

Τι νεότερο από τα τελευταία σεμινάρια της ΕΕΔΧ

Latest workshops of the Hellenic Society of Dermatologic Surgery. What's new?



ΠΕΡΙΛΗΨΗ Όπως και παλαιότερα άρθρα του περιοδικού αναφέρονται σε ομιλίες ή εργασίες από σεμινάρια ή στρογγυλές τράπεζες που έχουν αντικείμενο θέματα Δερματοχειρουργικής, στις «Αττικές δερματολογικές ημέρες», που έγιναν το Νοέμβριο του 2007, έγινε μια προσπάθεια να αναφερθούν κάποια ενδιαφέροντα θέματα πρακτικών εφαρμογών από τα σεμινάρια και τις επιστημονικές εκδηλώσεις της Ελληνικής Εταιρείας Δερματοχειρουργικής το χρόνο που πέρασε.

Λέξεις κλειδιά: αναισθησία, τοπική αναισθησία, επιθηλίωμα, απόξεση, κρυοχειρουργική, επούλωση, ξέστρο.

ΖΩΗΣ ΠΟΛΥΖΩΗΣ

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος
Πρόεδρος ΕΕΔΧ

ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Μέχρι τώρα στην αναισθησία των δακτύλων δεν χρησιμοποιούσαμε αναισθητικό που να περιέχει αδρεναλίνη, γιατί υπήρχε εσφαλμένα ο φόβος του αγγειόσπασμου και της ενδεχόμενης κακής αιμάτωσης του άκρου.


Το 1947 δημοσίευμα άφηνε υπόνοιες για νέκρωση που οφειλόταν στην αδρεναλίνη και από τότε υπήρξε ο φόβος που κράτησε πολλά χρόνια. Με το χρόνο, όμως, δεν επαληθεύθηκε αυτό και η αδρεναλίνη χρησιμοποιήθηκε στα άκρα, στο αυτί και στο πέος κατά κόρο, χωρίς να προκαλέσει προβλήματα ούτε μια φορά.

Ο Καθηγητής Τάσος Παπαδόπουλος αναφέρει περίπτωση ασθενούς με Reynaud που έγινε χρήση διαλύματος που περιέχει αδρεναλίνη και το μόνο που παρουσίασε ήταν καθυστέρηση 2 ωρών μέχρι να επανέλθει η αιμάτωση.

Με διαλύματα αδρεναλίνης αραιώσεως 1:500.000 επιτυγχάνουμε αναισθησία διάρκειας 1-1,5 ώρας. Ενώ χωρίς αδρεναλίνη ο χρόνος αναισθησίας είναι ο μισός. Μπορούμε με ασφάλεια να χρησιμοποιή-

**Διογκωτική αναισθησία
(Διάλυμα του Klein)**

1) Xylocaine 2% (xylocaine hydrochloride 25)	25,0ml
2) Adrenaline 1mg/1ml	0,3ml
3) Sodium Bicarbonate 4%	5,0ml
4) Normal Saline (Sodium Chloride 0,9%)	20ml



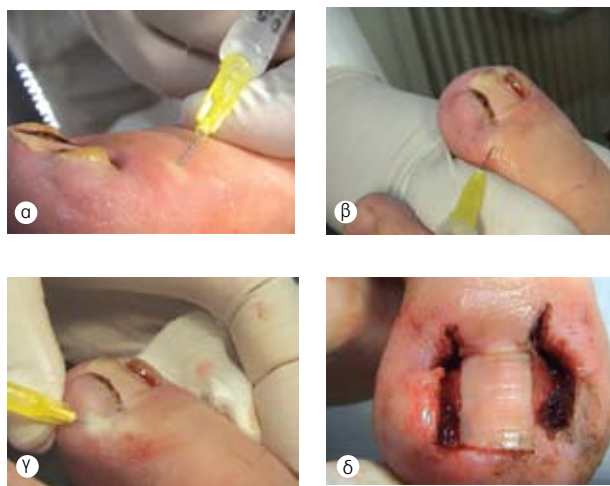
Εικόνα 1. Διάλυμα αναισθησίας. Η αρχική φόρμουλα που ευρέως εφαρμόζεται στην λιποαναρρόφηση είναι ελαφρά διαφοροποιημένη για πρακτικούς λόγους παρασκευής.

σουμε διάλυμα που περιέχει αδρεναλίνη, το γνωστό διάλυμα του Klein.

