

Betegfelvilágosító – tájékoztató – beleegyező nyilatkozat

Hegek, kóros hegek, keloid

Tisztelt Hölgem / Uram!

Köszönjük, hogy Intézetünket tisztelte meg bizalmával. Érdeklődésére a hegek eltávolításáról a következő tudnivalókat közöljük Önnel:

Minden szövetsérülés hegeképződéssel gyógyul, de a hegek megjelenési formája és viselkedése különböző. Ideális az ún. **optimális heg**, amely vonalas, vékony, halvány, nem feltűnő, puha, kevéssé látható, a funkciót csak kevéssé vagy egyáltalán nem zavaró heg (pl. a császármetszések vízszintes hege). Ilyen keletkezhet a sima felületű, éles tárggyal ejtett metszések után, melyek ellátása tiszta (aszéptikus) környezetben, jó technikával történik, a bőr dinamikus erővonalainak és a páciens adottságainak figyelembevételével. Erre az ún. optimális hegre kell mindig törekedni.

A sebgyógyulás folyamata valamint a hegeképződés mennyisége és minősége – normális egészségi állapotot feltételezve – néhány, többségében műtéti tényezőtől függ. Ilyenek a műtéti metszésvezetés, a szövetkímélő technika, a pontos vérzéscsillapítás, a sebzárás ill. varrattechnika, a kötés és szükség esetén a rögzítés is.

A zavartalan hegesezés lefolyásában különböző szakaszok vannak, amelyekben a heg más és más szöveti folyamatokon megy keresztül, ezért időnként a műtéti hegek a beavatkozások után tömötté válnak, színük is változhat. Az első produktív szakasz 3-4 hónapig tart, amikor a heg tömöttebb, vörhenyesebb színű, ezt követi a lassú regresszió időszaka, amikor a heg fokozatosan felpuhul, elhalványodik és megvékonyodik. Ez 6-12 hónapig tart, de néha akár 2 évig is.

A műtéti hegek feszüléssel szembeni ellenállása az első 1-2 hétben minimális, ezért nagyon fontos a műtéti terület nyugalomban tartása, a fizikai kímélet. Ez az ellenállás 3-4 hét után fokozatosan növekszik, 6 hetes korra elérheti a normál bőr ellenállásának 50%-át. Ez az idő idősebb korban tovább tarthat. A teljesen gyógyult hegek ellenállása – egyéni hegesezési hajlamtól függően – a normál bőr ellenállásának 70-80 %-a.

Általában a szöveti aktivitás és a regressziós fázis befejeződése kb. 1 évig tart, ezt követően ítéltető meg a heg.

Kóros hegeképződés

A varratvonal iránya döntően befolyásolja a hegeképződést. A rossz irányú heg okozta kóros hegeképződést gyakran összetévesztik a keloid hajlammal. A test bármely pontján húzhatunk egy egyenest, amelyben a varratvonal optimális heggel gyógyul. Ha erre az irányra merőlegesen helyezük el a varratvonalat, akkor törvényszerűen kóros, túlbujánzó, úgynevezett hipertrófiás heget kapunk. A kettő között lévő irányokban a sebgyógyulás annál zavartalanabb, minél kisebb szöget zár be a varratvonal az optimális iránnyal.

Hypertrófiás heg

A hipertrófiás hegek nem növekednek, sőt zsugorodásuk folytán rendszerint kisebb helyet foglalnak el, mint amekkorát az eredeti kiváltó ok érintett. Olykor nehezen felismerhető átmenettel olvadnak bele a környező ép bőrbe, felszínük változatos, egyenetlen, dudoros kiemelkedések közt atrófiás szigeteket tartalmaznak.

A varratvonal helytelen iránya miatt keletkezett hipertrófiás hegek az esetek nagy részében csak esztétikai problémát okoznak, azonban az ízületek hajlító felszíne feletti bőrön helytelen irányban elhelyezett hegek súlyos következményekkel járnak. Vaskos tömeggé alakulnak, majd zsugorodva az ízület mozgását egyre jobban akadályozzák, a legsúlyosabb esetekben annak akár az elmerevedését is okozhatják. Mivel saját vérellátásuk igen rossz, ezért felületük sérülékeny, kifelé nyílnak, amely állapot végső soron rosszindulatú elfajulásra is hajlamosíthat.

A varratvonal helytelen irányából származó kóros hegeképződésen műtéttel javítani csak úgy lehet, hogy a varratvonalat jó vagy legalábbis elfogadható irányba helyezzük át. A Z-plasztika alkalmazásával át lehet alakítani a varratvonalat úgy, hogy a rossz irányú hegvonal helyett cikcakkos jó ill. közömbös irányban elhelyezkedő hegvonalat kapjunk. Az egyszerű kimetszés és összevarrás csak a kóros állapotot állítja vissza.

