

## Opis przypadku torbieli śledziony — materiał własny

### Cyst of the spleen — case report in own materiale

**Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska, Jarosław Szymczuk**

Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem (*Department of General Surgery, General Hospital in Wysokie Mazowieckie*)

#### Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek leczenia chorego z torbielą śledziony. Uwzględniono postępowanie diagnostyczne, w tym diagnostykę różnicową oraz leczenie chirurgiczne zakończone sukcesem.

**Słowa kluczowe:** torbiel śledziony, chirurgia, diagnostyka

Chirurgia Polska 2016, 18, 1–2, 28–30

#### Abstract

In the paper the case of the patient with splenic cyst was described — the diagnostic workup including differential diagnostic as well as successful surgical treatment were presented.

**Key words:** splenic cyst, surgery, diagnostic

Chirurgia Polska 2016, 18, 1–2, 28–30

## Wstęp

Torbiel śledziony to jednostka chorobowa spotykana dość rzadko [1–15]. Po raz pierwszy opisano ją w 1829 roku przez Andralla. Według dostępnego piśmiennictwa najczęściej występuje u osób w wieku 20–40 lat, w większości przypadków — u kobiet [4, 6]. W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 znajduje się pod kodem D73.4. W piśmiennictwie medycznym opisano niewiele przypadków torbieli śledziony, mimo zwiększania się ich wykrywalności w związku z rozwojem metod diagnostycznych i większej powszechności wykonywania USG lub TK jamy brzusznej. Schorzenie to przebiega najczęściej bezobjawowo. W przypadku torbieli o większych rozmiarach pojawiają się dolegliwości nieswoiste, wynikające z ucisku struktur anatomicznych sąsiadujących z powiększoną śledzioną.

W klasyfikacji torbieli śledziony według Martina wyróżnia się podział na torbiele prawdziwe i rzekome. Torbiele rzekome powstają wskutek nagromadzenia się treści płynnej w obrębie innej tkanki, nie posiadają torebki

nabłonkowej w odróżnieniu od torbieli prawdziwej [16]. Torbiele prawdziwe to najczęściej torbiele pasożytnicze, które w Europie są związane z zakażeniem *Echinococcus granulosus*. Inne przykłady torbieli prawdziwych to torbiele niepasożytnicze, takie jak torbiele wrodzone i nowotworowe. Druga grupa torbieli — rzekome — powstają na skutek urazów jamy brzusznej lub na podłożu degeneracyjnym lub zapalnym.

Metodą leczenia torbieli dużych w celu uniknięcia groźnych powikłań, takich jak pęknięcie śledziony czy zakażenie torbieli z powstaniem ropnia, jest splenektomia wykonana po raz pierwszy przez Peana w 1867 roku. W obecnych czasach zwraca się uwagę na możliwość wykonania zabiegów częściowych, oszczędzających śledzionę.

## Opis przypadku

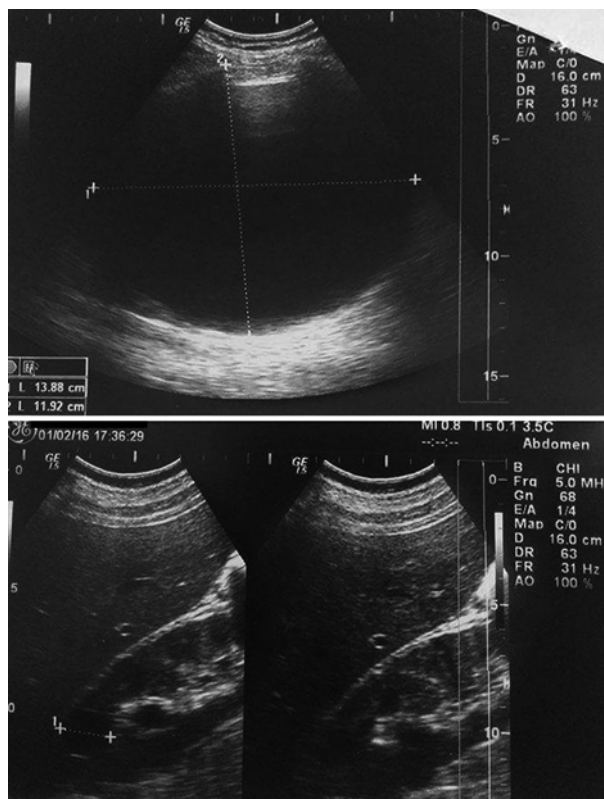
W pracy przedstawiono przypadek z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem. Pacjent w wieku 56 lat został przyjęty na oddział w czerw-

