

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τόμος 7, (1):32-35, 2010

Με ικανοποίηση δημοσιεύουμε το άρθρο του καθ. U. Wollina που μας έστειλε διαβάζοντας το προηγούμενα άρθρα μας. Ο στόχος της συντακτικής επιτροπής για το περιεχόμενο αυτής της στήλης φαίνεται να επιτυγχάνεται. Περιμένουμε τα άρθρα σας.

Εκ μέρους της συντακτικής επιτροπής
Ζώνη Πολυζώνης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

UWE WOLLINA, MD¹

¹Professor of Dermatology
and Venereology/Allergology &
Environmental Medicine
Head of the Department
of Dermatology & Allergology,
Hospital Dresden-Friedrichstadt,
Academic Teaching Hospital of
the Technical University of Dresden,
Dresden, Germany

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ - ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΣ¹ ΠΟΛΥΖΩΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ²

¹Ιατρός

²Φοιτητής Ιατρικής

Αναφέρουμε την εμπειρία μας από ιατρικό κέντρο, με θεραπεία βλενωδούς ψευδοκύστης με erbium YAG laser. Η διαδικασία είναι λιγότερο επεμβατική από τη χειρουργική αφαίρεση, είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Με μία μόνο θεραπεία υπό τοπική αναισθησία επετεύχθηκε πλήρης ίαση σε ποσοστό 83,3%. Σε δύο ασθενείς με υποτροπή, μετά από δεύτερη θεραπεία με laser επιτεύχθηκε πλήρης ίαση.

Οι ψευδοκύστη των δακτύλων (Συν: βλενωδής κύστη των δακτύλων, μυξοειδής κύστη των δακτύλων, κύστη των ονύχων, νωτιαία κύστη, αρθρική κύστη κ.λπ.) είναι συνήθως καλοήθους όγκος, τραυματικής πιο συχνά αιτιολογίας.

Αυξάνει σε μέγεθος ραγδαία, μέχρι ένα μέγιστο μέγεθος. Εμφανίζεται συχνότερα στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών. Υπονύχιες ψευδοκύστες μπορεί να οδηγήσουν σε δευτερογενείς αλλοιώσεις των ονύχων και πληκτροδακτυλία. Όταν οι κύστες ραγούν, ρέει ένα παχύρρευστο υλικό. Η ιστολογική του εκτίμηση δεν δείχνει τοίχωμα κύστης, αλλά πυκνό συνδετικό ιστό που σχηματίζει μια βλενωδή μάζα με διάσπαρτους ινοβλάστες^{1,2}.

Οι θεραπευτικές επιλογές είναι βασικά χειρουργικές. Καθώς περίπου 60% των ψευδοκύσεων έχουν εν τω βάθει ρίζα, το ποσοστό υποτροπής είναι αρκετά υψηλό μετά από ελλιπή αφαίρεση³.

Η κλασική μέθοδος θεραπείας είναι χειρουργική. Μετά από υποδό-

ρια εκσκαφή του ογκιδίου και σύγκλιση με κρημνό τύπου Schrudde rotation, οδηγούμαστε σε πλήρη ίαση σε ποσοστό περίπου 94%¹. Η χρήση κρημνού τύπου bi-lobed (δίλοβου) έχει προταθεί από άηλους συγγραφείς που εξάγουν την ψευδοκύστη μαζί με το υποκείμενο δέρμα.

Σε μία γαλλική μελέτη μόνο ένας από τους 26 ασθενείς υποτροπίασε κατά τη μέση περίοδο παρακολούθησης 13,7 μηνών⁴, ενώ οι Blume et al. (2005) δεν παρατήρησαν καμία υποτροπή σε 15 ασθενείς με μέση περίοδο παρακολούθησης 4,6 χρόνων⁵. Όπως αναλύει ο Lawrence, η αφαίρεση του δέρματος δεν είναι απαραίτητη για να πετύχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στη μελέτη του επιτεύχθηκε πλήρης ίαση σε ποσοστό 92,3% με μέση περίοδο παρακολούθησης 8 μηνών⁶. Σε μικρότερους όγκους μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος Ποιλιζών (2009)⁷.

