

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η κλινική εκτίμηση του έλκους

Joseph E Grey, Stuart Enoch, Keith G Harding

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία τους, τα περισσότερα έλκη επουλώνονται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις, διάφοροι παράγοντες παρακωλύουν την επουλωτική διαδικασία. Η σωστή αντιμετώπιση των παραγόντων αυτών έχει σαν αποτέλεσμα την ολοκλήρωση της επούλωσης και έτσι μικρός μόνο αριθμός τραυμάτων μεταπίπτει σε χρονιότητα και χαρακτηρίζονται ως χρόνια (άτονα). Στις περιπτώσεις αυτές, ο απώτερος στόχος θα πρέπει να είναι η συμπτωματική θεραπεία και η πρόληψη των επιπλοκών και όχι η επούλωση του τραύματος.

Αίτια εξέλικωσης

- Αγγειακά (φλεβικά, αρτηριακά, από το λεμφικό σύστημα, αγγειίτιδες)
- Νευροπαθητικά (σακχαρώδης διαβήτης, δισικής ράχη, πέρα)
- Μεταβολικά (σακχαρώδης διαβήτης, ποδάγρα)
- Παθήσεις του συνδετικού ιστού (ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκληρόδερμα, συστηματικός ερυθηματώδης πύκος)
- Γαγγραινώδες πυόδερμα (συχνά σε έδαφος συστηματικής νόσου)
- Αιματολογικές νόσοι [διαταραχές των ερυθροκυττάρων (π.χ. δρεπανοκυτταρική αναιμία), διαταραχές των λευκοκυττάρων (π.χ. λευκαιμία), διαταραχές των αιμοπετασίων (π.χ. θρομβοκυττάρωση)]
- Δυσπρωτεΐναιμίες (π.χ. κρυοσαφαιριναιμία, αμυλοείδωση)
- Ανοσοανεπάρκεια (λοίμωξη από HIV, ανοσοκαταστατική θεραπεία)
- Νεοπλασίες (π.χ. βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, μεταστάσεις)
- Λοιμώξεις (μικροβιακές, μυκοπιδαικές, ιογενείς)
- Φλεγμονές του υποδόριου πιπώδους ιστού (π.χ. πιποειδική νεκροβίωση)
- Τραυματικά (έπικη κατάκλιση, ακτινοβολία)
- Ιατρογενή (φάρμακα)
- Προκλητικά (αυτοτραυματισμός, αυτοπροκαλούμενη δερματίτιδα)
- Άλλα (π.χ. σαρκοείδωση)

Πριν προχωρήσουμε στην αντιμετώπιση του ίδιου του έλκους, επιβάλλεται η συγκρότηση μιας αρχικής διαγνωστικής υπόθεσης. Η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού περιλαμβάνει ερωτήσεις για τον χρόνο εμφάνισης του έλκους, την παρουσία προηγούμενων εξελκώσεων στον ασθενή ή/και σε μέλη της οικογένειάς του, τραυματισμών που προηγήθηκαν της εμφάνισης του έλκους, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων για αρτηριακές ή φλεβικές παθήσεις, αλλεργιών σε φάρμακα και επιθέματα, καθώς και για την παρουσία συνοδών νοσημάτων (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, περιφερική αγγειοπάθεια, ισχαιμική νόσος της καρδιάς, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νευροπάθειες, παθήσεις του συνδετικού ιστού (π.χ. ρευμα-



Το έλκος είναι κάτι παραπάνω από «μια πληγή» στο δέρμα. Για την αντιμετώπιση του απαιτείται ακριβής εκτίμηση

Τοπικοί και συστηματικοί παράγοντες που παρακωλύουν την επούλωση

Τοπικοί παράγοντες

- Ανεπαρκής αιμάτωση
- Αυξημένη τάση του δέρματος
- Κακή χειρουργική τεχνική
- Διάσπαση του τραύματος
- Ανεπαρκής φλεβική παροχέτευση
- Παρουσία ξένου σώματος
- Παρατεταμένη παρουσία μικροσύργανισμών
- Λοίμωξη
- Υπέρμετρη τοπική κινητικότητα, π.χ. σε εντόπιση πάνω από άρθρωση

