

Ανασκοπήσεις Άρθρων από τη Διεθνή Βιβλιογραφία

Σ. Σταυριανός, Κ. Τσετσώνης, Γ. Παπαδημητρίου, Ο. Καξίρα, Χ. Ασημομύτης, Σ. Μαμαλουκάκης

Πλαστική & Επανορθωτική Χειρουργική Κλινική Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Νοσ. «Άγιος Σάββας»

Reconstruction of aesthetic units of face with microsurgery: experience in five years

*Jose L. Haddad-Tame, M.D., Victor Chavez-abraham, M.D.,
Daniel Rodriguez, M.D., et al.*

MICROSURGERY 20:211-215 2000

*Department of Plastic Reconstructive Surgery, Hospital
General de Mexico*

Μικροχειρουργική αποκατάσταση των αισθητικών μονάδων του προσώπου: εμπειρία πέντε ετών

Από τότε που περιγράφηκαν οι αισθητικές μονάδες του προσώπου από τον Gonzalez-Ulloa, έχουν γίνει προσπάθειες για να επιτευχθούν χειρουργικώς άριστα αποτελέσματα χρησιμοποιώντας δερματικά μοσχεύματα, μισχωτούς κρημνούς και ελεύθερους κρημνούς.

Στην κλινική μας ως πρώτη επιλογή προτιμούμε τη μικροχειρουργική αποκατάσταση των αισθητικών μονάδων.

Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να παρουσιάσει μια αναδρομική μελέτη της έκβασης των ασθενών μας που υποβλήθηκαν σ' αυτές τις

επεμβάσεις.

Αξιολογήθηκαν: το αίτιο, η επέμβαση που επιλέχθηκε και το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αποκτήσαμε, προτείνουμε τα βασικά χαρακτηριστικά.

Σ' αυτή την αναδρομική μελέτη αναλύονται 43 επεμβάσεις σε μια περίοδο πέντε ετών και εκθέτουμε τα αποτελέσματα.

Τελός συμπεραίνουμε ότι χειρουργική επέμβαση αυτή είναι τεχνικά απλή και αποτελεσματική για μακρύ χρονικό διάστημα.

The posterior interosseous flap: a review of 81 clinical cases and 100 anatomical dissections-assessment of its indications in reconstruction of hand defects.

H. Costa, M. L. Gracia¹, J. Vranckx², C. Cunha, A. Conde and D. Soutar³

2001 The British Association of Plastic Surgeons

Plastic Surgery Unit, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia, Portugal, ¹Hospital Fremap Sevilla, Spain, ²Plastic Surgery Unit, Hospital Sao Joao, Porto, Portugal and ³ Canniesburn Hospital, Glasgow, UK

Ο κρημνός της ραχιαίας μεσοστέου αρτηρίας: ανασκόπηση σε 81 κλινικές περιπτώσεις και 100 ανατομικά παρασκευάσματα Εκτίμηση ενδείξεων του στην αποκατάσταση ελλειμμάτων του χεριού.

Βασιζόμενοι στην εμπειρία μας από 100 πτωματικά παρασκευάσματα και από μια σειρά 81 κλινικών περιπτώσεων, εκτιμήσαμε τις ενδείξεις του κρημνού της ραχιαίας μεσοστέου αρτηρίας (posterior interosseous flap) στην αποκατάσταση του χεριού. Μεγάλοι νησιδωτοί δερμοπεριτονιακοί κρημνοί μπορούν να ληφθούν ακόμα και αν καταστραφούν οι μίσχοι της ωλενίου ή της κερκιδικής αρτηρίας θυσιάζοντας αγγεία δευτερευούσας σημασίας στην αιμάτωση του χεριού. Σύνθετοι

κρημνοί μπορούν να ληφθούν βασιζόμενοι σε μυϊκούς, μυοπερισστικούς και περισστεο-περιτονιακούς κλάδους. Οι πρωταρχικές ενδείξεις χρήσης του κρημνού είναι ελλείμματα της ραχιαίας επιφάνειας της άκρας χείρας πάνω από τις μετακάρπιες αρθρώσεις, αποκατάσταση του πρώτου μεσοδακτύλιου διαστήματος πάνω από τη μεσοφαλαγγική άρθρωση του αντίχειρα και ελλείμματα της ωλένιας επιφάνειας της άκρας χείρας.

The short head of biceps feroris as a monitor for the free lateral thigh flap in pharyngoesophageal reconstruction

H.G. Kim, B. Ha, C.-H. Baek¹, Y. J. Park, W. S. Hyon, J. J. Kim and M. S. Shin

2001 The British Association of Plastic Surgeons

Departments of Plastic and Reconstructive Surgery and ¹Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery, Sungkyunkwan University School of Medicine, Samsung Medical Centre, Seoul, South Korea.

Η βραχεία κεφαλή του δικέφαλου μηριαίου ως τρόπος παρακολούθησης του ελεύθερου πλάγιου κρημνού του μηρού στην αποκατάσταση φάρυγγα - οισοφάγου

Ελεύθεροι κρημνοί χρησιμοποιούνται συχνά σε ελλείμματα μετά από ριζική εκτομή όγκων φάρυγγος-οισοφάγου, αλλά η μετεχειρητική παρακολούθηση των ενταφιασμένων κρημνών είναι δύσκολη. Σχεδιάσαμε ένα τρόπο παρακολού-

θησης του ελεύθερου πλάγιου κρημνού του μηρού με τη χρήση της βραχείας κεφαλής του δικέφαλου μηριαίου. Η τρίτη και η τέταρτη διατιπρώσα της εν τω βάθει μηριαίας αρτηρίας ο κύριος αγγειακός μίσχος του lateral thigh flap, περνούν

μέσω της βραχείας κεφαλής του δικεφάλου. Μερική εκτομή της βραχείας κεφαλής του δικεφάλου μηριαίου δεν αφήνει νοσηρότητα στο πόδι και η ζωτικότητα του ενταφιασμένου lateral thigh flap μπορεί να παρακολουθείται με το εκτιθέμενο μυϊκό τμήμα μέσω ενός μικρού παραθύρου στον τράχηλο. Μεταξύ Απριλίου και Οκτωβρίου του 1998

πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση φάρυγγα-οισοφάγου μ' αυτή τη τεχνική. Η βραχεία κεφαλή του δικεφάλου χρησιμοποιήθηκε ως τρόπος παρακολούθησης σε 3 ασθενείς και για την εξάλειψη του κενού διαστήματος του τραχήλου σε 2 ασθενείς. Επιπλοκές όπως συρρίγχια ή μόλυνση δεν υπήρχαν στη λήπτρια περιοχή.