Λέξεις-κλειδιά: Βλεννώδης ψευδοκύστη, erbium-YAG-laser, χειρουργική εξαίρεση.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δώδεκα ασθενείς αναλύθηκαν, εννέα άντρες και μια γυναίκα. Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 31 μέχρι 56 χρονών. Εννέα ασθενείς προσήλθαν με όγκους στα δάκτυλα των ποδιών, τρεις με βλάβες στα δάκτυλα των χεριών. Όλοι είχαν μόνο από μία βλάβη. Τέσσερις είχαν ήδη θεραπευτεί χειρουργικά, αλλά οι κύστεις υποτροπίασαν.

Προεγχειρητικά χρησιμοποιήσαμε για μεγαλύτερους όγκους ένεση ξυλοκαΐνης (Xylocitin®, mibe Jena/Jenapharm, Jena, Germany) και για μικρότερους όγκους, διαμέτρου 5mm ή λιγότερο, τοπικά EMLA® cream (Astra Zeneca, Wedel, Germany).

Η θεραπεία έγινε με erbium:YAG laser (Dermablate MCL 29; Asclepion-Meditec Jena, Germany). Η διάμετρος εστίασης προσαρμόστηκε ανάλογα με τον ασθενή (1,6 ή 3mm). Η συχνότητα ήταν 8 Hz και η ενέργεια μεταξύ 800 και 1000 mJ, που είχε ως αποτέλεσμα πυκνότητα μεταξύ 11,3 και 49,7 J/cm². Η θεραπεία έγινε με αλληλεπικαλυπτόμενους παλμούς.

Μετά από πλήρη αφαίρεση χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός κορτικοστεροειδών και φουσιδικού οξέος (Fucicort® cream, Leo Pharma, Neu-Isenburg, Germany) για μερικές ημέρες. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν από 3 μέχρι 36 μήνες (με μέσο όρο 10 μήνες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία laser ήταν καλά ανεκτή, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές παρενέργειες. Η επούλωση των περιοχών ολοκληρώθηκε σε 12-14 μέρες, χωρίς να σημειωθεί σε καμία περίπτωση επιμόλυνση.

Σε όλους τους ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρης ίαση με μία και μοναδική θεραπεία laser, ενώ δύο ασθενείς με ψευδοκύστεις στα δάκτυλα των ποδιών παρουσίασαν πρώιμη υποτροπή μετά από 3 και 5 μήνες. Μετά από μια δεύτερη εφαρμογή του laser, επήλθε πλήρης ίαση χωρίς περαιτέρω υποτροπή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η χειρουργική μέθοδος αποτελούσε και αποτελεί το χρυσό κανόνα στην αντιμετώπιση των ψευδοκύστεων των ακροδακτύλων. Εναλλακτική και λιγότερο επεμβατική μέθοδος αποτελεί η αφαίρεση με laser. Το CO₂ laser χρησιμοποιείται για να εξαερώνει τις ψευδοκύστεις των δακτύλων των άκρων με ένα ποσοστό υποτροπής 2 στους 16 ασθενείς. Η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί σχετικά εύκολα και γρήγορα υπό τοπική αναισθησία^{8,9}. Από τη στιγμή που το CO₂ laser ενδέχεται να προκαλέσει παράπλευρη θερμική βλάβη με συνέπειες για τις παρακείμενες αρθρώσεις και τη ρίζα του όνυχος, αναπτύχθηκε και χρησιμοποιείται σήμερα πλέον ευρύτερα το erbium-YAG laser.

Το erbium-YAG laser αποτελεί χειρουργική - αφαιρετική μέθοδο θεραπείας με ακριβή και επιφανειακή απομάκρυνση του πάσχοντος ιστού, περιορισμένο ενδεχόμενο σχηματισμού ουλών, ταχύτερη επούλωση και μείωση του άλγους¹⁰ μετά την επέμβαση. Πλήρης ίαση επιτεύχθηκε στο 83% των ασθενών αυτής της σειράς, ενώ υποτροπές έχουν μέχρι σήμερα παρατηρηθεί μόνο στα δάκτυλα του άκρου ποδός. Εφόσον το τραύμα είναι η κύρια αιτία σχηματισμού των ψευδοκύστεων στα ακροδάκτυλα, η de novo εμφάνιση των ογκιδίων σε αυτούς τους ασθενείς είναι πιθανή¹¹. Ακόμη και σε περίπτωση υποτροπής, εύκολα μπορεί να εφαρμοστεί μία δεύτερη θεραπεία laser. Απαραίτητη κρίνεται και συστήνεται η συνεργασία με κατάλληλα εκπαιδευμένο ορθοπεδικό/ποδιάτρο, ώστε να αντιμετωπιστούν πιθανές δυσλειτουργίες του άκρου ποδός.

