

CHIRURGIŠKAI IŠGYDYTO AKIDUOBĖS KRAUJAGYSLINIO AUGLIO (KAVERNINĖS HEMANGIOMOS) KLINIKINIS ATVEJIS

Prof., hab.dr. Povilas Pauliukas

Hemangiomas – tai kraujagysliniai augliai, dažniausiai sutinkami pas vaikus. Dažniau serga moteriškos lyties individai (santykis moterys:vyrai = 2:1). Pirmaisiais gyvenimo mėnesiais ir metais šie augliai auga, vėliau jų augimas sustoja, arba kai kurie iš jų net regresuoja arba išnyksta. Tačiau dalies iš jų augimas nesustoja, jie didėja, jų srityje audiniai gali nekrozuoti arba iš hemangiomų gali masyviai kraujuoti, dėl ko iškyla pavojus net gyvybei. Retai sutinkami ir pas suaugusius žmones. Dalis hemangiomų supiktybiškėja, virsta angiosarkomomis.

Įvadas

Iki šiol nėra nusistovėjusios vieningos hemangiomų klasifikacijos. Klinikine prasme priimtinausia yra patanatominė-histologinė klasifikacija, pagal kurią hemangiomas yra skirstomos: 1) pagal eigą į gerybines ir piktybines; 2) pagal kraujagyslinę sandarą į kapiliarines, kavernines, arterio-venines. Hemangiomas atsiranda dėl fiziologiškai nepateisinamo, per greito kraujagyslių augimo, neatitinkančio audinio ar organo poreikio vaskuliarizacijai. Daugumą hemangiomų galima paaiškinti vystymosi sklaidos sutrikimais, kai kurios jų yra net paveldimos, genetiškai determinuotos. Tačiau ne visas, ypač sutinkamas vyresniame amžiuje, galima tuo paaiškinti. Dažniausiai hemangiomas lokalizuojasi odoje, poodyje ir gleivinėse. Ypač mėgsta augti apie natūralias kūno angas: burną, akis, ausis, nosį, išeinamąją angą. Tačiau hemangiomas sutinkamos bet kuriame organe ar audinyje, netgi širdyje [1]. Iš vidaus organų dažniausiai pažeidžiamos kepenys [2]. Dažnai hemangiomas sutinkamos smegenyse [3] bei galvos kauluose [4,5]. Įvairių virškinamojo trakto dalių hemangiomas gali būti masyvių kraujavimų iš virškinamojo trakto priežastimi [6]. Kapiliarinės odos hemangiomas dažniausiai didelių gydymo problemų nesudaro ir yra gydomos lazeriu, krioterapija, kartais chirurgiškai. Kaverninės hemangiomas, jeigu įmanoma, gydomos chirurgiškai, jei ne - taikomas kombinuotas gydymas: skleroterapija, embolizavimas, spindulinė terapija. Radikaliausias gydymo būdas yra chirurginis: visiškas hemangiomas pašalinimas. Mes aprašome suaugusio vyro akiduobės kaverninės hemangiomas radikaliai chirurgiškai išgydytą atvejį.

Klinikinis atvejis

Į Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės Angiochirurgijos skyrių kreipėsi 46 metų amžiaus vyras dėl auglio dešinės akiduobės srityje, kuris jam visiškai uždarė dešinę akių plyšį. Ligonis nebematė dešiniąją akimi. Prieš 6 metus ligonis pajuto, kad dešinėje akyje yra lyg žirnis, kuris tolydžio didėjo. Po 3 metų auglys staiga padidėjo, pasidarė matomas paviršiuje, ligoniui pradėjo dvejetainis akyse, nebegalėjo dirbti vairuotoju. Toliau, sekančių 3 metų bėgyje iki operacijos auglys tolygiai didėjo. Pastarųjų 3 metų bėgyje ligonis daug kartų

kreipėsi į Vilniaus Santariškių universiteto ligoninės ir Kauno medicinos universiteto klinikų akių ligų skyrius, tačiau nebuvo operuotas bijant nevaldomo kraujavimo iš *sinus cavernosus*, dėl ko buvo nukreiptas neurochirurgams. Tačiau šie taip pat jo neoperavo teigdami jog tai yra akių ligų specialistų sritis ir pasiūlė ligoniui vykti operotis į JAV, sakydami jog Lietuvoje šios operacijos niekas jam neatliks.

