ŠIUOLAIKINIS GALVOS IR KAKLO SRITIES HEMANGIOMŲ GYDYMAS

Nora Šiupšinskienė^{1,2}, Agnė Pašvenskaitė², Sigutė Norkienė^{1,3}

¹Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Ausų, nosies ir gerklės ligų klinika,

³Klaipėdos jūrininkų ligoninė

Raktažodžiai: hemangioma, galva ir kaklas, konservatyvus gydymas, chirurginis gydymas, propranololis.

Santrauka

Hemangioma – tai dažniausiai pasireiškiantis nepiktybinis navikas galvos ir kaklo srityje. Iki šiolei pirmo pasirinkimo vaistas gydant šios srities hemangiomą buvo peroraliniai kortikosteroidai, tačiau nauji tyrimai pagrindžia β blokatorių veiksmingumą. Straipsnyje aptariami šiuolaikiniai galvos ir kaklo hemangiomų konservatyvaus gydymo principai bei intervencinės procedūros. Pristatomi dviejų suaugusių moterų, kurioms diagnozuotos hemangiomos ryklės bei liežuvio šaknies srityse, klinikiniai atvejai.

Išvadas

Hemangioma (HA) – tai kraujagyslinis nepiktybinis navikas, dažniausiai pasireiškiantis antrą - dešimtą gyvenimo savaitę 2,5 proc. naujagimių [1]. HA atsiranda dėl per greito kraujagyslių išvešėjimo, kuris neatitinka audinio ir organo vaskuliarizacijos poreikio ir nėra pateisinamas fiziologiškai. Dažniau HA pastebimos moterims (moterų ir vyrų santykis=2:1) [2].

Nors HA dažniausiai pasireiškia vaikams, jos gali atsirasti ir vyresniame amžiuje – paprastai vyresniems nei 40 metų pacientams [3]. HA, pasireiškiančios suaugusiems, yra mažesnės palyginus su vaikų, tačiau pasitaiko ir didelių, susitelkusių į grupes HA atvejų. Suaugusiųjų HA atsiradimo priežastis nėra aiški – keletas teorijų teigia genetinę kilmę ar HA atsiradimą dėl nuolat dirginančių cheminių medžiagų [3].

Iki šiolei nusistovėjusios ir vieningos HA klasifikacijos nėra. Klinikiniame darbe priimtinausia yra histologinė – susiformavimo klasifikacija, pagal kurią HA skirstomos į keletą kategorijų: 1) pagal kraujagyslinę sandarą - į kapiliarines, kavernines, arteriovenines; 2) pagal atsiradimo laiką - į įgimtas ir infantilines (1 lentelė) [4-7]. Infantilinė HA – tai

gerybinis navikas, kuris gali pranykti savaime. Skiriamos 3 infantilinės HA fazės: 1) darinio vešėjimo fazė, 2) tylioji fazė, 3) susiformavusio darinio fazė [4]. Paprastai infantilinė HA pasireiškia ne iškart – stebima greita jos vešėjimo fazė 1-2-ą ir 4-5-ą mėnesius po gimimo [4]. HA vešėjimas ankstyvosiose fazėse gali būti greitas ir nenusipėjamas, todėl nedelsiant pradėtas gydymas gali užkirsti kelią tolimesniam jos vystymuisi [5].

Šio darbo tikslas buvo atlikti mokslo literatūros, skirtos galvos ir kaklo srities hemangiomų gydymui, analizę ir aprašyti du klinikinį suaugusiųjų ryklės hemangiomų atvejus.

Galvos ir kaklo srities hemangiomų gydymo būdų apžvalga

Atsižvelgiant į HA dydį, susiformavimo vietą, komplikacijas, vystymosi fazę, išplitimą į šalia esančius organus ir psichologinius aspektus, parenkamas individualus gydymas. Pirmiausia taikomas aktyvus paciento sekimas ir konservatyvus gydymas, ir tik retais atvejais pirmo pasirinkimo gydymas yra chirurginis [8].

Konservatyvus gydymo būdai – kortikosteroidai ir β blokatoriai. Daugiau kaip 30 metų pirmo pasirinkimo vaistai HA gydyti buvo peroraliniai kortikosteroidai (KS), kurių efektyvumas būna iki 84 proc. [9]. Tyrimai rodo, kad geriamasis prednizolonas yra efektyvesnis nei metilprednizolonas [8]. Dažniausiai prednizolono skiriama gerti 3-5 mg/kg kas antrą rytą nuo 6 iki 8 savaitių; po to vaisto dozė palaipsniui mažinama dvi-tris savaites - iki visiško vaisto nutraukimo. Gydymas gali būti kartojamas dviem ar trimis ciklais su 4-6 savaitių pertraukomis [10]. Geriausi rezultatai stebimi gydant jaunesnius nei 6 mėnesių amžiaus vaikus – kuo vyresnis pacientas, tuo rezultatai prastesni [8].