ABSTRACT

We report on a single centre experience with erbium:YAG laser treatment for digital mucoid pseu-



Εικόνα 1. Βλεννώδης ψευδοκύστη του 2ου δακτύλου του άκρου ποδός. α) Πριν τη θεραπεία. β) Μετά τη θεραπεία με erbium-YAG-laser.

docysts. The procedure is less invasive than surgery, it is safe and effective. A single treatment with local anesthesia achieved a complete cure in 83.3%. In the two patients with a relapse a second laser application achieved a complete cure.

Digital pseudocysts (Syn: digital mucoid cyst, digital myxoid cyst nail cyst, dorsal cyst, synovial cyst etc.) are not uncommon benign tumors, often of traumatic origin. The growth is rapid until a maximum has reached. Fingers and toes are mostly affected. Subungual pseudocysts may lead to secondary nail changes and clubbing. When the cysts is ruptured, viscous material escapes. Histological evaluation demonstrates not wall but compressed connective tissue bordering a mucoid mass with scanty fibroblastic cells^{1,2}.

Treatment options are primarily surgical. Since about 60% of digital pseudocysts show an articular perpendicle, recurrence rate is high after incomplete removal³.

The classic way of treatment is surgical removal after subcutaneous preparation of the tumor and closure with a Schrudde rotation flap that leads to complete cure in about 94%¹.

The use of a bi-lobed flap has been suggested by others who excised the pseudocyst together with the overlying skin. One of 26 patients relapsed during an average follow-up period of 13.7 months in a French study⁴ whereas Blume et al. (2005) observed no recurrence among 15 patients with an average follow-up of 4.6 years⁵. As shown by Lawrence, skin excision is not necessary to obtain favourable outcome. In his series complete cure was achieved in 92.3% with 8 months of follow-up⁶. In smaller tumors the method of Polizois

(2009) can be applied⁷.

Keywords: Digital mucoid pseudocyst, erbium-YAG-laser, surgical excision.

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Uwe Wollina, MD
Hospital Dresden-Friedrichstadt
E-mail: wollina-uw@khdf.de

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dockery GL. Diagnosis and treatment of digital mucoid cysts. *J Foot Ankle Surg* 1994; 33(4):326-333.
2. Karte K, Bocker T, Wollina U. Acquired clubbing of the great toe nail. Digital mucoid cyst (pseudocyst). *Arch Dermatol* 1996; 132(2):225, 228.
3. Rezzouk J, Durandea A. Nerve compression by mucoid pseudocysts: arguments favoring an articular cause in 23 patients [French]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2004; 90(2):143-146.
4. Blanc S, Candelier G, Bonnan J, Faure P. Use of a bilobed flap for the treatment of mucous cysts [French]. *Chir Main* 2004; 23(3):137-141.
5. Blume PA, Moore JC, Novicki DC. Digital mucoid cyst excision by using the bilobed flap technique and arthroplastic resection. *J Foot Ankle Surg* 2005; 44(1):44-48.
6. Lawrence C. Skin excision and osteophyte removal is not required in the surgical treatment of digital myxoid cysts. *Arch Dermatol* 2005; 141:1560-

- 1564.
7. Polizois Z, Polizois P, Stamatopoulos K. Mucous cyst of the finger. *Hellenic Dermatotomy* 2009; 6(2):123-126.
 8. Karrer S, Hohenleuthner U, Szeimies RM, Landthaler M. Treatment of digital mucous cysts with a carbon dioxide laser. *Acta Derm Venereol* 1999; 79(3):224-225.
 9. Huerter CJ, Wheeland RG, Bailin PL, Ratz JL. Treatment of digital myxoid cysts with carbon dioxide laser vaporization. *J Dermatol Surg Oncol* 1987; 13(7):723-727.
 10. Canaglia RJ. Erbium:YAG laser skin resurfacing. *Facial Plast Surg North Am* 2004; 12:373-377.
 11. Canaglia RJ. Erbium:YAG laser skin resurfacing. *Facial Plast Surg North Am* 2004; 12:373-377.
 12. Connolly M, De Berker DA. Multiple myxoid cysts secondary to occupation. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31(3):404-406.