

Olbrzymia torbiel śledziony

19.1. Wstęp

Torbiele śledziony należą do stosunkowo rzadkich patologii. Zasadniczo dzieli się je na pasożytnicze i niepasożytnicze; te pierwsze są najczęściej spowodowane zakażeniem tasiemcem bąblowcem (*Echinococcus granulosus*), przedostawaniem się larw pasożyta do krwiobiegu i ich zasiedleniem się w narządach wewnętrznych, w tym w śledzionie. Torbiele niepasożytnicze dzieli się na pierwotne i wtórne. Pierwotne są zmianami wrodzonymi o typie dermoidalnym, epidermoidalnym lub endodermoidalnym. Torbiele wtórne są najczęściej pourazowe i rozwijają się po śródmiąższowych lub podtorebkowych pęknięciach śledziony, a znacznie rzadziej powstają w przebiegu niektórych chorób, np. mononukleozy zakaźnej, gruźlicy lub malarii [1-3]. Większość niewielkich oraz średnich torbieli śledziony nie daje żadnych objawów klinicznych i wykrywa się je przypadkowo, przy wykonywaniu badania USG jamy brzusznej w czasie diagnostyki innych chorób lub w czasie sekcji zwłok [4, 5]. Objawowe torbiele mają zwykle znaczne rozmiary, a powodowane przez nie dolegliwości są nieswoiste i nieuciążliwe, np. asymetryczne powiększenie obrysu brzucha, wyczuwalny opór w lewym podżebrzu i pobolewania brzucha w tej okolicy. Przedstawiony przypadek dotyczy młodej pacjentki z przypadkowo wykrytą olbrzymią torbielą śledziony o nieustalonej etiologii, którą skutecznie wycięto z zaoszczędzeniem narządu.

bry apetyt i uczęszczała normalnie na zajęcia na uczelni. W trakcie ćwiczeń z chorób wewnętrznych poprosiła, aby wykonano jej badanie USG jamy brzusznej, z powodu zauważonej zmiany wyglądu brzucha. Badanie wykazało olbrzymią torbiel wychodzącą ze śledziony. To rozpoznanie potwierdziło się w badaniu TK jamy brzusznej (**ryc. 19.1 A-C**). W obrazach TK torbiel była jednokomorowa, wypełniała całe lewe nad- i śródbrzusze, spychała śledzionę do tyłu, a lewą nerkę do dołu (**ryc. 19.1 A, B**). Badanie nie wykazało obecności innych torbieli ani innych zmian patologicznych w jamie brzusznej. W badaniu klinicznym guz był wyczuwalny ok. 10 cm poniżej lewego łuku żebrowego i sięgał do linii pośrodkowej brzucha (**ryc. 19.2**).

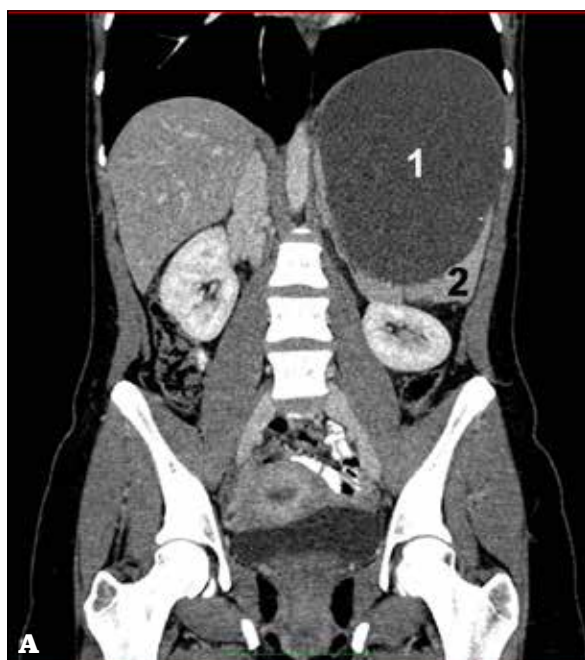
Chorą przyjęto do kliniki autorów z zamiarem wykonania przezskórnej ewakuacji zawartości torbieli pod kontrolą USG, lecz po konsultacji z radiologiem odstąpiono od tego pomysłu ze względu na przeciwwskazania. Z powodu dużych rozmiarów i ryzyka pęknięcia torbieli nie wykonano wcześniej badania w kierunku ewentualnego zakażenia bąblowcem, ponieważ czas oczekiwania na wynik testu krwi wynosi ok. 7 dni. Przypadek skonsultowano ze specjalistą chorób zakaźnych, który na podstawie obrazu radiologicznego i przebiegu klinicznego uznał, że bąblowcowy charakter tej torbieli jest mało prawdopodobny. Konsultant zasugerował szybkie wykonanie operacji i badanie histopatologiczne wyciętej torbieli. Nie zalecił wykonywania żadnych testów śródoperacyjnych.

