

Ελάχιστη επεμβατική χειρουργική αντιμετώπιση της υπεριδρωσίας

Δόσιος Θ. | *Θωρακο-Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν"*

Περίληψη

Η πρωτοπαθής υπεριδρωσία δυνατόν να έχει σημαντικές δυσμενείς ψυχολογικές, κοινωνικές ή επαγγελματικές επιπτώσεις επί του ασθενούς. Οι διάφορες συντηρητικές μέθοδοι που έχουν δοκιμασθεί για θεραπεία της, δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικές. Η χειρουργική αντιμετώπιση της συνιστάμενη σε θωρακοσκοπική συμπαθεκτομή συνεπάγεται ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται επί ασθενών, που έχουν ως κύριο ενόχλημα υπεριδρωσία μόνον των παλάμων ή μόνον των μασχαλιών ή συνδυασμού αυτών των δύο ανατομικών περιοχών. Το συνηθέστερο μη επιθυμητό επακόλουθο της επέμβασης είναι η αντιρροπιστική υπεριδρωσία. Όμως, ακόμα και εκείνοι εκ των χειρουργηθέντων ασθενών που εμφάνισαν αντιρροπιστική υπεριδρωσία, παραμένουν πολύ ικανοποιημένοι από την επέμβαση.

Minimally Invasive Surgical Management of Hyperhidrosis

Dosios Th.

Summary

The literature regarding the surgical management of hyperhidrosis is briefly reviewed. Primary hyperhidrosis may entail significant undesirable social, psychological or professional sequences in the affected patients. Different conservative methods applied for its treatment are frequently unsuccessful. Thoracoscopic sympathectomy offers satisfactory results. Best results are obtained in patients complaining for either isolated hyperhidrosis of the palms or axilla or in combination of these. Compensatory hyperhidrosis is the most frequent undesirable side-effect.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ • Υπεριδρωσία, θεραπεία, εγχείρηση, θωρακοσκοπική συμπαθεκτομή

KEY WORDS • Hyperhidrosis, treatment, surgery, thoracoscopic sympathectomy

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρωτοπαθής υπεριδρωσία είναι παθολογική κατάσταση, που παρατηρείται σε υγιή κατά τα άλλα άτομα και χαρακτηρίζεται από εντοπισμένη παραγωγή ιδρώτα, η οποία υπερβαίνει τις απαιτήσεις του οργανισμού για τη φυσιολογική θερμορρύθμισή του. Η ακριβής αιτιολογία της παραμένει άγνωστη. Πιθανολογείται ότι η νόσος οφείλεται σε υπερδιέγερση του συμπαθητικού συ-

στήματος.¹ Συνήθης είναι η οικογενής εμφάνιση αυτής της νόσου. Η εκδήλωση αυξημένης παραγωγής ιδρώτα μπορεί να παρουσιασθεί χωρίς εμφανή εξωτερική αιτία, σε αρκετούς όμως αρρώστους σχετίζεται με συγκινησιακές ή έντονες συναισθηματικές καταστάσεις. Οι σωματικές περιοχές, στις οποίες συνηθέστερα εκδηλώνεται αυξημένη παραγωγή ιδρώτα, είναι οι παλάμες, τα πέλματα και οι μασχάλες και σε μικρότερη ένταση το τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο και το σώμα. Η υπεριδρωσία των

παλαμών συνοδεύεται πολλές φορές από ψυχρότητα των χεριών και οίδημα των δακτύλων. Σε αρκετούς ασθενείς η πρωτοπαθής υπεριδρωσία συνδυάζεται με δυσσομία ή και έντονη ερυθρότητα της κεφαλής και του τραχήλου.

Η δευτεροπαθής υπεριδρωσία εκδηλώνεται συνήθως με αυξημένη εφίδρωση ολόκληρου του σώματος και παρατηρείται στις εμπύρετες καταστάσεις, στην εμπνύοπαυση, στον υπερθυρεοειδισμό, τα λεμφώματα, το φαιοχρωμοκύτωμα και άλλες συστηματικές νόσους.

Εάν ληφθεί υπ' όψη ότι η πρωτοπαθής υπεριδρωσία παρατηρείται στο 1%-4,59% του πληθυσμού,¹⁻³ συμπεραίνουμε ότι στη χώρα μας ο αριθμός των ατόμων, που εμφανίζουν αυτήν την παθολογική κατάσταση, κυμαίνεται μεταξύ 110.000 και 505.000. Τα συμπτώματα αυτών των ατόμων συνήθως πρωτοεμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία ή κατά την έναρξη της ήβης. Σπανίως βελτιώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Η έντονη υπεριδρωσία δυνατόν να έχει σημαντικές δυσμενείς ψυχολογικές, κοινωνικές ή επαγγελματικές επιπτώσεις επί του ασθενούς. Πολλά άτομα αισθάνονται μειονεκτικά όταν είναι υποχρεωμένα να κάνουν χειραψία με έντονα υγρές παλάμες, γι' αυτό αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές ή ακόμα μπορεί να αλλάξουν επάγγελμα. Η συναισθηματική φόρτιση μπορεί να επιτείνει την υπεριδρωσία.

Οι συντηρητικές μέθοδοι θεραπείας της έντονης υπεριδρωσίας περιλαμβάνουν την τοπική εφαρμογή χλωριούχου αλουμινίου, τη χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων από το στόμα, την υποδόρια έγχυση της τοξίνης Botulinum κ. ά.^{3,4} Όμως, όλες αυτές οι μέθοδοι δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικές. Γι' αυτό πολλοί ασθενείς δοκιμάζουν πολλές από αυτές τις θεραπείες. Η μοναδική αντιμετώπιση που παρέχει πιθανότητες μακροχρόνιας θεραπείας, είναι η χειρουργική θεραπεία.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της υπεριδρωσίας άρχισε να εφαρμόζεται κατά την δεκαετία του 1920. Τότε η αντιμετώπιση συνίστατο σε θωρακική συμπαθεκτομή δια μέσου θωρακοτομής. Αυτή η επιθετική θεραπεία δεν έτυχε ευρείας αποδοχής κυρίως γιατί είχε ως συνέπεια σημαντική νοσηρότητα και συνεπαγόταν σχετικώς μακρά περίοδο ανάρρωσης του αρρώστου. Η θωρακοσκοπική συμπαθεκτομή ανακοινώθηκε για πρώτη φορά το έτος 1942.⁵ Κατά τα τελευταία έτη προσετέθη η νέα τεχνολογία της βιντεοσκοπικής υποβοηθούμενης θωρακικής συμπαθεκτομής.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΕΚΤΟΜΗΣ

Ο ασθενής βρίσκεται σε ύπια ή σε πλάγια θέση, υπό γενική αναισθησία, διασωληνωμένος με στοματοτραχειακό σωλήνα διπλού αυλού. Η επέμβαση γίνεται κατά κανόνα αμφοτεροπλευρώς. Συνήθως διατέμνεται πρώτα η δεξιά συμπαθητική άλυσος. Γίνονται δύο ή τρεις εγκάρσιες τομές μήκους 0,8-1 εκμ. μεταξύ πρόσθιας και μέσης μασχαλιαίας γραμμής δεξιά και εισάγονται ισάριθμες θωρακοσκοπικές θυρίδες, δια μέσου των οποίων διατέμνεται η συμπαθητική άλυσος μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου συμπαθητικού γαγγλίου. Εκπίυσσεται ο πνεύμονας, τοποθετείται σωλήνας κλειστής παροχέτευσης και συγκλείονται τα τραύματα. Ο σωλήνας κλειστής παροχέτευσης αφαιρείται αμέσως μετά από την εκκένωση του αέρα από την υπεζωκοτική κοιλότητα. Η ίδια τεχνική επαναλαμβάνεται και στο αριστερό ημιθώρακιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι Baumgartner και Toh⁴ μελέτησαν 309 ασθενείς, ηλικίας 15-64 ετών, μέσης ηλικίας 30,8 ετών, που χειρουργήθηκαν για αντιμετώπιση υπεριδρωσίας. Οι 302 (97,2%) ασθενείς είχαν ως κύριο ενόχλημα υπεριδρωσία των παλαμών και οι υπόλοιποι 7 (2,3%) υπεριδρωσία των μασχαλών. Ουδείς εκ των χειρουργηθέντων είχε ως μόνο ενόχλημα υπεριδρωσία των πελμάτων, όμως υπεριδρωσία των πελμάτων συνυπήρχε σε 80% των αρρώστων. Μεγάλη βελτίωση, μέχρι πλήρους εξάλειψης της υπεριδρωσίας των παλαμών, παρατηρήθηκε πρακτικώς σε όλους τους ασθενείς αμέσως μετά τη διενέργεια της θωρακικής συμπαθεκτομής. Η υπεριδρωσία των μασχαλών εξαλείφθηκε ή βελτιώθηκε σε περίπου 70% και 25% των ασθενών αντιστοίχως, ενώ η υπεριδρωσία των πελμάτων, όταν συνυπήρχε με υπεριδρωσία των παλαμών, βελτιώθηκε σε περίπου 80% των ασθενών. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται από πολλούς συγγραφείς.⁶⁻⁸ Χαρακτηριστικά, οι Sayeed και συν.⁹ αναφέρουν ότι η ζωή των αρρώστων που υποφέρουν από έντονη υπεριδρωσία, αλλάζει δραστικά με τη συμπαθεκτομή.

