

Ανασκοπήσεις Άρθρων από τη Διεθνή Βιβλιογραφία

Χ. Ασημομήτης, Σ. Μαμαλουκάκης, Α. Αναστασόπουλος, Ε. Γιαννόπουλος, Λ. Μανουσάκη, Σ. Σταυριανός

Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, Περιφερειακό Ογκολογικό Νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας».

Posterior Interosseous free flap with Extended Pedicle for Hand Reconstruction

Pedro C. Cavadas M.D., PhD

Plast. Reconstr. Surg. 108: 897-901 Sep 2001

Valencia Spain

Ο Ελεύθερος Κρημνός της Ραχιαίας Μεσόστεης Αρτηρίας με Εκτεταμένο Αγγειακό Μίσχο για Αποκατάσταση Άκρας Χειρός

Η ανατομία των ραχιαίων μεσόστεων αγγείων, τα καθιστά ιδανικά ως περιοχή δότης για έναν ελεύθερο κρημνό. Η δερματική νησίδα μπορεί να σχεδιαστεί με βάση τους διατιτρώντες κλάδους του περιφερικού τριτημορίου του αντιβραχίου έως τη ραχιαία μετακάρπια πτυχή, δημιουργώντας έτσι έναν αγγειακό μίσχο μήκους 7-9 εκ.

Παρουσιάζεται μία σειρά από εννέα (9) κρημνούς που χρησιμοποιήθηκαν στην αποκατάσταση ελλειμμάτων άκρας χειρός. Όλοι οι κρημνοί σχεδιάστηκαν στο ραχιαίο περιφερικό τμήμα του αντιβραχίου και οι

διαστάσεις του ελλείμματος στη περιοχή, επέτρεψαν την απευθείας σύγκλεισή του (πλάτους 4-5 εκ.). Με εξαίρεση την ουλή, η νοσηρότητα της δότης ήταν μηδαμινή. Όλες οι μεταφορές ήταν επιτυχείς. Αν και η παρασκευή του κρημνού είναι μάλλον εργώδης, η ανατομία του αγγειακού μίσχου είναι ιδανική για μικροαναστομώσεις και η δερματική νησίδα είναι λεπτή, αν και τριχωτή. Συμπερασματικά ο ελεύθερος κρημνός της ραχιαίας μεσόστεης αρτηρίας με εκτεταμένο αγγειακό μίσχο, μπορεί να αποδειχθεί καλή επιλογή όταν απαιτείται περιορισμένη έκταση λεπτής δερματικής νησίδας με μακρύ αγγειακό μίσχο.

Reconstruction of Bilateral Extensive Composite Mandibular Defects after Osteoradionecrosis with Two Fibular Osteoseptocutaneous Free Flaps

Morten Kildal, M.D., Fu-Chan Wie, M.D., Yang-Ming Chang, D.D.S., Wie-Chao Huang, M.D., and Kao-Jung Chang, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 108: 963-967 Sep. 2001

Taipei, Taiwan, Republic of China.

Αποκατάσταση Εκτεταμένου Αμφοτερόπλευρου Σύνθετου Ελλείμματος της Κάτω Γνάθου μετά από Ακτινονέκρωση με τη Χρήση Δύο Ελεύθερων Οστεο-δερμοπεριτονιακών Κρημνών της Περόνης

Η ακτινονέκρωση της κάτω γνάθου είναι μία σοβαρή επιπλοκή η οποία οδηγεί σε σοβαρή αναπηρία και παραμόρφωση. Δυσκολίες στη μάσηση, την ομιλία και την κατάποση είναι επίσης συχνές. Παρά

τη μεγάλη πρόοδο στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου της κεφαλής και του τραχήλου κατά τη τελευταία δεκαετία, οι επιπλοκές της οστεοακτινονέκρωσης είναι ακόμα υπαρκτές με μία αναφερόμενη

