

## Hodnocení úspěšnosti a varianty sklerotizace

Úspěšnost sklerotizace se hodnotí pomocí indexu volume reduction rate (VRR) index:  $VRR (\%) = \frac{\text{iniciální objem cysty} - \text{konečný objem cysty}}{\text{iniciální objem cysty}} \times 100$  (10). Za terapeutický úspěch se považuje redukce objemu cysty o  $> 50\%$  výchozího objemu. Ve sklerotizačních centrech se úspěšnost pohybuje v rozmezí 68 až 100 % (11, 12).

Sklerotizaci lze provést ve dvou variantách: non-reaspirace, tj. ponechání alkoholu v cystické dutině nebo reaspirace, čili odsátí alkoholu z cysty po 10 minutách. Obě varianty jsou v účinnosti téměř srovnatelné, 97 % u non-reaspirace vs. 93,3 % u reaspirace. Ovšem varianta reaspirace je časově náročnější. Navíc je nutné provést další vpich právě na odsátí alkoholu z dutiny a při tom může dojít ke vzniku intracystické hemoragie (9). Proto se varianta reaspirace používá méně.

## Výběr pacienta pro sklerotizaci

Pacienty pro sklerotizaci lze rozdělit na dvě skupiny. Především jsou to pacienti se závažnými komorbiditami, většinou senioři s obecně zvýšeným operačním rizikem. Druhou skupinou jsou pacienti, většinou mladí lidé, kteří z různých důvodů nechtějí operaci podstoupit. Jednak mají strach z operace, nechtějí přijít o fungující štítnou žlázu nebo nechtějí mít na krku jizvu. Někteří mají profesní důvody, hlasoví

profesionálové se obávající operační komplikace – parézy n. laryngeus recurrens.

Cystický uzel způsobí lokálně mechanické potíže (pocit „cizího“ těla a tlak v krku, polykací potíže nebo dušnost) nebo vadí esteticky. Pro lékaře je rozhodující USG nález. Sklerotizace se provádí u recidivujících symptomatických cyst  $> 2$  ml (menší cysty nebo cystu ve velké uzlové strumě nemá smysl léčit sklerotizací). Nezbytnou podmínkou je benigní cytologický nález z předcházející evakuace. U komplexních cyst se sklerotizace provádí, pokud cystická dutina tvoří aspoň 60 % objemu.

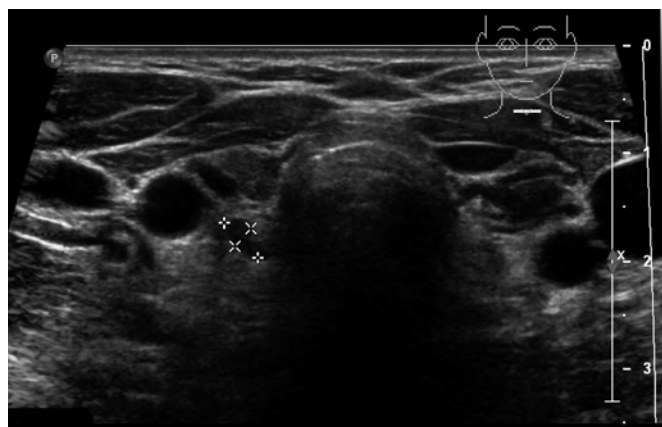
Sklerotizace nemá určenou jednotnou metodiku. Centra se liší jak v množství aplikovaného alkoholu, tak v počtu a intervalech jednotlivých aplikací a rovněž době sledování po ukončení léčby. Množství aplikovaného alkoholu se pohybovalo dříve mezi 40–100 % odsáté tekutiny a intervaly mezi aplikacemi týdenní až 2 měsíce. Sledovací období po léčbě je mezi 3 až 12 měsíci (9, 10, 11). V poslední době se zjistilo, že je dostatečné menší množství alkoholu odpovídající 25 % objemu. Omezí se tím také nežádoucí účinky a komplikace po opakovaných sklerotizacích (13, 14, 15).

Výkon lze provést v lokální anestezii, ale jelikož je výkon krátký a jen s mírnou bolestivostí (jedná se o tenkojehlovou aspiraci obsahu a aplikaci alkoholu), tak ji většina center nepoužívá (13).

**Obr. 1a.** Žena 44 let, zdravá pacientka odmítající operaci; solitární prostá cysta, objem 11 ml, před sklerotizací, evakuována žlutá tekutina



**Obr. 1b.** 1 rok po dvou sklerotizacích: drobný solidní nodus 0,1 ml, bez tekutiny; VRR 99 %, úspěšná sklerotizace



**Obr. 2a.** Žena 70 let, polymorbidní pacientka v chronické antikoagulační léčbě; dominantní komplexní septovaná cysta, objem 14 ml, před sklerotizací, evakuována hnědá tekutina – „čokoládová cysta“



**Obr. 2b.** 1 rok po dvou sklerotizacích: malý solidní nodus  $< 0,2$  ml, bez tekutiny; VRR 99,8 %, úspěšná sklerotizace