Συστηματικοί παράγοντες

- Προχωρημένη ηλικία και ακινησία
- Παχυσαρκία
- Κάπνισμα
- Υποθρεψία
- Ανεπάρκεια βιταμινών και ινσοστοιχείων
- Συστηματική κακοήθεια ή νόσος τελικού σταδίου
- Καταπληξία οποιασδήποτε αιτιολογίας
- Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
- Ανοσοκαταστατικά φάρμακα, κορτικοστεροειδή, αντιπηκτικά
- Κληρονομικές διαταραχές των ουδετερόφιλων, π.χ. διαταραχές της προσκόλλησης των λευκοκυττάρων
- Διαταραχές της δραστηριότητας των μακροφάγων (malacoplakia)

τοειδής αρθρίτιδα), κιρσοί, εν τω βάθη φλεβική θρόμβωση). Επίσης, πρέπει να εκτιμηθούν τα χαρακτηριστικά του έλκους (εντόπιση, πόνος, δυσοσμία, παρουσία εξιδρώματος ή εικρίσεων) και η θερμοκρασία του σκέλους και να διενεργηθεί ο κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος.

Ορισμένες επιπλοκές του χρόνιου έλκους

- Σχηματισμός κοιλότητας
- Συρίγγια
- Μη διαγνωσθείσα κακοίθεια
- Κακοίθης εξαρθρίας του πυθμένα του έλκους (έλκος του Marjolin)
- Ρικνώσεις και παραμόφων γειτονικών αρθρώσεων
- Συστηματική αμυλοειδώση
- Ετερότοπη οστεοοίστοη
- Αποικισμός από πολυανθεκτικά στελέχη παθογόνων μικροοργανισμών και ανάπτυξη αντοχής στα αντιβιοτικά
- Αναιμία
- Συψαιμία

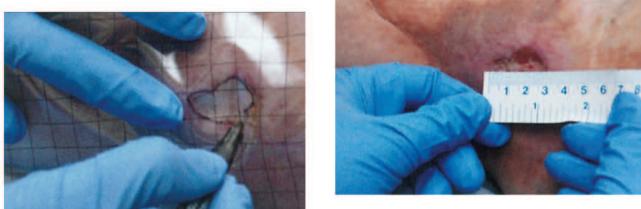


Περιοχές αυξημένης κατανομής της πίεσης στο διαβητικό πόδι. Τα έλκη της πελματιαίας επιφάνειας παρατηρούνται συχνότερα στον μεγάλο δάκτυλο, κάτω από την κεφαλή του πρώτου και του πέμπτου μεταταρσίου και στην πτέρνα

Κλινική εξέταση του έλκους

Μέγεθος

Το μέγεθος του έλκους πρέπει να εκτιμάται κατά την πρώτη επίσκεψη και να επανεκτιμάται στη συνέχεια κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Σχεδιάζεται το περιγράμμα των ορίων του σε διαφανές μιλιμετρέ χαρτί και υπολογίζεται το εμβαδόν του. Στα κατά προσέγγιση κυκλικά τραύματα πολλαπλασιάζεται η μέγιστη διάμετρος στο ένα επίπεδο επί της μεγίστης διαμέτρου στο κάθετο επίπεδο στις δεξιές γωνίες. Σε τραύματα ακανόνιστου σχήματος προστίθεται ο αριθμός των τετραγωνίδων που εμπειρέχονται στην περιγεγραμμένη επιφάνεια. Οι μέθοδοι αυτοί, αν και ανακριβείς, είναι απλές και μας παρέχουν τη δυνατότητα να εκτιμήσουμε την πορεία της επούλωσης του τραύματος σε βάθος χρόνου. Η στάση του ασθενούς, οι καμπυλότητες του σώματος και η χρήση κολλητικών ταινιών στο τραύμα επηρεάζει την ακρίβεια των μετρήσεων.



