

OCENA WYNIKÓW PROSTEGO WYCIĘCIA CHIRURGICZNEGO ZMIAN SKÓRNYCH U DZIECI

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL EXCISION OF SKIN LESIONS IN CHILDREN

Adrian Masłoń, Dorota Zaremba, Jerzy Niedzielski

Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Instytutu Pediatrii UM w Łodzi

Streszczenie: **Cel:** Ocena wyników leczenia zmian skórnych u dzieci metodą prostego wycięcia chirurgicznego. **Materiał i metody:** 290 dzieci (145 chłopców i 145 dziewcząt) w wieku od 1 miesiąca do 17 lat, leczonych w latach 2000-2002. U 156 pacjentów usunięto znamiona, u 134 inną zmianę skórą. Badanie kontrolne przeprowadzono u 67 pacjentów (34 chłopców, 33 dziewcząt), w wieku od 0,5 do 16 lat, leczonych w 2002 r. Grupa I: 42 pacjentów po usunięciu 55 znamion; grupa II – 25 pacjentów po usunięciu 26 innych zmian skórnych. **Wyniki:** Znamiona zlokalizowane były: na głowie i szyi – 17%, tułowiu – 66%, kończynach – 17%. Pozostałe zmiany skórne znajdowały się na: głowie i szyi – 39%, tułowiu – 30%, kończynach – 31%. Wszystkie usunięte zmiany oceniono histopatologicznie jako łagodne. Grupa I: obiektywna ocena wyniku leczenia: bardzo dobry – 1 pacjent (1,8%), dobry – 8 (14,6%), zadowolający – 12 (21,8%), niezadowolający – 34 (61,8%); subiektywna ocena: bardzo dobry – 6 pacjentów (10,9%), dobry – 16 (29,1%), zadowolający – 18 (32,7%), niezadowolający – 15 (27,3%). Grupa II; obiektywna ocena: bardzo dobry – 2 (7,7%), dobry – 7 (27%), zadowolający – 5 (19,2%), niezadowolający – 12 (46,1%); subiektywna ocena: bardzo dobry – 7 (27%), dobry – 9 (34,6%), zadowolający – 7 (27%), niezadowolający – 3 (11,5%). **Wnioski:** Znamiona zlokalizowane były najczęściej na tułowiu, pozostałe zmiany skórne na głowie i szyi. Dominowały znamiona złożone i naczylniaki. U ponad połowy dzieci wynik leczenia oceniono jako niezadowolający. Blizny o niezadowolającym wyglądzie zlokalizowane na tułowiu, występowały w obu grupach zamiennie częściej niż ocenione pozytywnie. Z uwagi na powyższe, należy w opinii autorów rozważyć w części pacjentów zastosowanie alternatywnych metod leczenia, tj.: laseroterapii, dermabrazji, krioterapii lub przyżegania.

Słowa kluczowe: zmiany skórne, znamiona, naczylniaki, proste wycięcie chirurgiczne, dzieci

Abstract: **Aim of the study:** Evaluation of the results of surgical excision of skin lesions in children. **Material and methods:** 290 children (145 boys and 145 girls), aged 1 month to 17 years underwent surgery in the years 2000-2003. Naevus was removed in 156 patients, and other skin lesions in 134 children. 67 patients (34 boys and 33 girls), aged 0.5 to 16 years, treated in 2002, were examined. Group I: 42 children after excision of 55 naevi; group II: 25 patients after removal of 26 other skin lesions. **Results:** Naevi were localized on: head and neck - 17%, trunk - 66%, extremities - 17%. Other lesions: head and neck - 39%, trunk - 30%, extremities - 31%. All removed skin lesions were evaluated histopathologically as benign. Group I: objective evaluation of surgery results: very good - 1 (1,8%), good - 8 (14,6%), satisfactory - 12 (21,8%), nonsatisfactory - 34 (61,8%); subjective evaluation: very good - 6 (10,9%), good - 16 (29,1%), satisfactory - 18 (32,7%), nonsatisfactory - 15 (27,3%). Group II; objective evaluation: very good - 2 (7,7%), good - 7 (27%), satisfactory - 5 (19,2%), nonsatisfactory - 12 (46,1%); subjective evaluation: very good - 7 (27%), good - 9 (34,6%), satisfactory - 7 (27%), nonsatisfactory - 3 (11,5%). **Conclusions:** The most common site of naevi was the trunk, and the head and neck for other skin lesions. The most frequent were complex naevi and haemangiomas. In more than half of children the result of surgical excision was nonsatisfactory. The nonsatisfactory scars localized on the trunk were significantly more frequent in both groups than good-looking ones. Because of the above, in authors' opinion, other methods such as kriotherapy, laser or dermabrasion, or electric cautery should be considered in a number of patients as alternative treatment.

