

616.13/.14-006.3-08:615.832.9

LÉČBA HEMANGIOMŮ KRYODESTRUKCÍ

MUDr. Jiří PŘÍBORSKÝ, MUDr. Emil JAROŠ
II. chirurgická klinika FN KÚNZ, Hradec Králové
(přednosta: prof. MUDr. Bohumil Konečný, CSc.)

Věnováno plk. prof. MUDr. Bohumilu Konečnému, CSc. k jeho 60. narozeninám

Hemangiomy – nádory z krevních cév – patří k nejčastěji se vyskytujícím benigním nádorům, dle různých autorů tvoří 20–35 % všech benigních nádorů. Častější je výskyt kožních forem, zatímco slizniční formy jsou méně časté a objevují se převážně na sliznici dutiny ústní. Hemangiomy vznikají buď na základě pravého nádorového nekoordinovaného bujení cévních elementů, nebo vrozenou malformací vázoforní tkáně. Pro běžné klinické potřeby hemangiomy dělíme na kapilární, kavernózní a smíšené. Mezi kapilární patří naevus teleangiectaticus (flammeus) a haemangioma tuberosum, mezi kavernózní patří haemangioma nodosum a cavernosum; haemangioma tuberonodosum a tuberoverrucosum patří mezi smíšené hemangiomy. Klinické příznaky benigního cévního nádoru jsou různé v závislosti na typu a lokalizaci hemangiomu. Pacienti s lokalizací hemangiomu na sliznicích, převážně dutiny ústní, udávají potíže při polykání a příjmu potravy, pocity ci-

zího tělesa, dále může být snížena ventilace a postižena fonace. Nemalou roli zde hraje strach z krvácení a kancerofobie. Soubor těchto příznaků shrnuje Agopov pod názvem psychoemotivní syndrom. Kožní formy hemangiomů ohrožují pacienta hlavně možností silného krvácení při jejich eventuálním poranění, stejně závažným je však i defekt kosmetický, zvláště v obličeji. Při léčbě hemangiomů je pro jejich různorodost a nebezpečí krvácení nutno postupovat individuálně. Léčebné možnosti ovlivňuje stavba a struktura nádoru a jeho lokalizace. Berendes uvádí tyto metody léčení hemangiomu: totální odstranění eventuálně s cíleným podvazem přívodných cév, ozáření, sklerotizace, trombotizace, elektrokoagulace a dlouhodobá kortikoidní terapie. V poslední době je metodou volby kryodestrukce. S terapií není třeba spěchat u tuberózní a tuberonodózní formy hemangiomů (jejich výskyt představuje 2/3 všech angiomů), které mizí většinou spontánně mezi 2–5 lety věku.

Výjimku z tohoto pravidla však tvoří hemangiomy, které ohrožují vývoj krajiny, v níž jsou uloženy (např. víčka, rty) nebo které jeví velkou růstovou tendenci a mohou v krátké době dosáhnout ohromných rozměrů a vyvolat těžké funkční nebo kosmetické změny. Maligní degenerace je u hemangiomů vzácná. V pozdějším věku občas pozorujeme větší tendenci k růstu, zřejmě v důsledku vzniku arteriovenózních spojek rozpadem sept uvnitř nádoru. Ke kryodestrukci jsou vhodné především kavernózní typy hemangiomů a vzácně malé kapilární hemangiomy. Velké kapilární plošné hemangiomy, jako je např. naevus flammeus, jsou na kryoterapii bohužel rezistentní. V našem sdělení chceme prezentovat výsledky kryochirurgické léčby hemangiomů na II. chirurgické klinice v Hradci Králové v posledních 5 letech.

Klinická sestava a výsledky léčby

V období 5 let od r. 1983 do r. 1988 jsme na našem pracovišti v kryochirurgické poradně vyšetřili 65 pacientů s diagnózou hemangiomu a provedli u nich 52 kryochirurgických výkonů. 2/3 pacientů byly ženského pohlaví, v drtivé většině ve věku 1–5 let, jen 9 pacientů bylo starších 15 let. 96 % pacientů trpělo kožní lokalizací hemangiomů, z toho bylo 30 % v obličeji, jen 4 % mělo slizniční typ hemangiomu, zvláště na sliznici rtu. 5 % pacientů bylo již před naším zákrokem dříve nějak léčeno, nejčastěji skleroterapií, elektrokauterizací, pokusy o excizi s event. plastickou úpravou defektu. Ke kryodestrukci jsme indikovali ve shodě s doporučeními z literatury kavernózní typy hemangiomů, event. malé kapilární he-



mangiomy. U malých dětí do věku 1 roku jsme vždy doporučili vyčkat možnosti spontánní involuce hemangiomu a doporučili vždy kontrolu za 1 rok. Poté při nezlepšení jsme teprve indikovali kryovýkon. Bez ohledu na věk jsme kryolizovali velké hemangiomy, u kterých nebyla naděje na spontánní involuci a též hemangiomy opakovaně mírně krvácející, většinou na místech zvýšeně vystavených možnosti úrazu. Ke kryodestrukci jsme používali přístroj českosloven-

ské výroby KCH 3 A/B, jehož pracovní nástroj byl osazen nepřímými mrazíci plošnými koncovkami velikostí odpovídající plošné velikosti hemangiomu. Slizniční formy hemangiomů jsme kryolizovali teplotou -100 až -110 °C, kožní formy -110 až -140 °C. Doba expozice byla od 1–6 minut dle lokalizace a rozsahu tumoru. Téměř všechny výkony u dětí byly vykonány v celkové anestézii a při hospitalizaci, u dospělých, u kterých byl předpoklad spolupráce při