Szövődmények: A minden sebészeti beavatkozásnál szóba jöhető (3-5%-os gyakorisággal) szövődményeken (vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar) kívül a lebenyek részleges vagy teljes elhalása következhet be.

Atrófiás heg

Lényege a heg fő alkotórészének, a kollagének a gyenge minősége ill. hiánya. Ennek oka leggyakrabban veleszületett hajlam, ritkábban a sebszélék túlzott feszülése. E hegek vékonyak, a borító hám könnyen lelokdódik, sérülékenyek, rossz keringésük miatt besüppedt „hegfekélyek” találhatóak bennük. A környező szöveteket lehorgonyozhatják, működésüket korlátozhatják, így azok sorvadhatnak. Főleg kiterjedt égés után fordul elő, de egyéni hajlam is szerepet játszhat kialakulásában.

Az atrófiás heg kezelése a heg kimetszéséből áll. A heg kiszélesedésének megelőzésére bentmaradó, nem felszívódó vagy lassan, hosszú ideig felszívódó varratot alkalmazunk.

Szövődmények: Vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar fordulhat elő 3-5%-os gyakorisággal.

Műtéti eltávolításuk után az esetek kb. 5-7%-ában kifogástalan ellátás és zavartalan sebgyógyulás esetén is mind az atrófiás, mind a hipertrófiás hegek kiújulhatnak.

Keloid

A keloid megkülönböztetése a hipertrófiás hegtől rendkívül fontos. Ennek alapján lehet eldönteni, hogy a páciens lehet-e vagy kell-e operálni, ill. milyen műtéti technikát kell alkalmazni, valamint hogy mik a várható eredmények.

A keloid sebészi metszést vagy sérülést, oltást követően vagy spontán kialakuló kóros hegszövet. Jóindulatú, a sérülés vagy metszés határait meghaladó, növekedő, kötőszöveti daganatnak tekinthető. A bőr irha rétegében alakul ki, éles szélű, viaszcsapp módjára éles határral emelkedik ki környezetéből, tömött tapintatú, nincs spontán gyógyulási hajlama, panaszokat, fájdalmat okozhat, viszkető, égő érzést, deformitást. Eredete ismeretlen.

Hormonális tényezők is szerepet játszhatnak kialakulásában (pubertásban és terhességben gyakoribb, öregkorban ritkább). Fekete bőrszínű embereknél gyakoribb. Örökletes hajlamot mutat.

Leggyakoribb előfordulási helye a vállon, mellcsont felett, mellkason, karokon, a fül mögött, a háton, az orrbemenetnél, fülcimpán. Rosszindulatú átalakulás kérdése nem tisztázott.

Kezelése során előkészítésként kúraszerűen szteroid injekció alkalmazható helyileg. Sebészi kimetszés önmagában nem vezet eredményhez, mert recidivál (visszatér).

A jelenleg elfogadott kezelés a sebészi kimetszés és az azt követő röntgen besugárzás kombinációja. A röntgenbesugárzást a kimetszéstől számított 24 órán belül kell elkezdeni, ez tapasztalati tény. Szövődmény lehet a besugárzott terület túlzott festenyezettsége (hiperpigmentáció).

Ha nem fektethetők össze feszülésmentesen a sebszélek, bőrátültetést (félvastag) alkalmazunk. A keloid műtéti eltávolítása után az operált testrészt, területet nyugalomba kell helyezni. Végtagokon ezt gipszrögzítéssel illetve kötéssel érhetjük el. Mindezen tevékenységek ellenére a leggondosabb technika mellett is előfordulhat recidíva (5–10 %). Ennek tudatában tehát nem ígérhető a száz százalékos siker.

Szövődmények: A minden sebészeti beavatkozásnál szóba jöhető (3-5%-os gyakorisággal) szövődményekeken (vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar) kívül félvastag bőr átültetésnél az átültetett bőr részleges vagy teljes elhalása következhet be.

Fentieket áttanulmányoztam, az abban foglaltakat - valamint a részletes orvosi felvilágosítás során nyert további információkat - tudomásul vettem. Minden további kérdésemre kielégítő felvilágosítást kaptam.

Mindezek tudatában a műtét elvégzését kérem, a műtét fent leírt kockázatait vállalom, ezzel kapcsolatban a későbbiekben panaszt nem emelek.

Budapest, 20... .. hónap

Páciens aláírása:.....**Szül.dátum:**.....

Lakcím, telefonszám:

Tanu 1

Tanu 2

Neve:.....

Neve:.....

Lakcíme:

Lakcíme: