσμων. Ριζική θεραπεία προσφέρει η χειρουργική αφαίρεση.



- **Οι επιδερμοειδείς κύστεις** αναπτύσσονται στην παλαμιαία επιφάνεια του χεριού, συνήθως στις ράγες των δακτύλων μετά από τραυματισμό. Αφαιρούνται μαζί με την κάψα (τοίχωμα) τους.
- **Τα αιμαγγειώματα & οι αγγειοδυσπλασίες** (κεφ. συγγενείς ανωμαλίες).
- **Το πυογόνο κοκκίωμα** εμφανίζεται μετά από τραύμα με τη μορφή εξωφυτικής διόγκωσης. Αφαιρείται χειρουργικά.
- **Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος** είναι επώδυνη, αργά αναπτυσσόμενη μάζα, άγνωστης αιτιολογίας, με κύρια εντόπιση στα δάκτυλα. Πιθανή προέλευση του είναι τα τενόντια έλυτρα (θήκες) ή οι σύνδεσμοι. Αφαιρείται.
- **Το νεύρωμα, νευρίνωμα, σβάννωμα** όγκοι με προέλευση το νευρικό ιστό, ιδιαίτερα επώδυνοι. Η εκτομή τους είναι πολύ ανακουφιστική.

Από τους κακοήθεις όγκους του δέρματος του χεριού, ο **ακανθοκυτταρικός** είναι ο συχνότερος. Εμφανίζεται στη ραχιαία επιφάνεια του καρπού και χρήζει ευρείας χειρουργικής αφαίρεσης, η επιτυχία της οποίας πιστοποιείται πάντοτε ιστολογικά (βιοψία).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι **μελαγχρωματικοί σπίλοι**, των οποίων συνιστάται η εκτομή, λόγω της εντόπισης και του χρόνιου ερεθισμού που υφίστανται.

## ΕΓΚΑΥΜΑ

Το έγκαυμα του άκρου χεριού είναι συχνό, η βαρύτητα του θεωρείται πάντοτε μεγάλη και πρέπει να αντιμετωπίζεται το ταχύτερο αν πρόκειται να εξασφαλιστεί το λειτουργικό του μέλλον.

Η θεραπεία του έγκαυματος του άκρου χεριού, διέπεται από τις εξής **βασικές αρχές** οι οποίες αποτελούν μέτρα αντιμετώπισης άμεσης προτεραιότητας:

1. Έλεγχος του πόνου.
2. Έλεγχος της μόλυνσης και της φλεγμονής.
3. Έλεγχος του οιδήματος.
4. Έλεγχος της κινητικότητας.
5. Έλεγχος της επούλωσης.

Η εκτίμηση της έκτασης και του βάθους του εγκαύματος (ποσοτική-ποιοτική), πρέπει να γίνεται με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια.

Τα επιφανειακά εγκαύματα (μερικού πάχους) είναι τα πιο επώδυνα. Ο πόνος ελέγχεται με τη λήψη αναλγητικών, την ανύψωση του μέλους, την εφαρμογή κρύων επιθεμάτων και την κάλυψη του τραύματος με δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους. Τα βαθύτερα εγκαύματα (ολικού πάχους) είναι αναίσθητα στον πόνο.

Παθογόνοι μικροοργανισμοί αναπτύσσονται στην επιφάνεια του εγκαύματος, μεταξύ 2ης-5ης μετεγκαυματικής ημέρας, προκαλώντας μόλυνση και φλεγμονή.

Η καλύτερη μέθοδος, με διατήρηση της κινητικότητας, είναι η τοποθέτηση του χεριού σε αποστειρωμένο σάκκο με αντιμικροβιακή αλοιφή, κατά προτίμηση σουλφαδιαζινικού άργυρου (**Flamazine**)

Το οίδημα ελέγχεται με την ανύψωση του χεριού και την πρώιμη κινητοποίησή του.

Στα ολικού πάχους εγκαύματα και ιδιαίτερα στα **κυκλοτερή**, η επιδείνωση του οιδήματος είναι προοδευτική και μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την βιωσιμότητα του άκρου (ισχαιμία). Είναι επιτακτική ανάγκη, λοιπόν, να γίνουν σχάσεις -τομές- στο δέρμα κατά τον επιμήκη άξονα, μέχρι την μυική απονεύρωση για την αποσυμπίεση του άκρου (εσχαροτομές).

Η πρώιμη κινητοποίηση και η εφαρμογή **ενεργητικής και παθητικής κινησιοθεραπείας** είναι κεφαλαιώδους σημασίας για το άκρο χέρι ώστε να αποφευχθούν οι αγκυλώσεις. Οι εγκαυματίες πρέπει να ενθαρρύνονται προς αυτή την κατεύθυνση.

Η διαδικασία επούλωσης του εγκαύματος στο άκρο χέρι, προωθείται μέσα από διάφορες μεθόδους. Η επιλογή της καταλληλότερης, προκύπτει τελικά από τα ίδια τα χαρακτηριστικά του τραύματος. Είτε με συντηρητική μέθοδο (ανοικτή - κλειστή), είτε με χειρουργική (πρώιμη εσχαρεκτομή, τοποθέτηση μοσχευμάτων, κινητοποίηση κρημνών), ο στόχος παραμένει ίδιος και είναι: η αποκατάσταση της ακεραιότητας του χεριού, τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά κατά το δυνατόν.

Παρενθετικά να σημειώσουμε ότι, τα ηλεκτρικά εγκαύματα του χεριού, έχουν συνήθως δυσανάλογα μικρή έκταση σε σχέση με το βάθος και τη σοβαρότητα του τραύματος. Γι' αυτό χρειάζεται επανεκτίμηση της βλάβης μερικές ημέρες αργότερα.

Τέλος τα κρυοπαγήματα του άκρου χεριού, σπανιότερα των εγκαυμάτων, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με την εμβάπτιση του μέλους σε ζεστό νερό 40-42 βαθμών Κελσίου για 30'.

Κατά τα λοιπά, αναλόγως, η αντιμετώπιση είναι παρόμοια .

## ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν: Τα σύνδρομα στένωσης, η νόσος Dupuytren και οι αρθρίτιδες (εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής και ουρική αρθρίτιδα)

### Σύνδρομα Στένωσης

Οφείλονται σε στένωση ελύτρων, η οποία εμποδίζει την ελεύθερη διακίνηση των τενόντων μέσα σ' αυτά. Αποτέλεσμα είναι η δευτεροπαθής πάχυνση των τενόντων και ενίστε, λόγω μείωσης της χωρητικότητας του συγκεκριμένου ανατομικού χώρου, η πρόκληση πίεσης επί των αντίστοιχων νεύρων του καρπού (μέσο, ωλένιο) με ανάλογη συμπτωματολογία.

Δυνατόν να είναι συγγενή ή επίκτητα, να οφείλονται δηλαδή σε επαγγελματικούς λόγους (χειρώνακτες), στην προχωρημένη ηλικία, σε τραύμα, όγκους ή σε ρευματική νόσο.

Η θεραπεία τους είναι αρχικά συντηρητική, με τοπικές εγχύσεις κορτιζόνης σε τακτά χρονικά διαστήματα, ανάπauση και ακινητοποίηση. Συχνά όμως υποτροπιάζουν, οπότε η αποσυμπίεση των τενόντων και των νεύρων γίνεται χειρουργικά.

Τα συχνότερα είναι:

- **Στενωτική Τενοντοελυτρίτιδα των καμπτήρων τενόντων των δακτύλων (εκτινασσόμενος δάκτυλος).**

Ο ασθενής αναφέρει ότι "το δάκτυλο κλείνει και δεν ανοίγει" ή το αντίθετο.

- **Στενωτική Τενοντοελυτρίτιδα του De Quervain.**

Χαρακτηριστικά συμπτώματα, ο πόνος στον καρπό και η αδυναμία σύλληψης και συγκράτησης των αντικειμένων.

- **Σύνδρομο Καρπιάσου Σωλήνα.**

Η πίεση που εξασκείται επί του μέσου νεύρου, προκαλεί πόνο στον καρπό (εντονώτερο τη νύχτα) και μουδιάσματα στα δάκτυλα.

Εάν η πάθηση μείνει χωρίς θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα, επέρχεται ατροφία των μυών του θέναρος και μυική αδυναμία του αντίχειρα, που δυσκολεύει τις λεπτές κινήσεις του χεριού.

- **Σύνδρομο Ωλένιου Σωλήνα.**

Πιέζεται το ωλένιο νεύρο προκαλώντας μουδιάσματα και πόνο στα δύο τελευταία δάκτυλα.

### *Νόσος Dupuytren (Ρίκνων Παλαμιαίας Απονεύρωσης)*

Άγνωστης αιτιολογίας νόσος, που προσβάλλει σχεδόν αποκλειστικά τη λευκή φυλή.

Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση και συσχέτιση με διάφορες άλλες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η επιληψία, ο αλκοολισμός, το τραύμα.

Προσβάλλονται εξίσου και τα δύο φύλα μετά την 5<sup>η</sup>-6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής.

Η παλαμιαία απονεύρωση παχύνεται, ρικνώνεται και προκαλεί σύγκαμψη των δακτύλων. Προσβάλλονται κυρίως, το μικρό δάκτυλο (70%) και ο παράμεσος (65%).

Η νόσος αρχίζει με την εμφάνιση μικρών σκληρών οζιδίων (ογκιδίων), κατά μήκος της πορείας των καμπτήρων τενόντων και στη συνέχεια αναπτύσσεται χορδή που οδηγεί σε προοδευτική κάμψη του δακτύλου. Συχνά είναι αμφοτερόπλευρη.

Η θεραπεία είναι κατά κανόνα χειρουργική (περιοχική απονευρεκτομή).



### *Αρθρίτιδες*

Σημειώνουμε πρώτη, ως σχετικά συχνότερη, την **ρευματο-**

**ειδή αρθρίτιδα** (τα ίδια περίου ισχύουν και για την εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα).

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας, που προσβάλλει ιδιαίτερα το άκρο χέρι με λειτουργικό αντίκτυπο στην αρχή και στη συνέχεια με παραμορφώσεις τριών τύπων, που είναι:

- Υπερτροφία των τενόντιων ελύτρων με πιθανή ρήξη τένοντα.
- Ατρακτοειδής παραμόρφωση μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων (σφυροδακτυλία, παραμορφώσεις εν είδει λαιμού κύκνου και κομβιοθήκης).
- Μεγάλες οστεοαρθρικές παραμορφώσεις.

Η αντιμετώπιση γίνεται με φάρμακα, χειρουργικές επεμβάσεις (αρθροπλαστική, τενοντοπλαστική, αρθρόδεση, εκτομή όζων κλπ.) και κινησιοθεραπεία.

Η ουρική αρθρίτιδα αποτελεί μεταβολική νόσο του ουρικού οξέος και προσβάλλει το 1% του γενικού πληθυσμού. Χαρακτηριστικό της είναι η εμφάνιση ουρικών τόφων. Η θεραπεία είναι φαρμακευτική, ενώ η χειρουργική περιορίζεται στην αφαίρεση των τόφων για αισθητικούς λόγους.