Pirmą kartą efektyvus β blokatorių taikymas, gydant HA, aprašytas 2008 metais [11]. Tyrimai atskleidė, kad po nesėkmingo gydymo KS, stebimas efektyvus gydymas β blokatoriais - propranololiu [12]. Sanchez-Carpintero ir ben-

draaatoriai pateikia duomenis, kad, gydant segmentines HA propranololiu, gaunamas geresnis gydymo atsakas nei jas gydant KS [4]. Tačiau gydant židininės HA, propranololis ir KS, ypač jei KS taikomi injekcijomis, yra vienodai efektyvūs [4]. Mažoms, paviršinėms kūdikių HA gydyti gali būti vietiskai naudojami KS tepalai - 0,05 proc. klobetazolio propionatas [13].

Nauji moksliniai tyrimai parodė, kad, gydant propranololiu jauno amžiaus vaikų HA, labai geri rezultatai gaunami ir proliferacinėje, ir susiformavimo HA fazėse, kai tuo tarpu KS yra veiksmingi tik proliferacinėje fazėje [14-16]. Pateiktų

tyrimų duomenimis, gydymas propranololiu daugeliu atvejų yra veiksmingesnis nei gydymas KS, kai abu preparatai vartojami tiek pat laiko [14].

Geriamasis propranololis yra visiškai absorbuojamas ir aukščiausią koncentraciją kraujo plazmoje pasiekia po 1-2 valandų. Daugiau nei 90 proc. propranololio yra metabolizuojama kepenyse, o vaisto skilimo pusperiodis yra 3-6 valandos. Vaistą rekomenduojama vartoti kas 8 valandas [4]. Propranololis greitai pasiskirsto audiniuose, pasiekdamas aukštą koncentraciją plaučiuose, kepenyse, smegenyse, galvos ir kaklo srityje ir širdyje. Literatūroje pateikiama nemažai skirtingų propranololio dozavimo schemų, tačiau dažniausiai šis preparatas skiriamas 1-3 mg/kg per parą, dozę suvartojant per 3 kartus [12-21]. Propranololis vartojamas tol, kol gaunamas teigiamas gydymo rezultatas. Kadangi nėra paruoštos specialios geriamosios propranololio formos kūdikiams, vaistas gali būti ištirpinamas sirupe [4].

Sėkmingi geriamojo propranololio rezultatai leido daryti prielaidą, kad mažos, paviršinės hemangiomos gali būti gydomos šiuos vaistus naudojant vietiskai. Tyrimai parodė, kad 0,5 proc. timololio maleato tepalas naudojamas 2 kartus per dieną 5 savaites, reikšmingai sumažina HA dydį, standumą ir pigmentaciją [22].

Reikia atminti, kad pagrindinės - oficialios indikacijos propranololio vartojimui yra arterinė hipertenzija, krūtinės angina, ūmus miokardo infarktas, aritmijos, širdies nepakankamumas, padidėjusi skydliaukės veikla. Propranololis taip pat yra vartojamas nerimui mažinti, gydyti glaukomą ar migrenos profilaktikai [4].

Kadangi vaisto informaciniame lapelyje HA gydymas nėra nurodytas, pacientams reikia detalai paaiškinti apie vaisto efektyvumą ir saugumą. Taip pat būtina atminti, kad prieš pradedant HA gydymą propranololiu, būtina kardiologo konsultacija dėl vaisto vartojimo kontraindikacijų, galimo nepageidaujamo poveikio įvertinimo ir individualios dozotės parinkimo.