Key words: skin lesions, naevus, haemangioma, surgical excision, children

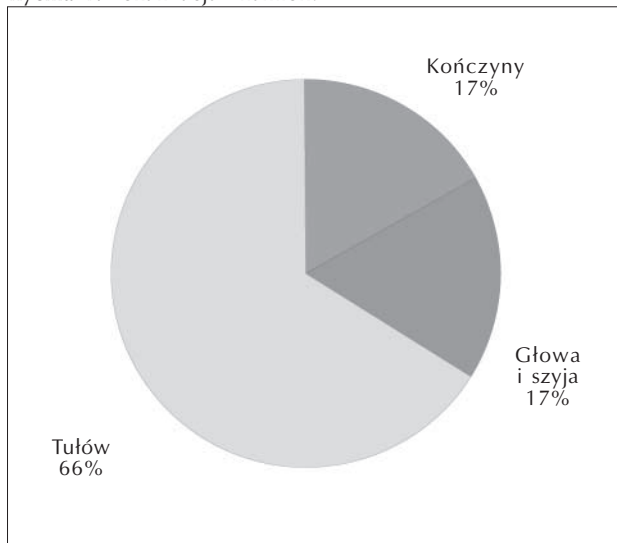
Wstęp

Skóra ludzka jest narządem, w którym umiejscawiają się liczne anomalie rozwojowe i nowotwory. Wśród najczęstszych wymienić należy rozrosty melanocytarne, anomalie

nacyniowe i zmiany wywodzące się z tkanki łącznej i tłuszczowej. Z oczywistych powodów są one szybko zauważane i stają się często przedmiotem konsultacji chirurgicznej.

Znamiona barwnikowe są najczęstszymi nowotworami łagodnymi skóry (1). Występują u ok. 1% wszystkich nowo-

Rycina 1. Lokalizacja znamion.



rodków, lecz zarówno częstość występowania, jak i liczba zmian rośnie wraz z wiekiem (2). Przeciwną tendencję wykazują anomalie naczyniowe, szczególnie - najczęstsze w tej grupie – naczyńki. W okresie okołoporodowym występują one sporadycznie, ale już pod koniec pierwszego miesiąca życia dotyczą 1-2,6%, a według niektórych autorów nawet 10% populacji. Po tym okresie następuje ich inwolucja - do 2 r.ż. zanika ok. 25% naczynek, do 4 r.ż. - ok. 50%, a do okresu pokwitania - ok. 95% zmian (3, 4).

Wskazania do usunięcia zmian skórnych można podzielić na obiektywne i subiektywne. Do subiektywnych należą przede wszystkim odczucia estetyczne pacjenta związane z lokalizacją zmiany w widocznej okolicy ciała. Wskazania obiektywne, to w przypadku znamion barwnikowych, ryzyko rozwoju czerniaka (skala MMRISK, ABCDE i Glasgow), mechaniczne drażnienie zmiany w związku z jej umiejscowieniem (pacha, pachwina, szyja itp.), a u pacjentów z naczyńkami: szybki wzrost zmiany, krwawienie i ból. W przypadku innych zmian (guzzków) zlokalizowanych w skórze i tkance podskórnej istnieją obiektywne wskazania do ich usunięcia i oceny histopatologicznej.

Autorzy podjęli próbę oceny wyników leczenia znamion i innych zmian skórnych u dzieci metodą prostego wycięcia chirurgicznego i porównania ich z subiektywną oceną pacjenta lub jego rodziców.

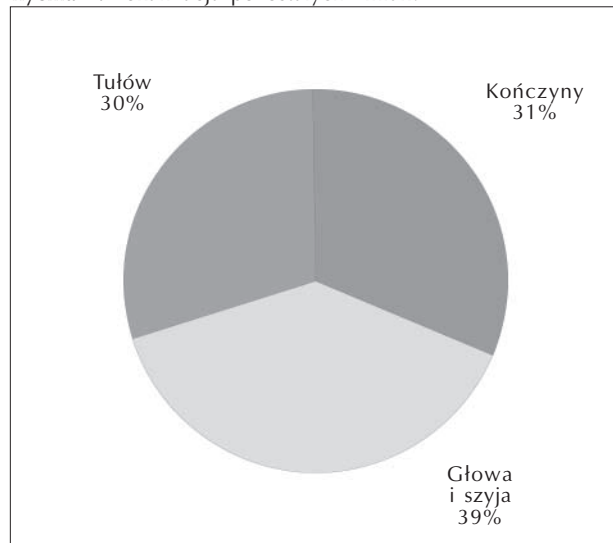
Materiał i metody

W latach 2000-2002 w Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej UM w Łodzi leczono 290 dzieci (145 chłopców i 145

Tabela 1. Zestawienie wyników badań histopatologicznych usuniętych znamion.

