

Keloidní jizvy

MUDr. Jaroslav Urbánek

Dermatologická praxe s.r.o., Olomouc

Keloidní jizvy jsou důsledkem odchylky od normálního hojení ran. Představují kosmetický a v některých případech i medicínský problém s často významnými psychosociálními dopady. Článek stručně shrnuje základní informace o keloidních jizvách a současných možnostech jejich léčby.

Klíčová slova: keloid, jizva, hojení, léčba.

Keloid scars

Keloid scars result from an abnormal wound healing. They represent the cosmetic problem with frequently considerable psychosocial impact. The paper briefly summarizes the basic informations about keloid scars and the contemporary treatment options.

Key words: keloid, scar, healing, treatment.

Dermatol. praxi 2015; 9(2): 84–85

DEFINICE

Keloidní jizvy (keloidy) se řadí mezi benigní vazivové tumory, které vznikají v souvislosti s traumatizací kůže, po chirurgických zákrocích nebo na základě jiných kožních lézí (např. akné). Představují odchylku od normálního průběhu hojení ran. V některých případech není anamnesticky traumatizace kůže prokazatelná, tyto se označují jako „spontánní keloidy“. Subjektivně mohou být provázeny svěděním, někdy i bolestivostí. Nemají tendenci ke spontánní regresi, mohou se postupně vyvíjet po dobu i několika let.

EPIDEMIOLOGICKÉ ÚDAJE

Vznik zejména u mladších osob a tmavších fototypů, popisován je také častý familiární výskyt s recesivním i dominantním typem dědičnosti. Obě pohlaví bývají postižena stejně.

PREDILEKČNÍ LOKALIZACE

Ušní lalůčky, ramena, presternální oblast.

KLINICKÝ VZHLED

Tuhé, na povchu hladké noduly či pruhovité léze přesahující původní hranici traumatu. Čerstvé keloidy mají sytě červenou barvu, postupně blednou.

DIAGNÓZA

Na základě klinického vzhledu, ve výjimečných případech provedením probatorní excize. Diferenciálně diagnosticky se rozlišuje: hypertrofická jizva, dermatofibrom, granulom kolem cizího tělesa, dermatofibrosarkom, desmoidní tumor, sarkoidóza v jizvě, bazaliom.

HISTOLOGIE

Zmnožení a nepravidelné uspořádání eozinofilních kolagenních vláken, přítomnost angiektazií, epidermis nezměněná nebo ztenčelá.

TERAPIE

Cílem léčby je zabránění dalšímu zvětšování keloidu a zmenšení keloidu ve vertikálním směru při zachování plošného rozsahu jizvy. Odstranění subjektivních potíží spojených s keloidem.

ČASTO JE NUTNÁ KOMBINACE RŮZNÝCH POSTUPŮ

Léčebné metody

1. Aplikace kortikosteroidů – intralezionálně 1–2x měsíčně, metoda je nevhodná u rozsáhlých keloidů, jako nežádoucí účinek atrofie epidermis a teleangiektazie.
2. Kryoterapie – hluboké zmrazení tkáně na teplotu nižší než -180 °C po dobu 1 minuty, velmi dobrý efekt již po 1–2 ošetřeních, nevýhodou je bolestivost zákroku, prodloužené hojení. V některých případech dochází ke vzniku hyperpigmentací či depigmentací.