Propranololis yra kontraindikuotinas pacientams, turintiems antro ar trečio laipsnio atrioventrikulinę blokadą, progresuojantį ar nestabilų širdies nepakankamumą, bradikardiją, hipotenziją, sinusinio mazgo ligas bei astmą [4]. Tyrimais nustatyta, kad nepageidaujamas

1 lentelė. Hemangiomų klasifikacija [4-7]

Hemangiomos		
1) Pagal kraujagyslinę sandarą [4, 6]:	a) Kapiliarinės	Pagal išvaizdą: <ul style="list-style-type: none"> • Naujagimių - „braškinės“ • Suaugusiųjų – „vyšninės“. Tai amžinis pakitimas, pasireiškiantis ant liemens, galūnių, vėliau atsiranda veide kaip 1-5 mm skersmens vyšninis mazgelis. Pagal reljefą: <ul style="list-style-type: none"> • egzofitinės (smulkiai grublėtos, truputį iškilusios) • telangiektazinės (tankios, smulkios, išsiplėtusios, neiškilusios).
	b) Kaverninės	Apima dermą ir iš dalies paodį, esti kempinės struktūros, melsvai raudonos ar rudos spalvos. Paviršius yra lygus ar truputį gumbuotas dėl įvairaus didumo ertmių. Kaverninės HA būna asocijuotos su galvos bei nugaros smegenų, kaulų, kraujodaros organų patologija ir įeina į kelių sindromų sudėtį (<i>Phace</i> sindromas, <i>Kasabach Merrit</i> sindromas).
	c) Arterioveninės	Labai retos. Pagal tai, kokios kraujagyslės yra pažeistos, jos gali būti: <ul style="list-style-type: none"> • subliuškusios, lengvai suspaudžiamos (veninės) • kietos, elastingos, pulsuojančios (arterinės).
2) Pagal atsiradimo laiką [4, 7]:	a) Infantilinės HA:	<ul style="list-style-type: none"> • Židininės – aiškių ribų, dažniausiai ovalios formos, nesusijusios su raidos sutrikimais. • Segmentinės – užima placią anatomicę sritį, primena „žemėlapi“, susijusios su raidos sutrikimais. • Neapibrėžtos
	b) Įgimtos HA:	<ul style="list-style-type: none"> • Greitai susiformuojančios HA (angl. <i>RICH</i> (<i>rapid involuting congenital hemangioma</i>) - pasireiškia tik gimus kūdikiui ir palaipsniui didėja per kelis pirmuosius mėnesius. • Iškart susiformavusios HA (angl. <i>NICH</i> (<i>noninvoluting congenital hemangioma</i>) – pasireiškia iškart gimus kūdikiui ir nedidėja palaipsniui.

β blokatorių poveikis yra labai retas. Jis gali pasireikšti hipotenzija, bradikardija, staziniu širdies nepakankamumu, dusuliu, nuovargiu, miego sutrikimais (košmarai, nemiga), parestezijomis, pykinimu ir galvos svaigimu, depresija ir kitais psichologiniais sutrikimais, trombocitopenija, haliucinacijomis, alopecija, šaltomis galūnėmis [4]. Taip pat β blokatoriai gali sukelti hipoglikemiją, periferinių kraujagyslių vazokonstrikciją (*Raynaud* sindromą).

Atsižvelgiant į iki šiolei atliktų vaikų ir suaugusiųjų HA gydymo propranololiu tyrimų duomenis, nepageidaujamas poveikis pastebėtas tik keliems vaikams: 2 vaikams pasireiškė hipoglikemija ir hipotermija [19], taip pat užfiksuoti keli bradikardijos atvejai [20]. Taigi, geriamasis propranololis yra veiksmingas ir saugus vaistas skirtingo amžiaus pacientams [17, 18].

Tyrimų su kitais β blokatoriais, gydant HA, atlikta nedaug. Blanchet ir bendraautoriai pateikė gerus rezultatus gydant poklostines HA geriamuoju acebutololiu: gydymas buvo veiksmingas 2 iš 3 pacientų [23]. Rekomenduojama acebutololio dozė - 2mg/kg per parą, dozę suvartojant per du kartus; vėliau dozę galima didinti iki 8-10 mg/kg per parą.

Kai HA gydymas KS ar β blokatoriais nėra efektyvus, atsižvelgiant į pažeidimo vietą, gylį ir išplitimą, gali būti taikomi kiti konservatyvūs gydymo būdai.

Triamcinolono injekcijos. Šis gydymo būdas indikuotinas pacientams, kuriems HA yra išplitusios į gretimas struktūras, (pvz., į akibuodę, seilių liauką). Gali būti skiriamos 1-2 mg/kg triamcinolono injekcijos, kurios injekuojamos į pažeidimo vietą kas mėnesį; maksimali vienkartinė preparato dozė negali viršyti 60 mg [24].