Ο εγχειρητικός κίνδυνος είναι ελάχιστος και η μεγάλη πλειονότητα των αρρώστων εξέρχεται από το νοσοκομείο εντός του πρώτου 24ώρου από την επέμβαση. Σε μεγάλες σειρές ασθενών δεν αναφέρεται εγ-

χειρουργικός ή άμεσος μετεγχειρνητικός θάνατος.^{4,6-8} Υπάρχει πάντως δημοσίευση,¹⁰ στην οποία περιγράφονται δύο επιπλοκές πνευμοθώρακα υπό τάση, που οδήγησαν η μία σε θάνατο και η άλλη σε βαρεία αναπνοή του αρρώστου. Αμφότερες οι επιπλοκές εμφανίσθηκαν επί ασθενών, στους οποίους έγινε ενδο-υπεζωκοτική εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα. Γι' αυτόν το λόγο αυτή η τεχνική τείνει να εγκαταλειφθεί. Πολύ συχνότερα παρατηρείται υπολειπόμενος πνευμοθώρακας, ο οποίος παραμένει μετά την αφαίρεση του σωλήνα παροχέτευσης της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Αυτή η επιπλοκή αντιμετωπίζεται με κλειστή παροχέτευση και κατά κανόνα δεν αφήνει κατάλοιπα. Σε ασθενείς, που υποβάλλονται σε υψηλή διατομή της συμπαθητικής αλυσού ή σε μερική διατομή του αστεροειδούς γαγγλίου, μπορεί να παρατηρηθεί σύνδρομο Homer.⁴ Όμως το συνηθέστερο μη επιθυμητό επακόλουθο της επέμβασης είναι η αντιρροπιστική υπεριδρωσία. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που υποβλήθηκε σε θωρακοσκοπική συμπαθηκτομή για υπεριδρωσία των παλαμών, εμφανίζει μεν εξάλειψη του κύριου ενοχλήματός του, συγχρόνως όμως, εμφανίζει υπεριδρωσία σε άλλη περιοχή του σώματος, στην οποία δεν υπήρχε αυξημένη παραγωγή ιδρώτα πριν από την εγχείρηση. Οι περιοχές του σώματος στις οποίες συνήθως εκδηλώνεται αντιρροπιστική υπεριδρωσία, είναι η ράχη, οι μηροί, ο θώρακας και η κοιλιά.⁴ Η συχνότητα της αντιρροπιστικής υπεριδρωσίας κυμαίνεται ευρέως μεταξύ των συγγραφέων. Ο Krasna¹¹ αναφέρει ότι μεταξύ 396 ασθενών που χειρουργήσε στο Maryland, παρατήρησε έντονη αντιρροπιστική υπεριδρωσία σε 2% των ασθενών, ενώ ηπιότερη μορφή αυτής της επιπλοκής σημειώθηκε σε 40% των ασθενών. Απ' εναντίας οι Zacherl και συν.⁷ αναφέρουν αντιρροπιστική υπεριδρωσία σε 69% και οι Fredmann και συν.⁸ σε 90% των χειρουργηθέντων ασθενών. Φαίνεται ότι η συχνότητα της αντιρροπιστικής υπεριδρωσίας σχετίζεται με την χειρουργική τεχνική. Οι Dewey και συν.⁶ παρακολούθησαν 222 αρρώστους. Ένα έτος μετά από τη θωρακοσκοπική συμπαθηκτομή, οι 85% των ασθενών εμφάνιζαν αντιρροπιστική υπεριδρωσία. Όλοι οι χειρουργηθέντες ασθενείς ρωτήθηκαν τί θα αποφάσιζαν αν τους γινόταν σύσταση να υποβληθούν σε θωρακοσκοπική συμπαθηκτομή σήμερα, που γνωρίζουν τα αποτελέσματα της εγχείρησης. Οι 85%-93% των ασθενών που χειρουργήθηκαν για αντιμετώπιση υπεριδρωσίας μόνον των παλαμών ή μόνον των μασχαλών ή συνδυασμού αυτών των δύο ανατομικών περιοχών, απάντησαν ότι πάλι θα αποφάσιζαν να χειρουργηθούν. Απ' εναντίας, μόνον οι

