

HEMANGİOMALAR

Dr. T.YÜKSEK*
Dr. A.ERSÖZ*
Dr. H.SOLAK*
Dr. M.YENİTERZİ*
Dr. O.YILMAZ**
Dr. C.ÖZPINAR***

SUMMARY

Between 1982 - 1987 9 patients with localised skin hemangiomas treated surgically is presented and results reviewed with literature.

ÖZET

1982-1987 yılları arasında cerrahi tedavi uyguladığımız, ciltte lokalize olmuş 9 hemangiomlu hasta takdim edilerek, sonuçlar literatür eşliğinde tartışıldı.

Kan damarlarının benign tümörlerinden olan hemangiomalar çoğunlukla konjenital olup, nadiren sonradan da gelişebilirler. Bütün benign tümörlerin %7'sini oluştururlar(8). Buldukları organda vasküler ihtiyaçlara cevap verme yönünde katılma başarısı göstermeyen damar oluşumlu bir kitle olarak tanımlanabilirler.

En fazla ciltte olmak üzere vücudun her yerinde lokalize olabilirler (1,8,9). Ancak bazen buldukları yer ve büyüklükleriyle, kozmotik, psikolojik ve fonksiyonel bozukluklara yol açabilirler.

Bazı sistem hemangiomları ile birlikte görülen yüzeysel kapiller hemangiomalar, değişik sendromlar olarak kaydedilmişlerdir.

Biz bu makalede ciltte lokalize olmuş, cerrahi yolla tedavi ettiğimiz hemangiom vakalarını topluca takdim edip, konuyla ilgili literatür verilerini özetledik.

* : S.Ü.Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri.

** : S.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

***: S.Ü.Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

■ S.Ü.Tıp Fak. Der. Cilt: 4, Sayı: 1, 1988

MATERYAL VE METOD

1982-1987 yılları arasında Anabilim Dalımıza tetkik ve tedavi amacıyla müracaat eden ciltte lokalize hemangiomlu vaka sayısı 18'dir. Bunların 10'u kadın, 8'i erkektir. Vakaların en küçüğü 1 yaşında, en büyüğü 56 yaşında olup, yaş ortalaması 11'1 dir. Polikliniğimize müracaat eden 18 hemangiomlu hastanın lokalize ve eksizyondan sonra basit "Z" plastisiyle tedavi edilebilecek lezyonu bulunan 9 vaka kliniğimize yatırıldı. Vakaların 7'si konjenital, 2'si akkiz idi. Diğer 9 vaka yaygın lezyonları sebebiyle cerrahi olarak inoperabl kabul edildiği için radyoterapi ve diğer tedavi metodlarından istifade edebileceği düşüncesiyle, bu imkanların bulunduğu merkezlere gönderildi. Hastalar bize tekrar müracaat etmedikleri için netice hakkında bilgi sahibi olmadık.

Hastaların bize müracaat sebeplerinin başında estetik ve ona bağlı psikolojik bozukluk gelmektedir. Daha sonra kama ve kitlenin oluşturduğu fonksiyonel engelleme gelmekteydi.

Serimizi oluşturan vakalarda lokalizasyon dağılımı sırasıyla şöyledir; boyun 3 vaka, interscapuler saha 2 vaka, sol uyluk ön yüzü 2 vaka, sol ön kol 1 vaka ve sağ popliteal fossa 1 vaka.

Hastalarda rutin kan ve idrar tetkikleri dışında başka ileri tetkik yapmadık.

Cerrahi tedavi uyguladığımız 9 vakada, lezyon cilt ve cilt altı dokularına münhasır idi. Yalnız bir vaka hariç diğer bütün vakalarımızda lezyon 3-5 ayrı dal halinde lokalizasyon normaline göre daha büyük çapta arteriel iştirak mevcuttu. Sol uyluk ön yüzünde lokalize olmuş ve iki ayrı kitle oluşturmuş hemangiomin operasyondan önceki görünümü ise Resim 2'dedir. 1 vakada olay tamamen yüzeysel venöz kaynaklıydı.

Hemangiom kitlesiyle birlikte olaya iştirak etmiş cilt parçasının eksizyonuyla oluşmuş defektler basit plastik teknikleriyle kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Eksizyon materyalinin histopatolojik tetkik neticelerine göre dağılımı; 6 vaka kapiller hemangiom, 3 vaka kavernöz hemangiom olarak rapor edilmiştir.