Imikvimodo aplikacijos. Gerai matomoje vietoje esančios smulkios ir vidutinio dydžio HA gali būti gydomos imuninio atsako modulatoriumi – imikvimodu, kuris naudojamas vietiskai kas antrą parą, 3 – 5 mėnesius [25]. Šio preparato privalumas - tai paprastas ir saugus naudojimas, nesukeliant sisteminio poveikio. Kai kuriems pacientams imikvimodo aplikacijos gali sukelti hiperpigmentaciją, todėl šis preparatas turėtų būti atsargiai naudojamas veido srities HA gydyti [25].

Alfa interferonas. Alfa interferonas taip pat yra efektyvus preparatas, gydant HA, tačiau dėl galimos spastinės displegijos grėsmės taikomas itin atsargiai ir tik esant neveiksmingam gydymui kitais, aukščiau aptartais preparatais [26].

Pingiangmicino injekcijos. Dėl ypač stipraus kraujagyslių endotelio sklerozuojančio poveikio yra vartojamos pingiangmicino (bleomicino A5) injekcijos, kurios veiksmingos daugiau nei 90 proc. atvejų [27]. Pingiangmicino injekcijos dažniausiai vartojamos gydyti proliferacines, komplikuotas ir sunkiai pasiduodančias gydymui kitais būdais - KS ar lazeriu, HA [28]. Injekcijoms vartojamas 2 proc. lidokaine ištirpintas

pingiangmicino hidrochloridas (8 mg švirkšte), kuris vėliau sumaišomas su fiziologiniu tirpalu ir deksametazonu (5mg/ml). Injekcinė adata nukreipiama link kraujagyslinio darinio centro pamažu keičiant kryptį ir siekiant infiltruoti visą darinį iki jis pabąla. Vėliau pažeidimo vieta spaudžiama apie 15-30 minučių. Injekcijos gali būti kartojamos kas 2-3 savaites, neviršijant maksimalios vienkartinės 8 mg pingiangmicino hidrochlorido dozės, o kūdikiams – $\frac{1}{4}$ - $\frac{2}{3}$ maksimalios dozės. Paviršinėms odos ar gleivinių HA gydyti gali būti taikoma 1 mg/ml pingiangmicino hidrochlorido koncentracija, o poodinėms ir gilesnėms sluoksnių HA – 1,5-2 mg/l [28].

Vinkristino injekcijos. Atsparioms gydymui KS ar atsinaujinusioms HA gydyti gali būti taikomas gydymas vinkristinu. Skiriamos intraveninės 0,5-1 mg/kg vinkristino injekcijos 1 kartą per savaitę, 6 savaites. Prireikus ciklas gali būti kartojamas [29].

Chirurginiai gydymo būdai. Lazerinė terapija. Paviršinėms, aiškiai ribotoms, proliferuojančioms HA gydyti gali būti taikoma lazerinė terapija [8]. Šis gydymo būdas gali pagreitinti kraujagyslinio darinio regresiją, sumažinant naviko dydį bei sudaryti palankesnes sąlygas vėliau taikyti kitus gydymo būdus [30]. Jeigu taikant gydymą lazeriu stebimas HA vešėjimas, tuomet iš karto kartu skiriamas gydymas vaistais (KS ar β blokatoriais). Gydymas lazeriu yra nesudėtingas, procedūrą galima kartoti kas 2 – 4 savaites, o gydymo veiksmingumas pakankamas, tačiau procedūroms atlikti reikia specialios aparatūros [8]. Blykstės lempos indukuojamo dažų lazerio (angl. *Flash lamp-pumped pulsed dye laser*) bangos ilgis siekia nuo 585 iki 595 nm, o tai leidžia sukelti selektyvią kraujagyslių destruktiją atliekant pasirinktos kraujagyslės fotokoaguliaciją ir nepažeisti dengiančio odos/gleivinės sluoksnio. Dėl riboto įsiskverbimo gylis šis lazeris nėra efektyvus poodiniame ir gilesniuose sluoksniuose išsidėsčiusioms HA gydyti [8]. Itrio aluminio granato, legiruoto neodimio jonais, lazerio (angl. *Neodymium: yttrium-aluminum-garnet (Nd:YAG) laser*) bangos ilgis yra 1064 nm, o įsiskverbimo gylis siekia iki 5 mm, todėl šis lazeris gali būti panaudotas didesnėms ir gilesnėms HA gydyti [8]. Gydymo efektyvumas, taikant lazerinę terapiją, siekia nuo 77 proc. iki 100 proc. Tyrimais nustatyta, kad kuo pažeidimas mažesnis, tuo gydymo rezultatai geresni [8]. Negaunant norimo efekto ir per ilgai taikant lazerinę terapiją, galima sukelti audinių nekrozę, taip pat gali susiformuoti didesni randai [31]. Nors skirtingų lazerių panaudojimas yra efektyvus gydant HA, tačiau pirmo pasirinkimo gydymas turėtų būti KS ar β blokatoriai [8].