# Αισθητική Χειρουργική Προσώπου

---

*Η επανορθωτική χειρουργική προσπαθεί  
να αποκαταστήσει το άτομο στο φυσιολογικό.*

*Η αισθητική χειρουργική προσπαθεί να ξεπεράσει το φυσιολογικό.*

SIR HAROLD GILLIES

## ΡΙΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

**Η** μύτη (ρις στα αρχαία ελληνικά) είναι το πιο προβεβλημένο στοιχείο του προσώπου. Πολλές φορές η μύτη είναι μεγαλύτερη του φυσιολογικού ή μπορεί να έχει κάποια δυσμορφία ή ασυμμετρία, είτε συγγενώς είτε ως συνέπεια τραυματισμού, ή μπορεί να παρουσιάζει λειτουργικά προβλήματα με αποτέλεσμα δυσκολία κατά την αναπνοή.

## Άνατομία και φυσιολογία

Η μύτη αποτελείται από ένα οστεοχόνδρινο σκελετό που καλύπτεται εξωτερικά από δέρμα, υποδόριο και μυς και εσωτερικά από βλεννογόνο. Ο σκελετός αυτός αποτελείται στο ανώτερο τμήμα του από τις ρινικές αποφύσεις της άνω γνάθου και τα ρινικά οστά, και στο κατώτερο από τους άνω και τους κάτω πλάγιους χόνδρους. Η ρινική κοιλότητα χωρίζεται στη μέση με το διάφραγμα που στο ανώτερο τμήμα του είναι οστέινο και στο κατώτερο χόνδρινο.

Η ρινοπλαστική είναι μία από τις συχνότερα πραγματοποιού-

μενες επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής, ιδίως στους άνδρες. Καθοριστική σημασία για την επιτυχή έκβασή της έχει η σωστή ανάλυση του (αισθητικού ή λειτουργικού) προβλήματος, ώστε ο χειρουργός να εντοπίσει σε ποιο ή ποια σημεία χρειάζεται να επέμβει. Η επέμβαση μπορεί να γίνει σε κάθε ηλικία, αλλά συνιστάται συνήθως να γίνεται μετά την ηλικία των 15-16 ετών, οπότε και ολοκληρώνεται η ανάπτυξη της μύτης.

Η ρινοπλαστική γίνεται συνήθως με γενική αναισθησία και μπορεί να πραγματοποιηθεί με την κλειστή (ή κλασική) ή την ανοικτή μέθοδο.

Ανάλογα με το πρόβλημα ακολουθούνται ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω βήματα:

1. Αφαίρεση τμήματος των κάτω πλαγίων χόνδρων ώστε να λεπτύνει το ακρορρίνιο.
2. Αφαίρεση τμήματος του διαφράγματος ή επαναφορά του στη μέση γραμμή, για την αποκατάσταση της φυσιολογικής αναπνοής.
3. Αφαίρεση μέρους του κατώτερου τμήματος του διαφράγματος για να μειωθεί το μήκος της ρινός.
4. Αφαίρεση τμήματος της ράχης της ρινός για τη διόρθωση του ύβου, ή τοποθέτηση μοσχευμάτων για την αύξηση της ράχης της ρινός εφόσον υπολείπεται.
5. Οστεοτομίες των ρινικών οστών για τη μείωση του πλάτους της ρινός.



Ρινοπλαστική πριν και μετά.

## ΒΛΕΦΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Τα μάτια παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επικοινωνία και λέγεται ότι καθρεπτίζουν τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. Η εμφάνιση των ματιών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την περίσσεια δέρματος, τις ρυτίδες και τις "σακούλες" των βλέφαρων, που δίνουν σε ολόκληρο το πρόσωπο εικόνα κουρασμένη και λυπημένη.

Τα βασικότερα ανατομικά στοιχεία που συμβάλλουν στην εικόνα αυτή είναι:

- Η πτώση των φρυδιών λόγω χαλάρωσης του μετωπιαίου μυός.
- Η χαλάρωση του δέρματος που είναι ιδιαίτερα εμφανής στα άνω βλέφαρα με το σχηματισμό πτυχών.
- Η προπέτεια του περιοφθαλμικού λίπους, ιδιαίτερα στα κάτω βλέφαρα, που σχηματίζει τις "σακούλες" και δίνει την εντύπωση ότι τα βλέφαρα είναι μονίμως πρησμένα. (Το πρόβλημα φαίνεται περισσότερο έντονο το πρωί λόγω συγκέντρωσης υγρών στα βλέφαρα όπου οι ιστοί είναι πιο χαλαροί).
- Ο σχηματισμός ρυτίδων στην περιοχή του έξω κανθού (αναφέρονται και ως "Πόδι της χήνας").

Σε μερικούς ασθενείς υπάρχει γενετική προδιάθεση με



Βλεφαροπλαστική πριν και μετά.

αποτέλεσμα να εμφανίζεται χαλάρωση και προπέτεια του λίπους από πολύ μικρή ηλικία.

Η βλεφαροπλαστική αποτελεί μία από τις συχνότερα πραγματοποιούμενες επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Όπως και σε κάθε άλλη επέμβαση πλαστικής χειρουργικής πρωταρχικό ρόλο για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης παίζει η σωστή αναγνώριση του προβλήματος. Η βλεφαροπλαστική μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά συνήθως γίνεται μετά τα 35-40 έτη. Η επέμβαση γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και συχνά συνδυάζεται και με άλλες αισθητικές επεμβάσεις το προσώπου, όπως η ρυτιδοπλαστική μετώπου (browlift), ιδίως εάν η χαλάρωση του μετώπου επηρεάζει σημαντικά και τα βλέφαρα.

Στα άνω βλέφαρα η τομή γίνεται μέσα στη φυσιολογική πτυχή που σχηματίζεται περίπου 1 εκ. πάνω από τις βλεφαρίδες. Αφαιρείται η περίσσεια του δέρματος μαζί με μικρό τμήμα του σφιγκτήρα μυ, διανοίγεται το διάφραγμα που περιβάλλει το περιοφθαλμικό λίπος και αφαιρείται η περίσσεια αυτού, ιδίως από το έσω τμήμα του βλεφάρου.

Στα κάτω βλέφαρα η τομή γίνεται συνήθως ακριβώς κάτω από τις βλεφαρίδες. Από εκεί ανασηκώνεται το δέρμα μαζί με το σφιγκτήρα μυ του οφθαλμού και αποκαλύπτεται το διάφραγμα που καλύπτει το περιοφθαλμικό λίπος. Το διάφραγμα ανοίγεται, αφαιρείται το πλεονάζον λίπος ή σε μερικές περιπτώσεις γίνεται ανακατανομή του λίπους, και στη συνέχεια το διάφραγμα αποκαθίσταται για να διατηρεί το λίπος στη θέση του. Η εκτομή του δέρματος είναι πολύ συντηρητική (1-2 χιλ.) και μόνον εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, και εφόσον δεν υπάρχει καθόλου περίσσεια δέρματος, η πρόσβαση μπορεί να γίνει από το εσωτερικό του κάτω βλεφάρου, δια μέσου του επιπεφυκότα (transconjunctival blepharoplasty), και πολλές φορές χρησιμοποιείται το Laser διοξειδίου του άνθρακα ( $CO_2$ ) για το δέρμα. Με την τεχνική όμως αυτή μερικές φορές η αφαίρεση του λίπους είναι ανεπαρκής, ενώ όπως αναφέρθηκε δεν μπορεί να γίνει αφαίρεση δέρματος.

Οι ρυτίδες στην περιοχή του έξω κανθού ("πόδι της χήνας")

αντιμετωπίζονται με άλλες τεχνικές όπως η χρήση Αλλαντικής Τοξίνης τύπου A (Botox, Dysport) ή ρυτιδοπλαστικής προσώπου (Facelift).

## **ΡΥΤΙΔΟΠΛΑΣΤΙΚΗ**

Με την πάροδο του χρόνου επέρχονται αλλοιώσεις σε όλους του ιστούς του σώματος, το αθροιστικό αποτέλεσμα των οποίων μεταβάλλει τη φυσική εικόνα του ατόμου και επιφέρει το γήρας. Τα αποτελέσματα του γήρατος είναι ιδιαίτερα εμφανή στο πρόσωπο, όπου το δέρμα λεπταίνει, χάνει την ελαστικότητα και τη σπαργή του και χαλαρώνει, και λόγω της βαρύτητας δύλα τα στοιχεία του προσώπου εμφανίζουν μία πτώση.

Με τον όρο ρυτιδοπλαστική αναφερόμαστε στο σύνολο των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται για την αντιμετώπιση των ρυτίδων του προσώπου. Κυρίότερη επέμβαση της ομάδας αυτής είναι το λεγόμενο facelift (ρυτιδοπλαστική προσώπου) όπου γίνεται χειρουργική αντιμετώπιση της χαλάρωσης του δέρματος και των υποκείμενων μαλακών μορίων του προσώπου, ώστε να επιτευχθεί αποκατάσταση της νεανικής μορφής του. Αντίστοιχες είναι και οι επεμβάσεις στο μέτωπο (ρυτιδοπλαστική μετώπου - browlift) και το λαιμό (ρυτιδοπλαστική τραχήλου - necklift).

Για να μπορέσει κανείς να κατανοήσει τι είναι η ρυτιδοπλαστική πρέπει να έχει μία βασική γνώση της ανατομίας της περιοχής. Τα στοιχεία το προσώπου διακρίνονται σε 3 στρώματα, από έξω προς τα μέσα:

- 1.Το δέρμα.
- 2.Το υποδόριο λίπος.
- 3.Το επιπολής μυοαπονευρωτικό πέταλο (SMAS), το οποίο ουσιαστικά αποτελείται από όλους του μιμικούς μυς του προσώπου



Ρυτιδοπλαστική πριν και μετά.

και ένα λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού, την επιπολής περιτονία, που τους συνδέει.

Το σημαντικότερο στρώμα όλων αυτών από αισθητικής απόψεως είναι το SMAS, που, μαζί με κάποιους συνδέσμους που το συνδέουν με το υπερκείμενο δέρμα και τα υποκείμενα οστά, φέρει όλα τα στοιχεία του προσώπου και τα διατηρεί στη θέση τους.

Το ζητούμενο κατά τη ρυτιδοπλαστική είναι η επαναφορά των στοιχείων του προσώπου στην θέση τους και η για όσο το δυνατόν περισσότερο χρονικό διάστημα διατήρησή τους εκεί.

## **Ρυτιδοπλαστική Μετώπου (Browlift)**

Η ρυτιδοπλαστική του μετώπου (Browlift) έχει σαν στόχο την ανόρθωση του μετώπου και των φρυδιών και την εξαφάνιση των ρυτίδων από αυτό. Συνήθως γίνεται σε συνδυασμό με τη ρυτιδοπλαστική προσώπου (facelift) ή/και με βλεφαροπλαστική και διακρίνεται σε κλασσική και ενδοσκοπική.