επίπτωση από 0,8 έως 37%. Αν και τα αίτια της οστεοακτινονέκρωσης δεν είναι ακόμα εντελώς ξεκάθαρα, στους παράγοντες που υποβοηθούν στην εμφάνισή της, περιλαμβάνονται η εντόπιση του όγκου, το χειρουργικό τραύμα, η δόση της ακτινοβολίας, πιθανά κατάγματα, το μετακινικό τραύμα, ο χρόνος εξαγωγής οδόντων και η κακή στοματική υγιεινή. Η συντηρητική θεραπεία έχει θέση σε επιπολής ή μερική οστεοακτινονέκρωση της κάτω γνάθου και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, τη χρήση αντιβιοτικών και τη θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο. Η ένδειξη για πιο ριζική χειρουργική αντιμετώπιση δεν μπορεί να προσδιορισθεί ξεκάθαρα, αλλά, τέτοιου είδους θεραπεία επιφυλάσσεται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι συντηρητικές μέθοδοι αποτυγχάνουν, ή όταν υπάρχει σοβαρή και εκτεταμένη νέκρωση οστού και μαλακών μορίων. Η ύπαρξη παθολογικών καταγμάτων και συριγγίων αποτελεί ισχυρή ένδειξη για περισσότερο ριζική χειρουργική αντιμετώπιση. Όταν όλοι οι νεκρωτικοί ιστοί έχουν εκταμεί σε υγιή όρια ενός εκατοστού, η μέθοδος

αποκατάστασης που θα επιλεγεί, εξεργάται από το μέγεθος του οστικού ελλείμματος, καθώς επίσης και από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται το υπερκείμενο δέρμα και τα μαλακά μόρια. Η αποκατάσταση εκτεταμένων σύνθετων ελλειμμάτων της κάτω γνάθου, απαιτεί προσεκτική και σε 3 διαστάσεις εκτίμηση των ελλειμμάτων του στοματικού βλεννογόνου, της γνάθου, των μαλακών ιστών και του δέρματος έτσι ώστε να επιτευχθεί ένα καλό λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα. Ο χειρουργός είναι υποχρεωμένος να χειρουργεί σε ισχυρώς ακτινοβολημένες περιοχές, που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές ουλοποιήσεις. Τα αγγεία μπορεί να είναι λίγα ή ακατάλληλα εξαιτίας προηγμένων ριζικών λεμφαδενικών καθαρισμών και της ακτινοβολίας.

Σ' αυτό το άρθρο αναφέρεται μία περίπτωση αποκατάστασης εκτεταμένου (through-and-through) σύνθετου ελλείμματος της κάτω γνάθου μετά από ακτινονέκρωση, με τη χρήση δύο ελεύθερων οστεοδερμοπεριτονιακών κρημνών της περόνης.

Rationale of treatment in Graves Ophthalmopathy

Luigi Clauser, M.D., Manlio Galie, M.D., Elisabetta Sarti, M.D., and Vittorio Dalleria, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 108: 1880-1894, Dec 2001.

Department of Cranio-Maxillo-Facial Surgery and Interdisciplinary Center for the Study and Treatment of Endocrine Ophthalmopathy, S. Anna Hospital, Ferrara, Italy.

Ορθολογιστική αντιμετώπιση της οφθαλμοπάθειας του Graves

Η νόσος Graves αποτελεί μία χρόνια και πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία οφείλεται σε αυτοάνοση διαταραχή χαρακτηριστικό της οποίας είναι η ύπαρξη αντισωμάτων που οποία προκαλούν μία γενικευμένη αντίδραση των ινοβλαστών (θυρεοειδής αδένας και κάτω άκρα) και η οποία αφορά το λιπώδη ιστό του οφθαλμικού κόγχου και τους οφθαλμικούς μύες. Στη μελέτη αυτή αναλύονται τα κλινικά ευρήματα κι εκτιμώνται οι διάφορες τεχνικές χειρουργικής αντιμετώπισης του εξόφθαλμου της νόσος Graves. Στόχος της μελέτης ήταν να επιλεγεί η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης του κάθε περιστατικού.