Σχεδιασμός του περιγράμματος του τραύματος και μέτρηση του τραύματος

Τα χείλη του τραύματος

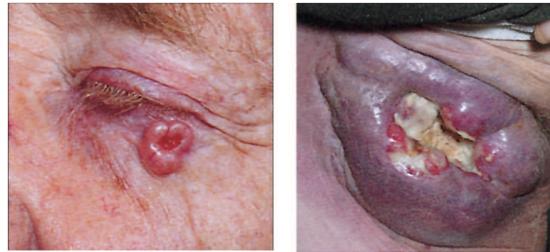
Η κλινική εξέταση των χειλέων του τραύματος είναι υποβοηθητική στην αναγνώριση της αιτιολογίας του τραύματος στα πλαίσια λήψης ενός καλού ιστορικού. Τα φλεβικά έλκη έχουν ασαφή χείλη. Στα αρτηριακά έλκη τα χείλη, είναι σαφώς αφορισμένα και κρημνώδη, ενώ υπερπλαστικά και υπεγερμένα χείλη εγείρουν υποψίες κακοήθειας και επιβάλλουν τη λήψη υλικού για βιοψία.

Η εργαστηριακή διερεύνηση επιβάλλεται προ της αντιμετώπισης του τραύματος

Αιμοσφαιρίνη	Η αναιμία καθυστερεί την επούλωση
Λευκά αιμοσφαίρια	Λοίμωξη
Αιμοπετάλια	Θρομβοπενία
T.K.E /CRP	Μη ειδικοί δείκτες ή ποιμαντικοί στην διάγνωση και παρακολούθηση της θεραπείας επιμολυσμάτων και φλεγμονώδων εξεργάσεων
Ουρία/κρεατινίνη	Υψηλές τιμές ουρίας καθυστερούν την επούλωση
Λευκωματίνη	Η νεφρική ηλετουργία πρέπει να εκτιμάται πριν την χορήγηση αντιβιοτικών
Γλυκόζη/Γλυκοζυλιωμένη	Η υπολευκωματιναιμία (απωλεία πρωτεΐνης) καθυστερεί την επούλωση
Hb (HbA1c)	Σακχαρώδης διαβήτης
Δείκτες αυτοάνοσης διαταραχής (ρευματοειδής παράγοντας, αντιπυρινικά αντισώματα, αντισώματα εναντίον της καρδιοϊλίπινης αντιπιπλικής του πήκυου)	Ενδεικτικοί ρευματοειδούς αρθρίτιδας, συστηματικού ερυθηματώδους πήκυου και άλλων νόσων του συνδετικού ιστού
Κρυοσφαιρίνες, ινωδογόνο, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης	Αιματοθοιχικές νόσοι
Ανεπάρκεια ή ελαττωματική αντιθρομβίνη III, πρωτεΐνη C, πρωτεΐνη S, παράγοντα V του Leiden	Αγγειακή θρόμβωση
Εξέταση επιχρίσματος περιφερικού αίματος	Δρεπανοκυτταρική αναιμία, θαλασσαιμία
Anti-HIV	Σάρκωμα Kaposi
Ηλεκτροφόρωση πρωτεΐνών του ορού, πρωτεΐνη Bence-Jones	Μυελώμα
Γεν. ούρων	Υποβοηθητική σε νοοήματα του συνδετικού ιστού
Καλλιέργειες τραύματος και αντιβιογραμμα	Μόνο επί κλινικών σημείων ποιμαντική

Χαρακτηριστικά των χειρέων του τραύματος και πιθανές αιτιολογίες

Ασαφή χείρι	Φλεβικό έπικος
Κρημνώδη, σαφώς αφορισμένα χείρι	Αρτηριακό έπικος
Υπερπλαστικά χείρι	Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα
Υπεγερμένα χείρι	Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
Υποσκαφή υπό των χειρέων	Φυματίωση, σύφιλη
Πορφυρή χροιά	Έπικος σε έδαφος αγγειίτιδας (π.χ. γαγγραινώδης πυρόδερμα)



Αριστερά: Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα με υπερπλαστικά χείρι
Δεξιά: Λέμφωμα που εκδηλώνεται κλινικά ως εξέλκωση της βουβωνικής χώρας

Εντόπιση του τραύματος

Η εντόπιση του τραύματος είναι υποβοηθητική για τη διάγνωση. Τα έλκη στο διαβητικό πόδι παρατηρούνται σε περιοχές αυξημένης κατανομής της πίεσης εξαιτίας παραμορφώσεων του άκρου ποδός. Τα φλεβικά έλκη εμφανίζονται στο κατώτερο τριτημόριο της κνήμης (βλ. και Κεφ. 2 για τα φλεβικά έλκη). Χρόνια έλκη με ασυνήθη εντόπιση εγείρουν υποψίες κακοήθειας.