A prospective quantitative comparison of breast sensation after superior and inferior pedicle mammoplasty

M. Hamdi², M. Greuse¹, A. DeMey¹, M. H. C. Webster²

2001 The British Association of Plastic Surgeons

¹Department of Plastic Surgery, C. H. U. Brugmann, Free University of Brussels, Brussels, Belgium and ²Plastic Surgery Unit, Canniesburn Hospital, Glasgow, UK

Ποσοτική σύγκριση της αισθητικότητας του μαστού μετά από μειωτική επέμβαση με την τεχνική του ανώτερου και του κατώτερου κρημνού

Σκόπος της μελέτης είναι να εκτιμηθεί η αισθητικότητα του μαστού σε 2 σειρές ασθενών. Στην πρώτη σειρά, Νοέμβριο 1996-Φεβρουάριο 1997, 20 ασθενείς (39 μαστοί) είχαν υποβληθεί σε μειωτική μαστών με τη χρήση του κατώτερου κρημνού (τεχνική Robbin). Στη δεύτερη σειρά 18 ασθενείς (36 μαστοί) είχαν υποβληθεί σε μειωτική μαστών με την τεχνική του ανώτερου κρημνού (Lejour). Ο ουδός της δερματικής πίεσης καταγράφηκε με τη χρήση νηματιών Jemmes-Weinstein. Το τεστ ευαισθησίας πραγματοποιήθηκε προεγχειρητικά, 3 μήνες μετεγχειρητικά και 6 μήνες μετεγχειρητικά. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, βάρος, πώση μαστών, αποβαλλόμενος όγκος μαστού και παράγοντες κινδύνου) ήταν παρόμοια μεταξύ των 2 ομάδων. Προεγχειρητικά οι τιμές ήταν όμοιες και στις 2 ομάδες. Η αισθητικότητα ήταν μειωμένη σ' όλες τις περιοχές του μαστού 3 μήνες μετεγχειρητικά. Όλοι οι ασθενείς είχαν αισθητικότητα 6 μήνες μετεγχειρητικά. Καλύτερη

αισθητικότητα του δέρματος του άνω και πλάγιου τεταρτημορίου του μαστού είχαμε με την τεχνική του ανώτερου κρημνού σε 3 μήνες ($p < 0,001$) φτωχότερη αισθητικότητα στην άλω και στο κάτω τεταρτημόριο του μαστού με την τεχνική του ανώτερου κρημνού 3-6 μήνες μετεγχειρητικά ($p < 0,05$) και στο άνω τεταρτημόριο με την τεχνική του κατώτερου κρημνού μετά 3 μήνες ($p < 0,05$). Και στις 2 τεχνικές η αισθητικότητα στη άλω ήταν σχεδόν όμοια. Η αισθητικότητα της θηλής ήταν μειωμένη και στις 2 ομάδες 3 μήνες μετά το χειρουργείο, αλλά παρέμεινε συγκρίσιμη. Η νευρώση του μαστού καταστρέφεται και στις δύο τεχνικές. Το δέρμα του μαστού έχει καλύτερη αισθητικότητα με τη μέθοδο του ανώτερου κρημνού και η θηλαία άλω ελαφρώς καλύτερη με τη μέθοδο του κατώτερου κρημνού. 6 μήνες μετά οι διαφορές μεταξύ του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω ήταν συγκρίσιμες και στις 2 ομάδες.

Reconstruction of the Achilles tendon and overlying soft tissue using antero-lateral thigh free flap

J-W Lee, J-C Yu, S-J Shieh, C. Liu and J-j Pai

2000 The British Association of Plastic Surgeons

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Τμήμα Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Cheng Kung, Tainan, Taiwan

Αποκατάσταση του Αχιλλείου τένοντα και των υπερκείμενων μαλακών μορίων με τη χρήση του ελεύθερου προσθιοπλαγίου κρημνού του μηρού

Αποκατάσταση της συνδυασμένης απώλειας του Αχιλλείου τένοντα και των υπερκείμενων μαλακών μορίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ελεύθερου πρόσθιο-πλαγίου κρημνού του μηρού (antero-lateral thigh free flap) σε 3 ασθενείς. Το υποδόριο τμήμα χρησιμοποιήθηκε για την κάλυψη του ανοικτού τραύματος και ένα τμήμα της πλατείας περιτονίας χρησίμευσε για την αποκατάσταση του απωλεσθέντος τμήματος του Αχιλλείου τένοντα. Το δερματικό έλλειμμα κυμαίνονταν από 5X2,5 σε 7X5 cm και η απώλεια του τένοντα από 3,5 σε 5,5cm μήκος. Όλοι οι ασθενείς έδειξαν

ικανοποιητικά λειτουργικά αποτελέσματα σε μια περίοδο παρακολούθησης από 3 έως 9 μήνες. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι τα εξής: είναι μία επέμβαση ενός σταδίου παρέχει γρήγορη επούλωση του Αχιλλείου τένοντα, εφόσον το υποκατάστατο αυτού αιματώνεται καλά μπορεί να εφαρμοστεί σε ελλείμματα διαφόρων μεγεθών και σχημάτων, η επέμβαση εκτελείται με τον ασθενή σε ύπτια θέση χωρίς την ανάγκη για αλλαγή θέσης, αφήνει ένα καλό περίγραμμα χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές στη δότρια περιοχή.

Immunohistochemical evaluation of failed vessel anastomoses in clinical microsurgery

E. Olsson, M. Sarlomo-Rikala¹, T. Bohling¹, S. Asko-Seljavaara and R. Lassila²

2000 The British Association of Plastic Surgeons

Department of Plastic Surgery, Helsinki University Central Hospital, HUCH; ¹ Department of Pathology, Haartman Institute, University of Helsinki and Helsinki University Central Hospital; and ² Department of Internal Medicine, HUCH, Wihury Research Institute, Helsinki, Finland

Ανοσοϊστοχημική εκτίμηση των αποτυχημένων αγγειακών αναστομών στη κλινική μικροχειρουργική

Αποτυχημένες αγγειακές αναστομές συγκεντρώθηκαν από 13 ασθενείς κατά τη διάρκεια επεμβάσεων μικροχειρουργικής οι οποίες δόθηκαν για ανοσοϊστοχημική ανάλυση. Η αποτυχία των αναστομών οφειλόταν σε φανερή θρόμβωση, σε φτωχή ροή, σε ένα σφυγμό δικην χορδής τυμπάνου ή σε κάποιους άλλους λόγους που προ-