Rozpoznanie histopatologiczne	dziewczeta	chłopcy	razem
znamie barwnikowe złożone	39	55	94 (47,5%)
znamie barwnikowe typu skórnoego	27	33	60 (30,3%)
znamie typu neuronaevus	11	3	14 (7,1%)
znamie barwnikowe typu naskórkowego	3	6	9 (4,6%)
znamie barwnikowe brodawkowe	3	3	6 (3%)
znamie Suttona	1	4	5 (2,5%)
znamie barwnikowe wrzecionowatokomórkowe (Spitz)	1	3	4 (2%)
znamie łojowe	2	1	3 (1,5%)
znamie dysplastyczne	2	0	2 (1%)
plama barwnikowa	1	0	1 (0,5)
Razem	90	108	198
Liczba dzieci	76	78	154

Rycina 2. Lokalizacja pozostałych zmian.



dziewczynek) w wieku od 1 miesiąca do 17 lat (średni wiek 10,4 roku). U 156 pacjentów usunięto znamie lub znamiona, u 134 pacjentów - inną zmianę skórną.

U wszystkich badanych poddano analizie rozpoznania histopatologiczne usuniętych zmian. Spośród 129 dzieci leczonych w 2002 roku, do badań kontrolnych zgłosiło się 66 pacjentów - 29 dziewcząt (43,9%) i 37 chłopców (56,1%), w wieku od pół roku do 16 lat (średni wiek 12 lat). W tej grupie badanych, u 41 dzieci usunięto łącznie 55 znamion (grupa I), a u 25 pozostałych, łącznie 26 innych zmian skórnych (grupa II). Grupę I stanowiło 18 dziewczynek (22 znamiona) i 23 chłopców (33 znamiona), grupę II - 11 dziewczynek (11 zmian skórnych) i 14 chłopców (15 zmian skórnych).

W analizie brano pod uwagę: płeć, wiek pacjenta w momencie pojawienia się zmiany i w momencie zabiegu, lokalizację, wielkość i typ zmiany, wygląd blizny pooperacyjnej (szerokość, wysokość, długość, konsystencję, kolor, obecność śladów po szwach), dolegliwości związane z obecnością zmiany i blizny, a także subiektywną ocenę wyniku estetycznego operacji.

Otrzymane wyniki badań porównano stosując test różnic wskaźnika struktury na poziomie istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki

Lokalizację zmian skórnych u wszystkich dzieci leczonych w latach 2000-2002 przedstawiono na rycinach 1 i 2.

Znamiona najczęściej zlokalizowane były na tułowiu (66,2%), zaś inne zmiany skórne na głowie i szyi (39,4%).

Analizę wyników badania histopatologicznego zmian skórnych usuniętych u 283 dzieci przedstawiono w tabelach 1 i 2. Z przyczyn obiektywnych nie zdołano dotrzeć do wyników badań 7 dzieci.

U dzieci, które zgłosiły się na badanie kontrolne, w grupie I znamiona były najczęściej zlokalizowane na tułowiu (39 - 71%), rzadziej w obrębie głowy i szyi (9 - 16%) oraz kończyn (7 - 13%). W grupie II inne zmiany skórne umiejscowione były na głowie i szyi (12 - 46%), na tułowiu (8 - 31%) i na kończynach (6 - 23%).

Z wywiadu zebranego od rodziców pacjentów wynikało, że większość znamion- 63,6% (35 zmian) pojawiło się przed 2 r.ż., 23,6% (13 znamion) pomiędzy 2 a 5 r.ż., pomiędzy 6 a 10 r.ż. - 5,5% (3 znamiona), a po 10 r.ż. - 7,3% (4 znamiona). W grupie II przeważały zmiany powstałe po 10 r.ż. - 34,6% (9 zmian), zmiany powstałe przed 2 r.ż. stanowiły 19,2% (5 zmian skórnych), a powstałe - między 2 a 5 r.ż. - jak i między 5 a 10 r.ż. - 23,1% każde (po 6 zmian skórnych).

