

INTRAVASKULÁRNA NODULÁRNA FASCIITÍDA

Peter BRUNČÁK, Karol GÉČ, Vladimír MALČEK

(Z chirurgického oddelenia NsP v Lučenci, vedúci doc. MUDr. J. Mazuch, DrSc., z patologicko-anatomickeho oddelenia NsP v Lučenci, vedúci MUDr. V. Malček)

Autori referujú o prípade intravaskulárnej nodulárnej fasciitídy lokalizovanej vo v. mediana cubiti u 30-ročného pacienta, viacnásobného darcu krvi, ktorého úspešne vyliečili lokálnou resekciou vény spolu s intraluminálne lokalizovanou tumoróznou rezistenciou. Aj keď ide o benígne ochorenie, diferenciálno-diagnosticky prichádzajú do úvahy rôzne formy sarkómov. K definitívnemu histologickému záveru je potrebná konzultácia s referenčným pracoviskom.
Kľúčové slová: intravaskulárna nodulárna fasciitída.

Úvod

Nodulárna fasciitída, pôvodne opísaná *Konwalerom a spoluprac.* (1), je benígnou pseudosarkomatóznou tumoróznou léziou mäkkých tkanív. Podľa klasifikácie SZO je nodulárna fasciitída benígna a pravdepodobne reaktívne fibroblastický rast šíriaci sa ako solitárny uzol z hlbokéj fascie do podkožného tuku alebo menej často do svalu (2). Nodulárna fasciitída môže vychádzať aj z hlbokéj fascie a pôsobiť ako difúzna, hlboko uložený tumor (3). V r. 1981 opísali *Patchefsky a Enzinger* (4) odlišný variant nodulárnej fasciitídy – intravaskulárnu nodulárnu fasciitídu. Túto charakterizuje prestup muskulárnych artérií a vén, čo pripomína malígnu cievnú inváziu. Tento tumor sa môže často považovať z klinického hľadiska za sarkóm pre jeho rýchly rast a fixáciu k spodine.

Tumor býva najčastejšie na horných, menej často na dolných končatinách, trupe, ale aj na hlave a krku. Väčšinou má priemer do 2 cm, bola však popísaná aj intraorálna lokalizácia (3, 5, 6).

Vzhľadom na to, že niekedy sa vyskytuje v podkoží nad kostnými výbežkami, napr. nad dolným okrajom mandibuly, môže byť trauma či opakovaná trauma jedným z etiologických faktorov fasciitídy (3).

Kazuistika

Tridsaťročný muž prišiel na chirurgickú ambulanciu s trojmesačnou anamnézou postupne v ľavej kubitálnej jamke narastajúcej tumorózne rezistencie, dosahujúcej veľkosť 7 x 7 mm. Tumor bol v podkoží, bez fixácie ku koži a bez zápalových prejavov. Ultrasonograficky išlo o tumor, ktorý bol dobre ohraničený od okolitého tkaniva, imponoval ako fibróm.

Z anamnézy sme zistili, že pacient je 18-násobným darcom krvi. Z ľavej kubitálnej vény mu bolo odobratých niekoľko transfúzií a vzoriek krvi.

Operačné odstránenie tumoru sme vykonali v lokálnej anestézii rezom v kožnej ryhe nad tumorom. Zistili sme, že tumor je intraluminálne vo v. mediana cubiti. Venu sme resekovali spolu s tumorom v dĺžke 6 cm. Po pozdĺžnom prestrihnutí vény sme konštatovali, že tumor bol intímne fixovaný na stenu vény. Na priereze mal slatinovitú konzistenciu, bledošedú farbu. Operačná rana sa zhojila per primam intentionem.

Histologické vyšetrenie vzhľadom na vzácnosť prípadu bolo konzultované doc. MUDr. M. Michalom, CSc., zo Šiklovho patologicko-anatomickeho ústavu FN Plzeň. Histologický nález: Prierez cievou, ktorej lumen je vyplnený vretenobunkovou proliferáciou (fibroblasty) s malou prímiesou lymfocytov. Jadrá fibroblastov sú

mierne nepravidelné, ale nie hyperchrómne s ojedinelým výskytom mitóz. Ide o intravaskulárnu nodulárnu fasciitídu, ktorá predstavuje vzácnu jednotku.

Dva roky po chirurgickom odstránení tumoru je pacient bez ťažkostí, bez znakov lokálnej recidívy a bez známok výskytu inde lokalizovaných podobných tumorózných lézií.

