

## 8. STRESZCZENIE

### Wstęp.

Guzy umiejscowione na kończynie górnej należą do częstych schorzeń, które leczy się głównie operacyjnie. Są to zabiegi uważane za proste i technicznie niewymagające. Jednak jest kilka kwestii, które nie są w pełni wyjaśnione lub co do których w piśmiennictwie występują braki albo rozbieżne opinie. Dotyczy to np. dolegliwości, jakie wywołują guzy. Większość z nich jest bezobjawowa, jednak kiedy rosną np. w pobliżu nerwu skórniego, mogą powodować ból, parestezje i zaburzenia czucia. Niektóre guzy dają charakterystyczne dolegliwości, np. kłębczaki, nerwiakowłókniaki lub kostniaki kostne. Inną kwestię stanowią wyniki leczenia operacyjnego guzów w rozumieniu dolegliwości lub ograniczenia sprawności ręki, jakie pacjenci mają po operacji. Kolejną interesującą kwestią jest częstość nawrotów guzów po leczeniu operacyjnym. Dostępne w piśmiennictwie dane są często rozbieżne i mało precyzyjne, np. po wycięciu guzów olbrzymiokomórkowych pochewki ścięgnistej częstość wznów jest notowana w szerokim zakresie od 4 do 40%. Nie są także dobrze poznane także czynniki, od których zależy występowanie wznów. Wiadomo, że jest ich kilka, część zależnych od rodzaju guza, a część od sposobu (przede wszystkim doszczętności) jego wycięcia. Zbadanie tej kwestii było zasadniczym celem tej pracy.

### Cel.

1. Ocena rozmieszczenia guzów na kończynie górnej i objawów klinicznych, które powodują
2. Ocena wyników leczenia operacyjnego guzów kończyny górnej, a szczególnie częstości nawrotów
3. Zbadanie wpływu wybranych czynników na częstość nawrotów po operacjach guzów kończyny górnej

### Materiał i Metodyka

Grupę badaną stanowiło 346 pacjentów w wieku śr. 53 lat (zakres 18 - 88), w tym 234 kobiety w wieku śr. 53 lat (zakres (18 - 88)) i 112 mężczyzn w wieku śr. 52 lat (zakres 20 - 84), którzy byli operowani w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od 2015 do 2018 roku. Kryteria włączenia pacjentów do badania były następujące: obecność guza kończyny górnej, który nie był ganglionem; weryfikacja histopatologicznej po resekcji guza i przeprowadzenie badania kontrolnego po operacji. Badania kontrolne wykonywano po okresie śr. 21 miesięcy (zakres 12-36) od wycięcia guza w formie wywiadu telefonicznego, w czasie którego zbierano i rejestrowano następujące dane: przebieg pooperacyjny, aktualne dolegliwości w miejscu operowanym, funkcja ręki operowanej i czy wystąpiła wznowa guza po operacji. Ocenę statystyczną wyników przeprowadzono w formie analizy jednoczynnikowej, w której zmienne nominalne porównywano między grupami testem chi-kwadrat lub (dla tabel 2 x 2) dokładnym dwustronnym testem Fishera. Dla określenia niezależnych czynników ryzyka wystąpienia nawrotu wykonano analizę wieloczynnikową w modelu regresji logistycznej, gdzie zmienną zależną było wystąpienie nawrotu, natomiast zmiennymi niezależnymi wiek i płeć pacjentów oraz te cechy dotyczące guza i zabiegu jego resekcji, które w analizie jednoczynnikowej były istotnie związane z wystąpieniem nawrotu.

### Wyniki.

**Lokalizacja guzów.** Najwięcej - 2/3 guzów było zlokalizowanych na palcach. Dystrybucja na poszczególnych palcach była mniej więcej równomierna, z wyjątkiem palca małego, na którym było umiejscowionych najmniej guzów. Na bliższych częściach kończyny była zlokalizowana 1/3 guzów, przy czym najwięcej na śródreżcu, a najmniej na ramieniu.

**Wielkość guzów.** Najwięcej guzów - 204 (59%) miało wielkość od 0,6 do 2 cm, co można ocenić jako małe lub średnie. Dużych guzów, o średnicy >3 cm było stosunkowo niewiele - 37 przypadków (11%).

**Czas wzrostu guza.** Czas wzrastania guza od chwili jego zauważenia do operacji wynosił śr. 2,6 roku (zakres od 3 mies. do 8 lat). Najwięcej zmian - ok. 20% rośło przez 1 rok lub 2 lata.

