

616.5-006-81.04-089

K CHIRURGICKÉ LÉČBĚ MALIGNÍHO MELANOMU KŮŽE

Plk. doc. MUDr. T. NÉMETH, CSc.
Oddělení čelistní a obličejové chirurgie ÚVN
(náčelník: plk. doc. MUDr. T. Németh, CSc.)

Nedílnou součástí komplexní léčby maligního melanomu (dále MM) je chirurgický výkon, který odstraňuje primární nádor nebo jeho sekundární projevy na kůži.

Chirurgické výkony, které se při podezření na MM provádějí, můžeme rozdělit na několik forem. Může se provádět např.:

- prostá excize do zdravé tkáně s následnou lineární suturou,
- větší excize (3 cm kolem nádoru) s krytím defektu kožním transplantátem,
- velká excize (5 a více cm do zdravé tkáně) s protažením excize ve směru odtoku lymfatických cév s následnou kožní transplantací,
- velké excize s krytím defektu rotovanými laloky z okolí,
- excize a následná preventivní exenterace regionálních lymfatických uzlin,
- excize a exenterace regionálních lymfatických uzlin v případě jejich zvětšení,
- kombinace popsaných excizí, transplantací a exenterací,
- reexcize,
- samotná kryoterapie bez chirurgického výkonu,
- kryofixace MM před vlastním chirurgickým výkonem, který spočívá v široké excizi s následným krytím defektu volným kožním transplantátem,
- chemochirurgie MM.

Z uvedeného je zřejmé, že i když je chirurgická léčba nedílnou součástí léčby MM, je možné volit různou variantu této léčby. Podle posledních zpráv (Hasman, 1982) např. u MM I. stadia bez postižení regionálních uzlin autor nenašel signifikantní rozdíl v přežití pacientů, u kterých byla provedena jenom prostá excize s lineární suturou ve srovnání s těmi, u kterých byla provedena široká kožní excize s krytím defektu volným kožním štěpem.

Pokud se týká operací na uzlinách, máme za

to, že preventivní exenterace regionálních uzlin není vhodná. Jsme však za exstirpaci již zvětšených lymfatických uzlin při prvním chirurgickém výkonu. Při sporném výsledku klinického vyšetření regionálních lymfatických uzlin se osvědčuje provést jejich vyšetření pomocí počítačového tomografu.

Diskutovaná je otázka šířky kožní excize. Máme za to, že lem zdravé tkáně kolem tumoru by měl mít šířku kolem 3–6 cm podle lokalizace MM. Pokud se týče hloubky excize u MM, máme za to, že excize má obsahovat celou kůži a podkoží a zasahovat ke svalové fascii. Někteří autoři doporučují provést excizi i svalové fascie s částí pod ní ležícího svalu.

Na našem oddělení dáváme přednost krytí kožního defektu volným kožním transplantátem před prováděním místních lalokových plastik.

Podle Hůly (1980) není probatorní excize z MM pro pacienty nebezpečná. Na našem oddělení však tyto probatorní excize neprovádíme. Pokud máme podezření na MM, provedeme přiměřeně širokou excizi, tumor odešleme k rychlému histologickému vyšetření, a pokud je toto pozitivní, provedeme ihned širokou excizi s krytím defektu volným kožním štěpem.

S kryofixací MM před chirurgickým výkonem nemáme vlastní zkušenosti. Referují o ní Měšťák a Kipikaša ve Sborníku 2. celostátní konference o kryochirurgii v roce 1981. Vychází z toho, že kryofixace zabraňuje vyplavování melanomových buněk do otevřeného cévního a lymfatického řečiště. Kipikaša má dobré zkušenosti s kryodestrukci kožních metastáz, která pacienta nezatěžuje, je nekrvavá a může stimulovat tvorbu protilátek proti MM.

Samostatnou kryoterapii primárního MM jsme na našem pracovišti neprováděli, i když se tento způsob léčby v literatuře popisuje. Taktéž nemáme zkušenosti se samotnou chemochirurgií MM, jak o ní referuje Mohs (1977). Z článku není však jasné, zda prováděl chemochirurgii u histologicky ověřených melanomů nebo u kožních afekcí, které se jako MM jeví.

