

## LETTER TO THE EDITOR

## Хемангиом на ушната мида: елегантен хирургичен подход Н. Цекова-Трайкович<sup>1</sup>, Г. Пехливанов<sup>2</sup>, У. Волина<sup>3</sup>, К. Войчу<sup>4</sup> и Г. Чернев<sup>5</sup>

### Hemangioma of the ear: elegant surgical approach

N. Tsekova-Traykovich<sup>1</sup>, G. Pehlivanov<sup>2</sup>, U. Wollina<sup>3</sup>, C. Voicu<sup>4</sup> and G. Tchernev<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Dr. Natasha Tsekova-Traykovich  
Resident  
Department of Dermatology and Venereology  
Medical University  
University Hospital "Alexandrovska"  
1, Sv. Georgi Sofiyski St.  
Bg – 1431 Sofia  
e-mail: natasa\_cekova@yahoo.com

<sup>2</sup>Assoc. Prof. Dr. Georgi Pehlivanov  
Department of Dermatology and Venereology  
Medical University  
University Hospital "Alexandrovska"  
1, Sv. Georgi Sofiyski St.  
Bg – 1431 Sofia  
e-mail: joropehlivanov@abv.bg

<sup>3</sup>Prof. Dr. Uwe Wollina  
Department of Dermatology and Allergology  
Teaching Hospital Dresden-Friedrichstadt  
Academic Friedrichstrasse 41  
01067 Dresden, Germany  
e-mail: wollina-uw@khdf.de

<sup>4</sup>Cristiana Voicu, MD  
Specialist in Dermatology and Venereology  
Dermatology Department, Poliso Clinic  
26Z Timisoara Blvd  
Bucharest, Romania  
e-mail: cristianavoicu84@yahoo.com

<sup>5</sup>Prof. Dr. Georgi Tchernev – *corresponding author*  
Department of Dermatology, Venereology and  
Dermatologic Surgery  
Medical Institute of Ministry of Interior (MVR)  
79, General Skobelev Blvd.  
"Onkoderma" – Policlinic for Dermatology and  
Dermatologic Surgery  
26 General Skobelev Blvd.  
Bg – 1606 Sofia  
e-mail: georgi\_tchernev@yahoo.de

**Key words:** solitary tumour formation, hemangioma, ear, reconstruction, extendable plastic, postoperative result

Хемангиомите са доброкачествени мезенхимни тумори, които често се срещат при новородени и/или деца [1]. Обикновено са локализиращи в областта на главата и шията [1].

Представяме случай на 65-годишен мъж с давност на оплакванията от около 3 години, започващи с поява на „червена точица“ в областта на предната повърхност на лявата ушна мида, която с течение на времето увеличава размерите си и става болезнена особено по време на сън. Провеждал е локална терапия с кортикостероидни средства, без подобрение в дерматологичния статус. Не съобщава за придружаващи заболявания. Отрича рискови фактори.

В рамките на дерматологичния преглед обективно се установи куполообразно туморовидно образувание с размери от около 2 cm в диаметър, с червеникаво-синкав цвят и гладка повърхност, с множество телеангиектазии (фиг. 1a). При натиск лезията избледнява.

При пациента се проведе елиптична ексцизия под локална анестезия с поле на оперативна сигурност 0.5 cm и адаптация на раневите ръбове посредством разтегателна пластика (фиг. 1b). На кожата се положиха единични кожни шевове (фиг. 1c и 1d). Постоперативният период протече спокойно, с първично зарастване на оперативната рана. Хистопатологичните данни потвърдиха наличието на капилярен хемангиом или туморовидна съдова формация, доброкачествен характер на лезията, резекционни линии – чисти.

Според International Society for the Study of the Vascular Anomalies хемангиомите се класифицират като: капилярни, кавернозни и смесени [1]. Капилярните хемангиоми са повърхностно разположени и се характеризират хистологично с близко разположени капиляроподобни формации, докато кавернозните хемангиоми са разположени в дълбочина и са образувани от големи кавернозни васкуларни пространства [2]. Смесените хемангиоми имат характеристиките и на двата описани типа и произхождат от съдовете на папиларната или ретикуларната дерма [3]. Капилярните хемангиоми са доброкачествени лезии, които се появяват при новородени и в ранна детска

възраст като резултат на вторична ендотелна пролиферация [4]. След фазата на бърз растеж следва фаза на бавно обратно развитие, което често води и до пълна регресия на лезията към 5-6-годишна възраст [4]. Въпреки че повечето от лезиите са малки и "невинни", възможно е те да бъдат и "животозастрашаващи" особено когато са свързани с допълнителни по-дълбоко подкожно или далечно локализиращи

структурни конгенитални аномалии [5]. Кавернозните хемангиоми се появяват около шестата декада от живота и често тяхната поява и прогресия корелира с предшестващи инфекции, травма, лигиране, оперативна интервенция или промяна в серумните нива на хормоните [6]. По-често се срещат при женския пол и се локализиращ главно в областта на главата и шията, рядко в областта на ушната мида [7].