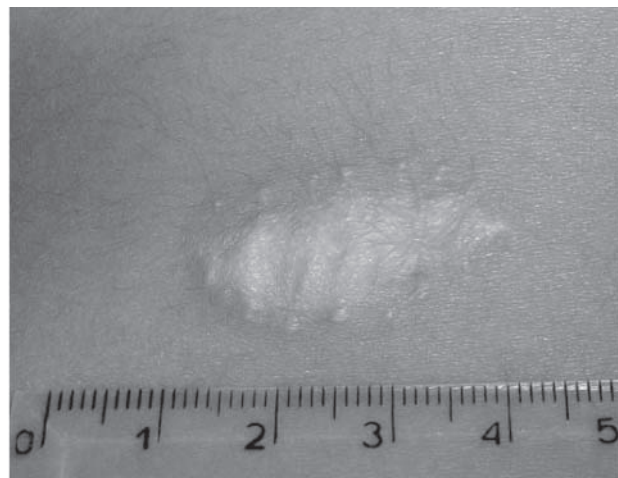
Tabela 2. Zestawienie wyników badań histopatologicznych pozostałych zmian skórnych.

Rozpoznanie histopatologiczne dziewczęta chłopcy razem			
naczyniak krwionośny lub limfatyczny	15	14	29 (20,4%)
włókniak	8	15	23 (16,2%)
guz macierzy włosowej	9	11	20 (14,1%)
torbiel naskórkowa	8	8	16 (11,3%)
ziarniniak	5	7	12 (8,5%)
keratopapilloma	6	5	11 (7,8%)
kaszak	6	2	8 (5,6%)
tłuszczak	2	3	5 (3,5%)
brodawczak płaskonabłonkowy	2	2	4 (2,8%)
brodawka łojotokowa	1	0	1 (0,7%)
rogowiak kolczystokomórkowy	0	1	1 (0,7%)
tkanka prawidłowa	2	0	2 (1,4%)
inne (angiomyxoma, hamartoma, guzek reumatoidalny, histiocytoma, keloid, kolagenoza)	7	3	10 (7,0%)
Razem	71	71	142
Liczba dzieci	66	63	129

Wiadomo również, że pacjentom z grupy I usuwano najczęściej znamiona o największym wymiarze do 5 mm (26 znamion - 47,3%), znamiona wielkości od 6 do 10 mm stanowiły 36,4% (20 zmian), a powyżej 10 mm - 16,3% (9 zmian). W grupie II najczęściej usuwano zmiany skórne o największym wymiarze pomiędzy 6 a 10 mm - 42,3% (11 zmian), zmiany do 5 mm stanowiły 34,6% (9 zmian), a powyżej 10 mm - 23,1% (6 zmian). Najczęstszą przyczyną zgłoszenia się do lekarza było powiększanie się zmiany - w grupie I dotyczyło to 70,9% znamion, a w grupie II - 76,9% zmian. Innymi niepokojącymi objawami były: ból (odpowiednio 18,2% i 26,9%), zmiana barwy (16,4% vs. 11,5%), rzadziej krwawienie (10,9% vs. 19,2%), pieczenie lub swędzenie (9,1% vs. 11,5%). Trzech pacjentów ze znamionami zostało skierowanych do chirurga przez lekarzy innej specjalności (brak objawów niepokojących pacjenta).

Zgłaszane przez pacjentów dolegliwości były średnio lub mało nasilone. W ponad połowie przypadków (grupa I - 56,4%, grupa II - 57,7%) występował tylko jeden objaw, dwa objawy - odpowiednio w 27,3% i 30,8% przypadków, trzy objawy - w 7,3% i 3,8% przypadków, a cztery niepokojące objawy - w 3,6% i 7,7% przypadków.

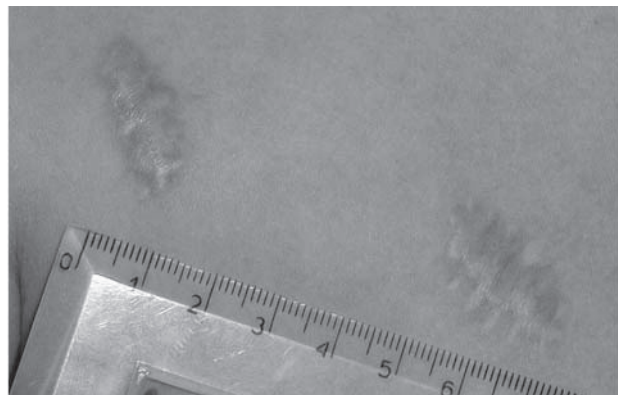
W celu dokonania obiektywnej oceny wyglądu blizn po zabiegach usunięcia zmian, autorzy posłużyli się oryginalną skalą punktową: szerokość blizny 0 - 2 punkty, kolor blizny 0 - 2 punkty, wypuklenie lub zagłębienie blizny (w mm) 0 - 1

Rycina 3. Dobry efekt kosmetyczny zabiegu usunięcia znamienia o ϕ 4 mm metodą prostego wycięcia chirurgicznego - blizna na granicy tułowia i szyi u 12-letniego chłopca w 9 miesięcy po zabiegu.**Rycina 4.** Niezadowolający wynik kosmetyczny zabiegu usunięcia włókniaka o ϕ 6 mm metodą prostego wycięcia chirurgicznego u 14-letniej dziewczynki. Blizna na plecach 10 miesięcy po zabiegu.