κάλεσαν μία μη λειτουργική αναστόμωση. Ελήφθησαν συνολικά 17 δείγματα, 13 από τα οποία ήταν αρτηριακά, 3 μεταξύ αρτηρίας και φλεβικού μοσχεύματος και 1 φλεβικό. Η πλειοψηφία των δειγμάτων ελήφθη κατά τη διάρκεια της πρώτης επέμβασης και 4 απ' αυτά σε επανεπέμβαση. Μεταβλητές της πήξης και της ινωδόλυσης αναλύ-

θηκαν επανηλλείμενα κατά τη διάρκεια της επέμβασης σε 7/13 ασθενείς. Ολική απόφραξη διαπιστώθηκε σε 6/17 δείγματα και 1 μη αποφρακτικός θρόμβος σε 4/17, 2 απ' αυτά οφειλόταν σε τεχνικό λάθος στη ραφή. Η ανοσοϊστοχημία έδειξε ότι τα ενδοθηλιακά κύτταρα (PECAM-1 CD31) ήταν απόντα και ότι το πρότυπο χρώσης για τα αιμοπετάλια (CD42b και CD31) και την ινική (ινώδες II T261) συσχετιζόταν. Στην απουσία θρόμβου όμως συγκολλούμενα αιμοπετάλια ήταν θετικά μόνο για CD42b, όχι για PECAM-1. Η φλεγμονή στα αγγεία ήταν ένα κύριο χαρακτηριστικό στις επαναληπτικές επεμβάσεις. Ανάλυση της πήξης και των ινωδολυτικών παραγόντων επιβε-

βαίωσε την ύπαρξη θρόμβου σε 3 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση μαστού με κλινικά επιβεβαιωμένη θρόμβωση κατά την διάρκεια της πρωταρχικής ή της επαναληπτικής επέμβασης. Επιπλέον, οι ασθενείς με ενεργό καρκίνο (2/7) ήταν καθαρά πιο υπερπηκτικοί συγκριτικά με τους άλλους ασθενείς. Εν συντομία, η πρωταρχική αποτυχία της αναστόμωσης συνοδευόταν με απώλεια ενδοθηλιακών κυττάρων, και με τοπική συγκέντρωση αιμοπεταλίων και ινικής σ' αυτό το σημείο. Στο επαναληπτικό χειρουργείο, η φλεγμονή ήταν το κύριο χαρακτηριστικό στην αγγειακή πλευρά του θρόμβου.

The use of conventional and invaginated autologous vein grafts for nerve repair by means of entubulation

M. O. Kelleher, R. K. Al-Abri, M. L. Eleuterio, L. M. Myles, D. V. Lenihan and M. A. Glasby

2001 The British Association of Plastic Surgeons

Department of Clinical Neurosciences, University of Edinburgh, Western General Hospital, Edinburgh, UK

Η χρήση συμβατικών και εγκολεαζομένων αυτόλογων φλεβικών μοσχευμάτων για την αποκατάσταση νεύρων με τη μέθοδο της «σωληνοποίησης» entubulation

Μία τροποποίηση της αποκατάστασης νεύρου με φλεβικό μόσχευμα έχει χρησιμοποιηθεί με την στροφή του έσω σε έξω πριν την αποκατάσταση ώστε να εκτεθεί η επιφάνεια του έξω χιτώνα στους αναγεννημένους νευράξονες. Μία συγκριτική μελέτη μεταξύ των 2 τεχνικών της κλασσικής και της νέας, πραγματοποιήθηκε σε 2 ισομεγεθείς ομάδες από ποντίκια Lewis. Σφαγιτιδικά φλεβικά ισομοσχεύματα πάρθηκαν από αγγεία νεογνών. Έγινε διατομή του ισχιακού νεύρου και αποκατάσταση με την κλασσική μέθοδο των φλεβικών μοσχευμάτων στην πρώτη ομάδα και με την μέθοδο της αναστροφής του έσω σε έξω χιτώνα

στην άλλη ομάδα. Μορφομετρικές και ηλεκτροφυσιολογικές εκτιμήσεις πραγματοποιήθηκαν 3 μήνες αργότερα. Βρέθηκε ότι και στις δύο ομάδες υπήρχε μείωση στις μορφομετρικές και ηλεκτροφυσιολογικές μεταβλητές συγκριτικά με τα κανονικά νεύρα. Η διάμετρος του κυρίου άξονα, η διάμετρος της ίνας και το πάχος του μυελίνου ελύτρου ήταν μεγαλύτερα στη δεύτερη ομάδα. Τα παραπάνω μορφομετρικά αποτελέσματα της δεύτερης ομάδας δεν συνοδεύτηκαν από βελτίωση των ηλεκτροφυσιολογικών αποτελεσμάτων. Συνεπώς η δεύτερη τεχνική δεν προσφέρει ιδιαίτερο όφελος συγκριτικά με την πρώτη.

Breast sensation after superior pedicle versus inferior pedicle mammaplasty: anatomical and histological evaluation

M. Hamdi, M. Greuse, E. Nemec¹, C. Deprez¹ and A. De Mey

2001 The British Association of Plastic Surgeons

Departments of Plastic Surgery and ¹Pathology, C.H.U. Brugmann Free University of Brussels, Belgium

Η αισθητικότητα του μαστού μετά από μειωτική επέμβαση, είτε με την τεχνική του ανώτερου κρημνού, είτε με την τεχνική του κατώτερου κρημνού: ανατομική και ιστολογική μελέτη

Παρά τις αντιλεγόμενες απόψεις για την πορεία και τη κατανομή των νεύρων στο μαστό, χειρουργικές τεχνικές με τη χρήση του κατώτερου κρημνού έχουν υπερισχύσει ενάντια σ' αυτές με τον ανώτερο κρημνό, σχετικά με την διατήρηση της αισθητικότητας του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω. Σκοπός της ανατομικής μελέτης είναι να δείξει τους νευρικούς κλάδους που διατηρούνται στους κατωτέρους και στους ανώτερους μίσχους μετά τη μειωτική μαστού στα πτώματα. Μειωτική μαστού πραγματοποιήθηκε σε 4 φρέσκα πτώματα με τη χρήση του ανώτερου κρημνού (Lejour's technique) και του κατώτερου κρημνού (Robbins' technique). Ο κρημνός κόπηκε στη βάση του και μετά τοποθετήθηκε σε φορμαλίνη. Η βάση διαιρέθηκε σε ιστολογικά παρασκευάσματα και τέθηκε σε παραφίνη. Τα νεύρα απομονώθηκαν σε

κάθε κρημνό με χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης και εκτιμήθηκαν στο μικροσκόπιο. Ιστολογικές μελέτες των κρημνών έδειξαν την παρουσία ποικίλου αριθμού νεύρων (μεταξύ 1 και 7) σε 2 ανώτερους κρημνούς και 3 κατωτέρους κρημνούς. Τα νεύρα ήταν τοποθετημένα σε ινώδη ιστό και συνοδεύονταν σχεδόν πάντα από αγγεία. Βρίσκονταν πάντα επιπολής και κυρίως στο κεντρικό τμήμα του κρημνού. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι το να περιλάβει κανείς τα νεύρα εντός του μίσχου είναι τεχνικά δύσκολο και αβέβαιο ανεξάρτητα της χρησιμοποιούμενης τεχνικής. Η τελική ανάκτηση της αισθητικότητας του μαστού μετά από πλαστική φαίνεται να προέρχεται από την αναγέννηση των υποδορίων νευρικών κλάδων ή της εμμένουσας υποδόριας νεύρωσης παρά από τους παρακείμενους υποδόριους κλάδους.