cu 2016 roku w celu leczenia torbieli śledziony (masa ciała — 80 kg, wzrost — 170 cm), dotychczas leczony z powodu nadciśnienia tętniczego od 4 lat (Co-Prestarium). Bez wywiadu w kierunku urazu. Chory w marcu 2016 roku był leczony operacyjnie z powodu bólów brzucha w innym szpitalu, w którym wykonano appendektomię metodą klasyczną. Na podstawie wywiadu rodzinnego pacjenta stwierdzono, że u innych członków rodziny występują torbiele nerek oraz wątroby.

Wywiad chorobowy: bóle brzucha/podbrzusza promieniujące do lewej okolicy lędźwiowej od 2–3 lat — okresowe, przemijające samoistnie. W badaniu przedmiotowym: z odchyłem od normy — śledziona powiększona, schodząca poza łuk żebrowy na wysokość około 1 cm — II stopień splenomegalii według Światowej organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), poza tym bez istotnych odchyłań od normy w badaniu przedmiotowym i podmiotowym.

W diagnostyce wykonanej przed przybyciem pacjenta na Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem stwierdzono: w USG jamy brzusznej wykonanej 1 lutego 2016 roku wątrobę jednorodną bez zmian ogniskowych, pęcherzyk żółciowy cienkościenny bez złożeń, trzustkę przesłoniętą artefaktami gazowymi, w rzucie ogona trzustki zmianę ogniskową echoujemną o średnicy 14 cm — torbiel, śledziona trudna do oceny ze względu na wyżej opisaną zmianę, nerki położone anatomicznie, w nerce lewej złożeń o średnicy 0,66 cm, w nerce prawej torbiel 2,5 cm, układ kielichowo-miedniczkowy obustronnie nieposzerzony, pęcherz moczowy gładki. Badanie ultrasonograficzne wykonano za pomocą aparatu Logiq 5 Expert głowicą 5–10 Mhz (ryc. 1). Następnie skierowano chorego na TK jamy brzusznej z kontrastem z podejrzeniem torbieli trzustki. W wykonanym badaniu stwierdzono: wątrobę prawidłowej wielkości o gładkich obrysach, zawierającą kilka torbielek wielkości do 12 mm, torbiel śledziony o średnicy 13 cm cienkościenną o jednorodnej zawartości niskobiałkowej (17 j H.) ze zwapnieniami w ścianie — śledziona wielkości 165 mm — powiększona, trzustka prawidłowej wielkości o niezmięnionej strukturze mięszu, ogon modelowany przez powiększoną śledzionę, nerki ułożone anatomicznie o gładkich obrysach, w nerce prawej torbiele korowe 20 mm i 29 × 22 mm, w lewej torbiel korowa 11 mm oraz drobniejsze torbiele korowe w obu nerkach, w nerce lewej poniżej wnęki w wardze tylnej delikatne zwapnienia w piramidzie nerkowej o średnicy 10 mm, widoczne tylko w fazie podstawowej, w obu nerkach drobne nieliczne złożeń, wielkości do 2 mm.

Na podstawie powyższej diagnostyki zweryfikowano pierwotne rozpoznanie torbieli trzustki. Tomografia komputerowa wstępnie wykluczyła torbiel o pochodzeniu pasożytniczym, gdyż torbiele bąblowcowe posiadają zwykle unaczynioną ścianę [17, 18]. Ostatecznie rozpoznano torbiel śledziony, wątroby i nerek, po czym skierowano pacjenta na zabieg operacyjny. Przed hospitalizacją wykonano badania laboratoryjne w kierunku bąblowicy: ujemne odczyny: immunoenzymatyczny ELISA IgG w kierunku bąblowicy *Echinococcus multilocularis* — 0.377 wynik ujemny oraz metodą *Western Blot* — wynik ujemny.