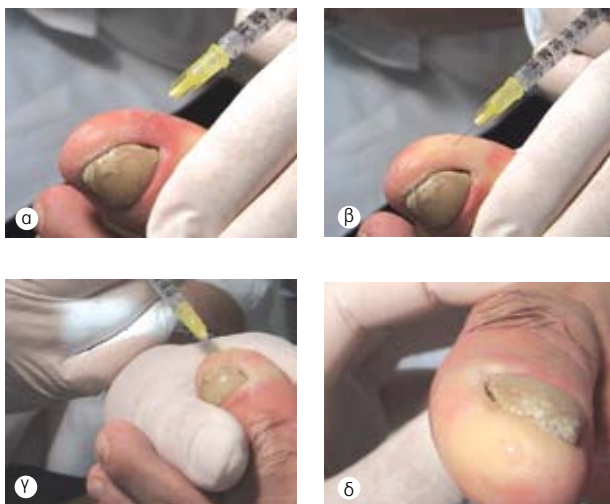
Εφαρμόζοντας αυτή την τεχνική που μας έδειξε ο Καθ. Τάσος Παπαδόπουλος στο σεμινάριο του Ιουλί-ου, ακόμη και στην είσφρηση όνυχος δεν χρειάστηκε να γίνει στελεχειαία αναισθησία και το σπουδαιότερο η αιμόσταση από την αδρεναλίνη βοηθά ιδιαίτερα κατά τη μερική αφαίρεση της μήτρας του όνυχος.

Εγώ πάντως θα συμβούλευα να αντικαταστήσουμε την ξυλοκαΐνη της αναισθησίας μας με το διάλυμα του Klein και να εφαρμόσουμε την τεχνική της αργής επιφανειακής έγχυσης αρχικά και στη συνέχεια εν τω βάθει. Απαιτείται περισσότερος χρόνος, αλλά είναι σχεδόν ανώδυνη για τους ασθενείς μας. Αναφέρουμε, στη συνέχεια, ένα μίγμα εξωτερικής χρήσης για να αναισθητοποιήσουμε μεγάλες περιοχές, όπως όλο το πρόσωπο, για επώδυνες εφαρμογές όπως για resurfacing.

- Βενζοκαΐνη 20%
- Λιδοκαΐνη 10%
- Τετρακαΐνη 4%



Εικόνα 2. α) Για την έγχυση του αναισθητικού διαλύματος γίνεται χρήση λεπτής βελόνας 30 G. Αρχικά επιφανειακή έγχυση αναισθητικού ιδιαίτερα αργά. Δεν κινούμε το χέρι μας σαν βεντάλια, γιατί το στόμιο της βελόνας είναι σαν μαχαιρίδιο που τραυματίζει τις νευρικές απολήξεις. β) Δεν πιέζουμε το δέρμα. Οι νευρικές απολήξεις που άγουν τον πόνο και τον κνησμό είναι τα C νευρίδια. Όταν λοιπόν συμπιέζουμε το δέρμα κάνουμε συμπύκνωση, με αποτέλεσμα αύξηση του πόνου. γ) Μετά τη δημιουργία επάρματος μπορούμε να προωθήσουμε τη βελόνα βαθύτερα, εγχύοντας μεγαλύτερη ποσότητα αναισθητικού ανώδυνα για τον ασθενή. Πρέπει να τονίσουμε ότι εφαρμόζοντας την παραπάνω τεχνική έγχυσης αργά, μειώνουμε τον πόνο του ασθενή μας στο ελάχιστο. δ) Αποτέλεσμα μερικής καταστροφής μήτρας όνυχος άμφω με τοπική αναισθησία. Έχει γίνει χρήση LASER CO₂.



Εικόνα 3. Εφαρμογή τοπικής αναισθησίας. Όταν η περιοχή λευκανθεί μπορούμε να αρχίσουμε την επέμβαση.

ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ

Η αναισθησία και η αιμόσταση είναι η μητέρα και ο πατέρας μιας δερματολογικής επέμβασης. Πρέπει να παραδεχτούμε ότι το επεμβατικό μέρος της δερματολογίας είναι ιδιαίτερα παραμελημένο και είναι μεγάλο το ενδιαφέρον, ιδίως των νέων συναδέλφων.