Techniques for management of size discrepancies in microvascular anastomosis

Homero Lopez - Monjardin, M.D. και J. Abel de la Pena-Salcedo, M.D.

MICROSURGERY 20:162-166 2000

Instituto de Cirugia Plastica S.C., Mexico D.F.

Τεχνικές για την αντιμετώπιση ασυμφωνίας μεγεθών των αγγείων στη μικροχειρουργική

Η ασυμφωνία μεγέθους στη μικροχειρουργική αναστόμωση είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα κατά την μεταφορά των ελευθέρων κρημνών. Η απότομη αλλαγή της διαμέτρου μπορεί να προκαλέσει στροβιλισμό στη ροή του αίματος και προδιαθέτει στη συσσώρευση αιμοπεταλίων. Προκει-

μένου να μειωθεί ο κίνδυνος θρόμβωσης, η ασυμφωνία στις διαμέτρους των ελευθέρων άκρων των αγγείων έχει αντιμετωπιστεί με πολλές γεωμετρικές μεθόδους.

Σ' αυτό το άρθρο κάνουμε περίληψη των

τεχνικών που έχουν περιγραφθεί και δημοσιευθεί για την αντιμετώπιση της ασυμφωνίας του μεγέθους των μικροαγγειακών αναστομώνσεων, από την απλή μηχανική διάταση με τη λαβίδα του ωρολογιοποιού, έως τις σύγχρονες τεχνικές όπως μηχανικά επινοήματα ή ακτίνες laser. Αναλύονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα πολλών γεωμετρικών σχεδίων για τις αναστομώσεις. Θα μπορούσαμε να καταλήξουμε ότι δεν υπάρχει μια ιδανική τεχνική με την οποία να μπορούν να αντιμετωπιστούν όλες οι ασυμφωνίες στο μέγεθος της διαμέτρου.

Αντί να αναρωτιώμαστε για την καλύτερη μέθοδο με τις λιγότερες επιπλοκές, θα έπρεπε να αναζητούμε την καλύτερη μέθοδο που ταιριάζει σε καθένα περιστατικό.

Μία μικρή ασυμφωνία διαμέτρου μπορεί να αντιμετωπιστεί πολύ καλά μόνο με μηχανική διάταση. Όσον αφορά την επανορθωτική χειρουργική του κάτω άκρου μετά από τραύμα ή ισχαιμία, η

επιλογή τελικο-πλάγιας αναστόμωσης θα προσφέρει συνέχιση της αιματικής ροής τόσο προς το άκρο όσο και προς τον κρημνό.

Όσον αφορά την επανορθωτική κεφαλής και τραχήλου, όταν αναμένεται μεγάλη ασυμφωνία διαμέτρου και το αγγείο που θα δεχτεί την αναστόμωση είναι μεγαλύτερο μπορεί να πραγματοποιηθεί μια «αναστόμωση τύπου μανικιού» (sleeve anastomosis).

Στη περίπτωση περιστατικών, όπου υπάρχει κενό μεταξύ των άκρων των αγγείων, πρέπει να χρησιμοποιηθεί μόσχευμα.

Όσον αφορά άλλα γεωμετρικά σχέδια (το «στόμα του ψαριού» ή τη «λοξή τομή»), μηχανικά επινοήματα, κόλλες ή συγκολλητικά και ακτίνες laser αυτά θα πρέπει κάθε φορά να συνεκτιμώνται σύμφωνα με την εμπειρία του κάθε χειρουργού.

Subperiosteal and full-thickness skin rhytidectomy

Michael J. Yaremchuk, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 107:1045, 2001

Division of Plastic Surgery, Department of Surgery,
Massachusetts General Hospital and Harvard Medical
School Boston, Mass

Υποπεριοστική και ολικού δερματικού πάχους ρυτιδεκτομή

Υποπεριοστική ανόρθωση του έξω τμήματος του οφρύος και του μέσου τριτημορίου του προσώπου, βλεφαροπλαστική του άνω βλεφάρου, δια του επιπεφυκότος.

Οπισθοδιαφραγματική αφαίρεση λίπους, αφαίρεση δέρματος κάτω βλεφάρου και ολικού δερματικού πάχους ρυτιδεκτομή συνδυάζονται σε μία

επέμβαση προς αναζωογόνηση ολόκληρου του προσώπου.

Σε μία κλινική εμπειρία 28 ασθενών σε διάστημα 3 ετών, αυτός ο συνδυασμός επεμβάσεων απεδείχθη ασφαλής και προβλεπόμενος.

The angiosome Concept Applied to Arteriovenous Malformations of the Head and Neck

Erica L. Mitchell, M.D., G. Ian Taylor, A.O., M.D., Nicholas D. Houseman, M.B., B.S., Peter J. Michell, F.R.A.C.R., Alan Breidahl, M.M., B.S., Dip. Anat., and Diego Ribuffo, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 107:633, 2001

Departments of Reconstructive Plastic Surgery at the Royal Melbourne Hospital and the Royal Children's Hospital and the University of Melbourne, Department Radiology, Melbourne Australia

Η αρχή των αγγειοσωμάτων εφαρμοζόμενη στις αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες κεφαλής και τραχήλου

Οι αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες παραμένουν ένα δύσκολο κλινικό πρόβλημα. Υπάρχει πολύ λίγη κατανόηση της υποκείμενης παθογένειας και η θεραπεία συχνά εμπλέκει σημαντικούς κινδύνους με μάλλον φτωχά αποτελέσματα.