Rycina 1. USG jamy brzusznej pacjenta (torbiel)

Podczas hospitalizacji wykonano laparoskopowe wycięcie torbieli śledziony z zaoszczędzeniem mięszu śledziony — odstąpiono od marsupializacji oraz splenektomii. Podczas zabiegu odeszono 1000 ml jasnoklarownego słomkowojasnego płynu z wnętrza torbieli. Wyciętą torbiel oddano do badania histopatologicznego. Pacjenta w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, w 3. dobie po zabiegu operacyjnym wypisano do domu z zaleceniem kontroli w poradni urologicznej oraz poradni genetycznej w celu badania w kierunku wielotorbielowatości.

## Dyskusja

Jednym z dowodów rzadkości torbieli śledziony jest fakt, iż stwierdzenie jej w wykonywanych splenektomiach wynosi około 0,5% przypadków [9]. W przedstawionym przypadku nie udało się ustalić etiologii torbieli śledziony, jednak etiologia przebytego wcześniej urazu jest prawdopodobna. Pacjent zwykle nie pamięta o przebyłym urazu w okolicy śledziony, pomimo tego rozpoznanie stawia się nawet do 11 lat po zdarzeniu [19].

Metody obrazowe wiążą się z ryzykiem popełnienia błędów — USG jamy brzusznej jest badaniem w największym stopniu subiektywnym, zależnym od wiedzy i doświadczenia wykonującego badanie. Powyższy przypadek jest tego przykładem. Początkowe podejrzenie torbieli trzustki zweryfikowano w badaniu TK — badanie uważane obecnie jako jedno z „najdokładniejszych”. Jednakże w badaniu tym dodatkowo stwierdzono zwapnienie w ścianie torbieli, co ma miejsce jedynie w 10–25%



Rycina 2. Wycięta torbiel śledziony z marginesem

przypadków [20]. Przed przystąpieniem do leczenia operacyjnego wykluczono inne przyczyny powstania torbieli śledziony, w tym pasożytnicze (etiologia bąblowcowa) [9, 10, 13] i niepasożytnicze, a w badaniu podmiotowym wykluczono mechanizm urazu. Należy zauważyć że aż 75% niepasożytniczych torbieli śledziony stanowią torbiele pourazowe, w tym w 30% nie stwierdza się jednoznacznie urazu w wywiadzie [21]. Opisany powyżej pacjent znalazł się w grupie chorych z dolegliwościami nieswoistymi dla torbieli śledziony. W pooperacyjnym materiale histopatologicznym stwierdzono fragmenty szkliwiejącej ściany pseudotorbieli z mikrozwapnieniami i odkładaniem substancji krystaloidnej. Nie stwierdzono wyściółki nabłonkowej ani śródbłonkowej. Makroskopowo wycięta torbiel śledziony (ryc. 2) opisano jako gładkościenną torbiel o średnicy około 7 cm, ze ścianą zwapniałą, gładką. Dodatkowo wraz z wyciętą torbielą znalazł się fragment tkanki tłuszczowej o wymiarach 5 × 2 × 0,5 cm. Przebieg leczenia był niepowikłany, a pacjent pozostaje w trakcie diagnostyki genetycznej.