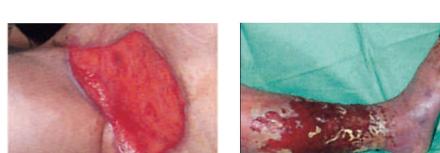
Ο πυθμένας του τραύματος

Ο φυσιολογικός κοκκιώδης ιστός έχει ρόδινη απόχρωση που αποτελεί δείκτη ίασης. Η παρουσία βαθυκόκκινου κοκκιώδους ιστού που αιμορραγεί κατά την επαφή, είναι παθολογική και υποδεικνύει την πιθανότητα επιμόλυνσης του τραύματος. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται η λήψη υλικού για καλλιέργεια και αντιβιογραμμα και η αντιμετώπιση του τραύματος γίνεται σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους. Ο υπέρμετρος σχηματισμός κοκκιώδους ιστού υποδεικνύει, επίσης, επιμόλυνση ή χρονιότητα του τραύματος και συχνά απαντά σε καυτηριασμό με νιτρικό άργυρο ή στην τοπική χρήση κορτικοστεροειδών. Στα χρόνια τραύματα, ο πυθμένας είναι δυνατόν να επικαλύπτεται από στιλπνή μεμβράνη λευκωπής ή κιτρινωπής χροιάς (βλ. και επόμενη παράγραφο), η οποία αποτελείται από μη αγγειούμενο ινώδη ιστό και παρακωλύει τη διαδικασία επούλωσης. Η νεκρωτική αυτή μεμβράνη πρέπει να αφαιρείται, με νυστέρι συνήθως, παρά την κλίνη του ασθενούς.

Ο ιστός στον πυθμένα του τραύματος δίνει χρήσιμες πληροφορίες, όσον αφορά τον αναμενόμενο χρόνο επούλωσης και τον κίνδυνο επιπλοκών. Η παρουσία οστού, για παράδειγμα, στον πυθμένα του τραύματος συνηγορεί για πιθανή παρουσία οστεομυελίτιδας και καθυστερημένη επούλωση ή μετάπτωση σε χρονιότητα.

Νεκρωτικός ιστός, νεκρωτική ινώδης μεμβράνη, εσχάρα

Ο πυθμένας του τραύματος μπορεί να είναι καλυμμένος από νεκρωτικό ιστό (μη βιώσιμο ιστό εξαιτίας ελαττωμένης αιμάτωσης), νεκρωτική μεμβράνη (ινώδης ανάγγειος ιστός λευκωπής ή κιτρινωπής χροιάς) ή εσχάρα (ξηρός, σκληρός, μαύρος νεκρωτικός ιστός). Η παρουσία τους καθυστερεί την επούλωση και επιπλέον αποτελούν εξαίρετο περιβάλλον για την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών και επακόλουθη λοίμωξη του τραύματος. Η απομάκρυνσή τους με νυστέρι παρά την κλίνη του ασθενούς είναι απαραίτητη ώστε να αποκαλυφθεί και να εκτιμηθεί ο πυθμένας του τραύματος και αφετέρου, να επιταχυνθεί η διαδικασία επούλωσης. Η παρουσία νεκρωτικού ιστού και νεκρωτικής μεμβράνης μπορεί να χαρακτηριστεί ποσοτικά ως υπέρμετρη (+++), μέτρια (++) , ελάχιστη (+), απουσία (-). Η εσχάρα μπορεί να είναι τόσο στερεά προσκολλημένη στον πυθμένα ώστε η αφαίρεσή της με νυστέρι να καθίσταται δυσχερής. Στα πλαίσια της σωστής αντιμετώπισης του τραύματος, ενδείκνυται η απομάκρυνσή της με μία από τις υπόλοιπες τεχνικές.



Αριστερά: Φυσιολογικός κοκκιώδης ιστός σε τραύμα μετά από εκτομή πυαδούς ιδραδενίτιδας. Δεξιά: Παθολογικός κοκκιώδης ιστός σε φλεβικό έπικος του κάτω άκρου

Η παρουσία οστού στον πυθμένα του τραύματος υποδεικνύει παράταση του αναμενόμενου χρόνου επούλωσης και πιθανή οστεομυελίτιδα.