Κατά το κλασσικό Browlift γίνεται μία οριζόντια τομή μέσα στα μαλλιά, η οποία φέρεται μεταξύ των δύο κροτάφων. Το δέρμα, το υποδόριο λίπος και ο μετωπιαίος μυς αποκολλώνται από το υποκείμενο μετωπιαίο οστό μέχρι την παρυφή των οφθαλμικών κόγχων και έλκονται προς τα πάνω. Η περίσσεια του δέρματος αφαιρείται και το δέρμα συρράπτεται αφήνοντας μία λεπτή ουλή που κρύβεται βαθιά μέσα στο τριχωτό.

Κατά το ενδοσκοπικό Browlift γίνονται 3 έως 5 μικρές κάθετες τομές (2-3 εκ.) ακριβώς μέσα από την γραμμή του τριχωτού και από εκεί εισάγεται μία ενδοσκοπική κάμερα και τα ειδικά εργαλεία (αποκολλητήρες), με τα οποία γίνεται πάλι αποκόλληση του μετώπου μέχρι το επίπεδο του οφθαλμικού κόγχου.



Ρυτιδοπλαστική προσώπου, μετώπου, λαιμού πριν και μετά.

## Ρυτιδοπλαστική προσώπου (Facelift)

Η επίδραση του γήρατος και της βαρύτητας στο πρόσωπο έχει σαν αποτέλεσμα τη χαλάρωση του δέρματος του προσώπου, τη δημιουργία ρυτίδων γύρω από τους έξω

κανθούς ("πόδι της χήνας"), την κάθοδο του λίπους των παρειών (που γίνεται αντιληπτή ως εντονότερα ζυγωματικά), την εμβάθυνση των ρινοπαρειακών πτυχών, τη δημιουργία των λεγόμενων "προγουλιών" στις παρειές, την πτώση των γωνιών του στόματος, τη δημιουργία βαθιών ρυτίδων κάτω από τις γωνίες του στόματος ("ρυτίδες μαριονέτας") και τη δημιουργία ρυτίδων στην πρωτιαία χώρα και την παρυφή της κάτω γνάθου.

Η ρυτιδοπλαστική του προσώπου (facelift) αποσκοπεί στην αποκατάσταση όλων των ανατομικών στοιχείων του προσώπου στη φυσική τους θέση και την αφαίρεση της περίσσειας του δέρματος. Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία ή τοπική αναισθησία και μέθη.

Διακρίνονται 4 κύριες τεχνικές ρυτιδοπλαστικής

1. Η κλασσική υποδόρια ρυτιδοπλαστική.
2. Η ρυτιδοπλαστική SMAS (SMAS facelift), όπου μετά την αποκόλληση του δέρματος, γίνεται και αποκόλληση του SMAS σε ορισμένη έκταση και ανάρτησή του.
3. Η σύνθετη ή "εν τω βάθει" ρυτιδοπλαστική (composite facelift) όπου δέρμα και SMAS αποκολλώνται ως ένα.
4. Η υποπεριοστική ρυτιδοπλαστική (subperiosteal facelift), όπου γίνεται αποκόλληση στο επίπεδο του περιοστέου.

Η επιλογή της καταλληλότερης τεχνικής εξαρτάται από τη φύση του προβλήματος, αλλά η συχνότερα χρησιμοποιούμενη, με σταθερά καλά αποτελέσματα, είναι αυτή της ρυτιδοπλαστικής SMAS.



Ρυτιδοπλαστική (facelift) πριν και μετά.

## Ρυτίδοπλαστική τραχήλου (Necklift)

Στην περιοχή του τραχήλου, η χαλάρωση του δέρματος και του πλατύσματος (επιφανειακού με της πρόσθιας επιφάνειας του τραχήλου - μέρους του SMAS) έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό έντονων ρυτίδων στην περιοχή του λαιμού, την εμφάνιση διπλοσάγονου, και δημιουργία έντονων κάθετων πτυχών ("μπάντες") στα όρια του πλατύσματος.

Για τη ρυτίδοπλαστική του τραχήλου συνήθως γίνεται μία τομή 3-4 εκ. κάτω από το πηγούνι, από όπου γίνεται αφαίρεση του πλεονάζοντος λίπους και επαναφορά του πλατύσματος στη μέση γραμμή και συρραφή.

## ΩΤΟΠΛΑΣΤΙΚΗ



Το σχήμα και το μέγεθος των αυτιών είναι προκαθορισμένο γενετικά και μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ διαφορετικών ατόμων, αλλά και μεταξύ των δύο πλευρών του ίδιου ατόμου.

Το αυτί αποτελείται από ένα χόνδρινο σκελετό που σχηματίζει κοιλάνσεις και επάρματα πάνω στον οποίο είναι στερεά κολλημένο το δέρμα. Αυτή η εναλλαγή επαρμάτων και κοιλάνσεων του χόνδρου είναι που δίνει στο αυτί τη φυσιολογική μορφή του και τυχόν διαταραχές στην ανάπτυξη αυτών είναι που δημιουργούν και τις δυσμορφίες του αυτού, προκαλώντας πολλές φορές σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που ταλανίζουν το παιδί σε όλη την παιδική του ηλικία και του δημιουργούν "κόμπλεξ" που μεταφέρονται και στην ενήλικο ζωή.

Ο χόνδρος του αυτού παίρνει τη μορφή του κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αλλά συνεχίζει να μεγαλώνει και μετά τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 5-7 ετών. Αμέσως μετά τη γέννηση και λόγω της κυκλοφορίας μεγάλης ποσότητας οι-

στρογόνων από τη μητέρα ο χόνδρος είναι πολύ μαλακός και εύκαμπτος και εφόσον η δυσμορφία εντοπιστεί εγκαίρως μπορεί να διορθωθεί με τη χρήση ειδικού νάρθηκα από σιλικόνη για 6-8 εβδομάδες ή με τη χρήση κορδέλας.

Εάν η δυσμορφία δεν αντιμετωπιστεί συντηρητικά τους πρώτους μήνες της ζωής τότε ο μόνος τρόπος αντιμετώπισής της είναι η ωτοπλαστική (πλαστική των αυτιών).

Η ωτοπλαστική γίνεται συνήθως μετά την ηλικία των 4 ετών, όταν το αυτί έχει ολοκληρώσει το 90% της ανάπτυξής του. Η επέμβαση γίνεται συνήθως με γενική αναισθησία εφόσον πρόκειται για παιδί, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες μπορεί να γίνει και με τοπική αναισθησία.

Η επέμβαση συνίσταται στη διόρθωση του σχήματος του χόνδρου του αυτιού και την αποκατάσταση των φυσιολογικών επαρμάτων και κοιλάνσεων, καθώς και της γωνίας που αυτό σχηματίζει με την κεφαλή. Η τομή γίνεται πίσω από το αυτί, όπου δεν φαίνεται. Απαραίτητη μετά την επέμβαση κρίνεται η χρήση ελαστικής περίδεσης -ιδίως στα παιδιά- για την προστασία των αυτιών από τραυματισμούς.

## **ΓΕΝΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ (ή ΠΩΓΩΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ)**

Η θέση και η μορφή του γενείου (πώγωνος) παίζουν σημαντικό ρόλο στην αρμονία και την αισθητική ισορροπία του προσώπου. Εάν το γενείο βρίσκεται πιο μπροστά από την αισθητική γραμμή που φέρεται κάθετα από το ριζορρίνιο έχουμε "μακρογενεία", ενώ αν βρίσκεται πίσω από αυτήν έχουμε "μικρογενεία". Αποτέλεσμα της μικρο- ή της μακρογενείας είναι ότι όλο το πρόσωπο βρίσκεται σε δυσαρμονία, ενώ μερικές φορές μπορεί να συνδυάζεται και με προβλήματα κατά τη σύγκλιση των οδόντων.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού γίνεται με την γενειοπλαστική ή πωγωνοπλαστική.



Στην περίπτωση της μικρογενείας η αντιμετώπιση γίνεται είτε με την τοποθέτηση ειδικού ενθέματος σιλικόνης ή πολυαιθυλενίου (με τοπική αναισθησία), είτε με οστεοτομία του κατώτερου τμήματος της κάτω γνάθου, και μετακίνησης του προς τα έξω (με γενική αναισθησία). Και στις δύο περιπτώσεις η προσπέλαση γίνεται συνήθως από μια μικρή τομή στο εσωτερικό του στόματος, στην κάτω ουλοχειλική πτυχή ή από εξωτερική τομή κάτω από το πηγούνι.

Στην περίπτωση της μακρογενείας η αντιμετώπιση γίνεται με οστεοτομία του κατώτερου τμήματος της κάτω γνάθου και μετακίνησης του προς τα μέσα. Και εδώ η προσπέλαση γίνεται ενδο- ή έξω-στοματικά.

## ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΩΝ

Η θέση των ζυγωματικών επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση του προσώπου και η σύγχρονη αισθητική αντίληψη απαιτεί πρόσωπο ωοειδές, με γωνίες και ψηλά ζυγωματικά. Για την αύξηση των ζυγωματικών χρησιμοποιούνται ειδικά ενθέματα σιλικόνης ή πολυαιθυλενίου. Η τοποθέτηση γίνεται με τομή μέσα από το στόμα ή από το κάτω βλέφαρο. Η αναισθησία είναι τοπική ή γενική και ο ασθενής εξέρχεται αυθημερόν.



Πλαστική Ζυγωματικών πριν και μετά.

# Αισθητική Χειρουργική Σώματος

## ΑΥΞΗΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

**Η** αυξητική μαστών είναι η επέμβαση κατά την οποία τοποθετείται ένα ένθεμα πίσω από το μαστό με σκοπό την αύξηση του μεγέθους του και την βελτίωση του σχήματος.

Η μικρομαστία μπορεί να οφείλεται σε ατελή ανάπτυξη των μαστών αλλά συχνά μετά από μεγάλη μείωση του βάρους, μετά τον τοκετό ή το θηλασμό και με την πάροδο του χρόνου μειώνεται το μέγεθος του μαστού και αλλάζει το σχήμα του.

Ο πλαστικός χειρουργός θα εκτιμήσει το μέγεθος και το σχήμα των μαστών την ποιότητα του δέρματος την θέση της θηλής και της θηλαίας άλω και μπορεί να συστήσει ανόρθωση των μαστών μαζί με την αυξητική.

Ανάλογα με την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό συνθως συστίνεται να γίνεται μια μαστογραφία πρίν την επέμβαση.

Η αυξητική μαστών γίνεται χωρίς παραμονή στο νοσοκομείο υπό νευροαναλγησία ή γενική αναισθησία. Είναι μια απλή και ασφαλής διαδικασία κατά την οποία γίνεται μια μικρή τομή 3 cm κάτω από το μαστό (υπομαστία πτυχή) ή στο κάτω μέρος της θηλής ή στη μασχάλη και μέσω αυτής δημιουργείται μια τσέπη και τοποθετείται μια πρόθεση κάτω από τον μαστό (μαζικό αδένα) τον μείζονα θωρακικό μύ.