1 Paveikslas



A prieš operaciją

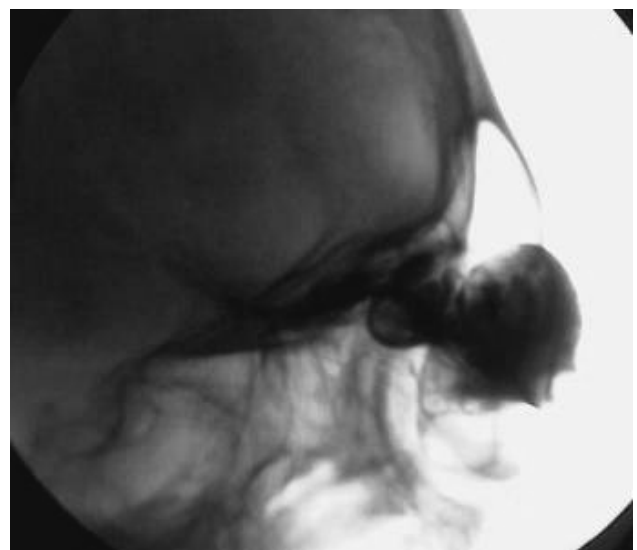
B 5 dienos po operacijos

C 6 mėn. Po operacijos

2 Paveikslas



A priekinė venograma



B šoninė venograma

Adata su prijungtu kateteriu įdurta į hemangiomą. Aiškiai matosi hemangiomos ribos ir jos šaknis akiduobės dugne.

Apžiūrint ligonį buvo matomas kraujagyslinis auglys dešinės akiduobės srityje, visiškai uždaręs akių plyšį (1 pav. A). Oda virš jo ištempta, blizganti, mėlynos spalvos. Pasilenkus, auglys padidėdavo, akis išsipūsdavo. Kliniškai atrodė, kad yra veninė kaverninė dešinės akiduobės hemangioma. Doplerinis tyrimas patvirtino kad hemangioma yra veninė, nes jos zonoje nebuvo girdima sistolo-diastolinė kraujotaka, būdinga arterio-veninei malformacijai. Tam, kad patikslinti ar tikrai hemangioma nėra arterio-veninė malformacija, buvo atlikta

karotidinė angiografija, kuri įrodė, kad arterijos neturi ryšio su šia hemangioma. Tam, kad patikslinti veninės hemangiomos lokalizaciją ir jos drenavimosi kelius, buvo atlikta veninė tiesioginė angiografija, puktuojuant adata pačią hemangiomą viršutinio voko srityje (2 pav. A) ir suleidžiant kontrastą tiesiai į hemangiomą. Ši venograma (2 pav. A, B) parodė, kad auglys iš tikrųjų yra veninė kaverninė hemangioma, kuri drenuojasi 2 keliais: pagrindinis kelias - per *v.ophthalmica superior* į *sinus cavernosus* ir mažesnis kelias – per *v. angularis* ir toliau per *v. facialis* į *vena jugularis interna dextra*. Taip pat buvo matyti, kad visas auglys randasi akiduobėje, jos viršutinėje dalyje ir kad jį įmanoma pašalinti, išsaugant ligoniui akį ir atstatant regėjimą.

3 Paveikslas



A Baigiama pašalinti hemangioma



B Pašalinta hemangioma

2000.10.03 ligonis operuotas.

Lenktu pjūviu pagal akiduobės viršutinį kraštą, per viršutinį voką, atjungiant *m.levator palpebrae superior* sausgyslę nuo viršutinio voko ir einant nuosekliai gylyn į akiduobę, nuspaudus akies obuolį su jo judinamaisiais raumenimis ir juos įnervuojančiais nervais žemyn, palaiptai pilnai pašalinta kaverninė hemangioma, kuri baigėsi kojyte, pereinančia į *vena ophthalmica superior*. *V. ophthalmica superior* perrišta. 3 pav. A pateikta hemangioma operacijos metu, bebaigiant ją pašalinti, o 3 pav. B – pašalintos hemangiomos vaizdas. Hemangiomos guolis drenuotas plonyčiu drenu ir žaizda užsiūta. Kadangi pašalinus hemangiomą akiduobėje atsirado daug laisvos vietos, prieš tai buvęs išstumtas akies obuolys sukrito giliai į akiduobę, tai nebuvo aišku, kurioje viršutinio voko vietoje reikia tvirtinti *m.levator palpebrae superior* sausgyslę. Ji pritvirtinta taip, kad paliktas akių plyšys būtų siauras, kad nedžiūtų akis, jeigu pooperaciniame periode, praėjus patinimui ir sugijus akiai, akies obuolys sugriš į savo vietą ir plyšys savaime praplatės. Buvo planuota akies plyšį koreguoti praėjus pusei metų po hemangiomos pašalinimo, atliekant plastinę viršutinio voko operaciją. 1 pav. B pateiktas ligonio akies vaizdas 5-tą parą po operacijos.

Iš karto po operacijos ligoniui dvejinosi, kadangi akies obuolys buvo nestabilus, o jo raumenys buvo pertempti, per ilgi. 6 mėnesių bėgyje ligoniui rega visiškai normalizavosi,

nustotojo dvejetainis. Akies plyšys praplatėjo tiek, kad ligoniui visiškai netrukdo. Jis teigia jokio kosmetinio diskomforto nejaučias ir nuo plastinės voko operacijos atsisakė. 1 pav. C pateiktas ligonio akies vaizdas praėjus 6 mėnesiams po operacijos.