Radikalus chirurginis gydymas. Radikalus chirurginis gydymas skiriamas, kai konservatyvus gydymas KS ir/ar β blokatoriais yra neveiksmingas. Negausūs klinikiniai tyrimai rodo, kad šis gydymo būdas yra veiksmingesnis nei lazerinė

terapija [8]. Dažniausiai ankstyvas chirurginis gydymas yra taikomas, kai gerybinis kraujagyslinis darinys apima gerklos ar trachėją (siekiant išvengti kvėpavimo takų obstrukcijos), kai yra sutrikęs regėjimas (išplitimas į akies vokus) ar kai yra šalia esančių organų destrukcija [32]. Tradicinis chirurginis gydymas taip pat taikomas kai reikia pašalinti jau gydytos HA defektą, kai liga atsinaujina ar sunkiai pasiduoda

gydymui kitais būdais [8]. Prieš nusprendžiant taikyti chirurginį gydymą, būtina įvertinti, ar planuojamas rezultatas bus kosmetiškai palankesnis nei gydymas vaistais ir paciento intensyviu sekimu.

Indikacijos chirurginiam HA gydymui: 1) HA, esančios nosies galiuko ir lūpų srityje, kai nėra efekto taikant konservatyvius gydymo būdus; 2) HA, esančios akių vokų srityje ir sukeliančios regėjimo su-
prastėjimą; 3) HA, esančios kaktos srityje; 4) kai pasikartoja kraujavimas iš HA [8].

Grėsmingų heman- giomų gydymo taktika.

**Periorbitalinės heman-
giomos gydymas.** HA, išsidėstančios aplink akį, turėtų būti gydomos kuo anksčiau. Net jeigu regėjimas yra sutrikęs iki 2 savaičių, gali išsivystyti negrįžtami pakitimai. Anksčiau pirmo pasirinkimo gydymas buvo geriamieji ar injekcijomis skiriami KS, tačiau šiuo metu rekomenduojama gydymą pradėti β blokatoriumi – propranololiu. Dauguma tyrimų rodo, kad pradėjus vartoti propranololį, darinys sumažėja greitai – per 48-72 valandas nuo gydymo

1 pav. Pacientės K.A. burnaryklės vaizdas. Hemangioma kairėje ryklės pusėje parodyta rodykle

2 pav. Pacientės K.A. gerklaryklės vaizdas. Stebimas hemangiomos kontaktas su antgerkliu (patologija parodyta rodykle)

4 pav. Pacientės K.A. galvos ir kaklo srities MRT – transversinis pjūvis; hemangioma kairėje ryklės pusėje parodyta rodykle

5 pav. Pacientės R.B. gerklaryklės vaizdas. Į hemangiomą panašus darinys kairėje liežuvio šaknies pusėje parodytas rodykle

3 pav. Pacientės K.A. galvos ir kaklo srities MRT – sagitalinis pjūvis; hemangioma ryklės srityje parodyta rodykle

6 pav. Pacientės R.B. galvos ir kaklo srities KT. Išsiplėtusi kraujagyslė kairėje liežuvio šaknies pusėje parodyta rodykle

7 pav. Pacientės R.B. galvos ir kaklo srities MRT. Hemangioma kairėje liežuvio šaknies pusėje parodyta rodykle

pradžios [33]. Gydomo veiksmingumas, vartojant propranololį 1 mėnesį, siekia iki 82 proc. atvejų [15].

Kvėpavimo takų (gerklų ir trachėjos) hemangiomos gydymas. Galvos ir kaklo hemangiomos, sukeliančios pavojų kvėpavimo takų praeinamumui, dažniausiai yra paviršinės ir vienpusės. Siekiant užtikrinti kvėpavimo takų praeinamumą, gali tekti atlikti tracheostomiją ar greitą darinio pašalinimą lazeriu [34]. Tačiau dauguma autorių pateikia sėkmingus HA, esančių kvėpavimo takuose, gydymo propranololiu rezultatus [35]. Le Boulanger ir bendraautoriai pateikia sėkmingus 14 pacientų, gydytų propranololiu, duomenis: kvėpavimo takų obstrukcija po 2 savaičių gydymo buvo išlikusi tik 22 proc. pacientų, o po 4 savaičių – 88 proc. tiriamųjų pasveiko [36]. Anksčiau atliktuose tyrimuose, gydant HA kvėpavimo takuose, kartu su propranololiu dažnai buvo skiriami KS, tačiau pastarojo meto tyrimai leidžia daryti išvadą, kad dviejų preparatų vartojimas nėra racionalus, todėl rekomenduojama rinktis vieną preparatą, pirmiau renkantis propranololį [37]. Literatūroje taip pat yra duomenų apie sėkmingą hemangiomų kvėpavimo takuose gydymą kitu β blokatoriumi – acebutololiu, kurio skiriama 2mg/kg per parą, dozę padalinant per 2 kartus [23].