**Фиг. 1а.** Куполообразно туморовидно образувание с червеникаво-синкав цвят и гладка повърхност, с множество телеангиектазии  
**1б.** Елиптична ексцизия на лезията  
**1с, 1д.** Адаптация на раневите ръбове посредством разтегателна пластика и единични кожни шевове с добър естетичен резултат

Диагнозата се базира главно на клиничната картина. Вземането на материал за хистологично изследване рядко е наложително и по-скоро не е препоръчително поради високия риск от кървене. При необходимост (при евентуална компресия на нерви или орбитата) се провежда КТ или ЯМР за по-сигурна преценка и планиране на подходяща терапевтична опция [8].

Приложеното лечение зависи от много фактори: големина, локализация, фаза на развитие и регресия, възраст на пациента. Повечето автори препоръчват да се изчака спонтанната регресия на тумора, но при 20% се налага терапевтична намеса [9]. Други колективи препоръчват лечение с кортикостероиди (интравенозно, локално или системно), интерферон- $\alpha$ , рядко винкристин или Imiquimod локално [10].  $\beta$ -блокери (пропранолол) сега се смятат за терапия на първи избор при проблемни хемангиоми при деца на възраст между 15 седмици и 5 месеца [11].

Pulsed-dye лазер е ефективен за лечение на улцерирани и повърхностно разположени хемангиоми, особено в областта на очи, уши, уста, нос, лице и пръсти [12]. Други лазери, които се ползват за лечение на хемангиомите, са Nd:YAG и CO<sub>2</sub> лазери [13, 14].

Хирургичната ексцизия на хемангиомните лезии е средство на избор и предизвикателство, особено когато хемангиомите са локализиращи в областта на лицето [15]. Този метод на лечение може да се прилага само ако се спазват следните условия: 1) да се контролира интра- и постоперативното кървене, 2) да не се поставят под риск различни органи и нерви, 3) добър козметичен и функционален резултат [15]. Лезиите, локализиращи в областта на ушната мида, са много деликатни за хирургична намеса поради изключително тънкия епидермис, липсата на дерма и подлежащата хрущялна тъкан. Приложеният от наша страна метод на разтегателна пластика е по-съхраняващ и по-малко травматичен в сравнение с приложението на класическите ламба или присадки, с добър козметичен резултат и добър интраоперативен контрол на резекционните граници [16]. Приложението на разтегателната пластика в областта на ушната мида създава трудности на оператора при изпълнението поради ограничената еластичност на кожата в тази област, но определено е по-лесно изпълним при добра информираност на оператора, а е и по-щадящ за пациентите [16].

### Библиография

1. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 1982; 69:412-422.
2. Waner M, Suen JM. A classification of congenital vascular lesions. In: Waner M, Suen JM, editors. *Hemangiomas and vascular malformations of head and neck.* New York: Wiley-Lyss; 1999, 1-12.
3. Werner JA, Dunne AA, Folz BJ, et al. Current concepts in the classification, diagnosis and treatment of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 258:141-149.
4. Buckmiller LM, Richter GT, Suen JY. Diagnosis and management of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Oral Diseases.* 2010; 16:405-418.
5. Bruckner AL, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Apr; 48(4):477-93.
6. Okoji VN, Alonge TO, Olusanya AA. Intra-tumoral ligation and the injection of sclerosant in the treatment of lingual cavernous hemangioma. *Niger J Med.* 2011; 20:172-5.
7. Avila ED, Molon RS, Conte Neto N, et al. Lip Cavernous hemangioma in a young child. *Braz Dent J.* 2010; 21:370-4.
8. Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, et al. Clinical characteristics, treatment and outcome of 28 oral hemangiomas in pediatric patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16:e19-22.
9. Margileth AM, Museles M. Cutaneous hemangiomas in children. Diagnosis and conservative management. *JAMA.* 1965, 194(5):523-6.
10. Frieden IJ, Eichenfield LF, Esterly NB, et al. Guidelines of care for hemangiomas of infancy. American Academy of Dermatology Guidelines/Outcomes Committee. *J Am Acad Dermatol.* 1997 Oct. 37(4):631-7.
11. Price CJ, Lattouf C, Baum B, et al. Propranolol vs Corticosteroids for Infantile Hemangiomas: A Multicenter Retrospective Analysis. *Arch Dermatol.* 2011 Dec. 147(12): 1371-6.
12. Kim HJ, Colombo M, Frieden IJ. Ulcerated hemangiomas: clinical characteristics and response to therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Jun. 44(6):962-72.
13. Chinnadurai S, Sathe NA, Surawicz T. Laser treatment of infantile hemangioma: A systematic review. *Lasers Surg Med.* 2016 Mar. 48 (3):221-33.
14. Sie KC, McGill T, Healy GB. Subglottic hemangioma: ten years' experience with the carbon dioxide laser. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1994 Mar. 103(3):167-72.
15. Canavese F, Soo BC, Chia SK, Krajbich JI. Surgical outcome in patients treated for hemangioma during infancy, childhood, and adolescence: a retrospective review of 44 consecutive patients. *J Pediatr Orthop.* 2008; 28(3):381-6.
16. Tchernev G, Pidakev I, Lozev I, et al. Undermining plastic surgery as a possible option for treating basal cell carcinoma of the forehead. *Wien Med Wochenschr.* 2017 Feb 13. doi: 10.1007/s10354-017-0542-x.