19.2. Opis przypadku

Studentka stomatologii, 24-letnia kobieta, zauważyła asymetrię obrysu brzucha z uwypukleniem w lewym podżebrzu. Nie miała żadnych dolegliwości, nie schudła, miała do-

Spostrzeżenia śródoperacyjne

Pacjentkę operowano w znieczuleniu ogólnym, cięciem pod lewym łukiem żebrowym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono znacznych rozmiarów, cienkościenną tor-

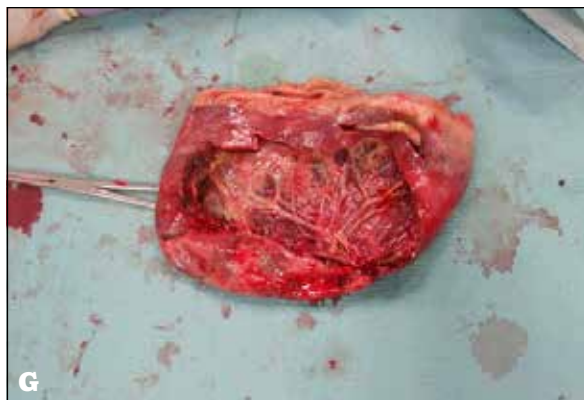
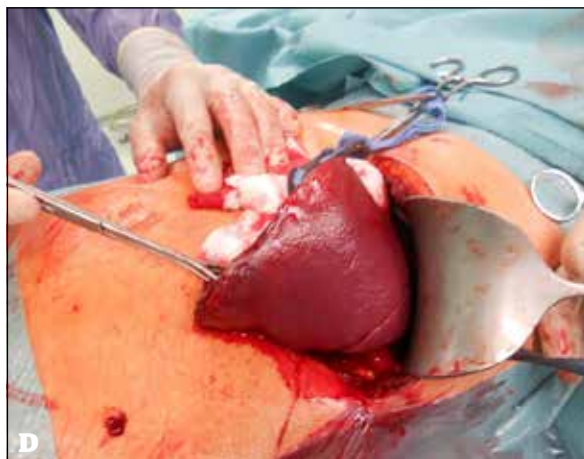


Ryc. 19.1. A. Obraz TK jamy brzusznej z widoczną olbrzymią torbielą śledziny (projekcja czołowa). Oznaczenia: 1 – torbiel, 2 – mięsz śledziny. **B.** Obraz TK jamy brzusznej z widoczną olbrzymią torbielą śledziny (projekcja strzałkowa). **C.** Obraz TK jamy brzusznej z widoczną olbrzymią torbielą śledziny (projekcja pozioma).

biel wychodzącą ze śledziny. Torbiel nakłuto i ewakuowano łącznie 2,5 l płynu surowiczego. Następnie uruchomiono śledzionę, przecinając jej więzadła, i oddzielono ścianę torbieli od lewej kopuły przepony, z którą była zrośnięta. Po wytoczeniu śledziny nad powłoki brzuszne stwierdzono, że ściana torbieli płynnie przechodzi w mięsz narządu i nie daje się jej z niego wytuszczyć (**ryc. 19.3 A, B**). Wobec takiej sytuacji odcięto nożem elektrycznym torbiel od śledziny, starając się utrzymywać grubość ok. 1 cm ściany torbieli i mięszu śledziny (**ryc. 19.3 C**). W trakcie wycinania koagulowano lub podkłuwano krwawiące naczynia, a po zakończeniu wycinania torbieli skoagulowano jej ścianę wewnętrzną pozostałą na powierzchni śledziny (**ryc. 19.3 D, E**). Sama



Ryc. 19.2. Widok brzucha pacjentki z zaznaczonym obrysem wyczuwalnej torbieli śledziny (dolna linia) i łuku żebrowego (górną linia).