Klinikiniai atvejai

I klinikinis atvejis – ryklės hemangioma.

28 metų moteris (K.A.) atvyko į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (LSMUL KK) Ausų, nosies ir gerklės ligų konsultacinę polikliniką dėl pasunkėjusio rijimo, atsiradusio darinio ryklėje. Skundai tęsėsi apie 3 mėnesius. Pacientei atlikta vaizdolingoskopija (VLS) – burnaryklėje, kairėje už gomurinės tonzilės stebėtas melsvas, į hemangiomą panašus darinys, užimantis dalį užpakalinės ryklės sienos ir užpakalinį žiočių lanką (1 pav.). Darinys kontaktavo su antgerkliais (2 pav.).

Atlikto magnetinio rezonanso tyrimo (MRT) išvada – burnaryklės kairėje pusėje, mukoziiniame tarpe, ties gomurine tonzile, matomas apie 2,2 x 1,5 cm dydžio, gana aiškių ribų, ne visai homogeniškos skylėtos struktūros, intensyviai kontrastinę medžiagą kaupiantis darinys, deformuojantis burnaryklę iš kairės ir siaurinantį jos spindį (3, 4 pav.). Pakitimai panašūs į burnaryklės HA.

Įvertinus klinikinius ir MRT duomenis, pacientei nustatyta diagnozė – kairiosios ryklės pusės hemangioma (lot. *hemangioma pharyngis lateris sinistri*).

Pacientė konsultuota kardiologo dėl planuojamo gydymo propranololiu. Įvertinus pacientės būklę ir nesant kontraindikacijų, paskirtas gydymas propranololiu – 25 mg du kartus per dieną. Po 2 mėnesių, susisiekus telefonu, nes pacientė išvyko gyventi į užsienį, moteris išsakė, kad rijimas sunormalėjo, darinio neįėjanti.

II klinikinis atvejis – liežuvio šaknies hemangioma.

68 metų moteris (R.B.) kreipėsi į LSMUL KK Ausų, nosies ir gerklės ligų konsultacinę polikliniką dėl knarkimo ir kartais pasirodančio kraujo stipriai kosint. Atlikta vaizdolingoskopija – kairėje liežuvio šaknies pusėje stebėtas į hemangiomą panašus darinys, kartu buvo matyti išvešėjęs liežuvinės tonzilės audinys (5 pav.).

Pacientei atliktas KT tyrimas su kontrastu. KT tyrimo išvada – liežuvio tonzilė nelygiu paviršiumi siaurina vėles, kairiosios tonzilės paviršiumi praeina nedidelė paviršinė kraujagyslės šakutė (6 pav.). Diagnozės patikslinimui, diferencijuojant tarp skirtingų liežuvio navikų, tikslingas MRT tyrimas.

Atlikto MRT išvada: liežuvio šaknies kairėje pusėje matomas gana aiškių ribų, intensyviai kontrastinę medžiagą kaupiantis darinys. Pakitimai panašūs į liežuvio šaknies HA (7 pav.).

Po kardiologo konsultacijos, pacientei paskirtas gydymas propranololiu – 25 mg du kartus per dieną tris mėnesius ir aktyvus ambulatorinis sekimas. Pacientę sekant 8 mėnesius - darinys nedidėjo, kraujavimo epizodų nebuvo.

Išvados

Šiuolaikiniai tyrimai rodo, kad geriamieji β blokatoriai (propranololis) gali būti pirmo pasirinkimo vaistas gydant skirtingo amžiaus galvos ir kaklo srities HA. Prieš paskiriant gydymą β blokatoriais, būtina kardiologo konsultacija. Chirurginis HA gydymas indikuotinas, kai gydymas vaistais yra neveiksmingas arba kai stebimi komplikuoti HA atvejai. Reikalingi tolimesni, ypač suaugusiųjų, tyrimai, vertinantys konservatyvaus ir chirurginio gydymo veiksmingumą.