Υπάρχουν διάφοροι τύποι προθέσεις ανάλογα με την προτίμηση του χειρουργού ή της ασθενούς. Οι συνηθέστεροι είναι:

1. Προθέσεις με gel σιλικόνης: Τα σύγχρονα ενθέματα είναι ασφαλή δεν παρουσιάζουν διαφυγή σιλικόνης και η υφή τους είναι παρόμοια με αυτή του μαζικού αδένα.

Υπάρχουν διάφορες διαστάσεις είτε στρογγυλά, είτε σε σχήμα δάκρυ και ο γιατρός μπορεί να επιλέξει το κατάλληλο για την κάθε περίπτωση.

2. Προθέσεις φυσιολογικού ορού αποτελούνται από ένα φάκελο σιλικόνης που κατά τη διάρκεια της επέμβασης γεμίζονται με Φ.Ο. Έχουν το μειονέκτημα ότι μπορεί να παρουσιάσουν διαφυγή υγρού με αποτέλεσμα εμφάνιση αντιαισθητικών πτυχών στο μαστό.

Εκατομύρια γυναίκες έχουν προθέσεις στο μαστό για πάνω από 40 χρόνια.

Στην Ευρώπη οι προθέσεις σιλικόνης χρησιμοποιούνται χωρίς περιορισμούς και το 2006 το FDA στις ΗΠΑ επέτρεψε τη χρήση τους.

## ΜΕΙΩΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

Πολύ μεγάλοι και πτωτικοί μαστοί προκαλούν εκτός από αισθητικά ή ψυχολογικά προβλήματα και λειτουργικά όπως κύφωση, δερματίτιδα στην υπομάστια χώρα πόνο στο στήθος και σημάδια στους ώμους σαν αποτέλεσμα του μεγάλου βάρους που συγκρατείται από τον στηθόδεσμο.

Σκοπός της επέμβασης είναι η μείωση του όγκου και η βελτίωση του σχήματος των μαστών και η μετατόπι-



ση του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλωψη.

Η μείωση των μαστών μπορεί να πραγματοποιηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία αλλά συνήθως συστήνεται μετά την πλήρη ανάπτυξη του μαστού.

Ο πλαστικός χειρουργός θα εξετάσει του μαστούς, θα κάνει κάποιες μετρήσεις και θα εκτιμήσει το μέγεθος, το σχήμα, την ποιότητα του δέρματος και τη θέση της θηλής και θηλαίας άλω.

Είναι σημαντικό η επέμβαση να εκτελείται όταν το σωματικό βάρος είναι σταθερό.

Η συχνότερη μέθοδος μείωσης μαστών περιλαμβάνει τρείς τομές. Μια τομή γύρω από τη θηλή, μια κάθετη από τη θηλή στην υπομαστία πτυχή και μια τρίτη οριζόντια στην υπομάστια πτυχή η οποία μπορεί να παραληφθεί.

Αφαιρώντας λοιπόν ένα τμήμα του μαζικού αδένα και του δέρματος (το οποίο στέλνεται για ιστολογική εξέταση) και μεταφέροντας την θηλή και την θηλαία άλω ψηλότερα δημιουργούμε ένα μικρότερο και ωραιότερο μαστό.

Λιποαναρρόφηση μπορεί να χρειαστεί για βελτιωθεί η περιοχή στο πλάι.

Συνήθως η θηλή και η θηλαία άλω μεταφέρονται μαζί με τα αγγεία τα νεύρα και τους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι η αισθητικότητα και η δυνατότητα θηλασμού διατηρείται.

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές τεχνικές μείωσης του μαστού. Το μέγεθος, το σχήμα και η ποσότητα του μαζικού αδένα που θα αφαιρεθεί καθορίζουν το είδος της επέμβασης που θα χρησιμοποιηθεί.

Ανάλογα με την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό συνήθως γίνεται μαστογραφικός έλεγχος πριν την επέμβαση.

Η επέμβαση γίνεται υπό γενική αναισθησία και η παραμονή στην κλινική είναι 12-24 ώρες. Μετά την επέμβαση η ασθενής φοράει ένα αθλητικό στηθόδεσμο για 1 περίπου μήνα.

## **ΜΑΣΤΟΠΙΞΙΑ**

Ανόρθωση μαστού ή μαστοπηξία είναι η επέμβαση κατά την οποία μειώνεται το δέρμα και μετατοπίζεται το σύμπλεγμα της θηλής θηλαίας άλω ψηλότερα δημιουργώντας ένα ανορθωμένο νεανικό μαστό.

Η μείωση της ελαστικότητας του δέρματος, η βαρύτητα και άλλοι παράγοντες όπως αυξομειώσεις του σωματικού βάρος, εγκυμοσύνη, θηλασμός επηρεάζουν το σχήμα και την ελαστι-



κότητα του μαστού.

Ασθενείς που είναι ευχαριστημένοι με το μέγεθος του μαστού μπο-

ρούν να υποβληθούν σε μαστοπηξία ώστε να βελτιώσουν το σχήμα. Φυσικά μπορεί να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα με την μαστοπηξία και αυξητική μαστών για όσους επιθυμούν και αύξηση του μεγέθους του μαστού.

Ο πλαστικός χειρουργός θα εξετάσει τον μαστό, κάνοντας κάποιες μετρήσεις και θα εκτιμήσει το μέγεθος, το σχήμα, την ποιότητα του δέρματος και τη θέση της θηλής και της θηλαίας άλω.

Η συχνότερη μέθοδος μείωσης μαστών περιλαμβάνει τρεις τομές. Μια τομή γύρω από τη θηλή, μια κάθετη και μια τρίτη οριζόντια στην υπομάστια πτυχή η οποία μπορεί να παραληφθεί.

Συχνά η κάθετη τομή και η οριζόντια μπορεί να αποφευχθεί. Οι ουλές είναι έντονες το πρώτο διάστημα, αλλά σιγά σιγά παίρνουν το χρώμα του δέρματος και γίνονται αδιόρατες.

Ανάλογα με την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό συνήθως γίνεται μαστογραφικός έλεγχος πριν την επέμβαση.

Η επέμβαση γίνεται υπό γενική αναισθησία και η παραμονή στην κλινική είναι 12-24 ώρες. Μετά την επέμβαση η ασθενής φοράει ένα αθλητικό στηθόδεσμο για 1 περίπου μήνα.

## ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑ

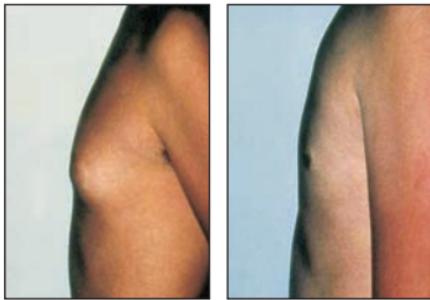
Είναι η υπερτροφία των μαστών στον άνδρα.

Αν και παρουσιάζεται στην εφηβεία, αποτελεί συγγενή ανωμαλία της διάπλασης.

Προσβάλλει άρρενες εφήβους σε υψηλό ποσοστό (μέχρι και 65% αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία), προκαλώντας τους πολύ σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση.

Είναι χαρακτηριστικές οι περιπτώσεις εφήβων αλλά και αγοριών μετεφθικής ηλικίας που αποφεύγουν το καλοκαίρι τη θάλασσα καθώς και τις επαφές με το γυναικείο φύλο, αισθανόμενοι ντροπή για το θηλυπρεπές στοιχείο το οποίο φέρουν. Οι γο-

νείς πανικόβλητοι, επισκέπτονται τον ένα ενδοκρινόλογο μετά τον άλλο, πριν τελικά ενημερωθούν, μετά από αλλεπάλληλες εξετάσεις, ότι δεν υπάρχει οργανικό πρόβλημα και καταλήξουν τελικά στον πλαστικό χειρουργό για να βρουν λύση.



Γυναικομαστία πριν και μετά.

Πρέπει επομένως να γίνει σαφές, ότι η **αιτιολογία** της νόσου, δυνατόν να είναι πολυπαραγοντική, καθώς μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά παθήσεων όπως, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, υπερ- ή υποθυρεοειδισμός, δύγκοι ή πατος, επινεφριδίων, ορμονικές διαταραχές, ή διάφορα φάρμακα όπως αμφεταμίνες, οπιούχα, αναβολικά κ.α. Στην πλειονότητα όμως των περιπτώσεων είναι **ιδιοπαθής χωρίς παθολογικό υπόστρωμα**.

Η διάγνωση είναι απλή, επιβεβαιώνεται δε πάντοτε με εργαστηριακό έλεγχο.

Η θεραπεία είναι **μόνο χειρουργική**, καθώς η φαρμακευτική αγωγή δεν αποδίδει.

Η **λιποαναρρόφηση**, είτε ως μόνη μέθοδος, είτε σε συνδυασμό με αφαίρεση του μαζικού αδένα δίνει πολύ καλά **αποτελέσματα**.

Η ψυχολογική "μετάλλαξη" των νεαρών αγοριών είναι εντυπωσιακή.

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η επανόρθωση του μαστού μετά την μαστεκτομή είναι απαραίτητη αν σκεφτεί κανείς τον μόνιμο ακρωτηριασμό και τα προβλήματα ψυχολογικά, κοινωνικά και εμφανισιακά που δημιουργεί αυτή η επέμβαση.

Η ασθενής μπορεί να επισκεφθεί τον πλαστικό χειρουργό πριν την μαστεκτομή και συζητήσει μαζί του την δυνατότητα της αποκατάστασης είτε άμεσα (tautόχρονα με την μαστεκτομή) είτε απότερα (μέτα από 6 μήνες) καθώς και τον τρόπο που θα γίνει αυτή η αποκατάσταση.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι που εφαρμόζονται για την αποκατάσταση του μαστού, η επιλογή εξαρτάται από την κατάσταση της περιοχής (είδος μαστεκτομής, ακτινοθεραπεία κλπ.) επιθυμία της ασθενούς και εμπειρία του πλαστικού χειρουργού.

### **Αποκατάσταση με διαστολείς δέρματος**



Απώτερη αποκατάσταση μαστού με μόνιμο διαστολέα ιστών και αποκατάσταση θηλής - άλω.

Η μέθοδος αυτή αξιοποιεί την ικανότητα του δέρματος να αυξάνεται προοδευτικά όπως το δέρμα της κοιλιάς στην περίοδο

της εγκυμοσύνης. Η τοποθέτηση του διαστολέα δέρματος τοποθετείται έιτε άμεσα ταυτόχρονα με την μαστεκτομή, είτα απώτερα χωρίς επιπλέον τομές από την τομή της μαστεκτομής, κάτω από τον μειζονα θωρακικό μύ.

Διαμέσου μιας μικρής βαλβίδας τοποθετημένης κάτω από το δέρμα γίνεται περιοδικά η διάταση ώσπου αυτό να γεμίσει μετά από μερικές εβδομάδες ή μίνες.

Όταν το δέρμα έχει διαταθεί αρκετά ο διαστολέας αφαιρείται με μια δεύτερη επέμβαση και τοποθετείται το μόνιμο ένθεμα. Κάποιοι διαστολείς έχουν σχεδιαστεί για να μένουν μόνιμα.