Επάνω: Νεκρωτικός ιστός (μαύρες περιοχές) σε έπικος κατάκλισης.
Κάτω: Ινώδης νεκρωτική μεμβράνη στον πυθμένα έπικους κατάκλισης. Δεξιά: Έπικος κατάκλισης πτέρνας καθυσμένο από εσχάρα

Μέθοδοι απομάκρυνσης νεκρωτικών ιστών

Χειρουργικός καθαρισμός παρά την κλίνη του ασθενούς (με νυστέρι ή ξέστρο)
 Χειρουργικός καθαρισμός στην αίθουσα χειρουργείου
 Αυτοπλιτικές μέθοδοι καθαρισμού με τη χρήση κατάληπτων επιθεμάτων, τα οποία προάγουν τις φυσιολογικές διαδικασίες αυτοκαθαρισμού του έπικους
 Βιολογικές μέθοδοι καθαρισμού με προνύμφες της *Lucillia Sericata*
 Ενζυματικές μέθοδοι με φλοιόδες παπάγιας ή μπανάνας (η εφαρμογή τους περιορίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες)
 Μποκανικές μέθοδοι με κοινές γάζες (η εφαρμογή τους στο Ηνωμένο Βασίπειο είναι περιορισμένη)



Αριστερά: Δακτυλική εξέταση τραύματος. Δεξιά: Εξέταση τραύματος με στειλίτερο

Το βάθος του τραύματος

Στην καθημερινή κλινική πράξη δεν υπάρχουν διαθέσιμες ή και εύχρηστες μέθοδοι για την ακριβή εκτίμηση του βάθους του τραύματος. Ωστόσο, η αδρή εκτίμησή του είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση της φυσικής του πορείας. Σε συνυπάρχουσες κοιλότητες και συρίγγια είναι απαραίτητο να καθορίζεται τόσο το βάθος όσο και η επέκτασή τους. Η παρουσία υποσκαφής υπό των χειλέων του τραύματος πρέπει να διαπιστώνεται με δακτυλική εξέταση ή με τη χρήση στειλεού ώστε να πληρώνεται, όπως και οι υπάρχουσες κοιλότητες, με το κατάλληλο επίθεμα για την επιτάχυνση της επούλωσης. Τραύματα ή κοιλότητες με στενό αυχένα πρέπει να διευρύνονται χειρουργικά παρά την κλίνη του ασθενούς ώστε να διευκολύνεται η παροχέτευσή τους και η τοποθέτηση του κατάλληλου επιθέματος. Επί παρουσίας πολλαπλών κοιλοτήτων και συρίγγιων συνιστάται παραπομπή για εξειδικευμένη χειρουργική εκτίμηση.



Συρίγγιο σε έπικος διαβητικού ποδιού

Το παρακείμενο δέρμα

Η ανάπτυξη κυτταρίτιδας σε παρακείμενες περιοχές του δέρματος αντιμετωπίζεται με συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών. Το έκζεμα αντιμετωπίζεται με τοπική εφαρμογή ισχυρών κορτικοστεροειδών σκευασμάτων. Η παρουσία διαβροχής υποδεικνύει ανεπαρκή απορρόφηση των εκκρίσεων από τα επιθέματα και αντιμετωπίζεται με αύξηση της συχνότητας των αλλαγών και αντικατάσταση των επιθεμάτων με άλλα καταλληλότερα. Τύλοι που περιβάλλουν ή και επικαλύπτουν τα νευροπαθητικά έλκη του διαβητικού ποδιού, πρέπει να αφαιρούνται παρά την κλίνη του ασθενούς έτσι ώστε α) να αποκαλύπτεται το έλκος, β) να εξαλείφεται μια δυνητική εστία λοίμωξης και γ) να εξαιρούνται παρακείμενες περιοχές, υποκείμενες σε αυξημένη πίεση που διαφορετικά θα νεκρωθούν, οδηγώντας σε επέκταση του τραύματος.