Literatūra

1. Holmdahl K. Cutaneous hemangiomas in premature and mature infants. *Acta Paediatr* 1955;44:370–379.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1955.tb04151.x>
2. Pauliukas P. Chirurgiškai išgydyto akiduobės kraujagyslinio auglio (kaverninės hemangiomos) klinikinis atvejis. *Gydymo menas*, 2001;10(73):82-84.
3. Wang X, ZHAO X, Zhu W. Resection of a laryngeal hemangioma in an adult using an ultrasonic scalpel: a case report. *Oncology letters* 2015;9:2477-2480.
4. Sanchez-Carpintero I, Ruiz-Rodriguez R, Lopez-Gutierrez JC. Propranolol in the treatment of infantile hemangioma: clinical effectiveness, risks, and recommendations. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102(10):776-779.
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.05.003>
5. Sánchez-Carpintero I, Waner M, Mihm MC. Hemangiomas infantiles. In: Torres Losada V, Camacho FM, Sober A, Mihm MC, Sánchez-Carpintero I, editors. *Dermatología Práctica Ibero-latinoamericana*. Cali: Ediciones Nieto 2005; 1284-1305.

6. Ballah D, Cahill AM, Fontalvo L. et al. Vascular anomalies: what they are, how to diagnose them, and how to treat them. *Curr Probl Diagn Radiol* 2011;40:233-247.
<https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2011.04.001>
7. Robert GK, Krishna GP. Evidence-based medicine in the treatment of infantile hemangiomas. *Facial Plast Surg Clin Am* 2015;2:373-392.
8. Zheng WJ, Zhou Q, Yang JX. et al. Treatment guideline for hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. Published online 2009 in Wiley InterScience
9. Bennett ML, Fleischer AB Jr, Chamlin SL, Frieden IJ. Oral corticosteroid use is effective for cutaneous hemangiomas: an evidence-based evaluation. *Arch Dermatol* 2001;137:1208-1213.
<https://doi.org/10.1001/archderm.137.9.1208>
10. Zheng JW, Yang XJ, Zhou Q. et al. Short-term high-dose oral prednisone on alternate days: a more rational regime for infantile hemangiomas. *Med Hypotheses* 2009;72:365.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2008.10.004>
11. Léauté-Labrèze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T, Boralevi F, Thambo JB, Taïeb A. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *New Engl J Med* 2008;358:2649-2651. Comment in: *N Engl J Med* 2008;359:2846; author reply 2846-7; *J R Coll Physicians Edinb* 2010;40:128-129.
<https://doi.org/10.1056/NEJMc0708819>
12. Manunza F, Syed S, Laguda B. et al. Propranolol for complicated infantile haemangiomas: a case series of 30 infants. *Br J Dermatol* 2010;162: 466-468.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09597.x>
13. Garzón MC, Lucky AW, Hawrot A, Frieden IJ. Ultrapotent topical corticosteroid treatment of hemangiomas of infancy. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:281-286.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.09.004>
14. Li YC, McCahon E, Rowe NA, Martin PA, Wilcsek GA, Martin FJ. Successful treatment of infantile haemangiomas of the orbit with propranolol. *Clin Experiment Ophthalmol* 2010;38: 554-559.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-9071.2010.02327.x>
15. Al Dhaybi R, Milet A, McCuaig C, Ospina L, Powel J. Treatment of periocular infantile hemangiomas with propranolol: a review of 17 cases. *Pediatr Dermatol* 2010;26:665-666.
16. Truong MT, Perkins JA, Messner AH, Chang KW. Propranolol for the treatment of airway hemangiomas: a case series and treatment algorithm. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:1043-1048.
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2010.06.001>
17. Bidabadi E, Mashouf M. A randomized trial of propranolol versus sodium valproate for the prophylaxis of migraine in pediatric patients. *Paediatr Drugs* 2010;12:269-275.
<https://doi.org/10.2165/11316270-000000000-00000>
18. Love JN, Sikka N. Are 1-2 tablets dangerous? Beta-blocker exposure in toddlers. *J Emerg Med* 2004;26:309-314.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2003.11.015>
19. Holland KE, Frieden IJ, Frommelt PC, Mancini AJ, Wyatt D, Drolet BA. Hypoglycemia in children taking propranolol for the treatment of infantile hemangioma. *Arch Dermatol* 2010;146: 775-778.
<https://doi.org/10.1001/archdermatol.2010.158>
20. Frieden IJ, Drolet BA. Propranolol for infantile hemangiomas: promise, peril, pathogenesis. *Pediatr Dermatol* 2009;26: 642-644.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2009.00977.x>
21. Tan ST, Itinteang T, Leadbitter P. Low-dose propranolol for infantile haemangioma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011;64:292-299.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2010.06.010>
22. Guo S, Ni N. Topical treatment for capillary hemangioma of the eyelid using b-blocker solution. *Arch Ophthalmol* 2010;128:255-256.
<https://doi.org/10.1001/archophthalmol.2009.370>
23. Blanchet C, Nicollas R, Bigorre M, Amedeo P, Mondain M. Management of infantile subglottic hemangioma: acebutolol or propranolol? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74: 959-961.
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2010.05.013>
24. Gangopadhyay AN, Sharma SP, Gopal SC, Gupta DK, Panjawan K, Sinha JK. Local steroid therapy in cutaneous hemangiomas. *Indian Pediatr* 1996;33:31-33.
25. McCuaig CC, Dubois J, Powell J. et al. A phase II, open-label study of the efficacy and safety of imiquimod in the treatment of superficial and mixed infantile hemangioma. *Pediatr Dermatol* 2009;26:203-212.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2008.00857.x>
26. Ezekowitz RA, Mulliken JB, Folkman J. Interferon alfa-2a therapy for life-threatening hemangiomas of infancy. *N Engl J Med* 1992;326:1456-1463.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199205283262203>
27. Muir T, Kirsten M, Fourie P, Dippenaar N, Ionescu GO. Intralesional bleomycin injection (IBI) treatment for haemangiomas and congenital vascular malformations. *Pediatr Surg Int* 2004;19:766-773.
<https://doi.org/10.1007/s00383-003-1058-6>
28. Omidvari S, Nezakatgoo N, Ahmadloo N, Mohammadpanah M, Mosalaei A. Role of intralesional bleomycin in the treatment of complicated hemangiomas: prospective clinical study. *Dermatol Surg* 2005;31:499-501.
<https://doi.org/10.1097/00042728-200505000-00001>
29. Enjolras O, Brevière GM, Roger G. et al. Vincristine treatment for function- and life-threatening infantile hemangioma. [Article in French] *Arch Pediatr* 2004;11:99-107.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2003.10.014>
30. Vesnaver A, Dovsak DA. Treatment of vascular lesions in the head and neck using Nd:YAG laser. *J Craniomaxillofac Surg*