výkonu, byl výkon prováděn bez znecitlivnění. Proces hojení kryolýze probíhal v několika stadiích: 1. stadium, asi do 3 hodin po výkonu, bylo charakteristické bouřlivým vznikem edému, 2. stadium, trvající 12–24 hodin, vznikem puchýřů, které na sliznici rychle ztrácely celistvost a rána se pokryla fibrinem, na kůži ale epiteliální kryt zůstává zachován. Další stadium, které vznikne do 2–3 dnů, bylo charakterizováno tvorbou nekrózy a její následnou demarkací. Poslední stadium trvalo 2–3 týdny, během nichž se odloučila nekróza a proběhla spontánní epitelizace defektu ze spodiny a okolí. Převážná většina našich pacientů byla ošetřována při hospitalizaci, a tak jsme nepozorovali větší komplikace při hojení rány, jako je nasazení sekundární infekce na původně aseptickou nekrózu a krvácení z předčasně odloučené nekrotické tkáně, většinou nešetným převazem. Tyto komplikace jsme však občas pozorovali u ambulantně ošetřovaných kryolizovaných. Výsledky naší léčby jsme hodnotili v odstupu jednoho až dvou roků. Za výborný výsledek považujeme úplné vymizení hemangiomů s nepatrnou nebo žádnou jizvou, za uspokojivý podstatnou redukci tumoru s nutností opakované kryolýzy, neuspokojivý až špatný výsledek praktické neovlivnění hemangiomu kryochirurgií. Dle těchto kritérií bylo 95 % výsledků výborných, 4 % uspokojivých a jen 1 % neuspokojivých (viz. tabulka 1). Tuto skupinu tvořili pacienti po předchozím neúspěšném ozáření hemangiomů, které se objevily před 15–20 lety. Nutno ještě dodat, že nikdy jsme nepozorovali větší krvácení z míst kryolýzy. Jen mírné krvácení nastalo většinou po odtržení kryonekrózy buďto nešetným převazem, nebo náhodným úrazem. Občas, hlavně při kryodestrukci slizničních a obličejových lokalizací hemangiomů, se objevil mírný otok oblasti, který ale rychle spontánně ustoupil.

Závěr

Hemangiomy patří mezi poměrně časté benigní nádory kůže i sliznic. Většinou jde o vrozené nebo záhy po narození vznikající afekce, které v průběhu 1–5 let spontánně involují. Avšak zbylá perzistující část těchto hemangiomů působí svému nositeli jak svou lokalizací, tak strukturou různé potíže. Stávají se tak terčem různých způsobů léčby, z nichž jednou z nejúspěšnějších se nám jeví ve vybraných indikacích kryodestrukce. Jde o metodu jednoduchou, nekrvavou a bezpečnou, prakticky nebolestivou. Přístrojové vybavení není příliš nákladné. Kryodestrukce se dá provádět i ambulantně a bez znecitlivění. Je velmi výhodná u dětí, též u hemofiliků, alergiků a pacientů s antikoagulační léčbou. Kryovýkony se dají opakovat u velkých hemangiomů, bez výsledku jsou ovšem u plošných kapilárních hemangiomů. Kryodestrukce prakticky nezanechává jizvy ani v obličeji ani na sliznici, určitou nevýhodou oproti např. excizi je delší, 2–3 týdny trvající hojení kryolýze. Někdy pozorujeme též mírný edém oblastí, na který je potřeba předem pacienta upozornit. Jiné nevýhody této metody jsme zatím nepozorovali. Naše výše uvedené výsledky kryodestrukce hemangiomů za posledních 5 let dokazují přednosti této metody a vedou nás k dalšímu pokračování a zdokonalení této léčby.

Souhrn

Autoři ve své zprávě popisují pětileté zkušenosti s léčbou hemangiomů kryodestrukci. K léčbě indikují převážně kavernózní typy hemangiomů i většího rozsahu, nedoporučují kryolizovat kapilární typy. Uvádějí výborné kosmetické i funkční výsledky kryodestrukce.

Literatura

1. ABLIN, R. J.: Handbook of Cryosurgery. Marcel Dekker, Inc., New York and Basel, 1980.
2. BALAŠ, V.: Speciální chirurgie I. Praha 1985.
3. HRŠEL, K. – ŠTRAUS, J.: Mezní využitelné mrazící parametry kryochirurgických přístrojů a reálné technické možnosti systému typu KCH. In: Kryochirurgie jako aplikace nízkých teplot. Sborník 4. celostátní konference, Benešov u Prahy, duben 1986.
4. KÍPIKAŠA, A. – POTOČKÁ, E.: Předběžné poznatky s aplikací nízkých teplot v plastické chirurgii. In: Kryochirurgie jako aplikace nízkých teplot. Sborník 2. celostátní konference. Benešov u Prahy, 1981.
5. NEMÉTH, T.: Pětileté zkušenosti v kryoterapii orofaciálních nádorů. In: Kryochirurgie jako aplikace nízkých teplot. Sborník 2. celostátní konference. Benešov u Prahy, 1981.
6. ŠEBO, L. – HAVRÁNKOVÁ, M.: Kryodestrukce kožných novotvarů. In: Kryochirurgie jako aplikace nízkých teplot. Sborník 4. celostátní konference. Benešov u Prahy, 1986.
7. ŠPAČEK, B. aj.: Speciální chirurgie I. Praha, Avicenum 1973.

Klíčová slova: Hemangiom; Kryodestrukce.