

EKSCERPTI

PLANTARNE FIBROMATOZE

Fibromatoze su dobroćudni tumori koji se mogu javiti i u mekom tkivu i u kostima. Pokazuju visok postotak recidiva i po pravilu su bez simptoma. Agresivnost se povećava čim je jednom izvedena operacija. Moguće su i spontane remisije. Kod učestalih recidiva primijećene su zloćudne promjene.

Plantarna fibromatoza (M. Ledderhose) može biti jako bolna jer fibromatoza pritišće druge strukture.

Površinske fibromatoze nisu invazivne ni agresivne i sporo napreduju.

Dubinske fibromatoze, opisane kao agresivne fibromatoze, jedre su, elastične tumorske fibroprolifracije, proizišle od pascija, aponeuroza ili tetiva. Označavaju se i kao desmoidni tumori.

Karakterističan je infiltrirajući i destruirajući rast, bez oštre granice sa strukturama, te uporna pojava recidiva.

Teško se pomjeraju, koža je napeta i najčešće bez promjena. Općenito se mogu pojaviti svugdje.

Etiologija nije jasna. Najčešće se manifestiraju između 25. i 30. godine života.

Omjer muškaraca prema ženama je 5 : 1. Agresivna fibromatoza nema specifičnih simptoma. Ako napadne strukture od životne važnosti, može izazvati smrt. U pravilu se primjećuje kao bezbolna lokalna oteklina.

Ako je infiltrirano okolno tkivo, mogu nastupiti bolovi, hipestezije, motorička slabost, pritisak i osjećaj slabosti.

Kod fibromatoza koje su zahvatile kosti, na rendgenskom snimku vidljiva je osteoliza. Postotak recidiva nakon resekcije je visok: do 100% ako je fibromatoza nepotpuno, a do 70% ako je radikalno otklonjena.

Zbog malog broja slučajeva terapija se može samo ograničeno ocijeniti. Kao bitan aspekt u literaturi je opisana dodatna transplantacija kože. U kombiniranoj terapiji u obzir dolazi zračenje i kemoterapija. Povoljnija je prognoza za mladenačke fibromatoze.

Pri dijagnozi treba uvijek misliti i na mogućnost fibrosarkoma. Fibrosarkom također nema tipičnih simptoma.

Najčešće se javlja u donjim ekstremitetima, između 30. i 60. godine života. Terapija se svodi na potpunu resekciju sa sigurnosnim rastojanjem od 3-4 cm u zdravo tkivo, po potrebi kombinirano zračenjem i kemoterapijom. Fibromatoza i fibrosarkom se dijagnostički teško razlikuju. U histološkoj slici česti su prijelazi. Klinički se tumori, praktički, ne mogu razlikovati jer vrijeme anamneze i recidivnost mogu biti istovjetni.

Platarna fibromatoza označava se i kao M. Ledderhose (Georg Ledderhose, kirurg, München, 1885 - 1925).

Riječ je o fibromatozi koja svoje izvorište ima u plantarnoj aponeurozi. Dosada istraženi slučajevi javljaju se u veličini od $1,9 \times 0,8$ cm do $8 \times 4,3$ cm. Na tabanima fibromatoza izaziva, već prema svojoj veličini, bolove koji u krajnjem slučaju onemogućavaju hodanje.

Svod stopala predstavlja trokut sličan jedru. Njegove tri točke su: glava 1. metatarsale, glava 5. metatarsale i procesus medialis i lateralis tuberis calcanei. Težina tijela opterećuje dorzalnu trećinu jedra (svoda stopala).

Pri stajanju težina se raspoređuje: glavice kostiju stopala 40%, peta 33%, 27% lateralni rub stopala i nožni prsti. Plantarna aponeuroza ima funkciju ublaživanja udaraca. Plantarna aponeuroza, odnosno taban ima i funkciju prilagodbe na neravnu tlu.

Bolovi u stopalu pri hodanju smetaju držanju i kretanju sve do zglobova glave.

Kod fibromatoze na bazi statike bolovi mogu dovesti do daljnjeg oštećenja sposobnosti kretanja.

Terapija plantarne fibromatoze: u pravilu je učinkovit samo operativni zahvat. Fibromatoza se mora resekirati sa sigurnosnim razmakom od 2-3 cm u zdravom tkivu. Po mogućnosti treba odstraniti cijelu plantarnu aponeurozu.

Trebalo bi kombinirati potpunu resekciju plantarne aponeuroze, resekciju ožiljka, transplantaciju kože ili terapiju zračenja. Nakon operacije stopalo se mora rasteretiti jer se platarno stvara masivni hematom, a prerano opterećenje predstavlja dodatani rizik od pojave recidiva. Trebalo bi misliti i na moguću Sudeck-profilaksu.

Fizioterapeutski tretman obuhvaća:

- uvježbavanje malih mišića stopala
- uvježbavanje Mm. peroneus longus i brevis, te M. tibialis posterior
- vježbanje kondicije da bi se vježbalo opterećenje na neravnoj podlozi
- drenažu limfe
- elektroterapiju: interferentne struje 80-100 Hz
- krioterapiju.

Primijeniti samo uz siguran histološki nalaz.

Pri prvom opterećenju treba fiksirati metatarzalne glavice, uz pomoć trake ili zavoja, jer širenje stopala u početku izaziva tegobe. Poslije je bio prikladan kombinirani zavoj, primjerice kompresivna čarapa za gležanj s ugrađenim uloškom koji ima slobodan prostor oko područja podvrgnutog operaciji (U. Henhappl: Plantarfibromatosen. Krankengymnastik 1998; 3: 467-471).

Dr. Željka Kolak