

616.5-006.37-089.87-089.84

### VÝSLEDKY OPERATIVNÍHO LÉČENÍ DERMOIDNÍCH CYST METODOU EXCIZE S PRIMÁRNÍ SUTUROU

Major MUDr. Vladimír HORSKÝ, chir. odd. vojenské nemocnice v Jaroměři

Cystis dermoidalis je onemocnění, které bývá často dosti přehlíženo. Přesto může nemocnému připravit mnoho nepříjemných chvil a ošetřujícímu lékaři starosti při zdlouhavém hojení.

Opětovně jsme se setkali s tím, že terénní lékaři, hlavně ti mladší, toto onemocnění málo znají a odesílají na naše oddělení nemocné pod různými diagnózami, jako fistula perianalis, abscesus reg. sacralis, tumor sacralis apod. Dermoidní cysty se projevují právě nejvíce v letech od 19 do 25 let, to je v době, kdy mladí muži vykonávají vojenskou zákl. službu, a proto si dovolíme v krátkém sdělení poukázat na výsledky z léčení dermoidních cyst na našem oddělení.

Dermoidní cysty jsou obvykle řazeny do skupiny teratomů a většina autorů se domnívá, že vznikají v embryonální době života. Teorií o vzniku dermoidních cyst je několik a nejsou zatím jednotné.

Na našem pracovišti léčíme dermoidní cysty zásadně metodou chirurgickou. Provádíme širokou excizi až do zdravé tkáně a primární suturu. Abscedované cysty zásadně nejdříve inciduujeme a drénujeme. Po ústupu zánětu, asi za 14 dní, provádíme excizi s primární suturou. Otevřenou metodu léčení nepoužíváme. Konzervativní léčení sedacími koupelemi, antibiotiky a alkoholové obklady bez použití operativního výkonu nepoužíváme.

V klidovém stadiu nemocný o onemocnění neví a cysta je náhodně poznána lékařem při periodické prohlídce. U dermoidní cysty nacházíme jednotlivou píštěl nebo několik drobných zevních ústí píštěle ve střední čáře v krajině sakrokokcygeální. Ústí píštěle dermoidní cysty je různé velikosti, od špendlíkové hlavičky až do 5 až 8 mm. Je-li cysta akutně infikována, projevuje se bolestí, zarudnutím, z otvůrků vytéká něco

hnisavé sekrece a často se vytváří píštěl, která může být dosti vzdálena od střední čáry. V literatuře je udáváno, že toto onemocnění je daleko častější u mužů (projevuje se obvykle od 18 do 25 let), u žen se vyskytuje jen asi v 7 %. V 50 až 70 % jsou nacházeny v dermoidní cystě vlasy. Asi v 50 % přicházejí nemocní k operativnímu léčení již po proběhlých, opakovaných akutních zánětech.

Operativní léčení na našem oddělení provádíme v poloze na břiše, se sklopeným hrudníkem a dolními končetinami v úhlu asi 60°, v lokální anestézii 1% prokainem. Umrtnení se nám zdá dostatečné. Celkovou anestézi užíváme u rozsáhlých dermoidních cyst hlavně v tom případě, když píštěl zasahuje daleko laterálně od střední čáry. Večer den před operací a ráno v operační den je připraven nemocný klyzmatem a premedikován. Některé cysty nastříkujeme před operací 2% vodním roztokem metylenové modři pro lepší orientaci. Excizi provádíme elipsovitém řezem ve zdravé tkáni do hloubky až k fascii, bez otevření cysty. Je-li vyústění píštěle více laterálně od střední čáry, takže sutura by byla tahem, provádíme ještě pomocnou excizi kolmo na podélnou osu. Krvácení stavíme horkou rouškou a kompresí, v případě nutnosti provádíme opich jemným cutgutem. Operační ránu šijeme silnějším hedvábím a stehy zakládáme podle Laforeta asi 2 cm od okraje rány hluboko kolmo, kde zabíráme i fascii. Steh vyvedeme na kontralaterální straně a vracíme se zpět, kde propíchnutím asi 3 mm od okraje rány dosahujeme přesně adaptace kůže. Zpočátku jsme uzlíli stehy přes longetu stočenou do válečku, později jsme používali gumové hadičky. V poslední době uzlíme stehy prostě. Po operaci necháváme nemocného ležet na zádech a tím vytváříme určitou kompresi operační rány. V pooperační době první dva dny podáváme Dolsin, 4—5 dní Tinct. opii 3krát denně 15 kapek a tekutou stravu. 9.—10. dne odstraňujeme stehy a rána je již dobře zhojena. Antibiotika v pooperační době prakticky nepoužíváme a nemáme komplikace. Tento způsob léčení zanechává dobrou jizvu, která nedělá potíže.