En eskisi 4 yıllık, en yenisi 1 yıllık bir süreyi geride bırakan vakalarımızın kontrollerinde nüks görmedik.



Resim 1: Sol uyluk lateralinde eksülsere olup, aktif kanamalı dev kitle oluşturmuş hemangiomun ameliyat öncesi görünümü.



Resim 2: Aynı hastaya ait hemangiom kitlesinin eksizyondan sonra makroskopik pies olarak görünümü.

TARTIŞMA

Hemangiomalar ister konjenital ister akkiz olsunlar histopatolojik olarak kapiller, kavernöz, epiteloid, derin yumuşak doku hemangiomaları ve granüloma pyojenikum gibi sınıflara ayrılabilir(6). Hemangiomalar, kapiller yatakta orijinini aldıkları yere göre de, 1-Afferent hemangiomalar (Büyüme özelliği var), 2-Efferent hemangiomalar (Durgun veya yavaş olarak büyüyenler), 3-Afferent-Efferent hemangiomalar (Devamlı büyüme özelliği var), olarak sınıflandırılmışlardır (5).

Çoğunluk itibariyle konjenital olarak hemangiomalar ciltte lokalize oldukları zaman hemen fark edilirler. Başlangıçta küçük bir yer işgal ederken zamanla büyüyüp-genişleyebilirler ve bir kitle oluşturabilirler. Çoğu zaman estetik açıdan kusur teşkil eden ciltteki bu lezyonlar psikolojik bozukluklara yol açabilirler. Bebeklerde ve henüz muhakeme özelliği olmayan çocuklarda psikolojik bozukluktan söz edilemez. Böyle çocukların ebeveynleri durumdan etkilenmektedirler. Bizim vakalarımızda da bu durum mevcuttu.

Aşırı derecede yüzeyelleşmiş hemangiomalar travmayla kolayca kanayıp, ülserleşebilirler veya enfekte olabilirler (1,5,7).

Eklemlere yakın lokalize olmuş cilt hemangioları kitle oluşturacak derecede büyükse hareketi engelleyebilirler.

Ciltte lokalize hemangiolarla ilave olarak gastro-intestinal sistemde de aynı lezyonlar bulunabilirler.Bu durumda Osler-Rendu sendromundan bahsedilir.

Ensefalo trigeminal angiomatozis durumunda Sturge-Weber sendromundan, ciltteki hemangiolarla birlikte alttaki yumuşak dokularda, kemikte hipertrofi ve vasküler malformasyonların bulunması durumunda da Klippel-Trenaunay sendromundan bahsedilir (6).

Yerleşim yerlerindeki yaygınlığın ve oluşturduğu kitlenin büyüklüğüne göre yutma güçlüğü, nefes darlığı, gastro-intestinal kanama, intrakranial basınç artımı semptomları, medüller bası semptomları, görme bozuklukları gibi çok geniş bir semptom spektrumuna sahiptirler.

Ciltte yerleşim gösterenleri bazen keratotik verriköz bir özellik kazanabilirler. Bunlara keratotit hemangioma, verriköz hemangioma, angiokeratoma gibi isimler verilmiştir (4).

Ciltte yerleşmiş hemangiomaların teşhisleri kolaydır. Fakat vücut içi çeşitli sistem ve organlarda yerleşmiş hemangiomaların teşhisi güçlük arzeder (3,5,9).

Gastro-intestinal sistem ve ürogenital sistemlerin sebebi izah edilemeyen kanamalarında ciltte de hemangiom mevcutsa altta yatan sebebin o sistemleri tutan bir hemangiom olması ihtimal dahilindedir(3).

Ciltte lokalize, herhangi bir üfürüm, thrill, pulsasyon, ekspansiyon bulgusu vermeyen hemangiomlar için anjiografik inceleme yapılmayabilir. Ama bu bulguların biri veya birkaçının mevcudiyetinde o bölgeye komşu ana arterlerin anjiografik incelemelerinin yapılmasının önemi büyüktür. Anjiografi ile hemangiomun arteriel bağlantıları, komşu dokulara yaygınlığı gibi tedavide büyük öneme sahip özellikleri hakkında bilgi sahibi olunur (2,9). Biz vakalarımızın hiç birinde yukarıda sayılan özellikleri tesbit etmediğimiz gibi anjiografik inceleme yapmadık.