Diskusia

Nodulárna fasciitída a jej intravaskulárny variant sa môžu vyskytnúť v každom veku. Väčšina publikovaných kazuistík sú deti a mladší pacienti, bez rozdielu medzi pohlaviami. Veľké súborné štatistiky udávajú priemerný vek 40,5 roka (4, 5).

Klinicky sa nodulárna fasciitída prejavuje ako rýchlo rastúci tumor, ale niekedy je rast pomalší, trvá aj niekoľko mesiacov (7). V našom prípade pacient udával postupný nárast počas 3 mesiacov. Tumorózny infiltrát má priemer od niekoľkých milimetrov do až 10 cm (3, 7).

Tumor u nášho pacienta mal 7 mm. Vzhľadom na to, že pacient bol viacnásobným darcom krvi a tumor sa nachádzal vo v. mediana cubiti v mieste opakovaných vpichov, môžeme sa v súlade s literatúrou prikloniť k názoru, že **etiológiou fasciitídy** môže byť aj opakovaná trauma (3, 7, 9).

Intravaskulárna fasciitída, ktorá sa môže vyskytovať vo vénach aj artériách, je najpravdepodobnejšie léziou myofibroblastov, ktoré sú v stene systémových artérií a vén (4).

Diferenciálno-diagnostické problémy sa vyskytujú pri nodulárnej fasciitíde pravidelne. Presná histológia je však potrebná na rozpoznanie fasciitídy od sarkómu, aby sa zabránilo následným rozsiahlym, často mutilujúcim operačným výkonom. *Soule* (8) dokonca referoval o niekoľkých pacientoch s nodulárnou fasciitídou, ktorí boli radikálne operovaní či liečení rádioterapiou. Najčastejšou chybnou diagnózou je fibrosarkóm, ďalej nasleduje myxosarkóm a embryonálny rhabdomyosarkóm. V diferenciálnej diagnostike treba ešte spomenúť agresívnu fibromatózu, myositis proliferans a fibrózny histiocytóm (3, 9). Definitívne histologické vyšetrenie a stanovenie diagnózy intravaskulárnej nodulárnej fasciitídy si vyžaduje konzultáciu v referenčných centrách, ako to bolo aj v našom prípade.

Fasciitis nodularis je v zásade **benígne ochorenie**. Lokálna excízia pri povrchovej lokalizácii je metódou voľby. Hlbšie lokalizované tumorózne infiltráty vyžadujú rozsiahlejšiu lokálnu excíziu, najmä ak nie sú dobre ohraničené. V literatúre sa dokonca udáva ako adekvátna liečba aj parciálna excízia, lebo reziduálna nodulárna fasciitída môže po excízii spontánne regresovať. Tieto pozorovania podporujú koncepciu benígnej reaktívnej proliferácie fascie. Recidívy sú zriedkavé, vo veľkých súboroch sa uvádzajú do 1 % (9).

Záver

Naším príspevkom sme sa chceli podeliť s odbornou verejnosťou o zaujímavú klinickú diagnózu intravaskulárnej nodulárnej fasciitídy, ktorá sa prejavila ako tumorózna rezistencia

v kubitálnej oblasti po opakovaných odberoch transfúzií krvi u 30-ročného viacnásobného darcu. Tento raritný, benígny pseudosarkomatózny tumor spôsobuje diferenciálno-diagnostické problémy pri definitívnom histologickom spracovaní excidovaného tumoru. Lokálna excízia tumoróznej rezistencie je dostatočná pre jeho definitívne vyliečenie. Pri prehľade svetovej literatúry sme zistili v podstate identické problémy a utvrdili sme sa v správnosti nášho riešenia.

Literatúra: 1. *Konwaler, B.F., Keasbey, L., Kaplan, L.*: Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Clin Pathol*, 25, 1995, s. 241. 2. *Enzinger, F. M., Lattes, R., Torloni, H.*: Histologic typing of soft tissue tumors. Geneva, WHO 1969. 3. *Robertson, B., Roche, W., Shabb, B.*: Nodular fasciitis: A case report. *J Oral Maxillofac Surg*, 44, 1986, s. 236–239. 4. *Patchefsky, S. A., Enzinger, F. M.*: Intravascular fasciitis. A report of 17 cases. *Am J Surg Pathol*, 5, 1981, č. 1, s. 29–36. 5. *Kahn, M. A., Weathers, D. R., Johnson, D. M.*: Intravascular fasciitis: a case report of an intraoral location. *J Oral Pathol*, 16, 1987, č. 6, s. 303–306. 6. *Meister, P., Bückmann, F. W., Konrad, E.*: Nodular fasciitis. Analysis of 100 cases and review of the literature. *Pathol Res Pract*, 162, 1978, s. 133. 7. *Dahl, I., Jarlstedt, J.*: No-

dular fasciitis in the head and neck. *Acta Otolaryngol*, 90, 1980, s. 152–159. 8. *Soule, E. H., Minn, R.*: Proliferative (nodular) fasciitis. *Arch Pathol*, 73, 1962, s. 437. 9. *Freedmann, P. D., Lumerman, H.*: Intravascular fasciitis: Report of two cases and review of the literature. *Oral Surg*, 62, 1986, č. 5, s. 549–554.