Na našem chirurgickém oddělení jsme od ledna 1961 do konce května 1965, tedy za necelých 4 a půl roku, operovali celkem 111 nemocných se sakrální dermoidní cystou. Z toho bylo 15 civilních nemocných a z nich jenom 2 ženy. Ostatní naši nemocní byli vojáci. Zvýšený počet dermoidních cyst u obězních nebo u sedavého zaměstnání, jak je v literatuře udáváno, nemůžeme z našeho materiálu potvrdit. Diagnóza dermoidní cysty byla stanovena u našich hospitalizovaných v 1,6 %. Průměrná doba hospitalizace byla 22 dní, což je o něco delší než udává Janovský [18,9] nebo jiní autoři. Minimální doba hospitalizace byla 10 dní, maximální 57 dní. Nutno vidět, že vojáci byli vráceni útvaru již jako schopní služby s úlevami, což ovlivnilo délku hospitalizace. K tomu nás nutí obtíže, které jsou spojeny s prováděním ambulantní léčby. Z našich ope-

rovaných bylo 16 dermoidních cyst před operací abscedováno, a proto bylo nutno provést nejdříve incizi a teprve potom byla provedena excize s primární suturou. Průměrná doba u těchto hospitalizovaných byla 29 dní. V našem materiálu je také zahrnuto 8 cyst, které recidivovaly. 6 z nich bylo prvně operováno v jiném ústavu, 2 recidivy byly operovány u nás. Průměrná doba hospitalizace u nich je 28,9 dne. Odečteme-li z našeho materiálu skupinu cyst abscedovaných a recidivovaných, činí průměrná hospitalizace 20,1 dne. Dále jsme porovnali jednotlivé způsoby vázání stehů a domníváme se, že nejvhodnější je prosté zauzlení, které jsme provedli v 61 případech, a průměrná doba hospitalizace byla 20,7 dne. Uzlení přes gumovou hadičku bylo provedeno ve 23 případech a doba hospitalizace byla 21,7 dne. Uzlení přes longetu bylo provedeno ve 27 případech, doba hospitalizace 24,1 dne. Uzlení přes longetu ani gumovou hadičku nepovažujeme za vhodné; tvoří povrchní kožní nekrozu a zadržovaný sekret v longetě nebo v hadičce může snadno znečistit operační ránu.

Domníváme se, že nejdůležitější při operativním léčení dermoidních cyst s primární suturou je široká excize až ve zdravé tkáni a správné založení stehů, uzavírající operační ránu tak, aby nevznikla mezi fascií a podkožím dutina. Nezdá se nám důležité, zda je použito jako šicího materiálu hedvábí nebo drátu.

### Závěr

Zdůrazněna nutnost léčení dermoidních cyst operační metodou. Konzervativní léčení nedoporučeno. Uvedeny výsledky léčení 111 dermoidních cyst metodou excizí a primární suturou. Vyzvednuta důležitost excize až ve zdravé tkáni a správné založení stehů, aby nevznikla dutina mezi fascií a podkožím. Poukázáno u abscedovaných cyst na nutnosti incize a teprve po uklidnění zánětu provedení excize s primární suturou. Popsaná metoda zkracuje nutnou ošetřovací dobu, přináší funkčně dobrou jizvu, má málo komplikací a recidiv, vojáci se vracejí vyléčení k útvarům.

### Literatura

1. Canazie, P.: The surgical treatment of sacrococcygeal cysts and fistulas. *Bass. Int. Clin. Ter.* 42, 1962, 1122—5.
2. Carosi, V., Ritteli, D., Laure, R.: Surgical treatment of sacrococcygeal cysts and fistulas. *Minerva Chir.* 16, 1961, 297—307.
3. Mc Cune, W. S.: Management of sacrococcygeal tumors. *Ann. Surg.* 159, 1964, 911—8.
4. Czechra, M.: A Casse of dermoid cyst of the terminal cone coexisting with spina bifida of the sacral bene and with a dermal sinus. *Neurol. Neurochir. Psychiat. Pol.* 13, 1963, 141—4.
5. Fabre, A., Lagrave, et al.: Technic for simple and radical treatment of sacrococcygeal fistulas and cysta. *Presse Med.* 69, 1961, 771.
6. Freilinger, G., Zangl, A.: Ergebnisse einer Methode der primären Wundnaht nach radikaler Excision sakraler Dermoides. *Klin. Med. Wien* 18, 1963, 444—5.
7. Freilinger, G., Zangl, A.: Ergebnisse einer Methode der primären Wundnaht nach radikaler Excision sakraler Dermoides. *Wien Klin. Wschr.* 75, 1963, 728—9.
8. Gigant, P. F.: Treatment of fistulas and sacrococcygeal cysts. *Ann. Chir. Plast.* 6, 1961, 131—9.
9. Janovský, J.: Příspěvek k operativnímu léčení sakrální dermoidní cysty metodou primární suture podle Laforeta. *Rozhledy chirurg.* 19, 4, 1960, 266—260.
10. Laforet, E. G.: Pilomidal sinus, A Method of Treatment by Primary Closure. *Amer. J. Surg.* 93, 1957, 873—5.
11. Mather, B. S.: Presacral dermoid cyst. *Brit. J. Surg.* 52, 1965, 198—200.