Σε δεύτερη φάση δημιουργείται το σύμπλεγμα θηλής-θηλαίας άλω.

Κάποιοι ασθενείς δεν χρειάζονται διάταση και ο γιατρός μπορεί να τοποθετήσει το ένθεμα στην πρώτη επέμβαση

### **Αποκατάσταση μαστού με τον πλατύ ραχιαίο μύ**

Όταν για την αποκατάσταση του μαστού χρειάζομαστε και δέρμα χρησιμοποιούμε τον πλατύ ραχιαίο μύ από την πλάτη μαζί με μια νησίδα δέρματος.

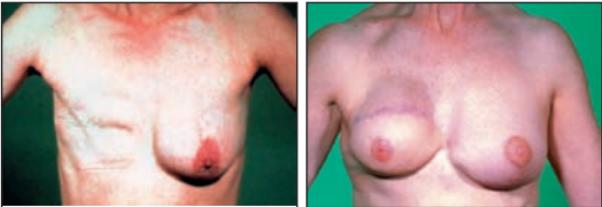
Ο μύς μαζί με μια ατρακτοειδή νησίδα δέρματος μεταφέρονται μέσω ενός τούνελ που γίνεται κάτω από το δέρμα της μασχάλης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και δημιουργούν μια

Θήκη για να τοποθετηθεί η πρόθεση ή ο διαστολέας.

Το μειονέκτημα της μεθόδου είναι η δημιουργία μιας νέας ουλής στην πλάτη, περισσότερες ουλές στο μαστό και η δυσχρωμία στην περιοχή του μαστού καθ' ότι το δέρμα της πλάτης δεν έχει ίδιο χρώμα με αυτό του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος.

Στην πλάτη το τραύμα κλείνει με μια οριζόντια τομή.

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως όταν έχει γίνει ακτινοθεραπεία στο δέρμα του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος.



Αποκατάσταση μαστού με τον πλατύ ραχιαίο μυ.

### ***Αποκατάσταση με ορθό κοιλιακό μυ***

Στη μέθοδο αυτή δεν χρησιμοποιούμε ένθεμα. Η μέθοδος είναι ιδανική για τους ασθενείς που έχουν κάποια περίσσεια λίπους και δέρματος στο



Αποκατάσταση μαστού με ορθό κοιλιακό μυ.

κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα. Δίνει την δυνατότητα αποκατάστασης ακόμη και ενός ογκώδους πτωτικού μαστού με σχήμα πιο φυσικό απ' ότι ένα ένθεμα.

Το δέρμα και το λίπος της κοιλιάς μεταφέρονται μέσω ενός τούνελ που δημιουργείται κάτω από το δέρμα μαζί με τον ορθό κοιλιακό μύ και τα αγγεία του.

Στην κοιλιά μένει μια ουλή οριζόντια ίδια με την κλασική τομή της κοιλιοπλαστικής.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η βαρύτητα της επέμ-

βασης και οι πολλές ημέρες παραμονής στην κλινική καθώς και οι νέες ουλές στην κοιλιά και στο μαστό.

Τα πλεονεκτήματα είναι ότι το αποτέλεσμα είναι πιο φυσικό ειδικά αν ο μαστός που πρέπει να αποκαταστασθεί είναι ογκώδης.

Στις 2 μεθόδους που περιγράψαμε πιο πάνω η μεταφορά του μυός και του ιστού έγινε μέσω ενός τούνελ και χωρίς να αποσπαστεί από την δότρια περιοχή.

Σε μια άλλη τεχνική ο ιστός μεταφέρεται χειρουργικά και μεταμοσχεύεται στο στήθος επανασυνδέοντας τα αγγεία του με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

Συχνά μετά την αποκατάσταση του μαστού είναι απαραίτητη μια επέμβαση και στον άλλο μαστό [μείωση, η μαστοπηξία, η αύξηση] ώστε να αποκτήσουμε ένα συμμετρικό στήθος.

Έξι μήνες μετά την αποκατάσταση του μαστού γίνεται μια δεύτερη επέμβαση για την δημιουργία της θηλής και της θηλαίας άλω.

Αυτή γίνεται με τοπική αναισθησία και συνήθως παίρνουμε ένα δερματικό μόσχευμα από την μηροβούβωνική πτυχή για την δημιουργία της θηλαίας άλω και χρησιμοποιούμε κάποιο τοπικό κρημνό για την αποκατάσταση της θηλής.

## ΚΟΙΛΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Δεν είναι γνωστό γιατί μερικές γυναίκες που έχουν πολλαπλές κυήσεις επανέρχονται σχεδόν πλήρως διατηρώντας το κοιλιακό



Κοιλοπλαστική πριν και μετά.

τους περίγραμμα "νεανικό" την στιγμή που σε άλλες με μία και μόνη κύηση δημιουργείται περίσσεια δέρματος με χαλάρωση, λέπτυνση του δέρματος και ραγάδες. Ταυτόχρονα περίσσεια λιπώδους ιστού συσσωρεύε-

ται στο υπογάστριο και υπάρχει εκσεσημασμένη διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών. Σε περίπτωση δε που η γυναίκα αυτή χάσει κάποια κιλά η κατάσταση χειροτερεύει και αποκαθίσταται μόνο με κοιλιοπλαστική. Το ίδιο συμβαίνει και με τις μεγάλες αυξομειώσεις βάρους.

Στην τυπική κοιλιοπλαστική γίνεται μία εγκάρσια τομή από λαγόνιο ακρολοφία σε λαγόνιο ακρολοφία περνώντας πάνω από την ηβική σύμφυση. Η τομή αυτή κρύβεται από το εσώρουχο ή το μπικίνι. Στην συνέχεια παρασκευάζεται το κοιλιακό δέρμα μέχρι το ύψος των υποχονδρίων. Ο ομφαλός παρασκευάζεται και αυτός και είναι έτοιμος να τοποθετηθεί στην νέα θέση. Στην συνέχεια επανασυμπλησιάζονται οι δύο ορθοί κοιλιακοί μύες με ράμματα και γίνεται εκτομή της περίσσειας του δέρματος.

Η ασθενής παραμένει για 1-2 24ωρα στο νοσοκομείο για παρακολούθηση.

Οι επιπλοκές που μπορούν να συμβούν είναι οι ίδιες όπως σε κάθε χειρουργείο (αιμορραγία, επιμόλυνση και θρόμβωση).

Μετεγχειρητικά υπάρχει πόνος στο κοιλιακό τοίχωμα, λόγω της συρραφής των μυών, που καταπολεμάται με συνηθισμένα παυσίπονα. Επίσης η ασθενής φορά μια φαρδιά ελαστική ζώνη για 3-4 εβδομάδες που προσφέρει επιπλέον υποστήριξη για την περίοδο της επούλωσης.

Επίπονη άσκηση και γυμναστική θα πρέπει να αποφευχθούν για 4 εβδομάδες.

## ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

Με τον όρο αυτό περιγράφουμε την αφαίρεση της περίσσειας του σωματικού λίπους με αναρρόφηση. Με την μέθοδο αυτή, η οποία περιγράφεται και ως λιπογλυπτική, βελτιώνουμε την σω-



Λιποαναρρόφηση γλουτών πριν και μετά.



Λιποαναρρόφηση γλουτών πριν και μετά.

ματική εμφάνιση διορθώνοντας ανωμαλίες στο περίγραμμα του σώματος.

Το λίπος συσσωρεύεται σε ορισμένες περιοχές, "αποθήκες", που διαφέρουν ανάλογα με το φύλο.

Οι γυναίκες "αποθηκεύουν" λίπος κυρίως στην κοιλιακή χώρα, τους γλουτούς και τους μηρούς ενώ οι άνδρες κυρίως στην κοιλιά και την μέση. Η λιποαναρρόφηση δεν είναι μέθοδος αδυνατίσματος πολλώ δε μάλλον μέθοδος θεραπείας της παχυσαρκίας. Αποδίδει μόνο σε ασθενείς που είναι κοντά στο ιδανικό τους βάρος και έχουν "επίμονες" τοπικές αποθήκες λίπους.

Η λιποαναρρόφηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιτύχουμε καλύτερο περίγραμμα, εκτός από τα ανωτέρω σημεία, και στο πηγούνι, τον λαιμό, τους βραχίονες, το στήθος, τα γόνατα, τις γάμπες και τους αστραγάλους.

Η επέμβαση γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία. Ξεκινά με την διήθηση της προς αναρρόφηση περιοχής, με ένα διάλυμα που περιέχει τοπικό αναισθητικό και αδρεναλίνη (η οποία βοηθά στην ελαχιστοποίηση της απώλειας αίματος και στην μείωση του μετεγχειρητικού οιδήματος και αιματώματος). Στην συνέχεια γίνεται μία μικρή τομή στο δέρμα και διαμέσου της εισάγεται μία κάνουλα η οποία συνδέεται στο μηχάνημα της αναρρόφησης και αρχίζει το άδειασμα της "αποθήκης".

Η λιποαναρρόφηση με υπερήχους έχει ως στόχο την ρευστοποίηση των λιποκυττάρων. Η τεχνική αυτή βοηθά στην απομάκρυνση του λίπους από περιοχές με πυκνό ινώδη ιστό όπως το επάνω μέρος της πλάτης, την γυναικομαστία των ανδρών και στις περιπτώσεις διόρθωσης σε περιοχή που έχει προηγηθεί επέμβαση παλαιότερα.

Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι για λίγες ώρες.

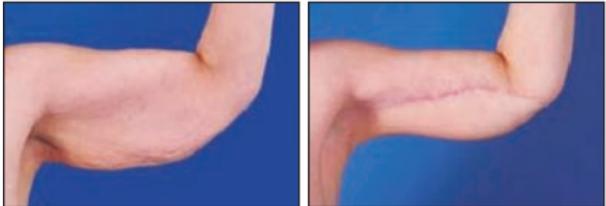
Την επομένη η ασθενής βγάζει τις επιδέσεις και κάνει μπά-

νιο. Στην συνέχεια φορά έναν ελαστικό κορσέ που πιέζει την περιοχή για 3-4 εβδομάδες.

Επειδή η περιοχή έχει οιδημα για αρκετό καιρό τα αποτελέσματα θα αρχίσουν να φαίνονται σε 4-6 εβδομάδες. Με τακτική άσκηση και την σωστή διατροφή μπορείτε να διατηρήσετε τα αποτελέσματα.

## **ΑΝΟΡΘΩΣΗ ΜΗΡΩΝ, ΓΛΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΒΡΑΧΙΟΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ**

Α σθενείς που αυξομειώνουν το βάρος τους παρουσιάζουν έντονη χαλάρωση του δέρματος το οποίο λε-



Βραχιονοπλαστική πριν και μετά.

πτύνεται και χάνει την σπαργή και τον τόνο του πράγμα το οποίο και φυσιολογικά παρατηρείται με την πάροδο των ετών. Έτσι παρατηρούμε καμμιά φορά το δέρμα κυριολεκτικά να "κρέμεται". Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται συνήθως στην περιοχή της άνω έσω επιφανείας των μηρών, στους γλουτούς και στην έσω κάτω επιφάνεια των βραχιόνων.