## Piśmiennictwo

- Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, et al. Posttraumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. *Surg Today*. 2001; 31(3): 262–265, indexed in Pubmed: [11318135](#).
- Borawski W. Przypadek olbrzymiej torbieli śledziony. *Wiad. Lek.* 1965; 15. ; 24: 1901–1902.
- Comitalo JB. Laparoscopic treatment of splenic cysts. *JSLs*. 2001; 5(4): 313–316, indexed in Pubmed: [11719977](#).
- Magnuson TH. Tumors, cysts and abscesses of the spleen. W: Cameron John L. (red.) *Current surgical therapy*. Wyd. 6. St Louis, Mosby. ; 1998: 548–550.
- Pampaloni F, Valeri A, Mattei R, et al. Laparoscopic decapsulation of a large epidermoid splenic cyst in a child using the UltraCision LaparoSonic Coagulating Shears. *Pediatr Med Chir*. 2002; 24(1): 59–62, indexed in Pubmed: [11938684](#).
- Sowier J, Gizło J, Płaczkowski J, et al. Torbiel prawdziwa śledziony. *Pol Przegl Chir*. 1979; 51: 401–404.
- Hermel A, Świtalski W. Torbiel olbrzymia śledziony. *Wiad Lek.* 1972; 25: 437–439.
- Iwanaka T, Nakanishi H, Tsuchida Y, et al. Familial multiple mesothelial cysts of the spleen. *J Pediatr Surg*. 1995; 30(12): 1743–1745, indexed in Pubmed: [8749943](#).
- Ho CM. Splenic cysts: a new approach to partial splenectomy. *Surg Endosc*. 2002; 16(4): 717, doi: [10.1007/s00464-001-4111-3](#), indexed in Pubmed: [11972232](#).
- Jiang HC, Sun B, Qiao HQ, et al. Clinical application of serial operations with preserving spleen. *World J Gastroenterol*. 2001; 7(6): 876–879, indexed in Pubmed: [11854921](#).
- Faizan MK, Finn LS, Paladin AM, et al. A 14-year-old girl with recumbent proteinuria. *Pediatr Nephrol*. 2002; 17(5): 379–381, doi: [10.1007/s00467-002-0822-5](#), indexed in Pubmed: [12042899](#).
- Ishibashi R, Sakai T, Yamashita Y, et al. Benign epithelial cyst of the spleen with a high production of carbohydrate antigen 19-9. *Int Surg*. 1999; 84(2): 151–154, indexed in Pubmed: [10408287](#).
- Touloukian RJ, Maharaj A, Ghossoub R, et al. Partial decapsulation of splenic epithelial cysts: studies on etiology and outcome. *J Pediatr Surg*. 1997; 32(2): 272–274, indexed in Pubmed: [9044136](#).
- Akhan O, Baykan Z, Oğuzkurt L, et al. Percutaneous treatment of a congenital splenic cyst with alcohol: a new therapeutic approach. *Eur Radiol*. 1997; 7(7): 1067–1070, doi: [10.1007/s003300050255](#), indexed in Pubmed: [9265677](#).
- Buecker A, Neuerburg JM, Adam GB, et al. MR-guided percutaneous drainage of abdominal fluid collections in combination with X-ray fluoroscopy: initial clinical experience. *Eur Radiol*. 2001; 11(4): 670–674, doi: [10.1007/s003300000693](#), indexed in Pubmed: [11354766](#).
- MARTIN JW. Congenital splenic cysts. *Am J Surg*. 1958; 96(2): 302–308, indexed in Pubmed: [13559574](#).
- von Herbay A, Barreiros AP, Ignee A, et al. Contrast-enhanced ultrasonography with SonoVue: differentiation between benign and malignant lesions of the spleen. *J Ultrasound Med*. 2009; 28(4): 421–434, indexed in Pubmed: [19321670](#).
- Yu X, Yu J, Liang P, et al. Real-time contrast-enhanced ultrasound in diagnosing of focal spleen lesions. *Eur J Radiol*. 2012; 81(3): 430–436, doi: [10.1016/j.ejrad.2010.12.052](#), indexed in Pubmed: [21273021](#).
- Garvey JW, Peyser I, Delany HM. Traumatic cyst of the spleen: an unusual presentation. *J Trauma*. 1974; 14(11): 974–979, indexed in Pubmed: [4422065](#).
- Edmond RE, Rochon BR, McPhail JF. A traumatic splenic pseudocyst—historical review, diagnosis, and current mode of treatment. *J Trauma*. 1990; 30(3): 349–352, indexed in Pubmed: [2313758](#).
- Pachter HL, Hofstetter SR, Elkowitz A, et al. Traumatic cysts of the spleen—the role of cystectomy and splenic preservation: experience with seven consecutive patients. *J Trauma*. 1993; 35(3): 430–436, indexed in Pubmed: [8371303](#).

### Adres do korespondencji:

Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska  
Oddział Chirurgiczny Ogólny  
ul. Szpitalna 5, 18–200 Wysokie Mazowieckie  
e-mail: [magjet@poczta.fm](mailto:magjet@poczta.fm)

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.10.2016 r.