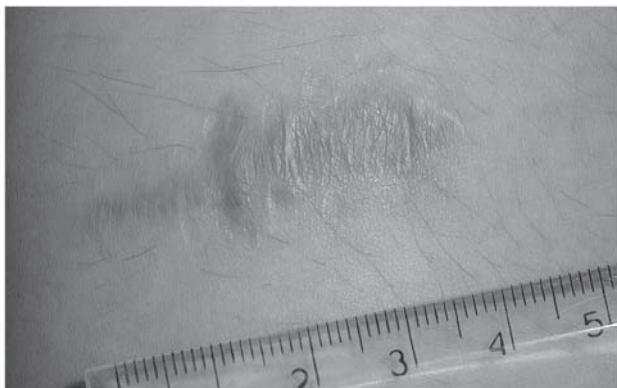
punkt, obecność śladów po szwach 0 - 1 punkt. Ocena zależna była od sumy punktów: bardzo dobra - 6 pkt, 4 - 5 dobra, 3 - zadowolająca (oceny pozytywne), 0 - 2 - niezadowolająca.

W obu grupach dominowały oceny niezadowolające; w grupie I - 61,8% (34 blizny), w grupie II - 46,1% (12 blizn). Jako wynik bardzo dobry oceniono jedną bliznę w grupie I (1,8%) i dwie w grupie II (7,7%). Dobry wynik dotyczył 7 blizn pacjentów z grupy II (27%) i 8 (14,6%) z grupy I (ryc. 3), a zadowolający 12 blizn z grupy I (21,8%) i 5 z grupy II (19,2%). W grupie I zaobserwowano znamienne statystycznie ($p < 0,05$) przewagę ocen niezadowolających nad pozostałymi ocenami. W grupie II różnica nie była istotna statystycznie.

Autorzy dokonali również analizy wyglądu blizny w zależności od lokalizacji. Blizny po zmianach wyciętych na tułowiu ocenione jako niezadowolające stanowiły w grupie I - 69,2% (27 blizn), a w grupie II - 75% (6 blizn) (ryc. 4, 5). W tej lokalizacji blizny o niezadowolającym wyglądzie występowały ze znamienne wyższą częstością ($p < 0,05$), niż te ocenione pozytywnie, zarówno w grupie I, jak i II. U pacjentów z grupy II blizny zlokalizowane na tułowiu oceniane były jako niezadowolające znamienne częściej od tych umiejscowionych na głowie, szyi i kończynach (ryc. 6). W grupie I nie stwierdzono takiej zależności. Oceny pozytywne blizn zlokalizowanych na głowie, szyi i kończynach u pacjentów z grupy II przyznawane były istotnie częściej niż oceny niezadowolające. Szczegółowe dane zawiera tabela 3.

Rycina 5. Niezadowolający wynik zabiegu usunięcia metodą prostego wycięcia chirurgicznego dwóch znamion barwnikowych o ϕ 3 i 4 mm u 7-letniej dziewczynki. Blizny na brzuchu 10 miesięcy po zabiegu.

Rycina 6. Niezadowolający wynik kosmetyczny zabiegu usunięcia znamienia o ϕ 5 mm metodą prostego wycięcia chirurgicznego u 14-letniego chłopca w 7 miesięcy po zabiegu – blizna na kończynach dolnych.



Przeprowadzono również analizę wyników w obu grupach łącznie. Nie stwierdzono istotnych różnic między częstością ocen niezadowolających i pozytywnych. Blizny kosmetycznie niezadowolające zlokalizowane były na tułowiu istotnie częściej niż na głowie, szyi i kończynach. Nie stwierdzono takiej różnicy w lokalizacjach na głowie i szyi i kończynach. Blizny zlokalizowane na tułowiu statystycznie częściej oceniane były jako niezadowolające w porównaniu z ocenami pozytywnymi. Blizny na głowie i szyi istotnie częściej oceniane były pozytywnie. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy częstością ocen niezadowolających i pozytywnych blizn umiejscowionych na kończynach.

W celu zweryfikowania obiektywnej oceny wyników leczenia, autorzy poprosili o ocenę blizny przez pacjenta lub jego rodziców. W obu grupach dominowały oceny pozytywne - w grupie I ocena zadowolająca u 32,7% (18 blizn), w grupie II dobra u 34,6% badanych (9 blizn). Wyniki niezadowolające stanowiły odpowiednio 27,3% (15 blizn) i 11,5% przypadków (3 blizny). Dane szczegółowe zawiera tabela 4.