Σε αυτές τις περιπτώσεις προβαίνουμε σε χειρουργική εκτομή της περίσσειας του δέρματος. Σε αρκετές περιπτώσεις συναφαιρείται και λίπος και έτσι έχουμε και λιπεκτομή. Έτσι



Λιπεκτομή πριν και μετά.

στον βραχίονα η ουλή που μένει καταλαμβάνει σχεδόν σε μήκος όλη την μεσοτητα της έσω επιφανείας του, στους γλουτούς από την μεσότητα της μεσογλουτιαίας σχισμής και άνω αμφοτερόπλευρα και εκτείνεται καθόλο το μήκος κεφαλικά του μείζονα γλουτιαίου (tanga lift).

## **ΑΥΞΗΣΗ ΓΛΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΓΑΜΠΑΣ**

Σε περιπτώσεις που η προβολή ή το μέγεθος του γλουτού ή της γάμπας είναι ανεπαρκή τότε μπορουμε να τα αυξήσουμε τοποθετώντας ενθέματα σιλικόνης αντίστοιχου σχήματος. Η διαδικασία είναι η ίδια όπως και στην αύξηση των μαστών.

# Εφαρμογές Laser Αλλαντική Τοξίνη Εμφυτεύματα

**Η** λέξη LASER σχηματίζεται από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων "Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation" (Ενίσχυση του Φωτός μέσω Προκλητής Εκπομπής Ακτινοβολίας). Πρόκειται ουσιαστικά για συσκευή που παράγει εξαιρετικά ισχυρή ακτίνα μονοφασματικού φωτός ενός μήκους κύματος. Πολλά LASER χρησιμοποιούνται καθημερινά στην ιατρική, όπου και βρίσκουν διάφορες εφαρμογές. Στο τομέα της αισθητικής ωστόσο, έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται πολύ πρόσφατα.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι LASER. Οι δύο βασικού τύποι είναι ο παλμικός και ο συνεχής.

## SKIN RESURFACING

Φωτογηρασμένο δέρμα και ρυτίδες λόγω ηλικίας, έκθεσης στον ήλιο, κληρονομικότητα ή ακμή, μπορεί να βελτιωθούν με δερμαπόξεση με Laser χρησιμοποιώντας Laser CO<sub>2</sub> (Διοξείδιο του άνθρακα) ή Erbium YAG.

Με το LASER αφαιρούνται οι επιφανειακές στιβάδες του δέρματος με εξάχνωση με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός νέου νεανικού δέρματος.

Το LASER μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σ' όλο το πρόσωπο, είτε σε μεμονωμένες περιοχές είναι αποτελεσματικό για την θεραπεία ρυτίδων, κηλίδων, ακτινικών βλαβών και ουλών (π.χ. ακμής).

Το πάχος και η υφή του δέρματος καθορίζουν περισσότερο αν ο ασθενής είναι κατάλληλος υποψήφιος.

Πολλές φορές το LASER συνδυάζεται με άλλες επεμβάσεις στο πρόσωπο όπως ρυτιδεκτομή και βλεφαροπλαστική.

Μετά το LASER πρέπει να αποφεύγεται οποιαδήποτε έκθεση στο πήλιο για όσο διάστημα διαρκεί η ερυθρότητα του δέρματος. Ακόμη και μετά από την περίοδο πρέπει να προστατεύται το δέρμα με αντηλιακή κρέμα με υψηλή δείκτη προστασίας και αν δυνατό με καπέλο. Συνηθώς η θεραπεία γίνεται με τοπική αναισθησία και νευροαναλγησία σπάνια με γενική αναισθησία.

Όσο πιο βαθειά είναι η δερμοαπόξεση τόσο περισσότερο χρόνο θα χρειαστεί το δέρμα για να πάρει το φυσιολογικό του χρώμα αλλά τόσο περισσότερο εντυπωσιακά θα είναι τα αποτελέσματα.

## **ΦΩΤΟΑΝΑΝΕΩΣΗ**

Οι λεπτές ρυτίδες του δέρματος, η τραχειά επιδερμίδα, οι επιφανειακές ακτινικές βλάβες, οι κηλίδες και η μείωση της σπαργής του δέρματος αντιμετωπίζονταν παλαιότερα με χημικά peels και δερμαπόξεση.

Το Laser CO<sup>2</sup> και το Erbium YAG laser έχουν χρησιμοποιηθεί για ασθενείς με έντονες ρυτίδες. Με λεπτές ρυτίδες, ελαφρά χαλάρωση του προσώπου, καφέ κηλίδες, ευρυαγγείες μπορούν να βελτιωθούν με φωτοανανέωση προσώπου. Με την μέθοδο αυτή η επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες είναι άμεση.

Δέρματα με λεπτές ρυτίδες και τραχειά υφή, κηλίδες και ευρυαγγείες έχουν μεγάλη βελτίωση ενώ εντονότερες ρυτίδες χρειάζονται άλλο είδος αντιμετώπισης.

30-60 λεπτά πριν την θεραπεία εφαρμόζονται στο πρόσωπο αναισθητική αλοιφή (EMLA), ενώ τοπική αναισθησία δεν χρειάζεται.

Στις περισσότερες περιπτώσεις 3-5 συνεδρίες με διαφορά 4 εβδομάδων έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Επανάληψη της θεραπείας γίνεται μια φορά το χρόνο.

Άμεσα μετά την θεραπεία υπάρχει μια ερυθρότητα η οποία διαρκεί μερικά λεπτά ως μερικές ώρες μετά την θεραπεία.

Όταν υπάρχει έντονη χαλάρωση εμφανίζεται και οίδημα.

Οι καφέ κηλίδες και η υπερμελάχρωση θα γίνουν πιο έντονες μετά την θεραπεία, εξαφανίζονται όμως μέσα σε 1 εβδομάδα.

## LASER ΑΠΟΤΡΙΧΩΣΗΣ

Η υπερτρίχωση οφείλεται συνήθως σε κληρονομική προδιάθεση, ορμονική διαταραχή ή κάποια φάρμακα.

Η παραδοσιακή μέθοδος αποτρίχωσης στο πρόσωπο ήταν η ηλεκτρόλυση όπου μια ηλεκτρική βελόνα καίει την ρίζα της ανεπιθύμητης τρίχας.

Τα LASER αποτρίχωσης μπορούν να εξαλείψουν την τριχοφυΐα με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, λιγότερο πόνο και καλύτερα αποτελέσματα.

Αυτή η νέα θεραπεία καταστρέφει την ρίζα της τρίχας με μια πηγή φωτός ή με μια ακτίνα LASER. Το LASER παράγει μια ακτίνα φωτός μεγάλης ενέργειας που περνά χωρίς κίνδυνο από το δέρμα απορροφάται από τη μελανίνη της τρίχας, μετατρέπεται σε θερμότητα και καταστρέφει την ρίζα της τρίχας.

Μόνο τρίχες που βρίσκονται στο αναζωγονητικό στάδιο καταστρέφονται με το LASER. Το ποσοστό των τριχών που βρίσκονται στο αναγεννητικό στάδιο είναι 10-20%.

Ανοικτόχρωμα ή μη ηλιοκαμμένα δέρματα απορροφούν πολύ μικρή ενέργεια φωτός και δεν επηρεάζονται από το LASER. Έτσι ανοικτόχρωμα δέρματα με μικρές τρίχες έχουν καλύτερο αποτέλεσμα. Αφαίρεση άσπρων τριχών με LASER δεν έχει αποτέλεσμα.

Συνήθως χρειάζονται 4-6 θεραπείες.

Οι τρίχες πρέπει να έχουν μήκους 1-2 mm για καλύτερη απορρόφηση της ενέργειας.

Μετά τη θεραπεία το δέρμα ίσως είναι κόκκινο και ερεθίσμενό συνήθως όμως αυτό υποχωρεί μετά από 12-24 ώρες.

Η τριχοφυΐα θα εξαφανιστεί και θα ξαναεμφανιστεί μετά από 6 εβδομάδων περίπου.

Μετά την θεραπεία το δέρμα είναι ευαίσθητο στην υπεριώδη ακτινοβολία και συνιστάται να αποφεύγεται η έκθεση στον ήλιο για 4 εβδομάδες.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΛΕΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΩΝ

Τηλεαγγειεκτασίες είναι μικρά αγγεία που συνήθως εντοπίζονται στο πρόσωπο, λαιμό και θώρακα. Παρόμοια αγγεία συ-

χνά εντοπίζονται και στα κάτω áκρα χωρίς να φανερώνουν κάποια οργανική δυσλειτουργία.

Αίτια των τηλεαγγειεκτασιών είναι κληρονιμικότητα, ακμή, έκθεση στον ήλιο, ορμονοθεραπεία, κορτινοζοθεραπεία καθώς και κάποιες δερματικές ασθένειες.

Η καλύτερη αντιμετώπιση τους γίνεται με τα αγγειακά LASER.

Επειδή οι τηλεαγγειεκτασίες είναι κόκκινες, ρόζ ή μωβ απορροφούν περισσότερη ενέργεια από ότι το υγιές δέρμα και καταστρέφονται.

Συχνά οι μικρές τελεαγγειεκτασίες εξαφανίζονται σε μια μόνο συνεδρία.

Σε μεγαλύτερες και πιο ανθεκτικές τηλεαγγειεκτασίες χρειάζονται περισσότερες συνεδρίες. Αμέσως μετά την θεραπεία τα αγγεία παίρνουν ένα μώβ χρώμα και εξαφανίζονται σιγά-σιγά μετά από μερικές ημέρες.

Η θεραπεία συνήθως είναι καλά ανεκτή, μερικές φορές όμως χρειάζεται τοπική αναισθησία ή αναισθητική αλοιφή.

Συνήθως όσοι έχουν την τάση να δημιουργούν τηλεαγγειεκτασίες σταδιακά δημιουργούν καινούργιες ευρυαγγείες. Έτσι συχνά χρειάζονται επαναληπτικές θεραπείες κάθε χρόνο για την αντιμετώπιση των νέων αγγείων.

## **ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΑΤΟΥΑΖ**

Η μελάνη των τατουάζ είτε έχει γίνει από επαγγελματία, είτε από ερασιτέχνη εναποτίθεται στις κατώτερες στιβάδες, του δέρματος και γι' αυτό δεν υπάρχει ιδανική μέθοδος αφαίρεσης τους.

Έχουν περιγραφεί διάφορες μεθόδοι αφαίρεσης τατουάζ όπως χειρουργική αφαίρεση, τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων, δερμοαπόξεση με Laser CO<sup>2</sup>.

Μια σημαντική πρόοδος στο τομέα αυτό έγινε με την ανακάλυψη των Q-Switched Laser. Laser που χρησιμοποιούνται για την αφαίρεση τατουάζ είναι: Q-Switched Ruby, Q-Switched Alexandrite, Q-Switched ND: YAG, Versapulse, Vasculight. Το Laser είναι πιο αποτελεσματικό για μπλέ-μαύρα τατουάζ και λιγότερο αποτελεσματικό για τα πράσινα, κίτρινα και κόκκινα τατουάζ.