Atvejo aptarimas.

Šiuo metu moderniausias tyrimas, leidžiantis gana tiksliai įvertinti akiduobės auglio lokalizaciją ir sandarą yra magnetinis rezonansinis tyrimas [7]. Juo taip pat galima nustatyti ar hemangioma tęsiasi į kaukolės ertmę, į *sinus cavernosus*. Tačiau ar hemangioma yra arterioveninė malformacija, galima pasakyti ištyrus paprasta doplerine floumetrija, nors tiksliai atsakyti į šį klausimą gali tik karotidinė arteriografija, kuri, beje, visiškai nevizualizuoja veninės kaverninės hemangiomos, nes joje kraujotaka yra lėta. Tam, kad gerai vizualizuoti veninę kaverninę hemangiomą, mes atlikome tiesioginę punkcinę hemangiomos venografiją, fiksuojant vaizdą 2-se projekcijose, kuri labai gerai vizualizavo pačią hemangiomą, jos ribas ir parodė jos drenavimosi kelius. Būtent todėl, kad ligonis nebuvo ištirtas angiografiškai ir buvo bijomasi jį operuoti, nes bijota kad hemangioma gali tęstis į *sinus cavernosus*. Tik žinant tikslią diagnozę ir hemangiomos lokalizaciją, galima teisingai suplanuoti operaciją, chirurginį priėjimo būdą. Mažas akiduobės hemangiomos galima šalinti per akiduobę [8,9], tuo tarpu didelėms, reikalingi kiti priėjimo būdai: fronto-orbito-zygomatinis [10], užpakalinė-apatinė orbitotomija [11] ar net fronto-temporalinė kraniotomija [12, 13, 14]. Šiuo atveju, gana didelė, 4 x 4 cm dydžio, veninė kaverninė hemangioma buvo sėkmingai chirurgiškai radikaliai pašalinta per akiduobę, pilnai atstatant regą ir kosmetinį veido vaizdą.

Literatūra:

1. Harada H., Hirata T., Utoh J., Kunimoto R. et al. Cardiac hemangioma of the right ventricle – report of a case // Japan J Thoracic Cardiovasc Surg – 1998, 46 (7), p. 629-33.
2. Gedaly R., Pomposelli J.J., Pomfret E.A. et al. Cavernous hemangioma of the liver: anatomic resection versus enucleation // Arch Surg – 1999, 134 (4), p.407-11.
3. Mehdorn H.M., Barth H., Buhl R. et al. Intracranial cavernomas: indications for and results of surgery // Neurologia Medico-Chirurgica – 1998, 38, p. 245-9.
4. Pastore F.S., De Caro G.M., Faiola A. et al. Cavernous hemangioma of the parietal bone // Neuro-Chirurgie – 1999,45 (4), p. 312-5.
5. Slaba S.G.,Karam R.H., Nehme J.I. et al. Intraosseous orbitosphenoidal cavernous angioma. Case report // J. Neurosurg – 1999, Dec, 91 (6), p. 1034 – 6.
6. Kroesen A.J., Runkel N., Becker K., Buhr H.J. Cavernous hemangioma of the rectum – a rare differential per anal hemorrhage diagnosis (German) // Zeitschrift fur Gastroenterologie – 1999, 37 (3), p.229-34.
7. Hejazi N., Classen R., Hassler W. Orbital and cerebral cavernomas: comparison of clinical, neuroimaging, and neuropathological features // Neurosurgical Review – 1999, 22 (1), p. 28-33.
8. Gdal – On M., Gelfand Y.A. Surgical outcome of transconjunctival cryosurgical extraction of orbital cavernous hemangioma // Ophthal. Surg. and Lasers – 1998, 29 (12), p. 969-73.
9. Goldberg R.A., Shorr N., Arnold A.C., Garcia G.H. Deep transorbital approach to the apex and cavernous sinus // Opht Plastic Reconstr Surg – 1998, 14 (5), p.336-41.

10. Akiyama H., Kondoh T., Suzuki H. et al. Usefulness of fronto-orbito-zygomatic approach for intraorbital tumors // *No Shinkei Geka – Neurological Surgery* – 1997, 25 (10), p. 913-7.
11. Kennerdel J.S., Maroon J.C., Celin S.E. The posterior inferior orbitotomy // *Opht. Plastic and Reconstr. Surg* – 1998, 14 (22), p. 277-80.
12. Goel A. The extradural approach to the lesions involving the cavernous sinus // *British J Neurosurg* – 1997, 11 (2), p. 134-8.
13. Mawn L.A., Jordan D.R., Gilberg S.M. Cavernous hemangiomas of the orbital apex with intracranial extension // *Ophthal Surg and Lasers* – 1998, 29 (8), p. 680-4.
14. Ohata K., El – Naggat A., Takami T. et al. Efficacy of induced hypotension in the surgical treatment of large cavernous sinus cavernomas // *J Neurosurg* – 1999, 90 (4), p. 702-8.