Πρόσφατα, μία περιεκτική περιγραφή των αγγειοσωμάτων κεφαλής και τραχήλου συμπληρώθηκε στο τμήμα των συγγραφέων. Παρατηρήθηκε ότι η τοπογραφία αρκετών αρτηριοφλεβικών δυσπλασιών κεφαλής και τραχήλου αντιστοιχούσαν στην ανατομική τοπογραφία των διακοπόμενων

αναστομωτικών ζωνών, οι οποίες συνδέουν τα αγγειοσώματα. Έτσι εκλεκτικές κλινικές αγγειογραφίες συνεκρίθησαν με προηγούμενες πτωματικές μελέτες ενέσεως σκιαγραφικών, που οι ίδιοι συγγραφείς είχαν πραγματοποιήσει. Σε κάθε ασθενή, η θέση της αρτηριοφλεβικής δυσπλασίας αντιστοιχούσε ακριβώς στην αναστομωτική αγγειακή ζώνη, η οποία συνέδεε δύο ή περισσότερα γειτονικά αγγειοσώματα. Συζητώνται κλινικές και ιστοπαθολογικές προεκτάσεις αυτής της παρατήρησης.

Free flaps for head and neck reconstruction in non-oncological patients: experienc of 200 cases

Federico Inigo, M.D., Ysif Jimenez-Murat, M.D., Olga Arroyo, M.D., Alejandro Martinez B. M.D., και Antonio Ysunza, M.D.

Microsurgery 20:186-192 2000

Private Clinic, General Hospital Dr. Manuel Gea Gonzalez and National University of Mexico, Mexico D.F., Mexico

Οι ελεύθεροι κρημνοί στην αποκατάσταση της κεφαλής και του τραχήλου σε μη-ογκολογικούς ασθενείς: εμπειρία (200) διακοσίων περιστατικών

Μελετήθηκαν διακόσιοι ελεύθεροι κρημνοί που χρησιμοποιήθηκαν για την αποκατάσταση της περιοχής της κεφαλής και του τραχήλου, σε 192 μη ογκολογικούς ασθενείς. Η παθολογία των ασθενών αυτών, περιέκλειε το σύνδρομο Romberg, την ημιπροσωπική μικροσωμία, την επίκτητη πάρεση προσωπικού νεύρου, τραυματικές και μετεγκαυματικές καταστάσεις.

Μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες: ενδείξεις για την επιλογή ενός συγκεκριμένου ελεύθερου κρημνού για την αποκατάσταση κάθε περιστατικού, λεπτομέρειες που αφορούν τις αναστομώσεις, επαναδιερεύνηση της αναστόμωσης, επιτυχία του κρημνού, χειρουργικός χρόνος, διάρκεια νοσηλείας και επιπλοκές. Επίσης συλλέξαμε τα απώτερα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα.

Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 6 έως 40 έτη. Το συνηθέστερο αίτιο ήταν το σύνδρομο Romberg στο 39% (n=75), ακολουθούμενο από την ημιπροσωπική μικροσωμία στο 20% (n=40).

Ο ελεύθερος κρημνός που χρησιμοποιήθηκε συχνότερα ήταν ο ωμοπλατιαίος σε 32% (n=64), ακολουθούμενος από το βουβωνικό ελεύθερο κρημνό σε 21% (n=42). Ένα σύνολο 190 ελεύθερων κρημνών (95%) σημείωσαν επιτυχία, ενώ μόνο 10 (5%) χάθηκαν.

Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 5¹/₂ ώρες και η μέση διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ήταν μόνο 6 ημέρες.

Δεν υπήρξαν μείζονες επιπλοκές ή θάνατος στην ομάδα μελέτης.

Σε όλες τις περιπτώσεις οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για τουλάχιστον ένα χρόνο.

Συμπεραίνουμε τελικά ότι οι ελεύθεροι κρημνοί είναι επεμβάσεις ασφαλείς και αξιόπιστες για την επανόρθωση σύνθετων ελλειμμάτων της περιοχής της κεφαλής και του τραχήλου.

The changing role of platysma in face lifting

Claudio Cardoso de Castro, M.D., F.A.C.S.

Plast. Reconstr. Surg. 105:764, 2000

Plastic Surgery Division, Faculdade de Ciências Médicas, at the University of the State of Rio de Janeiro Medical School, Rio de Janeiro, Brazil

Ο δυναμικός ρόλος του πλατύσματος στο ρυτιδοπλαστική

Από το 1970, οι χειρουργικές τεχνικές που αφορούν το μυώδες πλάτυσμα, στοχεύοντας στην επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων, έχουν γίνει δημοφιλείς και τείνουν να αποτελούν ένα σημαντικό χειρουργικό «βήμα» για τον πλαστικό χειρουργό.

Πολλοί πλαστικοί χειρουργοί έχουν συνεισφέρει στο θέμα κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών, καθώς έχουν δημοσιευθεί πολλές σχετικές μελέτες.

Το ενδιαφέρον μου για το ρόλο του μυώδους πλατύσματος ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας

του 1970 και από τότε συνεχώς αυξάνει.

Ασχολούμαι διαρκώς με τη σημασία του πλατύσματος στις χειρουργικές επεμβάσεις face-lift σε ότι αφορά την ανατομία του, τις προτεινόμενες τεχνικές, τα αποτελέσματα, τις συστάσεις για την «καλύτερη» χειρουργική τεχνική ξεχωριστά για κάθε ασθενή και τις επιπλοκές.

Η εμπειρία και οι μελέτες μου όσον αφορά το μυώδες πλάτυσμα, καθώς και η συνεισφορά μου στο θέμα αυτό, περιγράφονται και συζητούνται αναλυτικά στο παρόν άρθρο.

Current therapy of cutaneous melanoma

Jeffrey D. Wagner, M.D., Michael S. Gordon, M.D., Tsu-Yi Chuang, M.D., and John J. Coleman, III, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 105:1774, 2000

Interdisciplinary Melanoma Program, Indiana University Cancer Center; and the Divisions of Plastic and Reconstructive Surgery and Hematology/Oncology, and Department of Dermatology, Indiana University School of Medicine, Indianapolis

Η τρέχουσα θεραπεία του μελανώματος του δέρματος

Το μελάνωμα είναι ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Για την ορθή αντιμετώπιση εμπλέκονται Ιατροί πολλών ειδικοτήτων· όμως, οι πλαστικοί χειρουργοί, όπως και οι χειρουργοί άλλων ειδικοτήτων, έχουν κεντρικό ρόλο στους θεραπευτικούς χειρισμούς.