Συχνά συνδυασμός διαφορετικών Laser χρειάζεται για καλύτερο αποτέλεσμα.

Η θεραπεία συνήθως πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία, ή με κάποια αναισθητική αλοιφή που τοποθετείται μία ώρα πρίν στη πάσχουσα περιοχή.

Η θεραπεία συνήθως απαιτεί 4-5 συνεδρίες με μεσοδιάστημα 4-8 εβδομάδων, διάστημα που επιτρέπει στον οργανισμό να αποβάλλει το μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής.

## ΕΝΕΣΙΜΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

Για πολλά χρόνια, οι χειρουργικές μέθοδοι ήταν ο μόνος τρόπος ανανέωσης του προσώπου, διόρθωσης ατελειών, άμβλυσης των ουλών, μείωσης ή/και εξάλειψης των ρυτίδων. Την τελευταία 10ετία, παρατηρείται διεθνώς, μεγάλη αύξηση στον αριθμό των **μη χειρουργικών** μεθόδων, που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση όλων αυτών, στο συντομότερο δυνατό χρόνο, με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Σε πρόσφατη έρευνα (2003) της Αμερικανικής Εταιρείας Πλαστικής Χειρουργικής, οι μη χειρουργικές μεθόδοι, υπό τη μορφή ενέσιμων βιοθημάτων, έχουν αυξηθεί στις Η.Π.Α κατά 68%, με τη **αλλαντική τοξίνη** και το **κολλαγόνο** να είναι οι πιο συχνές ενέσιμες ουσίες.

Ποικιλία ενέσιμων εμφυτευμάτων έχει εμφανιστεί στο εμπόριο, τα τελευταία χρόνια που περιλαμβάνει προϊόντα από συνθετικές ουσίες, αλλά και από "φυσικές" ουσίες που έχουν παραχθεί από ζωικά ή ανθρώπινα κύτταρα. Θεωρούνται ασφαλή, αποτελεσματικά, εύκολα στη χρήση, με ελάχιστες επιπλοκές και λογικό κόστος.

Ακολουθεί περιγραφή των σημαντικότερων ενέσιμων υλικών, κυρίως αυτών, που χρησιμοποιούνται συχνότερα και τυγχάνουν ευρείας αποδοχής, ενώ θα γίνει περιληπτική αναφορά, στις ενδείξεις και τις αντενδείξεις τους, τη χημική τους δομή, τους τρόπους χορήγησης, τη διάρκεια και την αποτελεσματικότητα τους.

## Αλλαντική τοξίνη τύπου A

Η δράση της βασίζεται στην **τοξίνη της αλλαντίασης**, σε

πολύ μικρές δόσεις, η οποία παράγεται από το κλωστηρίδιο *Botulinum*.

Η ουσία αυτή ανακαλύφθηκε στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ενώ στα μέσα του 20<sup>ου</sup> παρασκευάστηκε εργαστηριακά. Η εφαρμογή της στην Ιατρική, αρχίζει την δεκαετία του '70 στην Οφθαλμολογία και αργότερα στη Νευρολογία.

Τον Απρίλιο του 2002 παίρνει την έγκριση από το F.D.A (Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α) για εφαρμογή στην αντιμετώπιση των ρυτίδων του μετώπου και του μεσόφρουου. Έκτοτε, 10 εκατομμύρια εφαρμογές γίνονται κάθε χρόνο σ' ολόκληρο τον κόσμο, με αυξητική τάση.

Η **χρήση** του φαρμάκου προϋποθέτει άριστη γνώση της ανατομίας των μυών του προσώπου, του τρόπου δράσης, της δοσολογίας, των ενδείξεων και των αντενδείξεων του.

**Πρέπει να γίνει σαφές ότι δεν υποκαθιστά τις χειρουργικές επεμβάσεις**, αλλά ενεργεί συμπληρωματικά ή βελτιώνει την εικόνα του προσώπου σε άτομα που δεν επιθυμούν άμεσα μια εκτεταμένη πλαστική χειρουργική επέμβαση.

Συγκριτικά με τα υπόλοιπα ενέσιμα εμφυτεύματα, τα οποία αμβλύνουν τις ρυτίδες γεμίζοντας τες, το συγκεκριμένο, ενεργεί διαφορετικά.

Η βοτουλινική τοξίνη "μπλοκάρει" την απελευθέρωση χημικής ουσίας των νευρικών κυττάρων (ακετυλχολίνη) η οποία προκαλεί τη σύσπαση των μυών.

Έτσι η κίνηση των μυών εξασθενεί και η δημιουργία ρυτίδων καταργείται για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η δράση του φαρμάκου.

Η διαδικασία είναι απλή, σύντομης διάρκειας (5-10 λεπτά) και γίνεται στο ιατρείο του πλαστικού χειρουργού. Έχει **ένδειξη** στις οριζόντιες ρυτίδες του μετώπου, στις κάθετες ρυτίδες ανάμεσα στα φρύδια, στο πλάι των ματιών (**"πόδι της χήνας"**) και σε επιλεγμένες περιπτώσεις στο άνω και κάτω χείλος και στο λαιμό.

Η δράση του αρχίζει μετά από 48-72 ώρες και φθάνει το maximum σε 15 ημέρες.

Το **αποτέλεσμα** διατηρείται για 4-6 μήνες. Στη συνέχεια μπορεί να επαναληφθεί.

Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** είναι ελάχιστες, όταν εφαρμόζεται αυστηρά το θεραπευτικό πλάνο. Κυκλοφορεί σε δύο συκευασίες, σαν **Botox** (Allergan) και σαν **Dysport** (Ipsen).

Από την πρώτη παρατήρηση της κοσμητικής δράσης της αλλαντικής τοξίνης κατά την εφαρμογή της στη θεραπεία του βλεφαρόσπασμου (Carruthers, 1992), αναρίθμητες μελέτες έχουν γίνει. **Νέες ενδείξεις** έχουν προστεθεί τα τελευταία χρόνια στις ήδη υπάρχουσες, όπως για παράδειγμα, η υπεριδρωσία και η θεραπεία της ημικρανίας. Είναι πιθανό να βρισκόμαστε μόνο στην αρχή της ανακάλυψης των δυνατοτήτων της ουσίας αυτής.

## Ενέσιμα εμφυτεύματα

Τα ενέσιμα εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται στην Αισθητική Χειρουργική για να "γεμίσουν" ρυτίδες, μικρές κοιλότητες (ουλές από ακμή κ.α.) και είναι είτε υλικά που μόνο εξομαλύνουν ή υλικά που προκαλούν και διέγεργση των ιστών για να διορθωθούν τα προβλήματα.



Τα εμφυτεύματα είναι **βιοδασπώμενα** και μη **βιοδιασπώμενα** δηλ. απορροφόνται από τον οργανισμό ή παραμένουν στη θέση τους για πολλά χρόνια.

***Ενέσιμα Εμφυτεύματα*****ΒΙΟΔΙΑΣΠΩΜΕΝΑ**

- Κολλαγόνο (Βόιο, Χοίρειο, Ανθρώπινο)
- Υαλουρονικό Οξύ (Ζωικής ή μη προέλευσης)
- Πολυγαλακτικό Οξύ (New-fill, Sculptraj)
- Υδροξυαπατίτης (Radiesse, Radiance)
- Δεζτράν (Reviderm, Matridex)

**ΜΗ ΒΙΟΔΙΑΣΠΩΜΕΝΑ**

- Πολυμεθυλμεθακρυλικό (Artecol, Artefill, Aphrodite Gold)
- Πολυακρυλαμίδιο (Aquamid, Bioalcamid)
- Ακρυλική υδρογέλη (Dermalive, Dermadep)
- Υγρή Σιλικόνη (PMS-350, MDX4-4011, Silikon-1000)

***Ενέσιμα Εμφυτεύματα*****VOLUMIZERS**

- Κολλαγόνο
- Υαλουρονικό
- Υδροξυαπατίτης
- Σιλικόνη

**STIMULATORS**

- Πολυμεθυλμεθακρυλικό (Artecol, Artefill, κλπ.)
- Πολυγαλακτικό Οξύ (New-fill, Sculptraj)
- Ακρυλική υδρογέλη (Dermalive)

***To Ιδανικό Εμφυτεύματα*****ΑΣΦΑΛΕΣ**

- Βιοσυμβατό
- Μη μολυσματικό
- Μη αντιγονικό
- Μη τοξικό
- Μη καρκινογόνο
- Να μην μετακινείται
- Να μην έχει άλλες επιπλοκές

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ**

- Καλό αποτέλεσμα
- Επαναλαμβανόμενα αποτέλεσματα
- Γρήγορη επούλωση
- Άμεση επιστροφή στη ζωή και εργασία
- Μεγάλη διάρκεια ζωής
- Μαλακό
- Ανθεκτικό

**ΕΥΧΡΗΣΤΟ**

- Εύκολη μεταφορά και αποθήκευση
- Εύκολη χρήση
- Δυνατότητα αφαίρεσης

Το ιδανικό εμφύτευμα πρέπει να είναι ασφαλές, αποτελεσματικό και εύχρηστο. Οι αντενδείξεις για τη χρήση των εμφυτευμάτων είναι: η χρήση αντιπηκτικών, η υπερευαισθησία στο εμφύτευμα, υπερτροφικές ουλές-χηλοειδή, επιχείλιος έρπης, ψυχολογικά προβλήματα, μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

## Κολλαγόνο

Αποτελεί την κατ'εξοχήν εξωκυτταρική **πρωτείνη** του ανθρώπινου σώματος και το κύριο συστατικό του συνδετικού ιστού του δέρματος.

Το ενέσιμο κολλαγόνο χρησιμοποιείται στην Αισθητική Χειρουργική τα τελευταία 25 χρόνια για την εξομάλυνση των ρυτίδων και το "γέμισμα" μικρών κοιλοτήτων του προσώπου (ουλές από ακμή).

Κυκλοφορεί στο εμπόριο σε διάφορες μορφές που παρασκευάζονται είτε από ανθρώπινα κύτταρα (**ανθρώπινο κολλαγόνο**), είτε από ζωικά κύτταρα (**βόειο κολλαγόνο**).

Τα προιόντα από ανθρώπινο κολλαγόνο, χρησιμοποιούνται πολύ περιορισμένα εκτός Η.Π.Α. (υψηλό κόστος, μακρά προετοιμασία, απαιτείται χειρουργική επέμβαση για την λήψη του υλικού). Στην Ευρώπη, προτιμάται το **κεκαθαρμένο βόειο κολλαγόνο**, επεξεργασμένο σε διάλυμα χλωριούχου νατρίου και ξυλοκαίνης. Η εκλεκτική πρωτεολυτική υδρόλυση του προσδίδει χαμηλή αντιγονική δράση. Υπάρχει σε **3 τύπους** με διαφορετική συγκέντρωση: **Zyderm I**, **Zyderm II** και **Zyplast**.

