Περιγραφή



Δρ Παυλιδέλης Βασίλειος,

Ωτορινολαρυγγολόγος, Εξειδικευμένος στη Δυτ. Γερμανία, στη Ρινοπλαστική, Ωτοπλαστική και Πλα

Ένα στα 10.000 παιδιά που γεννιούνται σε όλο τον κόσμο, αγόρια και κορίτσια, παρουσιάζει πλήρη ή μερική έλλειψη πτερυγίου ωτός, η οποία ονομάζεται απλασία ωτός ή επιστημονικά διεθνώς ανωτία (anotia). Με την ίδια συχνότητα γεννιούνται παιδιά με απλασία πτερυγίου ωτός και στην Ελλάδα. Απλασία πτερυγίου ωτός σημαίνει, ότι στο νεογέννητο παιδί αντί φυσιολογικού πτερυγίου αυτιού υπάρχει περίπου στη θέση του, ένα σαφώς υποαναπτυγμένο πτερύγιο ή κρέμονται ένα - δύο κολοβώματα, δηλαδή υπολείμματα πτερυγίου από την περιοχή του λοβίου. Άλλες φορές η βλάβη μπορεί να εμφανίζεται σαν ένα αναδιπλωμένο δερματικό υλικό, το οποίο σε καμία περίπτωση δεν θυμίζει αρτιμελές πτερύγιο.

Η απλασία ωτός μπορεί να εμφανισθεί σε άτομα που δεν παρουσιάζουν απολύτως καμία άλλη σωματική ή πνευματική βλάβη, αλλά όμως συχνά εμφανίζεται μαζί με ημιατροφία προσώπου ή με κάποιο σύνδρομο (π.χ. Goldenhar, Treacher/Collins). Μερική ή ολική έλλειψη πτερυγίου ωτός μπορεί να προκύψει επίσης μετά από ασθένεια (π.χ. χειρουργική αφαίρεση όγκου, η οποία δημιούργησε μεγάλο έλλειμμα) ή μετά από ατύχημα (π.χ. δάγκωμα, τροχαίο). Εννιά στις δέκα παρατηρούμενες απλασίες πτερυγίου ωτός αφορούν στο ένα αυτί (ετερόπλευρη απλασία). Δηλαδή όχι σπάνια, συναντάται απλασία πτερυγίου ωτός και στα δύο αυτιά ενός νεογέννητου παιδιού (αμφοτερόπλευρη απλασία).

Διπλό πρόβλημα: αισθητικό και λειτουργικό

Στις περισσότερες περιπτώσεις η απλασία πτερυγίου ωτός συνυπάρχει με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου και επομένως το αυτί πέραν των άλλων “αδυνατεί να ακούσει”, επειδή τότε παρουσιάζει υποανάπτυξη και το μέσο αυτί. Η παρουσία της ατρησίας δημιουργεί την ανάγκη να μελετάται το ενδεχόμενο, ώστε κατά τη χειρουργική αισθητική πλαστική αποκατάσταση του πτερυγίου, να γίνεται παράλληλη προσπάθεια καί για τη λειτουργική αποκατάσταση της ακοής. Αυτό σημαίνει ότι, εάν το ένα εκ των δύο αυτιών δεν έχει πρόβλημα αρτιμέλειας και επιπλέον ακούει κανονικά, τότε δεν υπάρχει κανένας λόγος να γίνει προσπάθεια, ώστε να ακούσει και το υποπλαστικό αυτί.

Ένα αυτί που ακούει καλά, αρκεί για τις ακουστικές ανάγκες του ανθρώπου, εφ’ όρου ζωής και στην περίπτωση αυτή είμαστε ικανοποιημένοι μόνο με την πραγματοποίηση της αισθητικής αποκατάστασης του ελλείποντος πτερυγίου. Ωστόσο αν η δυσπλασία του μέσου ωτός είναι μικρού βαθμού, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, δύναται να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα με την αισθητική ανάπλαση του ελλείποντος πτερυγίου και η εγχείρηση αποκατάστασης του μέσου ωτός για καλυτέρευση της ακοής στο πάσχον αυτί. Εάν όμως το πρόβλημα ακοής αφορά και στα δύο αυτιά, τότε η παράλληλη προσπάθεια βελτίωσης της ακοής και στα δύο αυτιά, ταυτοχρόνως ή σταδιακά, είναι σημαντική και επιβεβλημένη.

Η αιτία

Είτε πρόκειται μόνο για απλασία του πτερυγίου, είτε αυτή συνυπάρχει με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου, η βλάβη στην περιοχή οφείλεται στην κοινή εμβρυολογική καταγωγή τους και έχει ξεκινήσει ήδη από την όγδοη εβδομάδα της ανάπτυξης του εμβρύου. Η σπουδαιότερη αιτία της συγγενούς αυτής ανωμαλίας, είναι η διακοπή της αιμάτωσης στην περιοχή όπου διαπλάθεται το αυτί του εμβρύου. Η διακοπή της αιμάτωσης οφείλεται σε διάφορους γονιδιακούς και άλλους παράγοντες. Κληρονομικοί παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της απλασίας του πτερυγίου ωτός.

Χειρουργικές δυνατότητες αποκατάστασης

Μέχρι προ ολίγων δεκαετιών, λίγα μπορούσαν να γίνουν από ιατρική άποψη για την αντιμετώπιση της συγγενούς αυτής ανωμαλίας. Τα ιατρικά αυτά αποτελέσματα ήταν συνήθως απογοητευτικά.



ΠΡΙΝ

Απλασία πτερυγίου ωτός σημαίνει, ότι στο νεογέννητο παιδί, αντί φυσιολογικού πτερυγίου αυτιού,

Το «καινούργιο» πτερύγιο έμοιαζε σαν ένα “κακοφτιαγμένο λουκάνικο”. Τότε τα άτομα, τα οποία γεννιόνταν με απλασία ωτός, ζούσαν με το πρόβλημα και φρόντιζαν να το κρύβουν σκεπάζοντας το υποπλαστικό ή κακοχειρουργημένο αυτί τους, όπως βεβαίως και το φυσιολογικό, με σχετικά μακριά μαλλιά. Έτσι συναντάμε ακόμη πολλά άτομα, τα οποία έμαθαν να ζουν με το πρόβλημά τους και δεν ενδιαφέρονται για τη διόρθωση του υποπλαστικού τους αυτιού.

Σήμερα, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της ιατρικής τεχνολογίας, προτείνονται δύο βασικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της ανωτίας, κάθε μία με διαφορετική προσέγγιση του προβλήματος. Πρόκειται για τη μέθοδο της υποκατάστασης και τη μέθοδο της ανάπλασης / αποκατάστασης του ελλείποντος πτερυγίου.

Για την υποκατάσταση του ελλείποντος πτερυγίου χρησιμοποιούνται διάφορα επιθέματα σχήματος και χρώματος φυσιολογικού πτερυγίου, κατασκευασμένα από συνθετικά υλικά (π.χ. ακρυλικό, σιλικόνη), τα οποία κατασκευάζονται κατά παραγγελία στα μέτρα του πάσχοντος. Η προσαρμογή και στερέωσή τους στο οστό του κρανίου επιτυγχάνεται με βίδες τιτανίου και μπορούν να βγαίνουν και να μπαίνουν ξανά. Τα αποτελέσματα, τα οποία παρατηρούνται με αυτή τη λύση, δεν θεωρούνται ικανοποιητικά, κυρίως επειδή δεν λύνουν λειτουργικά προβλήματα. Φυσικά στην περίπτωση συνύπαρξης ατρησίας του ακουστικού πόρου και δυσπλασίας του μέσου ωτός, δεν τίθεται θέμα αποκατάστασης της ακοής.

Για την ανάπλαση / αποκατάσταση όμως του ελλείποντος πτερυγίου ακολουθούνται δύο χειρουργικές προσεγγίσεις επίσης διαφορετικές μεταξύ τους. Η μία είναι η αποκατάσταση του πτερυγίου, με ένθεση κάτω από το δέρμα, ενός σκελετού πτερυγίου, το οποίο είναι κατασκευασμένο από συνθετικό υλικό, όπως σιλικόνη, πολυουραιθάνη, υδροξυλαπατίτη. Η άλλη προσέγγιση είναι η μεταμόσχευση κάτω από το δέρμα επίσης ενός σκελετού πτερυγίου, ο οποίος όμως έχει κατασκευαστεί από πλευρικό χόνδρο του ιδίου ατόμου.