Hemangiomların tedavisinde değişik yöntemler kullanılmaktadır. Yeni doğanların ciltlerindeki hemangiomlar(Juvenil hemangiom) ilk birkaç ayda hızlı olarak büyürler, çocuk 1-3 yaşına geldiği zaman solmaya başlarlar ve vakaların %80'inde 5 yaş civarında tamamiyle gerileyip, iyileşirler(7). Bu dönemde gerileme ve iyileşmeyi hızlandırmak için steroid tedavisini tavsiye edenler vardır (6). Ciltte yerleşmiş lokalize hemangiomların tedavisinde seçilecek en uygun tedavi şekli cerrahi eksizyondur. Bu esnada oluşması muhtemel kanamaların kontrolü mümkünse proksimalden turnike koymak veya o bölgeyi besleyen arterin preparasyonu ve askıya alınmasıyla kolayca sağlanabilir (9). Ancak yaygın gelişmiş arteriel kollaterallerin mevcudiyetinde problem oluşturabilirler. Fakat bu durum oldukça nadirdir. Böyle durumlarda operasyondan önce trombin-Gelfoam solüsyonu hemangiomlu bölgeyi besleyen arterler kanüle edilerek, enjekte edilir.Partiküller multipl emboliler yaparak lezyonun hacmini küçültür. Aynı zamanda operasyon esnasında daha az kanama olur(5).

Yaygın lokalizasyonlu vakalarda veya lokalize hemangioma sahip olupta cerrahi tedaviyi kabul etmeyen vakalarda diğer yöntemler kullanılır. Cerrahi dışı bu yöntemler;

1. Radyasyon tedavisi (External radyoterapi veya radyum)
2. Lezyonun içine sklerozan madde enjeksiyonu
3. CO₂ karı ile dondurma
4. Kriyoterapi ve Kompresyon
5. Laserle tedavidir.

Biz bu son sayılan 5 yöntemin hiçbirini kullanmadık. Cerrahi tedavi uygulayamadığımız vakalarımıza bu metodların biriyle tedavi olmalarını tavsiye ederek, bu işin yapıldığı merkezlere gönderdik. Vakalar bize tekrar müracaat etmedikleri için neticelerinin ne olduğunu bilemiyoruz.

Uygun ve yeterli tedaviden sonra hastaların semptom ve bulgularının prognozu oldukça iyidir. Bizim hastalarımızda estetik, psişik ve fonksiyonel kısmi engelleme gibi semptom ve bulguların tamamı iyileşmiş olup, kontrollerde nüks görülmemiştir.

LİTERATÜR

1. AKYÜZ, N., KOÇAK, H.: Dişeti Hemangiomu. Türk Patoloji Dergisi. 3-1: 31-35, 1987.
2. BOXT, L.W., LEVIN, D.C., FELLOWS, K.E.: Direct Puncture Angiography in Congenital Venous Malformations. AJR 140: 135-136, 1983.
3. BROWNE, A.F., KATZ, S., MISER, J., BOLES, E.T.: Blue Rubber Bleb Nevi as a Cause of Intussusception. Journal of Pediatric Surgery, 18:1, 7-9, 1983.
4. CRUCES, M.J., DE LA TORRE, C.: Multipl Eruptive Verrucous Hemangiomas: A variant of Multipl Hemangiomastosis Dermatologica, 171: 106-111, 1985.
5. EDGENTON, M.T.: Vasculer Hamartomas and Hemangiomas: Classification and Treatment. Southern Medical Journal 75:12, 1541-1547, 1982.
6. ENZİNGER, F.M., and WEISS, S.W.: Soft Tissue Tumors. St. Louis, C.V. Mosby Co., 1983, pp.379-501.
7. MAC COLLUM, D.W., and MARTIN, L.W.: Hemangioma in infancy and childhood. A report based on 6479 cases. Surg. Clin. North Am. 36: 1647, 1957.
8. ROBBINS, S.L., COTRAN, R.S., KUMAR, V.: Pathologic Basis of Disease. W.B. Saunders Co., 1984, pp. 539, 1268.
9. YAYCIOĞLU, A., ARIBAL, D., TATLICIOĞLU, E.: Cerrahi Damar Hastalıkları. Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1984, sayfa: 439.