Η έγχυση, γίνεται ενδοδερμικά ή τουλάχιστον, αμέσως κάτω από το χόριο. Απαιτείται υπερδιόρθωση, καθώς θα απορροφηθούν το χλωριούχο νάτριο και η ξυλοκαίνη που εμπεριέχονται στο διάλυμα.

Το Zyderm I και II έχουν **ένδειξη** σε λεπτές και ενδιάμεσες ρυτίδες, ενώ το Zyplast χρησιμοποιείται σε βαθύτερες ρυτίδες, καθώς επίσης και για να προσδώσει όγκο στα χείλη.

**Αντενδείκνυται** σε άτομα με ιστορικό αναφυλακτικής αντίδρασης, αλλεργίας στο κολλαγόνο ή στα συστατικά του διαλύματος (ξυλοκαίνη), σε αυτοάνοσα ή φλεγμονώδη νοσήματα, σε ανοσοκαταστολή καθώς επίσης και κατά την περίοδο εγκυμο-

σύνης - θηλασμού. Η **διάρκεια** δράσης τους, κυμαίνεται από 3-12 μήνες, ανάλογα με την ηλικία και την ποιότητα δέρματος του ατόμου.

Η κύρια **ανεπιθύμητη ενέργεια** που μπορεί να προκαλέσει το κολλαγόνο είναι **η αλλεργία**. Διάφορες μελέτες αναφέρουν ποσοστό 1,3-5 %. Γι' αυτό πριν από τη χρήση της διενεργείται δερματική δοκιμασία (test), η οποία ελέγχεται μετά από 72 ώρες. Σε θετική αντίδραση, η οποία χαρακτηρίζεται από ερύθημα, οίδημα, κνίδωση, οζώδη σκλήρυνση, η χρήση κολλαγόνου αποκλείεται. Η χρήση του τελευταία, είναι περιορισμένη λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών και της αναγκαιότητας του test.

## **Υαλουρονικό Οξύ**

Η ελαστικότητα και η νεανικότητα του δέρματος οφείλει πολλά στο υαλουρονικό οξύ.

Αυτό, υπάρχει σ' όλους τους ζωντανούς ιστούς και αποτελεί φυσικό συστατικό του ανθρώπινου οργανισμού. **Χημικά**, είναι πολυσακχαρίτης υψηλού μοριακού βάρους και η πιο σημαντική **βιολογική δράση** του είναι να δέχεται και να συγκρατεί το νερό. Τα τελευταία χρόνια το υαλουρονικό οξύ έχει αναδειχθεί ως κατάλληλο εμφύτευμα για την αποκατάσταση των ρυτίδων και των μικρών δερματικών εμβαθύνσεων του προσώπου, καθώς και τον εμπλουτισμό των χειλιών.

Κυκλοφορούν διάφορα **σκευάσματα** στο εμπόριο, διαφορετικής συγκέντρωσης και περιεκτικότητας σε υαλουρονικό οξύ. Προτιμώνται αυτά που παράγονται με **βιοσύνθεση** και όχι τα ζωικής προέλευσης, γιατί είναι καλά ανεκτά από τον οργανισμό και δεν προκαλούν αλλεργικές αντιδράσεις (δεν απαιτείται τεστ αλλεργίας).

Το μειονέκτημα της γρήγορης αποδόμησης του οξέος συνεπεία διαφόρων μηχανισμών (ελεύθερες ρίζες, υαλουρονιδάση, ένζυμα, θερμοκρασία), αντιμετωπίστηκε με την τελειοποίηση της διαδικασίας παρασκευής σταυροσυνδεδεμένου υαλουρονικού οξέος, χωρίς να επηρεαστεί η ανεκτικότητα του υλικού.

Πρόκειται για κρυσταλλικά διάφανα, μικροσωματίδια γέλης (gel), σταθεροποιημένου υαλουρονικού οξέος, τα οποία προσ-

δίδουν "φυσικό" όγκο. Τα σωματίδια απορροφούνται με αργό ρυθμό και καθώς το gel διασπάται, τη θέση του την πάρνει το νερό. Η απορρόφηση είναι πλήρης, χωρίς κατάλοιπα.

Έτσι ο **χρόνος ζωής** του αυξήθηκε και τα αποτελέσματα διαρκούν από 6-9 μήνες έως και 1 χρόνο, ανάλογα με τον τύπο του δέρματος, την περιοχή και την ποσότητα εμφύτευσης καθώς και την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε. Επαναληπτική θεραπεία ακολουθεί μετά την απορρόφηση του υλικού.

Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** είναι παροδικές. Μετά τη θεραπεία, μερικές συνηθισμένες αντιδράσεις, που σχετίζονται με την έγχυση μπορεί να εμφανιστούν, όπως **ερυθρότητα, οίδημα, φαγούρα, αποχρωματισμός και ευαισθησία στο δέρμα**. Αυτές συνήθως υποχωρούν σε 1-2 ημέρες.

Αντενδείκνυται σε εξακριβωμένη υπερευαισθησία στο υαλουρονικό οξύ, σε αυτοάνοσα νοσήματα, σε περίοδο εγκυμοσύνης ή θηλασμού, σε ανοσοκαταστολή.

Η διάρκεια της κάθε **συνεδρίας** είναι περίπου 20 λεπτά και τα **αποτελέσματα** πολύ ίκανοποιητικά.

## Πολυγαλακτικό Οξύ

Είναι συνθετικό πολυμερές, της οικογένειας των υδρόξυοξέων α, βιοσυμβατό, βιοδιασπώμενο, ανοσολογικά αδρανές, συστατικό που υπάρχει φυσιολογικά στο δέρμα.

Το πολυγαλακτικό οξύ αναμειγμένο με καρμελόζη και μαννιτόλη, υπό μορφή μικροσωματιδίων, χρησιμοποιείται ως ενέσιμο εμφύτευμα για την εξάλειψη των έντονων ρυτίδων ή των πτυχών του προσώπου και το "γέμισμα" μικρών εμβαθύνσεων.

Οι ενδείξεις, οι αντενδείξεις, καθώς και η διαδικασία εφαρμογής δεν διαφέρουν από αυτές των άλλων βιοσυνθετικών εμφυτευμάτων.

Τα αποτελέσματα δεν φαίνονται αμέσως, αλλά μετά από 4-6 εβδομάδες.

Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** συνήθως είναι παροδικές. Μερικές φορές αναπτύσσονται **κοκκιώματα**, με τη μορφή επώδυνων υποδόριων οζιδίων τα οποία εμφανίζονται ως και 6-12

μήνες μετά την εφαρμογή. Αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση κορτιζόνης ενδοβλαβικά.

## Υγρή σιλικόνη

Η χρήση της άρχισε τη δεκαετία του '50, ως **το πρώτο ενέσιμο εμφύτευμα** και χρησιμοποιήθηκε για πολλά χρόνια με ενθουσιασμό σ' ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών.

Η υγρή σιλικόνη ανήκει σε μια μεγάλη ομάδα συνθετικών ουσιών με κύριο στοιχείο το πυρίτιο. Στην Πλαστική Χειρουργική χρησιμοποιούνται μόνο αυτές, που έχουν δομή διμεθυλο-πολυσιλοξάνης.

Οι πρώτες εφαρμογές αφορούσαν στην εξάλειψη των ρυτίδων. Στη συνέχεια επεκτάθηκαν και σε άλλες ανωμαλίες του προσώπου (*ημιατροφία, νόσος Romberg*) καθώς και την πλήρωση κοιλοτήτων σε διάφορες περιοχές του σώματος, τραυματικής ή άλλης αιτιολογίας. Η χρήση της υγρής σιλικόνης στην αύξηση του στήθους είχε απρόβλεπτα, ολέθρια αποτελέσματα και οδήγησε συχνά σε υποδόρια μαστεκτομή. Οι επιπλοκές που δημοσιεύθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία, έθεσαν τη υγρή σιλικόνη στο περιθώριο για πολλά χρόνια.

Διάφορα γεγονότα έχουν ανανεώσει το ενδιαφέρον για τη χρήση της, σαν ενέσιμο εμφύτευμα αποκλειστικά στο πρόσωπο, όπως π.χ. η έλλειψη στοιχείων που να τη συνδέουν με συστηματικά νοσήματα, η εισαγωγή μικροσταγονοειδούς τεχνικής χορήγησης, η έγκριση από το F.D.A της ελαιώδους μορφής σιλικόνης στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδή χιτώνα και τέλος η απαίτηση για ενέσιμα εμφύτευματα με πιο μόνιμα αποτελέσματα.

## Αυτόλογο λίπος

Το λίπος, ως **αυτόλογος ιστός**, έτυχε ευρείας εφαρμογής στην Πλαστική Χειρουργική για πολλά χρόνια. Μοσχεύματα λίπους καθώς και σύνθετα χοριολιπώδη μοσχεύματα χρησιμοποιήθηκαν για την πλήρωση κοιλοτήτων με άλλοτε άλλα αποτελέσματα. Τα μειονεκτήματα που εμφάνισαν αφ' ενός (απορρόφηση, ρίκνωση, δημιουργία λιπωδών κύστεων) και η εξεύρεση

καλύτερων λύσεων αφ' ετέρου, περιόρισαν στη συνέχεια τη χρήση τους.

Ο Γάλλος **Illiouz** στις αρχές της δεκαετίας του '80 ήταν αυτός, που επαναπροσδιορίσε τη χρησιμότητα του αυτόλογου λίπους σαν **ενέσιμο εμφύτευμα** για την εξομάλυνση δυσμορφιών του προσώπου και του σώματος. Πραγματοποίησε αναρρόφηση λιποκυττάρων με σύριγγα ή κάνουλα από ένα σημείο του σώματος και μετεμφύτευσή τους κυρίως στο πρόσωπο, για το "γέμισμα" των ρυτίδων, της ρινοπαρειακής αύλακας και διαφόρων κοιλοτήτων αλλά και σε άλλες περιοχές που υπήρχε εμβάθυνση και δημιουργούσε δυσμορφία. Από τότε, πολλές βελτιώσεις έχουν γίνει στην τεχνική λήψης και παρασκευής του λίπους (φυγοκέντρηση-κάθαρση), που βοηθούν τη μετεμφύτευση και μεγιστοποιούν το αποτέλεσμα, ενώ φαίνεται ότι μειώνουν τις επιπλοκές (κυστική στεατονέκρωση).

Η **απορρόφηση του λίπους** στη νέα του θέση ποικίλει. Σε διάστημα 10-12 μηνών το 30%-60% του εμφυτεύματος απορροφάται, στη θέση του δε, αναπτύσσεται ινώδης συνδετικός ιστός.

Η σωστή αντιμετώπιση, λοιπόν, περιλαμβάνει **μέτρια υπερδιόρθωση και επαναληπτική συνεδρία** ένα χρόνο αργότερα.

Γενικά αποτελεί μια χρήσιμη μέθοδο, που πρέπει να εφαρμόζεται σε συνθήκες ασηψίας, ενώ μπορεί να συνδυαστεί και με άλλες χειρουργικές επεμβάσεις.