**Objawy kliniczne guza.** Dla największej liczby pacjentów - 308 (89%) głównym problemem był nieestetyczny wygląd ręki, na której znajdował się guz. Większość guzów - 248 (72%) dawała objawy kliniczne - ból, parestezje lub utrudniała posługiwanie się ręką w czynnościach domowych lub w pracy, jednak to utrudnienie było w większości przypadków niewielkiego stopnia. Tylko 98 guzów (28%) nie dawała żadnych objawów i nie upośledzała czynności kończyny. W połowie przypadków guz sprawiał ból przy ucisku lub kiedy pacjent wykonywał chwyt jakiegoś przedmiotu, a guz był umiejscowiony na palcu. Parestezje - uczucie drętwienia, mrowienie na skórze kończyny w okolicy guza zgłaszało niecałe 18% chorych.

**Czy guz był pojedynczy, czy mnogi.** Przeważająca większość - 304 (88%) guzów były to zmiany pojedyncze. W 42 przypadkach (12%) guzy były mnogie, przy czym dotyczyło to najczęściej guzów olbrzymiokomórkowych pochewki ścięgna, guzków reumatoidalnych i tłuszczaków.

**Typ histologiczny guzów.** W badanej grupie najczęściej diagnozowano guzy tkanek miękkich - 85%, z czego najwięcej było guzów olbrzymiokomórkowy pochewki ścięgna - 96 (27,7%), tłuszczaków - 44 (12,7%) i guzków reumatoidalnych - 30 (8,7%). Stosunkowo dużo było także guzów pochodzenia naczyniowego (naczyniak, kłębczak, malformacja naczyniowa, naczyniakotłuszczak i naczyniakomięśniak) - łącznie 49 przypadków (14%). Wśród guzów skóry najwięcej było przypadków rogowacenia skórno - 6 (1,7%), a wśród zmian kostnych najczęstszym guzem był chrzestniak - 17 przypadków (4,9%).

**Makroskopowy obraz wyciętych guzów i mikroskopowa doszczętność wycięcia.** Prawie  $\frac{3}{4}$  guzów było wyciętych w jednej całości, natomiast  $\frac{1}{4}$  w dwóch lub więcej fragmentach. W 60 przypadkach (17%) guzy wycięto niedoszczętnie, co oznacza, że w badaniu mikroskopowym tkanka guza dochodziła do granicy cicia chirurgicznego.

**Objawy w miejscu operowanym zgłaszane przez pacjentów w badaniu pooperacyjnym.** W trakcie badania kontrolnego łącznie 108 pacjentów (31% operowanych) zgłaszało problemy z wyglądem blizny, odczuwało dolegliwości w miejscu operowanym albo dysfunkcję operowanego palca lub ręki. W tej liczbie najczęściej zgłaszanym problemem była nieestetyczna blizna - 60 przypadków (17%), rzadziej parestezje w okolicy miejsca operowanego, ból przy zmianie pogody i osłabienie czucia operowanego palca.

**Wznowa po wycięciu guza.** W grupie guzów tkanek miękkich najczęściej nawroty obserwowano po operacjach guzków reumatoidalnych - u 13 z 40 pacjentów (43,3%). Najwięcej wznów w liczbach bezwzględnych zanotowano po operacjach guzów olbrzymiokomórkowy pochewki ścięgna - u 30 z 96 operowanych (31,3%). W przypadku innych, umiarkowanie częstych guzów - włókniaków, naczyniaków, kłębczaków i kaszaków, częstość nawrotów wahała się w granicach 13-17%. Zajmujące drugą pod względem liczebności lokatę tłuszczaki, charakteryzowały się 11,4% nawrotowością. W grupie zmian skórnych, liczebność poszczególnych typów histologicznych guzów była niewielka,

przez co trudno o odnotowanie jakiegó tendencji. W grupie guzów koóci najwiócej wznów obserwowano po operacjach chrzéstniaków - prawie 30% i wyróóli chrzéstno-kostnych - 22%.

**Czynniki wpóywające na czóstoó nawrotów po operacji.** Analiza wieloczynnikowa wykazaó, że w modelu regresji logistycznej, istotnymi niezależnymi czynnikami wpóywającymi na wióksze ryzyko wznowy po resekcji guza byóy: typ histologiczny guza - guz olbrzymiokomórkowy pochewki óciógnistej (OR=2,16, 95%CI=1,21-3,85, p=0,0086) i guz reumatoidalny (OR=3,66, 95%CI=1,56-8,58, p=0,0027) oraz sposób wycięcia guza - resekcja niedoszczótna i nie w jednym bloku, tylko we fragmentach (OR=2,32, 95%CI=1,15-4,69, p=0,019).