Ryc. 19.3. **A.** Widok torbieli po otwarciu jamy brzusznej. **B.** Widok śledziony po jej uruchomieniu z częściowo ewakuowaną zawartością torbieli. **C.** Odcinanie torbieli od miększu śledziony. **D.** Widok pozostawionej śledziony po odcięciu torbieli. **E.** Koagulacja ściany torbieli przylegającej do śledziony. **F.** Wypełnienie ubytku w miększu śledziony siecią, przed zamknięciem jamy brzusznej. **G.** Widok wnętrza wyciętej torbieli.

śledziona miała nieco większe niż przeciętne rozmiary, ale nie stwierdzono w jej obrębie żadnych dodatkowych patologii. „Wnękę” po wyciętej torbieli wypełniono fragmentem sieci większej (**ryc. 19.3 F**). Wnętrze wyciętej torbieli pokazano na **rycinie 19.3 G**. Przy operacji nie odnotowano większego ubytku krwi. Jamę brzuszną zamknięto szwem warstwowym, pozostawiając dren w okolicy lewego podżebrza.

Przebieg pooperacyjny

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, chorą wypisano do domu w 4. dobie. Badanie histopatologiczne ściany torbieli wykazało utkanie łącznotkankowej torbieli częściowo wyścielonej mezotelium. Nie stwierdzono cech zakażenia bąblowcem ani rozrostu nowotworowego.

19.3. Omówienie

Pewne zastrzeżenia może wzbudzać wykonanie operacji bez całkowitej pewności, że nie jest to torbiel bąblowcowa. Jak już wspomniano, czas oczekiwania na wynik testu krwi wynosi ok. 7 dni, a ryzyko pęknięcia tak dużej torbieli było duże. Dochowano przy tym należytej staranności, prosząc o konsultację doświadczonego specjalistę chorób zakaźnych, który zasugerował leczenie operacyjne bez czekania na wyniki testów na obecność pasożyta. Można było jednak lepiej się zabezpieczyć przed ewentualnością torbieli bąblowcowej przez wykonanie śródoperacyjnego badania parazytologicznego płynu z torbieli. W takim badaniu pasożytniczy charakter torbieli potwierdza obecność haczyków, protoskoleksów lub fragmentów pęcherza pasożyta. W takiej sytuacji do torbieli powinno podać się środek pasożytoobójczy.

Niepasożytnicze i nieurazowe torbiele śledziona są rzadkie i w piśmiennictwie jest niewiele publikacji na ten temat. O rodzajach i przyczynach powstawania torbieli śledziona wspomniano we wstępie. Leczenie torbieli śledziona zależy przede

wszystkim od jej rozmiarów. Małe torbiele, o średnicy nieprzekraczającej 4-5 cm, mogą być leczone zachowawczo i obserwowane. Większe torbiele wymagają leczenia operacyjnego, ponieważ grożą pęknięciem, co może spowodować silny ból, krwawienie wewnątrzbrzuszne lub zakażenie. Spektrum stosowanych interwencji i technik operacyjnych jest duże:

- Nakłucie i ewakuacja zawartości torbieli w asyście USG.
- Częściowe wycięcie torbieli (fenestracja lub marsupializacja).
- Całkowite wycięcie torbieli z zaoszczędzeniem śledziona.
- Wycięcie torbieli razem ze śledzioną.

Leczenie operacyjne może być wykonane metodą otwartą lub laparoskopową, obecnie znacznie częściej tą drugą.