Autorzy zbadali również zgodność oceny obiektywnej i subiektywnej wyniku kosmetycznego operacji. Rodzice lub sami pacjenci w 55,6% (45 blizn) przypadków ocenili ten efekt jako lepszy, w 7,8% (7 blizn) jako gorszy, w pozostałych przypadkach oceny były zgodne. Znamienne statystycznie częściej niż autorzy pracy ($p < 0,05$), rodzice przyznawali oceny pozytywne, zarówno w grupie I, jak i II.

Dyskusja

Proste wycięcie chirurgiczne zmiany skórnej jest tradycyjną, powszechnie stosowaną i akceptowaną metodą jej usunięcia. Wśród zalet tej metody należy wymienić jej dostępność oraz możliwość kontroli histopatologicznej wyciętej tkanki. Jej dostępność związana jest z użyciem prostych narzędzi chirurgicznych i możliwością przeprowadzenia zabiegu w warunkach ambulatoryjnych.

W analizowanej grupie pacjentów usuwane znamiona zlo-

Tabela 3. Ocena wyglądu blizny po wycięciu zmiany skórnej.

Grupa I	bardzo dobry	dobry	zadawala-jący	niezadowalający
głowa i szyja	0	3 (f-0,33)	2 (f-0,22)	4 (f-0,44)
tułów	1 (f-0,02)	4 (f-0,10)	7 (f-0,18)	27 (f-0,7)
kończyny	0	1 (f-0,14)	3 (f-0,43)	3 (f-0,43)
Grupa II				
głowa i szyja	0	5 (f-0,42)	3 (f-0,25)	4 (f-0,33)
tułów	0	1 (f-0,13)	1 (f-0,13)	6 (f-0,75)
kończyny	2 (f-0,33)	1 (f-0,17)	1 (f-0,17)	2 (f-0,33)
Razem	3 (f-0,04)	15 (f-0,19)	17 (f-0,21)	46 (f-0,56)

Tabela 4. Subiektywna ocena efektu kosmetycznego zabiegu.

Grupa I	bardzo dobry	dobry	zadawala-jący	niezadowalający
głowa i szyja	0	5 (f-0,56)	0	4 (f-0,44)
tułów	4 (f-0,10)	8 (f-0,21)	18 (f-0,46)	9 (f-0,23)
kończyny	2 (f-0,29)	3 (f-0,43)	0	2 (f-0,29)
Grupa II				
głowa i szyja	4 (f-0,33)	4 (f-0,33)	2 (f-0,17)	2 (f-0,17)
tułów	1 (f-0,13)	3 (f-0,38)	3 (f-0,38)	1 (f-0,13)
kończyny	2 (f-0,33)	2 (f-0,33)	2 (f-0,33)	0
Razem	13 (f-0,16)	25 (f-0,31)	25 (f-0,31)	18 (f-0,22)

kalizowane były najczęściej na tułowiu, nieproporcjonalnie częściej niż wynikałoby to ze stosunku jego powierzchni do powierzchni całego ciała (ok. 36%) (5). Pozostałe zmiany skórne (nie znamiona) umiejscowione były najczęściej na stanowiących ok. 12% powierzchni ciała dziecka - głowie i szyi (39,4% zmian). Podobne obserwacje poczynił Wananukul, który badając grupę 197 dzieci stwierdził, że głowa i szyja są najczęstszym umiejscowieniem naczynek (65%) (6). Również w naszym materiale naczyńki dominowały wśród zmian usuwanych na głowie i szyi u pacjentów z grupy II.

W grupie I dominowały znamiona skórne złożone i typu skórnego, stanowiące łącznie ok. 3/4 przypadków. W bardziej zróżnicowanej histopatologicznie grupie II obok naczynek, najwięcej usunięto włókniaków i guzów macierzy włosowej - łącznie stanowiły one ponad połowę przypadków.

W wynikach badań histopatologicznych zmian skórnych usuwanych w ciągu trzech kolejnych lat nie stwierdzono żadnego nowotworu złośliwego skóry. Jedynie w dwóch przypadkach rozpoznano znamię dysplastyczne, będące etapem rozwoju łagodnego nowotworu melanocytarnego (1). Incydentalne występowanie czerniaka u dzieci potwierdzają liczne doniesienia (2, 7, 8). Czerniak stanowi ok. 1,2% wszystkich nowotworów złośliwych ludzi, z czego w populacji poniżej 20 r.ż. występuje 2% wszystkich przypadków czerniaka, a zaledwie 0,3-0,4% u dzieci przed okresem dojrzewania (1, 2). Najczęstszym punktem wyjścia czerniaka skóry u dzieci jest znamię wrodzone olbrzymie, rozpoznawane u 23,2% dzieci chorujących na czerniaka (7).