3. Silikonová krytí – ve formě gelů nebo obvazů, vhodné u čerstvých keloidů do šesti měsíců od vzniku, nutná aplikace po dobu několika měsíců. U starších a rozsáhlých keloidů nedostatečný efekt.
4. Lasery – nejlepší efekt při použití pulzního barvivového laseru (o vlnové délce 585, 595 nanometrů) a Nd: YAG laseru (o vlnové délce 532, 1 064 nanometrů), zlepšení popisováno i po IPL (intenzivní pulzní světlo). Vedlejší účinky: purpura, hyperpigmentace či přechodná hypopigmentace a možný vznik puchýřů.
Nedoporučuje se použití ablativních laserů (např. CO₂ laser) pro vysoké riziko recidivy.
5. Kompresivní terapie – využití i jako prevence vzniku keloidů, vzhledem k nutnosti dlouhodobé komprese jizvy po dobu několika měsíců bývá spolupráce ze strany pacienta malá.
6. Látky s antiproliferativním a protizánětlivým účinkem – brzdí tvorbu kolagenu, podporují hojení ran (např. heparin, cepae extractum fluidum, allantoin apod.).
7. Radioterapie – málo využívána vzhledem k riziku kancerogeneze.
8. Chirurgické postupy – nevhodné v monoterapii pro vysoké riziko rekurencí, vždy nutné kombinovat s jinými metodami.
9. Bleomycin – lokální aplikace tetovážní technikou.
10. Ostatní postupy – používány spíše experimentálně: doxorubicin, interferon alfa 2b, retinoidy, mitomycin C, 5-fluorouracil, inhibitory vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF), blokátory kalciového kanálu, celkově podávané nízké dávky ACE inhibitorů, fotodynamická terapie (PDT), imiquimod, botulotoxin A.

PREVENCE VZNIKU KELOIDU

Používání atraumatických šicích materiálů, šetrná chirurgická technika s respektováním tzv. ohybových linií kůže (relaxed skin tension lines). U osob s pozitivní rodinnou anamnézou výskytu keloidních jizev provádět chirurgické zásahy pouze v nezbytně nutných případech. Poučit pacienta o nevhodnosti provedení některých estetických procedur typu piercingu, tetování apod.
Včasná aplikace vhodných extern podporujících fyziologický průběh hojení.
Provádění tlakových masáží čerstvých jizev, aplikace silikonových materiálů.
Vhodné lymfodrenáže operovaných oblastí před chirurgickým zákrokem.

Literatura

1. Willital GH, Simon J. Efficacy of early initiation of a gel containing extractum cepae, heparin, and allantoin for scar treatment: an observational, noninterventional study of daily practice. *J Drugs Dermatol.* 2013; 12(1): 38–42.
2. Gauglitz GG, Korting HC, Pavicic T, Ruzicka T, Jeschke MG. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. *Mol Med* 2011; 17(1–2): 113–125.
3. Muneuchi G, Suzuki S, Onodera M, Ito O, Hata Y, Igawa HH. Long-term outcome of intralesional injection of triamcinolone acetonide for the treatment of keloid scars in Asian patients. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2006; 40: 111–116.
4. Davison SP, Dayan JH, Clemens MW, Sonni S, Wang A, Crane A. Efficacy of intralesional 5-fluorouracil and triamcinolone in the treatment of keloids. *Aesthet Surg J* 2009; 29: 40–46.
5. Nanda S, Reddy BS. Intralesional 5-fluorouracil as a treatment modality of keloids. *Dermatol Surg* 2004; 30: 54–56.
6. Mustoe TA. Evolution of silicone therapy and mechanism of action in scar management. *Aesthetic Plast Surg* 2008; 32: 82–92.
7. Eishi K, Bae SJ, Ogawa F, Hamasaki Y, Shimizu K, Katayama I. Silicone gel sheets relieve pain and pruritus with clinical improvement of keloid: Possible target of mast cells. *J Dermatolog Treat* 2003; 14: 248–252.
8. Gupta S, Kumar B. Intralesional cryosurgery using lumbar puncture and/or hypodermic needles for large, bulky, recalcitrant keloids. *Int J Dermatol* 2001; 40: 349–353.
9. Litvik R, Paciorek M, Vantuchová Y. Hypertrofické a keloidní jizvy. *Dermatol. praxi* 2010; 4(2): 90–95.
10. Urbánek J. Současné možnosti terapie keloidů. *Dermatol. praxi* 2012; 6(3): 144–147.
11. Choudhary S, McLeod M, Nouri K. An overview of lasers for the treatment of scars. *Cosmetic Dermatology* 2011; 24(7): 314–320.

Článek přijat redakcí: 15. 2. 2015
Článek přijat k publikaci: 19. 4. 2015

MUDr. Jaroslav Urbánek
Dermatologická praxe s. r. o.
Bořivojova 30a, 779 00 Olomouc
derma-praxe@seznam.cz