Ποιος από μας δεν χρειάστηκε να κάνει μια βιοψία ή να αντιμετωπίσει μια μυρμηκιά με την Δ.Θ.Π. ή την κρυσπηξία;

Από την άλληλη είναι μεγάλη η ικανοποίηση που δίνει το καλό αποτέλεσμα μιας επέμβασης. Πολλές φορές, παρόλο που έχουμε τις γνώσεις να κάνουμε μια απλή επέμβαση (π.χ. αφαίρεση ενός μικρού σπίθλου), ο φόβος δεν μας αφήνει να ξεκινήσουμε. Ο φόβος έχει να κάνει με το απρόβλεπτο που τις περισσότερες φορές είναι η αιμορραγία κάποιου αγγείου.

Τονίστηκε λοιπόν από τον Καθ. Τάσο Παπαδόπουλο ότι με τη γνώση και τη σωστή τεχνική η μόνη τρώση αγγείου που δεν θα μπορούσε να αντιμετωπίσει ένας έμπειρος δερματολόγος είναι στην καρωτίδα. Φαίνεται υπερβολικό αλλά αν δούμε κάποιους κανόνες αιμόστασης.

Ιστορικό ασθενούς για λήψη αντιπηκτικών και διακοπή αυτών πριν την επέμβαση, με τη σύμφωνη γνώμη του καρδιολόγου. Πρέπει να ρωτάμε τον ασθενή μας εάν φέρει βηματοδότη πριν τη χρήση διαθερμοπηξίας. Πολλές φορές αρκεί το μονοπολικό και δεν είναι απαραίτητη η χρήση της γείωσης.

Κανόνες αιμόστασης

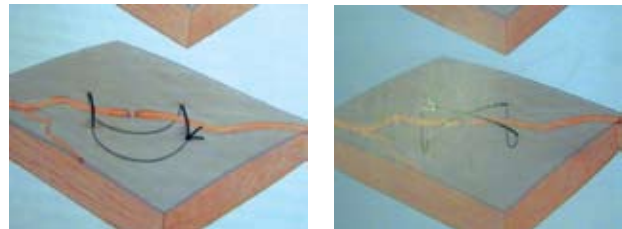
- Να διακόπτει ο ασθενής την χρήση αντιπηκτικών.
- Να ρωτάμε τον ασθενή εάν φέρει βηματοδότη πριν τη χρήση διαθερμοπηξίας.
- Να είναι σε ετοιμότητα η Δ.Θ.Π (αρκεί το μονοπολικό και δεν απαιτείται χρήση γείωσης).
- Στο χειρουργείο χρειάζονται 4 χέρια.
- Για την αντιμετώπιση αγγείου που αιμορραγεί απαιτείται πίεση περιφερικά και καθαρό από το αίμα πεδίο.
- Σπάνια χρειάζεται απολίνωση.

Στο χειρουργείο χρειάζονται 4 χέρια, καλό θα ήταν να είναι και τα 4 έμπειρα και όχι μόνο τα δύο. Το ένα χέρι κρατά το ηλεκτρόδιο, το άλλο είναι του χειρουργού. Τα άλλα 2 παρουσιάζουν το τραύμα. Μόνη εξαίρεση το βλέφαρο και η έσω κογχική περιοχή.

Η αντιμετώπιση ενός αγγείου που αιμορραγεί απαιτεί πίεση περιφερικά και καθαρό πεδίο από το

αίμα, ώστε να είναι αποτελεσματική η Δ.Θ.Π. Σπάνια χρειάζεται απολίνωση, αλλά πρέπει να κατανοήσουμε ότι το αγγείο αυτό από κάπου έρχεται και με την πίεση πριν το σημείο της τρώσης σταματάμε την αιμορραγία και το εντοπίζουμε με τη διαθερμοπηξία μας, η οποία είναι αποτελεσματικότερη σε καθαρό πεδίο και σε αγγείο που δεν είναι πνιγμένο στο αίμα. Εδώ ακριβώς χρειάζονται τα χέρια του βοηθού για να πιέσουν περιφερειακά.

Για την απολίνωση, που όπως είπαμε σπανιότατα χρειάζεται, χρησιμοποιούμε 3.0 ή 4.0 απορροφήσιμο ράμμα.