Αν και η χειρουργική θεραπεία αποτελεί τον κεντρικό άξονα στην αντιμετώπιση του μελανώματος, αρκετές πρόσφατες κλινικές μελέτες έχουν βοηθήσει στο να αποσαφηνιστεί η βιολογική συμπεριφορά της νόσου και κατά συνέπεια να τροποποιηθούν τα πρωτόκολλα θεραπείας. Η προσθήκη της λεμφικής χαρτογράφησης για τη διε-

ρεύνηση των επιχωρίων λεμφαδένων και της ιντερφερόνης ως της πρώτης αποτελεσματικής, μετεγχειρητικής συμπληρωματικής θεραπείας, είχαν μεγάλη επίδραση όσον αφορά την αντιμετώπιση του μελανώματος στις Η.Π.Α αλλά και αλλού. Στο άρθρο αυτό ανασκοπείται η τρέχουσα κλινική προσέγγιση και θεραπεία του μελανώματος (διάγνωση, προγνωστικοί παράγοντες, εκτίμηση του σταδίου της νόσου, χειρουργική θεραπεία, χημειοθεραπεία, οδηγίες για το follow-up ασθενών όλων των σταδίων). Επίσης συζητούνται οι τελευταίες μελέτες, οι αντιπαραθέσεις, καθώς και οι κατευθύνσεις για τα μελλοντικά ερευνητικά πρωτόκολλα θεραπείας.

An algorithm for abdominal wall reconstruction

Rod J. Rohrich, M.D., James B. Lowe, M.D., Fred L. Hackney, M.D., D.D.S., Julie L. Bowman, M.D., and P. C. Hobar, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 105:201, 2000

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas

Αλγόριθμος για την αποκατάσταση ελλείμματος του κοιλιακού τοιχώματος

Τα επίκτητα ελλείμματα του κοιλιακού τοιχώματος οφείλονται σε τραύματα, προηγηθείσες επεμβάσεις, επιμολύνσεις και εκτομή όγκων. Η αποκατάσταση σύνθετων ελλειμμάτων αποτελεί πρόκληση τόσο για της Πλαστικούς Χειρουργούς, όσο και για της Γενικής Χειρουργικής. Στο άρθρο αυτό συζητώνται η ανατομία του κοιλιακού τοιχώματος καθώς και οι προβληματισμοί που αφορούν την εκτίμηση των ασθενών και το χειρουργικό πλάνο. Προτείνεται μια απλουστευμένη ταξινόμηση

των ελλειμμάτων του κοιλιακού τοιχώματος, βασισμένη στην έκταση, το βάθος και την εντόπιση του ελλείμματος. Μελέτες που αφορούν τις διάφορες τεχνικές αποκατάστασης του κοιλιακού τοιχώματος, ανασκοπούνται περιληπτικά, ώστε να εξοικιωθεί ο αναγνώστης με τις θεραπευτικές επιλογές αναλόγως του περιστατικού. Τέλος, προτείνεται αλγόριθμος για την ορθή καθοδήγηση του χειρουργού στο να επιλέξει την κατάλληλη τεχνική αποκατάστασης.

Complex Facial nevi: a surgical algorithm

Eyal Gur, M.D., and Ronald M. Zuker, M.D., F.R.C.S.(C.), F.A.A.P.

Plast. Reconstr. Surg. 106:25, 2000

Division of Plastic Surgery at the hospital for Sick Children and the Department of Surgery at the University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Περίπλοκοι σπίλοι προσώπου: χειρουργικός αλγόριθμος

Εξήντα-έξι παιδιά με εκτεταμένους συγγενείς σπίλους προσώπου αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στη Μονάδα μας κατά την διάρκεια των τελευταίων 8 ετών. Στη μελέτη αυτή περιελήφθησαν όλοι οι ασθενείς των οποίων η αποκατάσταση παρουσίαζε ιδιαίτερες δυσκολίες. Κανείς ασθενής δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπισθεί με εκτομή και απλή, απ' ευθείας σύγκλιση.

Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με την έκταση της βλάβης και το πλάνο αποκατάστασης. Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε 45 ασθενείς με σχετικά περιορισμένες βλάβες (0,9-3cm στη μέγιστη διάμετρο), οι οποίες εντοπίζονταν σε μία μόνον αισθητική μονάδα του προσώπου. Η αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε σε ένα χρόνο με τη χρήση τοπικών δερματικών κρημνών ή δερματικών μοσχευμάτων ολικού πάχους. Η δεύτερη ομάδα περιελάμβανε 28 ασθενείς με βλάβες μετρίου μεγέθους (3-12cm στη μέγιστη διάμετρο), που εντοπίζονταν σε μία ή δύο αισθητικές μονάδες και η αποκατάσταση των οποίων απαιτούσε όχι περισσότερους από δύο χειρουργικούς χρόνους. Στους ασθενείς αυτούς πραγματοποιήθηκαν σταδιακές εκτομές (serial excisions) και/ή χρήση δερ-

ματικών μοσχευμάτων ή αποκατάσταση σε δύο χρόνους με τη χρήση διατατήρων ιστών. Η τρίτη ομάδα περιελάμβανε 23 ασθενείς με μεγάλης έκτασης βλάβες (περισσότερο από 12cm στη μέγιστη διάμετρο), μερικές από τις οποίες κατελάμβαναν το ήμισυ της επιφάνειας του προσώπου, περιλαμβάνοντας έτσι πολλές αισθητικές μονάδες. Η αποκατάσταση των ασθενών αυτών πραγματοποιήθηκε σε διάφορα στάδια με συνδυασμό επεμβάσεων διάταξης ιστών, σταδιακής εκτομής, χρήση μεγάλων δερματικών κρημνών από το τριχωτό της κεφαλής, το μέτωπο και την τραχηλική - προσωπική χώρα, καθώς και χρήση δερματικών μοσχευμάτων ολικού πάχους.

Περιγράφεται η ανατομική κατανομή των βλαβών αυτών σε σχέση με τις διάφορες αισθητικές μονάδες, όπως επίσης και οι επανορθωτικές τεχνικές, με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μίας αναλόγως των αποτελεσμάτων. Παρατίθενται λεπτομέρειες όσον αφορά την προσέγγιση των μεγαλύτερων και πιο σύνθετων βλαβών, ενώ παράλληλα προτείνεται και σχετικός αλγόριθμος αποκατάστασης.

Accelerated healing of full-thickness skin wounds in a wet environment

Tor Svensjo, Bohdan Pomahac, M.D., Feng Yao, Ph.D., Jaromir Slama, M.D., and Elof Eriksson, M.D., Ph.D.