Έπικος διαβητικού ποδιού με διαβροχή του παρακείμενου δέρματος

Λοίμωξη του τραύματος

Όλα τα ανοιχτά τραύματα είναι αποικισμένα με μικρόβια. Η αποστολή υλικού για καλλιέργεια έχει ένδειξη μόνο επί παρουσίας κλινικών σημείων φλεγμονής ή στα πλαίσια προγραμμάτων για τον έλεγχο των λοιμώξεων [(π.χ. ενδονοσοκομειακή ανάπτυξη χρυσίζοντος σταφυλόκοκκου, ανθεκτικό στη μεθικιλίνη (MRSA).] Τα κλασικά σημεία της φλεγμονής είναι ερυθρότητα, θερμότητα, οιδημα και πόνος. Επιπρόσθετα σημεία λοίμωξης είναι η αυξημένη ποσότητα εξιδρώματος, η καθυστερημένη επούλωση, η αιμορραγία κατά την επαφή, η δυσοσμία, και η υπέρμετρη ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού. Η επιλογή του κατάλληλου αντιμικροβιακού θα πρέπει να γίνεται, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των καλλιεργειών και του αντιβιογράμματος ή εμπειρικά, ανάλογα με τα επικρα-

Τραυματικό εξίδρωμα

- Το τραυματικό εξίδρωμα μπορεί να είναι ορώδες, οροαιματηρό ή αιματηρό.
- Η ποσότητα του εξιδρώματος χαρακτηρίζεται ως υπέρμετρο +++ (βρεγμένα επιθέματα), μέτρια ++ (υγρά επιθέματα), ή επάχιστη + (στεγνά επιθέματα).
- Η υπέρμετρη ποσότητα εξιδρώματος μπορεί να οφείλεται σε ποιμώξη του τραύματος ή σε υποκείμενο οίδημα που παρακωλύουν την επούλωση.
- Η ποσότητα του εξιδρώματος πρέπει να επέγχεται με τη χρήση κατάληπτων επιθεμάτων και οι ποιμώξεις να αντιμετωπίζονται.
- Η εφαρμογή επιθέματος διαφανούς μεμβράνης στο γειτονικό δέρμα βοηθά στην πρόληψη περαιτέρω διαβροχής (βρ. και Κεφ. 9).
- Το οιδηματώδες άκρο πρέπει να διατηρείται ανυψωμένο, όταν ο ασθενής είναι σε καθιστική θέση.

τούντα νοσοκομειακά στελέχη και την ευαισθησία τους στα αντίστοιχα αντιβιοτικά.

Πόνος

Η παρουσία πόνου αλγαισθητικής ή νευροπαθητικής προέλευσης είναι χαρακτηριστική τόσο στο τραύμα όσο και στα χρόνια έλκη. Ο διαλείπων πόνος αποδίδεται στην απομάκρυνση ή στην τοποθέτηση νέων επιθεμάτων και η παρουσία του επιβάλλει τη χορήγηση αναλγησίας πριν από κάθε αλλαγή. Ο συνεχής πόνος μπορεί να οφείλεται στην υποκείμενη νόσο (π.χ. ισχαιμία, νευροπάθεια), σε οίδημα των ιστών, σε χρόνια ιστική βλάβη (π.χ. λιποδερματοσκλήρυνση), σε λοίμωξη ή στη δημιουργία ουλής (π.χ. λευκή ατροφία). Η αναγνώριση της φύσης και του είδους του πόνου είναι απαραίτητη για τη σωστή αντιμετώπισή του. Εργαλεία εκτίμησης του πόνου βοηθούν στην εκτίμηση της φύσης και της οξύτητας του πόνου. Σε πόνο που δεν υποχωρεί ή σε ανεπαρκή έλεγχο του πόνου, χρήσιμη είναι η αναζήτηση συμβουλευτικής καθοδήγησης από ομάδα ειδικών του πόνου.

Χρόνια (άτονα) έλκη

Ως χρόνιο (άτονο) καθορίζεται ένα έλκος, όταν η ίασή του μέσω της φυσιολογικής διαδικασίας επούλωσης των ιστών δεν ολοκληρώνεται μέσα σε ένα αναμενόμενο εύλογο χρονικό διάστημα. Αυτή η μετάπτωση σε χρονιότητα μερικές φορές αποδίδεται σε αμέλεια, ανεπαρκείς γνώσεις, διαγνωστικά λάθη ή ακατάλληλες θεραπευτικές στρατηγικές. Στην πραγματικότητα, ένας ικανός αριθμός ελκών ανθίσταται σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση και επιβάλλει μία εναλλακτική θεώρηση της αντιμετώπισης του ασθενούς, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Ποιότητα ζωής