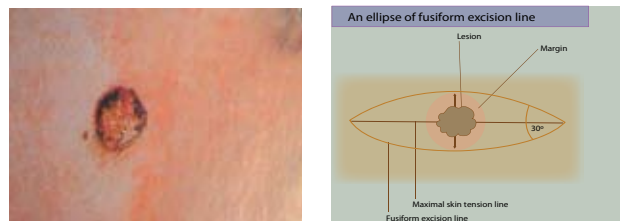
Εικόνα 4. Σπάνια γίνεται χρήση ράμματος για αιμόσταση στη χειρουργική δέρματος.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ Ή ΕΛΛΙΠΣΟΕΙΔΗΣ ΤΟΜΗ;

Πολύ μας απασχόλησε ο προβληματισμός εάν η τομή πρέπει να είναι ελλειψοειδής ή κυκλική, όπως συνήθως είναι η βλάβη. Η άποψη που επικρατεί στην Αμερική, αλλά και στη Γαλλία, όπως ακούστηκε στο τελευταίο σεμινάριο, είναι ότι με την κυκλική τομή έχουμε οικονομία δέρματος.

Πάντως, το συμπέρασμα είναι ότι καλύτερη μέθοδος παραμένει αυτή που ο καθένας ξέρει και εφαρμόζει καλύτερα. Στη Δερματοχειρουργική, τεχνικές που έχουν εφαρμοστεί παλαιότερα και έχουν εγκαταλειφθεί μπορεί να επανεκτιμηθούν και μαθαίνουμε ότι δεν μπορούμε να διαφωνούμε με κανέναν.

Αναφέρω επίσης κάτι που λήχθηκε και μου άρεσε ιδιαίτερα: Στη δουλειά μας όλοι κάνουμε λάθη και εάν κάποιος δεν το παραδέχεται μάλλον δεν πρέπει να τον εμπιστευόμαστε.



Εικόνα 5. Με την κυκλική τομή έχουμε οικονομία δέρματος. Σχεδόν πάντα γίνεται διόρθωση σε «αυτί σκύλου».

ΕΠΟΥΛΩΣΗ

Το αποτέλεσμα μιας επέμβασης έχει να κάνει και με τη μετεγχειρητική φροντίδα. Πάντα παρακολουθούμε τον ασθενή. Είναι καλό να κάνουμε εμείς την πρώτη αλλαγή. Εάν η επούλωση γίνεται κατά δεύτερο σκοπό πρέπει να διατηρούμε την ουλή καθαρή από τα πύγματα και να κάνουμε ελαφρά εντριβή με κάποιο αντισηπτικό υγρό. Η χρήση κάποιας αντιβιοτικής αλοιφής αφενός βοηθά τη μη ανάπτυξη φλεγμονής, αλλήλ περισσότερο να μην κολλήανε οι γάζες κατά τις αλλαγές.



Εικόνα 6. α) Ουλή από BCE που αντιμετωπίστηκε. β) Διακρίνουμε τη δημιουργία εφελέκιδας. γ) Αφαίρεσή της για να διευκολυνθεί η επούλωση.

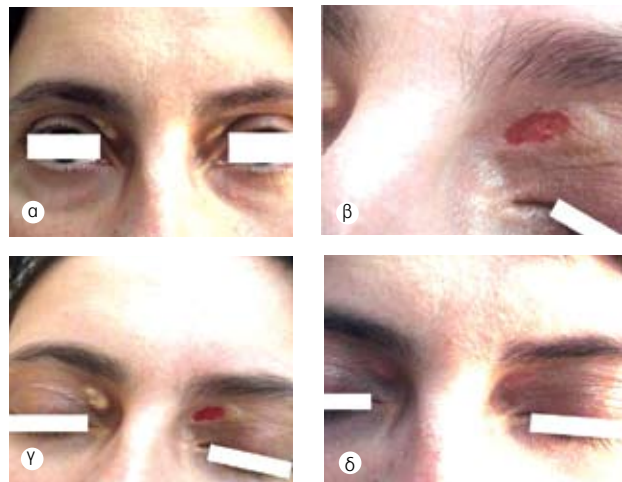
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΞΕΣΤΡΟ

Το ξέστρο είναι ένα απλό και οικονομικό εργαλείο, πολύ χρήσιμο στα χέρια του δερματολόγου. Τα τελευταία χρόνια έχει αναβαθμιστεί η χρήση του. Πολλές φορές πρέπει να αντιμετωπίσουμε βλάβες του δέρματος που έχουν όγκο και ασαφές βάθος. Να ψύξουμε ή να κάψουμε με τη διαθερμοπηξία είναι μία υπόθεση όχι τόσο απλή, γιατί δεν είναι καθόλου εύκολο να σταματήσουμε εκεί που πρέπει.

Με την κρυοχειρουργική, όταν πρόκειται για επιθηλιώματα, δεν είμαστε βέβαιοι ότι καταστρέψαμε τη βάση, αλλήλ και με τη Δ.Θ.Π με την απανθράκωση που προκαλεί έχουμε το ίδιο πρόβλημα.

Έχοντας κάνει τη διογκωτική αναισθησία και με το ανάλογο ξέστρο αποκολλούμε τη βλάβη και βλέποντας τη βάση του είναι απλούστερο να παγώσουμε ή να κάψουμε την περιοχή. Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα και έχουμε μικρότερες πιθανότητες να κάνουμε υπερθεραπεία ή υποθεραπεία.

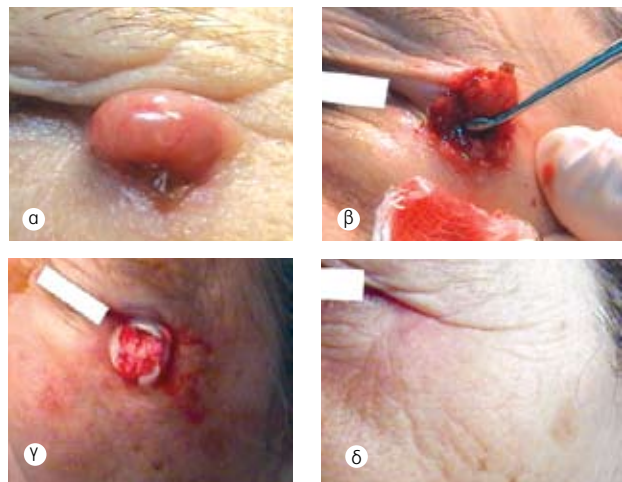
Στην τεχνική αυτή χρήσιμη είναι η διογκωτική αναισθησία με την αιμόσταση που προκαλεί. Η χρήση του ξέστρου στο



Εικόνα 7. Χρήση ξέστρου σε Ξανθελάσματα. Βλέπουμε (β), (γ) αμέσως μετά και (δ) το τελικό αποτέλεσμα.



Εικόνα 8. Ξανθελάσματα και αντιμετώπιση με χρήση ξέστρου.



Εικόνα 9. α) BCE. β) Αφαίρεση με ξέστρο. γ) Εφαρμογή κρυοχειρουργικής στη βάση. δ) Τελικό αποτέλεσμα.



Εικόνα 10. α) Μεγάλο BCE πτερυγίου ωτός. β) Απόξεση. γ) Ψύξη με την τεχνική spray περιφερικά. δ) Φαίνεται η έκταση της βλάβης.



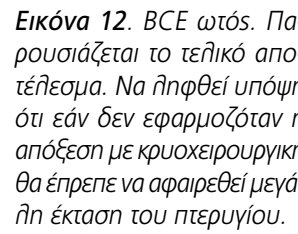
Εικόνα 11. Επούλωση, φαίνεται η δημιουργία κοκκιωματούδους ιστού περιφερικά.

πρόσωπο είναι ποιο εύκολη και η επούλωση καλύτερη. Η χρήση του ξέστρου τονίστηκε ιδιαίτερα και από τον Καθ. Τάσο Παπαδόπουλο, αλλά και από άλλους ομιλητές.

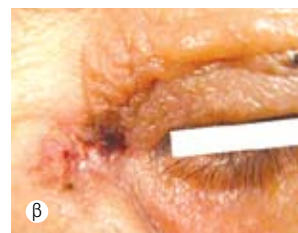
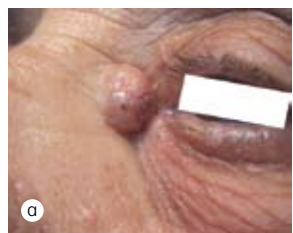
Εγώ as μου επιτραπεί η έκφραση, ισχυρίζομαι ότι το ξέστρο είναι η συνέχεια του χεριού μου και όχι μόνο στα επιθηλιώματα.

SUMMARY

In the way that many previous magazine's issues include extracts of speeches or projects of dermatosurgical interest announced in seminars or



Εικόνα 12. BCE ωτός. Παρουσιάζεται το τελικό αποτέλεσμα. Να ληφθεί υπόψη ότι εάν δεν εφαρμοζόταν η απόξεση με κρυοχειρουργική θα έπρεπε να αφαιρεθεί μεγάλη έκταση του πτερυγίου.