Plast. Reconstr. Surg. 106:602, 2000

Laboratory of Tissue Repair and Gene Transfer. Division of Plastic Surgery Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School; and the Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Malmo University Hospital, Boston, Mass., and Malmo, Sweden

Ταχύτερη επούλωση ολικού πάχους δερματικών ελλειμμάτων σε υγρό περιβάλλον. (Πειραματική μελέτη)

Ολικού πάχους δερματικά ελλείμματα είναι προτιμώτερο να επουλώνονται υπό ελεγχόμενες επι-

δέσεις ύγρανσης, όπως π.χ. σε υδροκολλοειδή. Υποθέσαμε ότι η διαδικασία επούλωσης επιταχύ-

νεται περισσότερο σε ένυδρο παρά σε ξηρό περιβάλλον ή περιβάλλον ύγρανσης. Συγκρίναμε το χρόνο και την ποιότητα της αποκατάστασης του κατά δεύτερο σκοπό επουλούμενου δέρματος σε ένυδρο (φυσιολογικός ορός), υγραντικό (υδροκολλοειδή) και ξηρό (γάζες) περιβάλλον. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 3 πειραματόζωα (χοιροί τύπου Yorkshire) και έναν συνολικό αριθμό 70 τυποποιημένων ελλειμάτων ολικού πάχους στη ράχη αυτών. Δώδεκα ημέρες μετά την πρόκληση των ελλειμάτων, παρατηρήθηκε πλήρης επανεπιθηλιοποίηση σε 86%, 20% και 0% των ελλειμάτων, η διαδικασία επούλωσης των οποίων έλαβε χώρα σε ένυδρο, υγραντικό και ξηρό περιβάλλον αντίστοιχα ($p=0,0046$ και $0,027$ για τα ένυδρα τραύματα σε σχέση με αυτά σε υγραντικό και ξηρό περιβάλλον αντίστοιχα). Η ταχύτερη επούλωση αποδόθηκε -τουλάχιστον μερικώς- στην ταχύτερη ρίκνωση του τραύματος στην ομάδα του ένυδρου περιβάλλοντος ($p<0,005$ σε σχέση με τις άλλες

ομάδες 9 και 12 ημέρες μετά την πρόκληση των τραυμάτων). Η ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού υπήρξε ταχύτερη σε συνθήκες ύγρανσης απ' ό,τι στα ξηρά και ένυδρα τραύματα. Επίσης, στα ξηρά και ένυδρα τραύματα παρατηρήθηκε μεγαλύτερο πάχος και μεγαλύτερος αριθμός κυτταρικών στρωμάτων στη νεο-σχηματισθείσα επιδερμίδα σε σχέση με τα τραύματα σε ύγρανση. Καταλήξαμε ότι, σε αυτού του τύπου τα ελλείμματα, η επούλωση ήταν ταχύτερη σε ένυδρο περιβάλλον απ' ό,τι σε περιβάλλον ύγρανσης. Πιο αργή επούλωση παρατηρήθηκε στα ξηρά τραύματα.

Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις μας όσον αφορά τις διαφορές στην ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού, στην επανεπιθηλιοποίηση και στο ρυθμό ρίκνωσης των τραυμάτων, οι βασικοί μηχανισμοί της επούλωσης επηρεάστηκαν από τις διαφορετικές συνθήκες έκθεσης των τραυμάτων.

Tensor fasciae latae perforator flap for reconstruction of composite achilles tendon defects with skin and vascularized fascia

Stephan Deiler, M.D., Andrea Pfadenhauer, M.D., Jorg Widmann, M.D., Hubert Stutzle, M.D., Karl-George Kanz, M.D., and Wolfgang Stock, M.D., Ph.D.

Plast. Reconstr. Surg. 106:342, 2000

Division of Plastic Surgery and Hand Surgery, Department of Surgery Faculty of Medicine at the Ludwig Maximilians University of Munich, Munich, Germany

Αποκατάσταση σύνθετων ελλειμάτων Αχιλλείου τένοντα με ελεύθερο δερμοπεριτονιακό κρημνό από διατιτρώσες, τον τείνοντα την πλατεία περιτονία μυ

Η χειρουργική αντιμετώπιση εκτεταμένων ελλειμάτων Αχιλλείου τένοντα μετά του υπερκείμενου δέρματος αφ' ενός αποτελεί σύνθετο πρόβλημα, αφ' ετέρου απαιτεί συνήθως χρήση ελεύθερων αγγειούμενων μοσχευμάτων. Ο ιδανικός συνδυασμός λεπτού στρώματος δέρματος και ισχυρού τενόντιου μοσχεύματος με την αξιόπιστη αγγείωση και χαμηλή νοσηρότητα στη δότρια περιοχή έχει μερικώς μόνον επιτευχθεί με τις μέχρι σήμερα γνωστές μεθόδους αποκατάστασης.

Οι συγγραφείς πραγματοποίησαν αποκατάσταση σε 5 ασθενείς με εκτεταμένα ελλείμματα Αχιλλείου τένοντα και υπερκείμενου δέρματος, με τη χρήση ελεύθερου κρημνού αποτελούμενου από δέρμα, υποδόριο και τμήμα της πλατείας περιτονίας. Η αιμάτωση του κρημνού προερχόταν από 2-3 μυοδερματικές διατιτρώσες της έξω περισπώμενης μηριαίας αρτηρίας μέσω του τείνοντος την πλατεία περιτονία μυός. Ο μύς παρέμεινε ανέπαφος σε όλες τις περιπτώσεις.

Οι κρημνοί επιβίωσαν πλήρως και χωρίς επιπλοκές. Με μέση μετεγχειρητική παρακολούθηση 20 μηνών, οι αποκατεστημένοι τένοντες παρουσίασαν ικανοποιητικό λειτουργικό αποτέλεσμα, αν και παρατηρήθηκε μείωση της καμπτικής ικανό-

τητας του άκρου ποδός κατά 50-70% σε σχέση με την υγιή πλευρά. Επίσης, διορθωτικές επεμβάσεις μείωσης του όγκου των κρημνών σε επόμενο χρόνο απέδωσαν πολύ ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα.