Ανάπλαση πτερυγίου ωτός με αυτογενή πλευρικό χόνδρο

Από τις παραπάνω συνολικά τρεις δυνατότητες, η μόνη ανά τον κόσμο ευρύτερα παραδεκτή χειρουργική τεχνική



Η ανάπλαση πτερυγίου ωτός είναι συνδυασμός επανορθωτικής και αισθητικής επέμβασης. Διορθώνε

για την οριστική αντιμετώπιση της απλασίας του πτερυγίου ωτός, είναι η χειρουργική τεχνική, ανάπλασης του πτερυγίου του ωτός, με χρήση πλευρικού χόνδρου, ο οποίος λαμβάνεται από το ίδιο άτομο (αυτογενής χόνδρος).

Είτε πρόκειται για απλασία ενός αυτιού ή και των δύο, είτε αυτή προέκυψε κατά τη διάρκεια της ζωής, η αντιμετώπισή της σήμερα γίνεται κυρίως με αυτή τη χειρουργική τεχνική. Το αποτέλεσμα, το οποίο επιτυγχάνεται με τη νέα αυτή χειρουργική τεχνική αποκατάστασης του ελλείποντος πτερυγίου, είναι εντυπωσιακό και πέραν πάσης προσδοκίας, τόσο από αισθητική όσο και από λειτουργική άποψη.



Νεοδημιουργηθείς χόνδρινος σκελετός πτερυγίου έτοιμος να τοποθετηθεί κάτω από το δέρμα στην

Η ιδανική ηλικία για την έναρξη ανάπλασης πτερυγίου ωτός είναι από 8 - 10 ετών και μετά.

Σύμφωνα με τη νέα αυτή τεχνική της ανάπλασης πτερυγίου ωτός με αυτογενή πλευρικό χόνδρο, είναι απαραίτητες δύο πλαστικές επεμβάσεις, με χρονική διαφορά 6-9 μηνών μεταξύ τους.

Στην πρώτη επέμβαση λαμβάνεται επαρκής πλευρικός χόνδρος από τηνέκτη, εβδόμη, ογδόη και εννάτη πλευρά του πάσχοντος ατόμου. Ο χόνδρος αυτός μορφοποιείται στο χειρουργείο, επάνω σε τραπέζι, αμέσως άμα τη λήψη του, σε έναν κατάλληλο σκελετό πτερυγίου ωτός.

Η μορφοποίηση του σκελετού αυτού διαρκεί 3 ώρες και πραγματοποιείται ενώ ο ασθενής βρίσκεται κάτω από γενική νάρκωση και ταυτόχρονα πραγματοποιείται η συρραφή του τραύματος στην πλευρά “δότης”.

Ο πλευρικός χόνδρος επιλέγεται επειδή είναι λευκός και εύκαμπτος, ώστε να σχηματίζονται σχετικά εύκολα οι καμπύλες, οι οποίες απαιτούνται για να μπορέσει να φτιαχτεί σκελετός πτερυγίου επιθυμητού σχήματος, μεγέθους και μορφής.

Κυρίως όμως επιλέγεται, επειδή γίνεται απόλυτα αποδεκτός από τον οργανισμό, αφού πρόκειται για δικό του



Η ομοιότητα του νεοσχηματισθέντος πτερυγίου προς το άλλο, το φυσιολογικό πτερύγιο του ατόμου

υλικό. Αυτός ο σκελετός τοποθετείται κάτω από το δέρμα σε ειδική θήκη / τσέπη, η οποία έχει διαμορφωθεί στη θέση όπου θα δημιουργηθεί νέο πτερύγιο.

Στη συνέχεια τοποθετείται μικρή αναρρόφηση ώστε να διευκολυνθεί η επικόλληση του δέρματος επί του σκελετού και κατόπιν γίνεται κατάλληλη επίδεση του τραύματος, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος νέκρωσης (μαυρίσματος). Μετά από 4-6 μήνες, το δέρμα προσφύεται επαρκώς επάνω στο σκελετό και τότε πλέον γίνονται εμφανέστερες οι γνωστές ανατομικές λεπτομέρειες του πτερυγίου (έλικα, ανθέλικα, τράγος, αντίτραγος, κύμβη, κόγχη κλπ.).

Εάν υπάρχει το ένα πτερύγιο και είναι αρτιμελές, χρησιμοποιούμε πάντα αυτό ως μοντέλο για να φτιαχτεί και το υπό ανάπλαση, ίδιο με το φυσιολογικό, βεβαίως όσο αυτό είναι δυνατό. Εάν το δέρμα της περιοχής δεν έχει υποστεί βλάβες π.χ. από προηγούμενη προσπάθεια ανάπλασης, τότε είναι εύκολη η δημιουργία πτερυγίου με την παραπάνω τεχνική.