19.4. Przegląd piśmiennictwa

Z przeglądu piśmiennictwa, które w większości składa się z kazuistyki, wynika, że [1-5]:

- Nakłucie przezskórne torbieli jest niechętnie wykonywane ze względu na obawę przed powikłaniami (krwawienie, zakażenie) i duży odsetek nawrotów. Może być ono przydatne przed planowaną operacją w celu zmniejszenia rozmiarów torbieli, co ułatwia operację.
- Torbiele średniej wielkości (do 10 cm średnicy) są stosunkowo często wycinane z zaoszczędzeniem śledziona i metodą laparoskopową.
- Torbiele olbrzymie (ponad 20 cm średnicy) są operowane metodą otwartą i często wymagają wycięcia także śledziona (oddzielenie narządu od zmiany jest trudne).
- Częściowe wycięcia torbieli (fenestracja i marsupializacja) wiążą się ze stosunkowo dużym odsetkiem nawrotów.
- Częstość nawrotów po częściowych i oszczędzających śledziona wycięciach torbieli jest większa po operacjach laparoskopowych (41%) niż otwartych (2%).
- Całkowite wycięcie śledziona z torbielą powinno być wykonywane tylko wtedy,

gdy nie ma możliwości wykonania operacji oszczędzającej. Takie sytuacje to: kilka torbieli w śledzionie, torbiel olbrzymia i lokalizacja torbieli we wnęce śledziony.

- Po całkowitym wycięciu śledziony z torbielą można wykonać wszczepienie fragmentu tkanki śledziony do sieci większej, przez co – w części przypadków – udaje się częściowo przywrócić funkcję wyciętego narządu.

Przedstawiony przypadek jest wyjątkowy przez znaczne rozmiary torbieli i jej praktycznie bezobjawowy wzrost. Również wykorzystana technika operacyjna pozwoliła na zaoszczędzenie narządu, co u młodej osoby jest bardzo istotne.

19.5. Dodatkowe refleksje związane z tym przypadkiem

Interesujący jest również inny aspekt opisywanego przypadku. Rozpoznanie zmiany patologicznej nastąpiło w trakcie ćwiczeń z przedmiotu klinicznego, kiedy studenci wykonywali sobie nawzajem badanie USG

jamy brzusznej. W tym konkretnym przypadku studentka zauważyła dyskretną zmianę w obrysie brzucha, nie było zatem to zupełnie przypadkowe badanie, choć wykonane nieformalnie. Analogiczna sytuacja zdarzyła się w tym samym miesiącu co opisywana, kiedy w trakcie zajęć studenci wykonywali sobie nawzajem badanie USG gruczołu tarczowego. U jednej studentki zupełnie przypadkowo wykryto guzek w obrębie miększu, który wymagał dalszej diagnostyki. Podobne doświadczenie było udziałem autora, który w czasie praktyki wakacyjnej na oddziale wewnętrznym (w latach 70. ubiegłego wieku) wykonał sobie z ciekawości badanie elektrokardiograficzne (EKG) – niespodziewanie wykazało niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa. Nie wymagało to jednak leczenia ani zmiany trybu życia, ale oba przedstawione przypadki (opisywane i wzmiankowane) miały istotny wpływ na dalsze losy obydwu studentek. Stąd refleksja, że wykonywanie przez studentów wzajemnych nieinwazyjnych badań (np. USG, EKG, słuchu i wzroku) w trakcie ćwiczeń może przyczynić się do wczesnego wykrycia zmian patologicznych, które przez długi czas mogłyby pozostać nieujawnione.

Piśmiennictwo

1. Ingle S.B., Hinge Ingle C.R., Patrike S.: Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 13899-13903.
2. Zińczuk J., Wojskowicz P., Kiśluk J. i wsp.: Torbiel epidermalna śledziony – rzadki przypadek w praktyce klinicznej. *Pol Przegl Chir* 2014; 86: 194-197.
3. Cissé M., Konaté I., Ka O. i wsp.: Giant splenic pseudocyst, a rare aetiology of abdominal tumor: a case report. *Cases J* 2010; 3: 6.
4. Krasniqi A.S., Spahija G.S., Hashani S.I. i wsp.: Subtotal resection and omentoplasty of the epidermoid splenic cyst: a case report. *Cases J* 2009; 2: 6382.
5. Sinha C.K., Agrawal M.: Nonparasitic splenic cysts in children: Current status. *Surgeon* 2011; 9: 49-53.