W badanej przez autorów grupie pacjentów ze znamionami, prawie połowę stanowiły zmiany do 5 mm, zaś znamiona o największym wymiarze - powyżej 10 mm stwierdzono zaledwie w 16,3% przypadków.

Biorąc pod uwagę wynik kosmetyczny po wycięciu zmian skórnych w badanej grupie pacjentów zdecydowanie przeważały oceny niezadowolające, w porównaniu z niewielkim odsetkiem ocen bardzo dobrych (56% vs. 4%). Najgorszy efekt niezależnie od rodzaju usuniętej zmiany uzyskano u pacjentów ze zmianami zlokalizowanymi na tułowiu (70% i 75%). Związane jest to prawdopodobnie z większymi niż w innych częściach ciała napięciami działającymi na skórę tułowia, co wynika z jej ruchomości i częstości wykonywania ruchów ekstremalnych. Przeciwnie, blizny zlokalizowane na głowie i szyi w jednej trzeciej przypadków oceniane były pozytywnie. Generalnie jednak, w żadnej lokalizacji zmian, odsetek ocen niezadowolających nie był niższy niż 33%.

Rodzice pacjentów ocenili wyniki kosmetyczne zabiegów bardziej liberalnie niż autorzy pracy. Dobrze i bardzo dobrze oceniono wygląd blizny prawie w połowie przypadków (w ocenie obiektywnej 23%). Ocena subiektywna uzależniona była przede wszystkim od zlokalizowania blizny w miejscach odsoniętych. W grupie I najwięcej ocen niezadowolających dotyczyło głowy i szyi (prawie połowa), a najmniej tułowia. Bardziej z efektu kosmetycznego zabiegu zadowoleni byli pacjenci po usunięciu zmian innych niż znamiona - ponad połowa z nich oceniła go dobrze i bardzo dobrze. Związane jest to, zgodnie z sugestią samych pacjen-

tów i ich rodziców, z psychologicznym efektem porównania wyglądu zmiany pierwotnej i blizny po jej usunięciu.

Większy odsetek zadowolonych pacjentów podają Kruk-Jeromin i wsp., którzy leczyli chirurgicznie 295 pacjentów ze skórnymi znamionami barwnikowymi. W zależności od wielkości i położenia znamienia stosowali wycięcie lub wycięcie z wolnym przeszczepem skóry. Dobre rezultaty uzyskali u 280 pacjentów, zadowolające i niezadowolające odpowiednio u 11 i 4 chorych (9).

Wyniki naszych badań wskazują na to, że efekty leczenia chirurgicznego zmian skórnych u dzieci i młodzieży są w znacznej części przypadków niezadowolające. Biorąc powyższe pod uwagę należy zdaniem autorów rozważyć możliwość leczenia alternatywnego, tj. laseroterapii, dermabrazji, krioterapii lub przyżegania. Zastosowanie tych metod wiąże się z założeniami z rezygnacją z możliwości histopatologicznej oceny usuniętych tkanek. W świetle uzyskanych wyników wydaje się, że niesie to ze sobą minimalne ryzyko przeoczenia nowotworu skóry, które w tej grupie wiekowej są prawdziwą kazuistyką. Potwierdziła to analiza wyników badań histopatologicznych zmian skórnych u dzieci i młodzieży leczonych na przestrzeni trzech lat, która nie wykazała rozpoznania nowotworu złośliwego skóry u żadnego pacjenta. Zabezpieczeniem przed przeoczeniem zmiany złośliwej mogłoby być w przypadku znamion barwnikowych skóry u dzieci, rozszerzenie diagnostyki „podejrzanych” znamion o dermatoskopię trzech kolorów. Czułość tej metody w wykrywaniu czerniaka sięga zdaniem MacKie i wsp. 92%, co pozwala również zmniejszyć liczbę usuwanych „profilaktycznie” łagodnych znamion o 50% (10). Warto również w tym miejscu przypomnieć, że roczne ryzyko transformacji złośliwej znamion u osób poniżej 40 roku życia, bez dodatkowych czynników ryzyka, wynosi zaledwie 0,0005% (8).

Odmianą od prostego wycięcia chirurgicznego metodę usuwania naczynek proponują Mulliken i wsp. Autorzy ci twierdzą, że określone wycięcie naczyńka z zamknięciem rany szwem typu purse-string daje bliźnię krótszą średnio o 72%, przy czym żadna inna metoda chirurgiczna nie pozostawia blizny o mniejszej powierzchni (11).