Εάν όμως έχουμε ταλαιπωρημένο δέρμα με ουλές, λόγω προτέρων ανεπιτυχών χειρουργικών επεμβάσεων στην περιοχή, τότε προαπαιτείται αύξηση του υπάρχοντος υγιούς δέρματος, με χρήση ειδικού διατατού δέρματος (skin expander), ο οποίος τοποθετείται υποδορίως για μερικές εβδομάδες, πριν την πρώτη επέμβαση. Μία άλλη διαφορετική τακτική για εξασφάλιση υγιούς δέρματος είναι η παρασκευή ειδικού γειτονικού κρημνού κατά τη διάρκεια της πρώτης επέμβασης. Αυτό, το πρώτο στάδιο της επέμβασης, διαρκεί 4 - 5 ώρες, πραγματοποιείται με γενική νάρκωση και απαιτούνται δύο ημέρες παραμονής στην κλινική.

Στη δεύτερη επέμβαση, η οποία πραγματοποιείται 6 – 9 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση, διασφαλίζεται, αλλά και δίνεται η οριστική θέση και η απόσταση του αναπλασθέντος πτερυγίου ωτός από το κεφάλι, ώστε να εμφανισθεί μπροστά μας καθώς πρέπει, το αποκατασταθέν / αναπλασθέν νέο πτερύγιο του ωτός. Αυτό το δεύτερο στάδιο της επέμβασης διαρκεί 2-3 ώρες, πραγματοποιείται και αυτό με γενική νάρκωση και απαιτείται μόνο μία ημέρα παραμονής στην κλινική. Παυσίπονα για τυχόν μετεγχειρητικό πόνο, καθώς και αντιβίωση για πρόληψη φλεγμονής, χορηγούνται κατά περίπτωση.

Μετά την ολοκλήρωση των δύο βασικών επεμβάσεων για την ανάπλαση του πτερυγίου, κάποιες φορές διαπιστώνεται, ότι μερικές μικροβελτιώσεις σε διάφορα σημεία του νεοδημιουργηθέντος πτερυγίου, επιτυγχάνουν να δώσουν τελειότερη μορφή στο πτερύγιο. Αυτές οι μικροβελτιώσεις μπορεί να θεωρηθούν ως τρίτο στάδιο της ανάπλασης. Πραγματοποιούνται με ελαφρές χειρουργικές διορθώσεις, κυρίως στο δέρμα της περιοχής, με τοπική νάρκωση, σε χειρουργείο ημέρας, χωρίς να απαιτείται παραμονή στην κλινική. Η πραγματοποίηση τέτοιων μικροδιορθώσεων γίνεται τουλάχιστον ένα έτος μετά το δεύτρο στάδιο της ανάπλασης.

Συμπέρασμα

Με τη μοντέρνα αυτή χερουργική τεχνική ανάπλασης του πτερυγίου του ωτός, με χρήση αυτογενούς πλευρικού χόνδρου, ο οποίος λαμβάνεται από το ίδιο άτομο, η ομοιότητα του νεοσχηματισθέντος πτερυγίου ως προς το άλλο, το φυσιολογικό πτερύγιο του ατόμου, ανέρχεται στο 70 - 90%, ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Η ανάπλαση πτερυγίου ωτός είναι συνδυασμός επανορθωτικής και αισθητικής επέμβασης. Διορθώνει μια σοβαρή συγγενή ανωμαλία, προσφέρει θεαματικό αισθητικό αποτέλεσμα και δύναται να βελτιώσει παράλληλα την ακοή, χαρίζοντας στο άτομο υγεία και ευεξία, τα οποία είναι η βάση για μια

δημιουργική και ευτυχισμένη ζωή.

Για τους λόγους αυτούς, όλα τα ασφαλιστικά ταμεία αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο κόστος όλων των επεμβάσεων, οι οποίες απαιτούνται για την ολοκλήρωση της ανάπλασης. Έτσι, τα άτομα με ανωτία, μπορούν σήμερα να προσδοκούν, ότι η μοντέρνα χειρουργική τεχνική ανάπλασης πτερυγίου ωτός με αυτογενή πλευρικό χόνδρο, αποτελεί την καλύτερη δυνατότητα για μια ρεαλιστική προσέγγιση της τελειότητας, με τη δημιουργία ενός “καινούργιου”, αληθινού και όμορφου πτερυγίου ωτός.

www.pavlidelis.gr