### **Dyskusja.**

Analiza piósmiennictwa wykazaó, że wiókszoó wyników badań w mojej pracy byóła zgodna z przedstawionymi w innych publikacjach. Dotyczyó to lokalizacji guzów na kończyńie, wieku, w którym pojawiaó się guz, wielkoóci i óredniego czasu wzrostu guzów do operacji. Róóznice dotyczyóy kilku elementów, mn. objawów i problemów, jakie guz sprawiaó pacjentom. W mojej pracy, dla znacznej wiókszoó chorych problemem byóła sama obecnoó guza na róce i defekt kosmetyczny, a takżó niewielkie upoóóedzenie czynnoóci róki, niedokuczliwy ból i parestezje. W wiókszoóci prac w piósmiennictwie najczóściej sama obecnoó guza na kończyńie skóaniaó pacjentów do szukania pomocy lekarskiej, natomiast objawy kliniczne byóy rzadko opisywane. Podobnie, w wiókszoóci publikacji w piósmiennictwie autorzy nie piszą dolegliwoóciach lub problemach kosmetycznych zgóaszanych przez pacjentów w miejscu operowanym, natomiast wyniki mojej pracy wskazują, że aż 31% operowanych zgóaszaó problemy z wyglódem blizny, odczuwaó dolegliwoóci w miejscu operowanym albo dysfunkcjó operowanego palca lub róki. Jeóli chodzi o czóstoó nawrotów p operacji, to w mojej pracy zanotowano ich znacznie wiócej, nió jest to podawane w piósmiennictwie - 22%, i dotyczyó to wszystkich typów histologicznych, ale szczególnie guzów olbrzymiokomórkowych pochewki óciógnistej, guzów reumatoidalnych i chrzéstniaków. Mogóo to wynikaó z faktu przeprowadzania czóóci operacji w nieoptymalnych warunkach, np. na salach zabiegowych, na których nie zawsze jest dostóep do odpowiednich narzódzi, óówietlenia pola operacyjnego, bezkrwawego pola operacyjnego, czy asysty. Wydaje się, że wymienione czynniki mogóy takżó wpóywać negatywnie na dokóadnoó wycinania guzów i przyczyniaó się do zwiókszenia liczby nawrotów. Analiza wieloczynnikowa parametrów wpóywających na ryzyko nawrotu po operacji wykazaó, że statystycznie istotnymi niezależnymi czynnikami ryzyka wznowy byóy: typ histologiczny guza - olbrzymiokomórkowy pochewki óciógnistej i reumatoidalny oraz sposób jego wycięcia - resekcja niedoszczótna i we fragmentach, a nie w jednym bloku. W piósmiennictwie nie ma wielu informacji na temat zwiózku ogóólnych czynników zwiózanych z rodzajem guza i jego leczeniem i ryzykiem nawrotu po operacji. Analizowano tylko czynniki zwiózane z konkretnym typem histologicznym guzów. I tak, przykóadowo, dla guzów olbrzymiokomórkowych pochewki óciógnistej, najważniejszym czynnikiem ryzyka wznowy jest niedoszczótno wycięcie; innymi, mniej istotnymi byóy: widoczne w rtg naciekanie i koóci paliczka, lokalizacja w pobliżu stawu miódzypaliczkowego i póczka naczyniowo-nerwowego palca, widoczne w rtg zmiany zwyrodnieniowe stawu, typ II guza w klasyfikacji Al.-Qattana i zwiókszona aktywnoó mitotyczna w badaniu histologicznym. Zarówno wyniki mojej pracy, jak i dane z piósmiennictwa wskazują na zasadnoó wiókszej starannoóci przy operacjach guzów na róce, a szczególnie olbrzymiokomórkowych pochewki óciógnistej.

## **Wnioski.**

1. Łagodne guzy kończyny górnej najczęściej były zlokalizowane na palcach i na śródreźcu. Głównym problemem pacjentów był nieestetyczny wygląd ręki. Większość guzów powodowała objawy kliniczne - ból przy ucisku lub niewielką dysfunkcję.
2. Wyniki leczenia operacyjnego guzów kończyny górnej były zasadniczo dobre, a częstość nawrotów wynosiła od 0 do 40%.
3. Największy wpływ na częstość nawrotów po operacjach guzów kończyny górnej miały: typ histologiczny guza - guz olbrzymiokomórkowy pochewki ścięgna i guz reumatoidalny oraz sposób wycięcia guza - resekcja niedoszczętna i nie w jednym bloku, tylko we fragmentach.