Do redakcie došlo: 18. 12. 1997

Adresa autorov: P. B., Chirurgické oddelenie NsP, 984 01 Lučenec

P. Brunčák, K. Géč, V. Malček: Intravascular nodular fasciitis

The authors report upon a case of intravascular nodular fasciitis localized in v. mediana cubiti in a 30-year-old patient, multiple blood donor, who was successfully cured by local resection of the vein together with the intraluminally localized tumorous resistance. Although the disease is benign, various forms of sarcoma may be considered from the aspect of differential diagnostics. The definitive histological conclusion must be made on the basis of consultation with the reference department.

DETERMINANTY DĹŽKY PREŽITIA PO RESEKCII PEČENE PRE METASTÁZY KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU

Determinans of survival following hepatic resection for metastatic colorectal carcinoma

Bakalagos, E. A., Kim, J. A., Young, D. C., Martin, E. W.: *World J Surg*, 22, 1998, č. 4, s. 399–405

Resekcia pečene je v súčasnosti jedinou potenciálne kuratívnu liečbou pečňových metastáz kolorektálneho karcinómu. Autori z onkochirurgického centra Ohio (USA) v retrospektívnej štúdií 301 pacientov s 345 plánovanými resekciami pečene pre metastázy kolorektálneho karcinómu v r. 1978 – 1993 sa pokúsili identifikovať faktory, determinujúce dĺžku prežitia po operácii. Uskutočnili 245 resekcii jednej metastázy, 45 resekcii dvoch metastáz a 12 resekcii troch metastáz v pečeni. Výsledky: Celkový medián prežitia bol 20,6 mesiacov, operačná mortalita 1,1 %, celková morbidita 17,2 %, priemerná doba hospitalizácie bola 9 dní. Uni- a multivariačnou štatistickou analýzou zistili, že významné faktory, determinujúce dĺžku prežitia boli: a) distribúcia metastáz (unilokálna versus multilokálna $p = 0,0001$),

b) resekcia versus neresekcia ($p = 0,0001$), c) tumorneгатívne versus tumorpozitívne okraje resekcii ($p = 0,001$).

Po resekcii unilobárnej metastázy, s tumorneгатívnym okrajom resekcii, bolo 5-ročné prežitie v 29 % prípadoch, s mediánom prežitia 35 mesiacov. Osem resekovaných pacientov žije už vyše 7 rokov. Po resekcii bilobárnych metastáz bol medián prežitia signifikantne kratší (17,5 mesiacov). Ostatné faktory nemali vplyv na prežitie po resekcii pečene pre metastázy kolorektálneho karcinómu. Interval po primárnej resekcii kolorekta, štádium primárneho karcinómu kolorekta, veľkosť metastáz, krvná skupina, počet peroperačných transfúzií krvi

Černý

NEOAJUVANTNÁ CHEMORADIÁCIA EXTRAHEPATÁLNEHO CHOLANGIOKARCINÓMU

Neoadjuvant chemoradiation for extrahepatic cholangiocarcinoma

McMasters, K. M., Tuttle, T. M., Leach, S. T., Rich, T., Cleary, K. R., Curley, S.: *Amer J Surg*, 174, 1997, č. 6, s. 605–609

Autori z viacerých amerických centier v multicentrickej štúdií 91 pacientov s extrahepatálnym cholangiokarcinómom (51 neresekabilných a 40 resekovaných) zistili medián prežitia u resekovaných 22,2 mesiacov, kým u neresekovaných iba 10,7 mesiacov. Predoperačná chemoterapia pozostávala podávaním infúzií počas piatich dní 5-fluorouracilu v dávke 300 mg/deň + von-

kajšia rádioterapia perihilárna, resp. distálna na d. choledochus 1,8 Gy do celkovej dávky 45 - 54 Gy. Z výsledkov vyplynulo, že predoperačná chemorádioterapia je bezpečná, má výrazný protumorózny účinok a môže predĺžiť dobu prežitia po resekcii extrahepatálneho cholangiokarcinómu.

Černý