50% των ασθενών που χειρουργήθηκαν για αντιμετώπιση υπεριδρωσίας του προσώπου ή του τριχωτού της κεφαλής απάντησαν ότι πάλι θα αποφάσιζαν να χειρουργηθούν. Τέλος, οι Boley και συν.⁶ μελέτησαν το αποτέλεσμα της θωρακοσκοπικής συμπαθηκτομής επί της ποιότητας της ζωής και του ελέγχου των συμπτωμάτων της υπεριδρωσίας επί 26 χειρουργηθέντων ασθενών και το συνέκριναν με τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής 22 ασθενών που δεν δέχθηκαν να υποβληθούν σε εγχείρηση. Διαπίστωσαν ότι η θωρακοσκοπική συμπαθηκτομή ελέγχει την υπεριδρωσία των παλαμών. Ακόμα και εκείνοι εκ των χειρουργηθέντων ασθενών που εμφάνισαν αντιρροπιστική υπεριδρωσία, ήταν πολύ ικανοποιημένοι, περίπου τέσσερα χρόνια μετά την επέμβαση. Οι ασθενείς με υπεριδρωσία που δεν δέχθηκαν να υποβληθούν σε εγχείρηση, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, είχαν περισσότερα συμπτώματα και χειρότερη ποιότητα ζωής.

Συμπερασματικά, η πρωτοπαθής υπεριδρωσία είναι μία όχι πολύ σπάνια ιδιοπαθής παθολογική κατάσταση, η οποία δυνατόν να έχει σημαντικές δυσμενείς ψυχολογικές, κοινωνικές ή επαγγελματικές επιπτώσεις επί του ασθενούς. Οι διάφορες συντηρητικές μέθοδοι που έχουν δοκιμασθεί για θεραπεία της, δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικές. Η χειρουργική αντιμετώπισή της συνιστάμενη σε θωρακοσκοπική συμπαθηκτομή συνεπάγεται ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα καλύτερα αποτελέσματα παρατηρούνται επί ασθενών, που έχουν ως κύριο ενοχλήμα υπεριδρωσία μόνον των παλαμών ή μόνον των μασχαλών ή συνδυασμού αυτών των δύο ανατομικών περιοχών. Το συνηθέστερο μη επιθυμητό επακόλουθο της επέμβασης είναι η αντιρροπιστική υπεριδρωσία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tu YR, Li X, Lin M, et al. Epidemiological survey of primary palmar hyperhidrosis in adolescent in Fuzhou of People's Republic of china. *Eur J Cardio-Thorac Surg* 2007; 31: 737-739.
2. Drott C, Claes G. Hyperhidrosis treated by thoracoscopic sympathectomy. *Cardiovasc Surg* 1996; 4:788-790.
3. Boley TM, Belangee KN, Markwell S, Hazelrigg S. The effect of thoracoscopic sympathectomy on quality of life and symptom management of hyperhidrosis. *J Amer Col Surg* 2007; 204:435-438.
4. Baumgartner FJ, Toh Y. Severe hyperhidrosis: Clinical features and current thoracoscopic surgical management. *Ann Thorac Surg* 2003; 76:1878-1883.

5. Hughes J. Endothorathic sympathectomy. Proc R Soc Med 1942; 35:585-586.
6. Dewey TM, Herbert MA, Hill SL, Prince SL, Mack MJ. One-year follow-up after thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis; outcomes and consequences. Ann Thorac Surg 2006; 81:1227-1233.
7. Zacherl J, Imhof M, Huber ER et al. Video assistance reduces complication rate of thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis. Ann Thorac Surg 1999; 68:1177-1181.
8. Fredmann B, Zohar E, Shachor D et al. Video-assisted transthoracic sympathectomy: friend or foe? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2000; 4:226-229.
9. Sayeed RA, Nyamekye I, Ghauri ASK, Poskitt KR. Quality of life after transthoracic endoscopic sympathectomy for upper limb hyperhidrosis. Eur J Surg 1998; Suppl 580:39-42.
10. Cameron AEP. Complications of endoscopic sympathectomy. Eur J Surg 1998; Suppl 580:33-35.
11. Krasna MJ. In discussion of: Dewey TM et al: One-year follow-up after thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis; outcomes and consequences. Ann Thorac Surg 2006; 81:1227-1233.

Αλληλογραφία: Θ. Δόσιος

Χατζηγιάννη Μέξη 2 και Βασιλῆ. Σοφίας, 115 28 Αθήνα

E-mail: dosiosth@yahoo.com