Οι χειρουργικές τεχνικές που μελετήθηκαν

περιελάμβαναν την αποσυμπίεση των βλεφάρων με την αφαίρεση ενδοκογχικού λίπους, την οστική διάταση τριών τοιχωμάτων και την οστεοτομία των ζυγωματικών. Επιπλέον τεχνικές είναι η επιμήκυνση του ανελκτήρος μυός του άνω βλεφάρου, η επιμήκυνση του καθεκτήρα μυός του κάτω βλεφάρου (αν είναι αναγκαίο) και η διόρθωση της διπλωπίας με τη χειρουργική των έξω οφθαλμικών μυών. Όλες αυτές οι τεχνικές αποδείχθηκαν χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ασθένειας η οποία χαρακτηρίζεται από μία σταδιακή χρόνια εξέλιξη, αλλά μερικές φορές παρουσιάζει "κακοήγη" έκβαση. Αντιμετωπίστηκαν συνολικά 39 κόγχοι χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές. Ανα-

λύονται τα αποτελέσματα μετά από τουλάχιστον εξάμηνο follow-up των ασθενών. Είναι σαφές ότι η χειρουργική αντιμετώπιση μειώνει σημαντικά το βαθμό του εξόφθαλμου και βελτιώνει τη κινητικότητα των οφθαλμών, τη διπλωπία και την οπτική οξύτητα.

Στενή συνεργασία μεταξύ ομάδων ειδικοτήτων είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση και τον μετεγ-

χειρητικό έλεγχο των αποτελεσμάτων αυτής της σύνθετης ασθένειας και περιλαμβάνει Ενδοκρινολόγο, Οφθαλμίατρο, Ακτινολόγο, Χειρουργό, Αναισθησιολόγο κι Ακτινοθεραπευτή.

Παρουσιάζεται η εμπειρία του συγγραφέα και η χρήση διαφόρων μεθόδων χειρουργικής αντιμετώπισης ανάλογα των κλινικών ευρημάτων και της παθολογοανατομικής ταξινόμησης..

Pectoralis Major "Trapdoor" Flap for Silicone Breast Implant Medial Knuckle Deformities

Nick Collis, B.Sc., F.R.S.C. (Ed), Alistair J. Platt, F.R.C.S. (Plast), and Andrew G. Batchelor, F.R.C.S. (Plast.)

Plast. Reconstr. Surg. 108: 2133-2136, Dec 2001.

Department of Plastic Surgery, St. James University Hospital, Leeds, England

Αποκατάσταση δυσμορφιών της έσω ημιμορίου του μαστού οφειλόμενη στη παρουσία ενθεμάτων σιλικόνης κάτωθεν του μαζικού αδένος με κρημνό από το μείζονα θωρακικό μυ.

Η απώλεια παρεγχύματος λόγω χειρουργικής επέμβασης ή φυσιολογικής μείωσης σε γυναίκες στις οποίες έχει τοποθετηθεί ένθεμα σιλικόνης κάτω από το μαζικό αδένος είναι δυνατόν να καταστήσει το ένθεμα ψηλαφητό κάτω από το δέρμα κι ακόμη να δημιουργήσει έντονες δυσμορφίες στο σχήμα του μαστού. Η κατάσταση αυτή προβληματίζει έντονα τις ασθενείς αυτές και αποτελεί δυσφήμιση για τη τεχνική της αυξητικής των μαστών, ειδικά

όταν το πρόβλημα παρουσιάζεται στο ημιμόριο του μαστού. Στην εργασία παρουσιάζεται και περιγράφεται μία απλή μέθοδος αποκατάστασης των δυσμορφιών αυτών με τη χρήση ενός μικρού κρημνού του μείζονος θωρακικού μυός με βάση στην έσω πλευρά, ο οποίος καλύπτει το ένθεμα στο σημείο όπου υπάρχει το έλλειμμα των μαλακών μορίων. Η μέθοδος αυτή έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς σε 5 ασθενείς τα τελευταία 3 χρόνια.

Blood Supply to Osteocutaneous Free Fibula Flap and Peroneus Longus Muscle: Prospective Anatomic Study and Clinical Applications

Byung Chae Cho, M.D., Shin Yoon Kim, M.D., Jae Woo Park, M.D., and Bong Soo Baik, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 108: 1963-1971 Dec. 2001

Taegu, Korea

Αιμάτωση του Ελεύθερου Οστεομυοδερματικού Περονιαίου Κρημνού και του Μακρού Περονιαίου Μυός: Προοπτική Ανατομική Μελέτη και Κλινικές Εφαρμογές.

Από τον Ιανουάριο του 1998 έως τον Δεκέμβριο του 1999, ένα σύνολο 24 ελευθέρων περονι-

αίων κρημνών σε 24 ασθενείς αξιολογήθηκαν σε μία προοπτική κλινική μελέτη. Από την στιγμή που

οι διατιπρώσεις αναγνωρίστηκαν, διαχωρίστηκαν προς το συγγενές αγγείο και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τον τύπο. Ο υποκνημίδιος και ο μακρύς καμπήρας των δακτύλων μύς της περόνης διαχωρίστηκε, και αποκαλύφθηκε το εγγύς τμήμα του μίσχου. Ακολούθως μελετήθηκε η απεικόνιση όλων των μυϊκών κλάδων από τον περονιαίο μυ. Οι τύποι των δερματικών διατιπραιουσών της περονιαίας αρτηρίας ήταν γνωστές ως δερμοδιαφραγματική ή μυοδερματική ή διαφραγματομυοδερματική. Ένα σύνολο 86 διατιπρωσών εντοπίστηκαν σε 24 άκρα. Ο μέσος όρος τους ήταν 3,58 - 0,71. Από αυτές οι 22 ήταν μυοδερματικές, 31 διαφραγματομυοδερματικές και 33 διαφραγματοδερματικές. Οι διαφραγματοδερματικοί κλάδοι ήταν σημαντικά απομακρυσμένοι από τις μυοδερματικές και διαφραγματοδερματικές διατιπραιίνουσες. 6 διατιπραιίνουσες αναγνωρίστηκαν 25 εκατοστά απώτερα της κεφαλής της περόνης και 6 αναγνωρίστηκαν στα 15 εκατοστά. 5 διατιπραιίνουσες αναγνωρίστηκαν στην συνέχεια σε κάθε απόσταση των 8, 12, 19

και 22 εκατοστών από την κεφαλή της περόνης. Ο συνολικός αριθμός των μυϊκών κλάδων του μακρού περονιαίου ήταν 62 με μέση τιμή 2,58 - 0,45. Οι περισσότεροι μυϊκοί κλάδοι βρέθηκαν ανάμεσα στα 8 και στα 16 εκατοστά από την κεφαλή της περόνης. Εννέα κλάδοι αναγνωρίστηκαν στα 13 εκατοστά από την κεφαλή της περόνης, οκτώ στα 9 εκατοστά και επτά στα 12 εκατοστά. Ο αριθμός των κύριων κλάδων με την μεγαλύτερη διάμετρο ήταν επτά στα 13 εκατοστά, πέντε στα 12, πέντε στα 16 και δύο στα 11 εκατοστά από την κεφαλή της περόνης. Συνοψίζοντας, στον σχεδιασμό ενός ελεύθερου οστεοδερματικού κρημνού στα 10 έως 20 εκατοστά από την κεφαλή της περόνης συνιστάται να περιλαμβάνεται ο υποκνημίδιος και μακρύς καμπήρας έτσι ώστε να ενσωματώνει και τις διατιπραιίνουσες. Αντίθετα όταν σχεδιάζεται κρημνός στα 20 έως 30 εκατοστά από την κεφαλή της περόνης είναι πιθανόν να ανασπαστεί ο κρημνός χωρίς να περιλαμβάνει τον υποκνημίδιο και τον μακρό καμπήρα.

Outcome Comparison between Free and Pedicled TRAM Flap Breast Reconstruction in the Obese Patient

Steven L. Moran, M.D., AND Joseph M. Serletti, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 108: 1954-60 Dec 2001.

Rochester, N.Y.

Σύγκριση Έκβασης Αποτελεσμάτων μεταξύ Ελεύθερου και Μισχωτού κρημνού TRAM στην Αποκατάσταση Μαστού σε Παχύσαρκες Ασθενείς.

Η παχυσαρκία μπορεί να αποτελεί αντένδειξη για την αποκατάσταση μαστού με κρημνό TRAM. Η μελέτη αυτή επανεξέτασε την εμπειρία των συγγραφέων στην χρήση του ελεύθερου και μισχωτού κρημνού TRAM στην αποκατάσταση του μαστού σε παχύσαρκες ασθενείς με σκοπό να μελετήσει το ποσοστό επιπλοκών που σχετίζονται με κάθε μέθοδο αποκατάστασης και να προσδιορίσει κατά πόσο η αποκατάσταση με κρημνό TRAM μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε αυτές τις ασθενείς αυξημένου κινδύνου. Ανασκοπήθηκαν τα αρχεία 221 διαδοχικών αποκαταστάσεων με κρημνό TRAM. Επισημάνθηκαν (καταγράφηκαν) προεγχειρητικοί παράγοντες αυξημένης νοσηρότητας, ποσοστά επιτυχίας του κρημνού TRAM, ο

χειρουργικός χρόνος, η διάρκεια νοσηλείας και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Οι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν ως παχύσαρκες όταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ) ήταν μεγαλύτερος από 25,8 kg / m². Τα στοιχεία μπήκαν σε πίνακα χρησιμοποιώντας σχετικούς πίνακες (contingency) και αναλύθηκαν με το χ². Πολλαπλή λογιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να καθορίσει παράγοντες κινδύνου και επιπλοκές από τους κρημνούς. Από τις 221 ασθενείς που μελετήθηκαν, 114 ήταν παχύσαρκες (Δ.Μ.Σ) >25,8 kg/m². Από αυτές τις 114, 78 αποκαταστάθηκαν με ελεύθερο κρημνό TRAM και 36 με μισχωτό. Στις παχύσαρκες ασθενείς ο μέσος Δ.Μ.Σ ήταν 32 kg/m² για τις ασθενείς με ελεύθερο κρημνό TRAM και 30 kg/m² για τις

ασθενείς με μισχωτό κρημνό TRAM. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σχετικά με την ηλικία ή προεγχειρητικούς παράγοντες κινδύνου. Η διάρκεια νοσηλείας και ο χειρουργικός χρόνος δεν διέφεραν σημαντικά στις δύο μεθόδους αποκατάστασης. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 24 μήνες και στις δύο ομάδες. Επιπλοκές συνέβησαν στο 26% των αποκαταστάσεων με ελεύθερο κρημνό TRAM και στο 33% των μισχωτών. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το συνολικό ποσοστό των επιπλοκών και στις δύο μεθόδους αποκατάστασης. Ο αυξημένος Δ.Μ.Σ. βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στις επιπλοκές της αποκατάστασης με ελεύθερο κρημνό TRAM ($P=0,008$) αλλά όχι στις επιπλοκές του μισχωτού. Δεν υπήρχαν μερικές ή συνολικές απώλειες του ελεύθερου κρημνού στις παχύσαρκες ασθενείς. Η συχνότητα απώλειας του κρημνού ήταν σημαντικά αυξημένη όταν χρησιμοποιήθηκαν μισχωτοί κρημνοί TRAM την αποκατάσταση μαστών σε παχύσαρκες ασθενείς ($P=0,04$). Οι παχύσαρκες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε

αποκατάσταση των μισχωτών κρημνών TRAM και κάπνιζαν είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάποια επιπλοκή. ($P=0,001$) Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στον χειρουργικό χρόνο ή στην διάρκεια νοσηλείας στις παχύσαρκες ασθενείς με ελεύθερο ή μισχωτό κρημνό TRAM. Υπήρχαν περισσότερες περιπτώσεις νέκρωσης στην ομάδα αποκατάστασης με μισχωτό κρημνό TRAM. Οι ελεύθεροι κρημνοί TRAM μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερο όφελος στην ελάττωση μερικής απώλειας του κρημνού στις παχύσαρκες ασθενείς, αλλά στο σύνολό τους τα ποσοστά επιπλοκών δεν διέφεραν μεταξύ των δύο μεθόδων. Από τους 114 ασθενείς υπήρξε μόνο μια περίπτωση πλήρους αποτυχίας αποκατάστασης. Από τα ευρήματα αυτά φαίνεται ότι οι ελεύθεροι και οι μισχωτοί κρημνοί TRAM για την ανακατασκευή μαστού μπορεί να είναι επιτυχής στην πλειοψηφία των παχύσαρκων ασθενών.

Οι χειρουργοί πρέπει να χρησιμοποιούν την τεχνική με την οποία είναι καλύτερα εξοικειωμένοι ώστε να έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Breast Reconstruction with Abdominal Flaps after Abdominoplasties

Diego Ribuffo, M.D., Massimiliano Marcellino, M.D., Geoffrey R Barnett, MBBS, F.R.A.C.S., Nicholas D. Houseman, M.B.B.S., F.R.A.C.S. and Nicolo Scuderi, M.D.

Plast. Recon. Surg. 108:1604-8, Nov. 2001

Rome, Italy, and Melbourne, Australia

Αποκατάσταση Μαστού με Κοιλιακό Κρημνό μετά από Κοιλιοπλαστική.

Μετά από τον αναφερόμενο ασφαλή εγκάρσιο μυοδερματικό κρημνό του ορθού κοιλιακού μυός (TRAM-Flap) Μετά από λιπαναρρρόφηση της κοιλίας, πραγματοποιήθηκαν με επιτυχία 2 περιπτώσεις αποκατάστασης με δίμιχο κρημνό μετά από κοιλιοπλαστική.

Η συγκεκριμένη επέμβαση δεν θεωρείτο δυνατή στο παρελθόν λόγω της διατομής των διατρυσιών κατά την παρασκευή του κοιλιακού τοιχώματος κατά την κοιλιοπλαστική.

Προκειμένου να μελετήσουν την επαναρροή στις διατρυσινοσες, οι συγγραφείς μελέτησαν τις

διατρυσινοσες αρτηρίες 10 ασθενών που υποβλήθηκαν σε πλαστική κοιλίας, μια εβδομάδα, 3 μήνες και 6 μήνες μετά την επέμβαση. Οι αρτηρίες μελετήθηκαν με έγχρωμο Duplex scanning και δυναμικό Doppler χρησιμοποιώντας επιφανειακούς ηχοβολείς (probes) των 10 MHz και η θέση τους χαρτογραφήθηκε. Παρουσιάζεται επίσης η πωματική μελέτη μιας γυναίκας που είχε υποβληθεί σε κοιλιοπλαστική 10 χρόνια πριν το θάνατό της. Σε κάθε ασθενή καταγράφηκε επαναρροή στις διατρυσινοσες αρτηρίες, αρχίζοντας από τον έλεγχο/control σε ένα μήνα.

Σε καμία περίπτωση η διατομή των νεοαγγείων

δεν ξεπερνούσε το 40% της αρχικής διατομής (μέγιστη διατομή 0.53mm). Αυτό επιβεβαιώθηκε και από τη μελέτη στο πτώμα.