- 2006; 34:17–24.
<https://doi.org/10.1016/j.jcms.2005.07.009>
31. Michel JL. Treatment of hemangiomas with 595 nm pulsed dye laser dermobeam. *Eur J Dermatol* 2003;13:136–141.
 32. Zheng JW, Zhou GY, Wang YA, Zhang ZY. Management of head and neck hemangiomas in China. *Chin Med J (Engl)* 2008;121:1037–1042.
 33. Jadhav VM, Tolat SN. Dramatic response of propranolol in hemangioma: report of two cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:691–694.
<https://doi.org/10.4103/0378-6323.72472>
 34. Rahbar R, Nicollas R, Roger G. et al. The biology and management of subglottic hemangioma: past, present, future. *Laryngoscope* 2004;114:1880–91.
<https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000147915.58862.27>
 35. Rosbe KW, Suh KY, Meyer AK, Maguiness SM, Frieden IJ. Propranolol in the management of airway infantile hemangiomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;136:658–665.
<https://doi.org/10.1001/archoto.2010.92>
 36. Le Boulanger N, Fayoux P, Teissier N. et al. Propranolol in the therapeutic strategy of infantile laryngotracheal hemangioma: a preliminary retrospective study of French experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010; 74:1254–1257.
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2010.07.025>
 37. Maturo S, Hartnick C. Initial experience using propranolol as the sole treatment for infantile airway hemangiomas. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010; 74:323–325.
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.12.008>

MODERN TREATMENT OF HEAD AND NECK HEMANGIOMAS

N. Šiupšinskienė, A. Pašvenskaitė, S. Norkienė

Key words: hemangioma, head and neck, conservative treatment, surgical treatment, propranolol.

Summary

Hemangioma is the most common benign tumor of the head and neck region. Until recently, corticosteroid therapy was considered as the first choice for the treatment of such tumor, but there are new evidences on the effective treatment with the use of β -blockers. The article discusses conservative as well as invasive treatment of the head and neck hemangiomas. Two clinical cases of hemangiomas in the oropharynx also in the root of tongue region in adult women are presented.

Correspondence to: norai_s@yahoo.com

Gauta 2017-09-18