Někdy se může stát, že operatér provede u klinicky „jasného“ pigmentového névu jenom malou excizi, ale následné histologické vyšetření prokáže MM. V těchto případech doporučujeme provést reexcizi široce do zdravé tkáně buď s lineární suturou, nebo s krytím defektu kožním štěpem, a to nejpozději do jednoho měsíce po histologické verifikaci.

Otázkou zůstává, zda chirurgické výkony provádět v místní či celkové anestezii. Na některých pracovištích se každé chirurgické ošetření MM provádí v celkové anestezii, a to proto, aby se při aplikaci místní anestezie neinkulovaly melanomové buňky do okolních tkání, které nebudou již excidovány. Na jiných pracovištích se menší excize provádí v místní, větší excize v celkové anestezii.

I když celková anestetika působí v organizmu imunosupresivně, doporučujeme větší excize s kožním přenosem v narkóze provádět, ale v co nejkratším operačním čase. Menší chirurgické výkony v I. stadiu MM bez postižení lymfatických uzlin (Hasman) můžeme provést v anestezii místní.

U některých pacientů se po větším chirurgickém výkonu (širší excize a kožní štěp) mohou v pooperačním období objevit zvětšené regionální lymfatické uzliny. V těchto případech doporučujeme tyto nemocné aktivně sledovat, ale neprovádět ihned chirurgický výkon, protože se ve většině případů jedná o zánětlivou lymfonoditidu (pooperační), která odezní.

Pokud by však reakce uzlin nebyla na ústupu, je vhodné provést jejich exstirpaci a histologické vyšetření. Při výskytu lokálních metastáz tyto excidujeme do zdravé tkáně s následnou suturou.

Jak v diagnostice, tak zvláště v adjuvantní terapii, tj. chemoterapii a imunoterapii, úzce spolupracujeme s kožním oddělením našeho ústavu, na jejichž práci (Dbalý, Kutěj, 1983) v těchto otázkách odkazujeme.

Souhrn

Radikální chirurgickou léčbu MM považujeme za nedílnou součást komplexní léčby tohoto onemocnění. Na našem oddělení dáváme přednost širší excizi tumoru do zdravé tkáně až na svalovou fascii s následným krytím defektu volným kožním štěpem. V případě, že nejsou hmatné regionální lymfatické uzliny, neprovádíme preventivní exenteraci. Při přítomnosti zvětšených lymfatických uzlin provádíme jejich exstirpaci zároveň s operací vlastního tumoru. V každém případě úzce spolupracujeme s kožním oddělením našeho ústavu, které zabezpečuje komplexní cytostatickou a imunologickou léčbu MM.

Literatura

1. Hasman, L. aj.: K otázce radikality při chirurgické léčbě maligního melanomu. Sdělení na Sympoziu plastické chirurgie, Brno 1982.
2. Hůla, M.: Zkušenosti z dlouholetého pozorování melanoblastomů v Západočeském kraji. Čs. Derm., 55, 1980, č. 4, s. 229–237.
3. Kipikaša, A. - Potocká, E.: Předběžné poznatky s aplikací nízkých teplot v plastické chirurgii. Sborník 2. celostátní konference o kryochirurgii 1982.
4. Měšťák, J. aj.: Příspěvek ke kryoterapii maligního melanomu. Sborník 2. celostátní konference o kryochirurgii 1981.
5. Mosh, F. E.: Chemosurgery for melanoma. Arch. Derm., 113, 1977, č. 3, s. 285–291.
6. Németh, T.: K pigmentovým naevům. Voj. zdrav. Listy, XLIII, 1974, č. 6, s. 223–225.
7. Rus, J.: Chirurgická léčba maligního melanomu. Čs. Derm., 55, 1980, č. 4, s. 282–284.
8. Uhrík, J. - Jurga, L.: Komplexná léčba melanoma malignum. Čs. Derm., 55, 1980, č. 6, s. 368–371.
9. Dbalý, V. - Kutěj, V.: Diagnostika, prognóza a terapie maligního melanomu kůže. VZL.

Klíčová slova: Maligní melanom. Excize.