Εικόνα 13. (α) BCE, (β) που αντιμετωπίστηκε το καλοκαίρι του 2007 στο Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», στο πρακτικό μέρος του 40ου ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΕΔΧ. (γ) Μπορούμε να δούμε το τελικό αποτέλεσμα ιδιαίτερα ικανοποιητικό.

round tables, in "Attica Dermatologic days", which were held in November 2007, an effort has been made in order to focus on some interesting topics, mostly of practical use, presented in various scientific events organized by Hellenic Society of Dermatological Surgery during the last year.

Key words: anaesthesia, local anaesthesia, epithelioma, abrasion, cryosurgery, healing, scalpel.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:

Ζώνης Πολυζώνης
Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
Πεσόντων Μαχτηών 20
Λιβαδειά, ΤΚ 32100
Τηλ.: 22610 28490, Fax: 22610 89321
E-mail: polizois@liv.forthnet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spiller W, Spiller R. Cryosurgery and adjuvant surgical techniques for cutaneous carcinomas in: Zacarian S. ed, Cryosurgery for skin cancer and cutaneous Disorders. St. Louis CV. Mosby Company 1985; p. 187-198.
2. Abadir D. Combined Curettage and Cryosurgery for Treatment of Epithelial Cancers of the skin. J Dermatol Surg Oncol 1980; 6:633-636.
3. Spiller W, Spiller R. Serial treatment of a large basal cell carcinoma by combined technique of curettage, electrodesiccation and cryosurgery. Cutis 1975; 16:651.
4. Miller D. The treatment of neoplasms of the head and neck with cryosurgery in Zacarian S. ed. Cryosurgical advances in dermatology and tumors of the head and neck. Springfield ill Charles C. Thomas 1977; p. 212-234.
5. Nordin P. Gurettage-Cryosurgery for non Melanoma Skin Cancer of the External Ear. My Way of Doing It. Abstract Book in: International & European Congress of Cryosurgery. Lisbonne, Portugal, 5-7 October 2001; p. 52.
6. Graham G, Clark I. Statistical Analysis In Cryosurgery of Skin Cancer in: Breitbart E, Dachow Siwiec E. eds. Advances In Cryosurgery. Clinics in dermatology, New York 1990; 8:101-107.
7. Dawber R, Colver G, Jackson A. Malignant Lesions in: Cutaneous cryosurgery-Principles and clinical practice, Martin Dunitz Ltd, London 1994; p. 95-137.
8. Klein J. Tumescence technique for local anaesthesia improves safety in large-volume liposuction. Plast Reconstr Surg 1993; 92:1085-98.
9. Παναγιωτόπουλος Α, Κωστάκης Π. Κρυοχειρουργική θεραπεία δερματικών καρκινωμάτων. Ελ Επιθ Δερμ-Αφρ 2001; 12:33-37.
10. Kuflik E. Debulking large tumors. J Dermatol Surg Oncol 1982; 8:431-433.
11. Graham G, Clark I. Statistical update In cryosurgery for cancers of the skin. In: Zacarian S. ed, Cryosurgery for skin cancer and cutaneous Disorders. St Louis CV. Mosby Company 1985; p. 298-305.
12. Torre D, Lubritz R, Kuflik E. Treatment of malignant lesions. In: Practical Cutaneous Cryosurgery. Norwalk Conn Appleton & Lange 1988; p. 87-119.
13. Turjansky E, Stolar E. Criocirugia en cancer cutaneo. En Lesiones de piety Mucosas. Tecnicas terapeuticas. Edama edition. Buenos Aires, Argentina, 1998; p. 63-73.
14. Πολυζώης Ζ. Θεραπεία επιθηλιωμάτων με συνδυασμό απόξεσης και κρυοχειρουργικής. Εφαρμογή σε 31 περιστατικά. Πρακτικά: 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Θεσσαλονίκη 26-29 Ιουνίου 2003.
15. Graham G. New Techniques In Cryosurgery In PreCongress Course Cryosurgery. XXIst Congress of the International Society for Dermatologic Surgery, Sep. 21st Madrid 2000.
16. Π. Μίντζας. Η κρυοχειρουργική στη δερματολογία. Εκδόσεις Δημόπουλος 2004.
17. Α. Παναγιωτόπουλος. Κρυοχειρουργική θεραπεία δερματικών παθήσεων. Εκδόσεις Κούκος 2004.