Συμπερασματικά, μετά από την επέμβαση της πλαστικής κοιλίας συμβαίνει σταθερά επαναρροή στις διατρηαίνουσες αρτηρίες των ορθών κοιλιικών. Ωστόσο η διάμετρος των αρτηριών μπορεί να μην είναι ικανή να παράσχει την αναγκαία αιματική ροή για έναν εγκάρσιο μυοδερματικό

κρημνό του ορθού κοιλιακού (TRAM-Flap). Οι συγγραφείς emphaticά αποθαρρύνουν τη χρήση του κρημνού αυτού μετά από πλαστική κοιλίας, προτείνοντας τον κάθετο κρημνό του ορθού κοιλιακού (VRAM- Flap). Η λιποαναρρόφηση, η οποία δεν επηρεάζει απαραίτητα τις διατρηαίνουσες αρτηρίες δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για τον TRAM-Flap, με την προϋπόθεση ότι θα γίνει μια ακριβής απεικόνιση των αγγείων με έγχρωμο Duplex.

The Role of Microsurgery in Reconstruction of Oncologic Chest Wall Defects

Peter G. Cordeiro, M.D., Eric Santamaria, MD and David Hidalgo, M.D.

Plast. Recon. Surg. 108:1924-30, Dec. 2001

New York, N.Y.

Ο ρόλος της Μικροχειρουργικής στην Αποκατάσταση Ογκολογικών Ελλειμμάτων Θωρακικού Τοιχώματος.

Οι τοπικοί (regional) μισχωτοί κρημνοί είναι συνήθως η πρώτη επιλογή για την κάλυψη ελλειμμάτων μαλακών μορίων ολικού πάχους (Full thickness) του θωρακικού τοιχώματος.

Καθώς τα ελλείμματα αυξάνουν σε μέγεθος, μικροχειρουργικές τεχνικές είναι αναγκαίες για να ενισχύσουν την αιμάτωση μισχωτών κρημνών ή για να προσφέρουν κάλυψη με ελεύθερους κρημνούς σε απομακρυσμένες θέσεις.

Η μελέτη αυτή αναδρομικά ανασκοπεί όλες τις μικροχειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα για την κάλυψη διαμπερών ελλειμμάτων του θωρακικού τοιχώματος. Ανασκοπούνται εικοσιπέντε (25) περιπτώσεις αποκατάστασης του θωρακικού τοιχώματος. Υπάρχουν είκοσι ελεύθεροι κρημνοί και πέντε μισχωτοί κρημνοί ενισχυμένης αιμάτωσης (supercharged).

Σε είκοσι από τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε μυοδερματικός κρημνός από τον ορθό κοιλιακό

(ελεύθερος ή supercharged) και ένας ελεύθερος κρημνός μετά από ακρωτηριασμό τεσσάρων τέταρτων χρησιμοποιήθηκε σε 5 ασθενείς. Μεγάλα σκελετικά ελλείμματα επιδιορθώθηκαν με πλέγμα Marlex/σάντουιτς μεθακρυλικές προθέσεις. Η επιβίωση των κρημνών ήταν 100% ενώ σε μια περίπτωση παρατηρήθηκε μικρή μερική απώλεια του κρημνού. Η πρόθεση παρέμεινε καλά καλυμμένη σε όλες τις περιπτώσεις. Πέντε ασθενείς χρειάστηκαν αναπνευστική υποστήριξη για μέχρι 10 ημέρες μετεγχειρητικά. Υπήρξαν τρεις περιεγχειρητικοί θάνατοι οφειλόμενοι σε πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων.

Οι μικροχειρουργικές τεχνικές είναι εξαιρετικά χρήσιμες στην αποκατάσταση περίπλοκων σύνθετων ελλειμμάτων θωρακικού τοιχώματος. Έχουν ένδειξη σε περιπτώσεις που τοπικοί μισχωτοί κρημνοί είναι δεν προσφέρονται ή είναι ανεπαρκείς. Οι κρημνοί αυτοί έχουν 100% επιτυχία και ομοιόμορφα δίνουν σταθερή κάλυψη με μαλακούς ιστούς