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιο έλκος είναι υποβαθμισμένη. Σ' αυτό συντελούν η ανάγκη τακτικών αλλαγών των επιθεμάτων, η κόπωση εξαιτίας έλλειψης ύπνου, ο περιορισμός της κινητικότητας, ο πόνος, η δυσοσμία, οι λοιμώξεις και οι ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις της πολυφαρμακίας. Πολλοί ασθενείς με χρόνια έλκη παραπονούνται για διαταραχές συναισθήματος και διαπροσωπικών σχέσεων, οικονομικές δυσκολίες, κακή σωματική κατάσταση και ελαττωμένη καθημερινή δραστηριότητα. Πράγματι, η απώλεια της ανεξαρτησίας του ασθενούς σε συνδυασμό με την έκπτωση της λειτουργικής του ακεραιότητας οδηγούν σε διαταραχή των διατροφικών του συνηθειών, κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση και σταδιακό περιορισμό των δραστηριοτήτων του και τελικά, στην επιδείνωση της συνολικής του υγείας και ευεξίας.

Η ποιότητα ζωής δεν έχει πάντα να κάνει με την επούλωση του έλκους και πρέπει να γίνει εξαρχής σαφές ότι μερικά έλκη παραμένουν χρόνια και δεν επουλώνονται. Στις περιπτώσεις αυτές, η συμπτωματική αντιμετώπιση ιδιαίτερα της δυσοσμίας, των εκκρίσεων και του πόνου είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπλέον, η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου έλκους θα οδηγήσει μακροπρόθεσμα σε ελαττωμένη συχνότητα αλλαγών, συνεισφέροντας στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, κάποια πιο δραστικά μέτρα -όπως ο ακρωτηριασμός σε ασθενείς με χρόνια έλκη του κάτω άκρου-ίσως να είναι η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση, όταν η ποιότητα ζωής είναι υπέρμετρα υποβαθμισμένη από το χρόνιο έλκος και τις επιπλοκές του.

Η δυσοσμία οφείλεται σε λοίμωξη ή παρουσία νεκρωτικών ιστών. Η λοίμωξη πρέπει να αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά, ενώ η δυσοσμία που οφείλεται στην ύπαρξη νεκρωτικών ιστών, αντιμετωπίζεται με απομάκρυνση των νεκρώματων και χρήση επιθεμάτων, εμποτισμένων με αντισηπτικά ή ενεργό άνθρακα. Η τοπική εφαρμογή μετρονιδαζόλης και η χρήση επιθεμάτων που απορροφούν τις οσμές, ελαττώνει τη δυσοσμία των κακοήθων ανθοκαρμούσιδων αλλοιώσεων. Ο βιολογικός καθαρισμός με προνύμφες μπορεί να είναι αποτελεσματικός για την απομάκρυνση των δύσοσμων ιστών.

Κλινικά χαρακτηριστικά του χρόνιου (άτονου) έλκους

- Απουσία φυσιολογικού κοκκιώδους ιστού
- Παρουσία νεκρωτικού ιστού ή παθοιλογικού κοκκιώδους ιστού στον πυθμένα του τραύματος
- Υπέρμετρο ποσότητα εξιδρώματος ή/και νεκρωτικής ινώδους μεμβράνης
- Απουσία ικανοποιητικής αιμάτωσης
- Απουσία επανεπιθηλιοποίησης
- Περιοδικός ή συνεχής πόνος
- Υποτροπιάζουσα διάσπαση του τραύματος
- Κλινικά ή υποκλινικά σημεία λοίμωξης



Ο υπέρμετρος σχηματισμός κοκκιώδους ιστού είναι σημείο φτεγμονής ή χρονιότητας

Βιβλιογραφία

- Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR, Margolis DJ, Pecoraro RE, Rodeheaver G, et al. Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Arch Dermatol* 1994;130:489-93.
Izadi K, Ganchi P. Chronic wounds. *Clin Plast Surg* 2005;32:209-22.
Falanga V, Phillips TJ, Harding KG, Moy RL, Peerson LJ, eds. *Text atlas of wound management*. London: Martin Dunitz, 2000.