Postoperative complications and functional results after total glossectomy with microvascular reconstruction

Yoshihiro Kimata, M.D., Kiyotaka Uchiyama, M.D., Satoshi Ebihara, M.D., Masahisa Saikawa, M.D., Ryuichi Hayashi, M.D., Tatsumasa Haneda, M.D., Waichiro Ohyma, M.D., Seiji Kishimoto, M.D., Masao Asai, M.D., Takashi Nakatsuka, M.D., and Kiyonori Harii, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 106:1028, 2000

Division of Plastic and Reconstructive Surgery and Of Head and Neck Surgery, National Cancer Hospital East; the Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Teikyo University School of Medicine, Ichihara Hospital, the Department of plastic and Reconstructive Surgery, Saitama Medical School; and the Department of Plastic and reconstructive Surgery, Faculty of Medicine, University of Tokyo, Chiba, Saitama, and Tokyo, Japan

Μετεγχειρητικές επιπλοκές και λειτουργικά αποτελέσματα μετά από ολική γλωσσεκτομή και μικροαγγειακή αποκατάσταση

Η μικροχειρουργική αποκατάσταση μετά από ολική γλωσσεκτομή μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε σημαντικό βαθμό. Ωστόσο, τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα είναι συχνά ασαφή και η αποτελεσματικότητα της ολικής γλωσσεκτομής παραμένει αμφίβολη.

Για να προσδιορίσουμε τα προβλήματα της αποκατάστασης μετά από ολική γλωσσεκτομή με διατήρηση του λάρυγγα και να εξετάσουμε τη λειτουργικότητα της κατάποσης και της ομιλίας, πραγματοποιήσαμε αναδρομική μελέτη 30 ασθενών, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε ολική γλωσσεκτομή και αποκατάσταση με ελεύθερους κρημνούς. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν μεταξύ 20 και 73 ετών, ενώ 23 από τους 30 είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση με μυοδερματικό κρημνό του ορθού κοιλιακού μυός. Χρησιμοποιήθηκαν μεγαλύτεροι και πιο ογκώδεις κρημνοί, με την τοποθέτηση των οποίων πραγματοποιήθηκε ανάρτηση του λάρυγγα. Για την διατήρηση φυσιολογικής κατάποσης μετά το χειρουργείο, η έκταση της λαρυγγικής ανάρτησης και της κρικοφαρυγγικής μυοτομής ήταν

περιορισμένες. Από τους 30 ασθενείς, οι 21 (70%) αποσωληνώθηκαν με διατήρηση του λάρυγγα. 20 από αυτούς ήταν σε θέση να λάβουν φυσιολογική, μαλακή, αλεσμένη τροφή, ενώ ένας περιορίστηκε σε υδρική δίαιτα. Η ομιλία ήταν κατανοητή σε 16 από τους 19 ασθενείς που αξιολογήθηκαν. Σε 9 από τους 30 ασθενείς, η λαρυγγική λειτουργία δεν ήταν δυνατόν να διατηρηθεί. Σε 4 από τους 9, η επιπλέον εκτομή σε συνδυασμό με την ολική γλωσσεκτομή, είχε σαν αποτέλεσμα σοβαρές εισρροφήσεις και υποτροπιάζουσες πνευμονίες. Δύο ασθενείς με προεγχειρητική εγκεφαλική δυσλειτουργία θεωρήθηκαν ακατάλληλοι υποψήφιοι για τη διατήρηση του λάρυγγα. Επιπλέον, η ενδοστοματική ανεπάρκεια του όγκου του κρημνού και η προχωρημένη ηλικία (73 ετών) ενός ασθενούς, καθώς και η έλλειψη κινήτρων σε έναν άλλον, ίσως συνέβαλλαν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών εισρροφήσεων.

Η τοπική υποτροπή του όγκου ήταν η αιτία για εισρροφές σε έναν ασθενή. Η παρουσία προεγχειρητικής εγκεφαλικής δυσλειτουργίας

($p=0,025$), η εκτομή της επιγλωττίδας ($p=0,005$) και τα μετεγχειρητικά στοματοδερματικά συρίγγια ($p=0,04$) συσχετίστηκαν σε σημαντικό βαθμό με την αδυναμία διατήρησης του λάρυγγα. Ωστόσο, παρ' όλες τις δυσκολίες να συμπεριληφθεί ικανοποιητικός αριθμός ασθενών στην παρούσα μελέτη αφ' ενός και τους εγγενείς περιορισμούς των αναδρομικών μελετών αφ' ετέρου, οι διαφορών τύπων αναλύσεις στη μελέτη αυτή απέδειξαν ότι

παράγοντες όπως η ηλικία του ασθενούς, ο όγκος του κρημνού και ο τύπος της τραχηλικής λεμφαδενικής κένωσης, δεν ήταν καθοριστικοί όσον αφορά τη διατήρηση του λάρυγγα. Αν και προοπτικές μελέτες θεωρούνται απαραίτητες, η εκτίμηση των ασθενών από λειτουργικής πλευράς πρέπει να εξατομικεύεται, ούτως ώστε οι εμπειρίες οι οποίες παρατίθενται στην παρούσα συζήτηση να είναι εφαρμόσιμες και σε επόμενους ασθενείς.

Total soft-tissue reconstruction of the middle and lower face with multiple simultaneous free flaps in a pediatric patient

J. D. Burt, M.D., A. Jay Burns, M.D., Arshad R. Muzaffar, M.D., H. Steve Byrd, M.D., P. Craig Hobar, M.D., Samuel J. Beran, M.D., William P. Adams, Jr, M.D., and Jeffrey M. Kenkel, M.D.

Plast. Reconstr. Surg. 105:2440-2447, 2000

Department of Plastic Surgery, University of Texas Southwestern Medical Center Dallas, Texas

Ολική αποκατάσταση μέσου και κάτω τριτημορίου προσώπου με πολλαπλούς, ταυτόχρονους ελεύθερους κρημνούς σε παιδιατρικό ασθενή. Παρουσίαση περιστατικού

Αγόρι, 2 ετών, υπέστη εκτεταμένη απώλεια μαλακών μοριών προσώπου κατόπιν επίθεσης σκύλου. Ουσιαστικά, όλα τα μαλακά μόρια του μέσου και κάτω τριτημορίου του προσώπου απουσίαζαν, περιλαμβανομένων των προσωπικών νεύρων, μιμικών μυών, του ενδοστοματικού βλεννογόνου από το ένα οπισθογόμφιο τρίγωνο στο άλλο και της ρινός. Ο οστικός σκελετός ήταν ανέπαφος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αποκατάσταση σε έναν χειρουργικό χρόνο, με ταυτόχρονη μετα-

φορά 5 ελεύθερων κρημνών: δύο δερμοπεριτονιακών κερκιδικών των αντιβραχίων για αποκατάσταση βλεννογόνου, δύο νευρούμενων μυικών των ισχών προσαγωγών μυών για αποκατάσταση της μιμικής του προσώπου και ενός κάθετου μυοδερματικού του ορθού κοιλιακού μυός για εξωτερική κάλυψη. Είναι η πρώτη περίπτωση κατά την οποία 5 ελεύθεροι κρημνοί μεταφέρονται ταυτόχρονα σε έναν ασθενή.