Dobre wyniki leczenia metodą dermabrazji podają Rompel i wsp., którzy usunęli przy jej pomocy znamiona wrodzone różnej wielkości u 215 pacjentów. Autorzy ci uzyskali dobry wynik kosmetyczny u większości pacjentów; w 14,6% przypadków po zabiegu powstała hipertroficzna blizna, ale końcowy efekt leczenia był zadowolający (12). Podobnie, dobre i bardzo dobre wyniki leczenia uzyskali Kaufman i wsp., stosując laseroterapię u 9 pacjentów z gruczolakiem łojowym twarzy. U żadnego pacjenta nie stwierdzono po zabiegu hiperpigmentacji ani bliznowacenia (13).

Podsumowując, wobec niezadowolających efektów kosmetycznych prostego wycięcia zmian skórnych, należy w opinii autorów rozważyć u części pacjentów zastosowanie omówionych metod alternatywnych, po przeprowadzeniu wstępnej kwalifikacji w oparciu o badanie kliniczne i badanie dermatoskopowe, przydatne zwłaszcza w różnicowaniu zmian barwnikowych z brodawkami łojotokowymi i zmianami naczyniowymi (10). Wyjątek stanowi grupa pacjentów obarczonych zespołem zwiększonego ryzyka zachorowania na czerniaka skóry (MMRISK), chociaż czynniki ryzyka takie jak: duża liczba znamion zwykłych, oparzenia słoneczne w dzieciństwie czy niemożność opalania zwiększają ryzyko rozwoju czerniaka w dorosłym życiu, a ich znaczenie dla rozwoju czerniaka u dzieci nie jest znane (2).

PIŚMIENNICTWO:

1. Biernat W. Skóra – rozrosty melanocytarne. W: Nowotwory – zarys patologii onkologicznej, red. R. Kordek, L. Woźniak, W. Biernat. Wydaw. Akademii Medycznej w Łodzi 2001, 248-251.
2. Ceballos P. I., Ruiz-Maldonado R., Mihm M. C. Melanoma in childhood. N. Eng. J. Med. 1995, 45 (9), 656-662.
3. Cohen W. Dermatologia okresu noworodkowego. W: Dermatologia dziecięca, red. B. A. Cohen, Wydaw. Czelej 1999, 13-61.
4. Przewratil P. Współczesne poglądy na temat skórnych anomalii naczyniowych. Prz. Pediatr. 1999, 29 (1), 22-27.
5. Rudowski W., Nasiłowski W., Ziętkiewicz W., Zientkiewicz K. Problem określenia rozległości oparzenia. W: Oparzenia jako problem badawczy i leczniczy, red. W. Rudowski, PZWL Warszawa 1984, 48-53.
6. Wanankul S. Clinical manifestation and management of hemangiomas of infancy. J. Med. Assoc. Thai. 2002, 85 (suppl.1), 280-285.
7. Bonifazi E., Bilancia L., Berloco A., Ciampo L., De Roma M. R. Malignant melanoma in children aged 0-12. Review of 289 cases of the literature. Eur. J. Pediatr. Dermatol. 2001, 11, 157-175.
8. Tsao H., Bevona C., Goggins W., Quinn T. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma: a population-based estimate. Arch. Dermatol. 2003, 139 (3), 282-288.
9. Kruk-Jeromin J., Lewandowicz E., Rykala J. Surgical treatment of pigmented melanocytic nevi depending upon their size and location. Acta. Chir. Plast. 1999, 41 (1), 20-24.
10. MacKie R. M., Fleming C., McMahon A. D., Jarrett P. The use of the dermatoscope to identify early melanoma using the three-colour test. Br. J. Dermatol. 2002, 146 (3), 481-484.
11. Mulliken J. B., Rogers G. F., Marler J. J. Circular excision of hemangioma and purse-string closure: the smallest possible scar. Plast. Reconstr. Surg. 2002, 15, 109 (5), 1544-1555.
12. Rompel R., Moser M., Petres J. Dermabrasion of congenital nevocellular nevi: experience in 215 patients. Dermatology. 1997, 194 (3), 261-267.
13. Kaufman A. J., Grekin R. C., Geisse J. K., Frieden I. J. Treatment of adenoma sebaceum with the copper vapor laser. J. Am. Acad. Dermatol. 1995, 33, 770-774.

Adres do korespondencji:

Dr hab. med. Jerzy Niedzielski
Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej
Instytut Pediatrii UM
ul. Śporna 36/50
91-738 Łódź
tel./fax: 0-42 617 77 05
e-mail: adian@mp.pl

