

Subtotální laparoskopická resekce asymptomatických cyst sleziny, přehled literatury

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.², MUDr. Vlastislava Tichá, CSc.³,
MUDr. Zbyněk Novák¹, MUC. Věra Pásková¹, MUC. Jana Novosadová¹, MUDr. Kamila Michálková⁴

¹Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

²Chirurgická klinika LF UP a FN v Olomouci

³Ústav patologie LF UP a FN v Olomouci

⁴Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci

Autoři prezentují kazuistiku laparoskopické parciální resekce asymptomatických cyst sleziny u sedmnáctiletého adolescenta s anamnézou úrazu břicha ve věku tří let.

Klíčová slova: cysty sleziny, děti, laparoskopie.

Subtotal laparoscopic resection of asymptomatic splenic cysts, review of the literature

Presented here is a case report of laparoscopic partial resection of a asymptomatic splenic cysts in a 17-year-old adolescent with history of previous abdominal trauma at the age of three year.

Key words: splenic cysts, children, laparoscopy.

Pediatr. praxi 2011; 12(3): 207–209

Úvod

Neparazitární cysta sleziny je v dětském věku relativně vzácná a benigní entita. Cysty se chovají často asymptomaticky (1). Typické klinické příznaky jsou jako při splenomegalii, která může být přítomna: bolest v nadbříšku, bolest v bederní krajině s vyzařováním do levého ramene, pocit plnosti, růstová retardace, snížená chuť k jídlu a vzácně projevy náhlé příhody břišní (2). Cysty sleziny bývají objeveny častokrát náhodně při fyzikálním nebo ultrazvukovém vyšetření a občas pouze po úrazu břicha. Jen málokdy vedou ke komplikacím (peritonitida, krvácení uvnitř cysty, ruptura, útlak ledviny, hypersplenismus), které vyžadují rychlou diagnózu a léčebné řešení. Cysty mohou být septovány a mohou obsahovat hyperechogenní náplň (buněčný odpad, poškozenou tkáň, krvácení). Parietální kalcifikace bývají často přítomny u pseudocyst, jejich ruptura může způsobit hemoperitoneum. Právě cysty jsou primární a jsou charakterizovány vnitřní endoteliální výstelkou, zatímco vznik pseudocysty je druhotný jev, ke kterému může dojít po úraze, infekci a/nebo infarktu. Nicméně otázka etiologie primárních cyst sleziny zůstává i nadále otevřenou a kontraverzní (1, 2, 3).

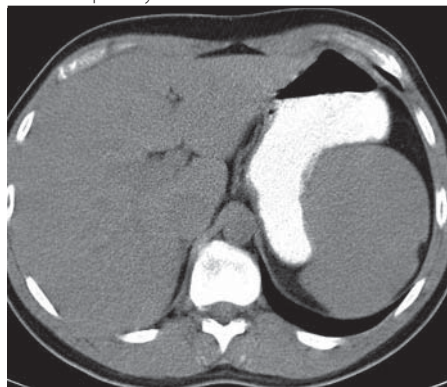
Znalost role a významu sleziny pro děti mladší pěti let a pokrok chirurgických technologií vedl v posledních dvou desetiletích ke změnám léčebného chirurgického přístupu. V současnosti je v dětském věku upřednostňován laparoskopický, tzv. slezinu zachraňující přístup (parciální resekce).

Popis případu

Pacient ze druhé gravidity, porod v termínu spontánně, záhlavím, nekříšen, 3 600 g/51 cm, plně kojen šest měsíců. Očkování dle kalendáře (+ klíšťová encefalitida). Hospitalizace: 1997 – adenotomie, 1998 – observace pro komoci mozku, 2008 – infekční mononukleóza, 2009 – tonsilektomie. Časté úrazy po pádu na kole, minimálně jednou týdně, jezdí freestyle.

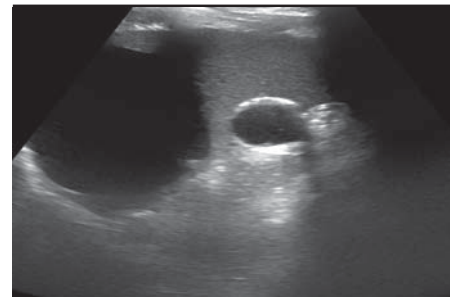
Od tří let sledován pro drobnou cystu v hile sleziny (zjištěno při sonografickém vyšetření po úrazu břicha). Chodil na pravidelné kontroly jednou ročně, cysta se nezvětšovala, nečinila mu žádné zdravotní problémy. Při posledním vyšetření před 3 měsíci nález dalších dvou větších (jedna z nich s průměrem > 5 cm) asymptomatických cyst sleziny (obrázek 1). Na spolupracujícím pracovišti nebyla možnost provést MR vyšetření, proto bylo indikováno CT sleziny.

Obrázek 2a. Předoperační nativní CT, axiální zobrazení – na snímku je zachycena horní polovina sleziny, která je homogenní, komprimuje kontrastní látkou naplněný žaludek

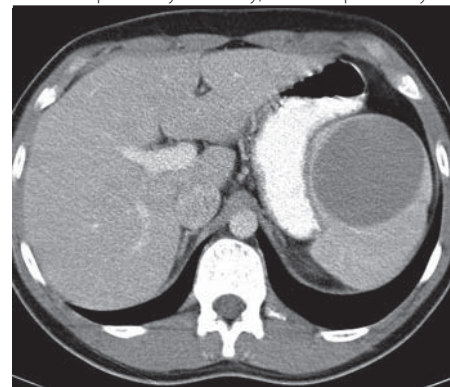


Při předoperačním nativním CT vyšetření byla nalezena velká cysta v horní polovině sleziny, slezina byla zvětšena, komprimovala žaludek. Dále se zobrazily tři cystické útvary menší velikosti, cysta v hile sleziny měla kalcifikovanou stěnu (obrázky 2a, 2b, 3a, 3b). Po předoperační

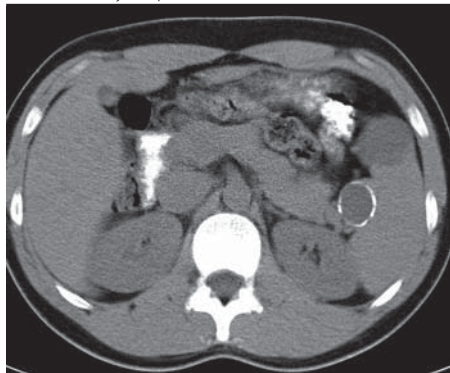
Obrázek 1. Předoperační UZ vyšetření sleziny: je zachycena velká cystická léze v horní polovině sleziny a menší cysta s kalcifikovanou stěnou v blízkosti hilu



Obrázek 2b. CT vyšetření sleziny, po aplikaci k. l. i. v. – v přední části sleziny se zobrazuje hypodenzní kulovitá léze, která se po aplikaci k. l. i. nenasytila, nasýtil se okolní parenchym sleziny, nález odpovídá cystě



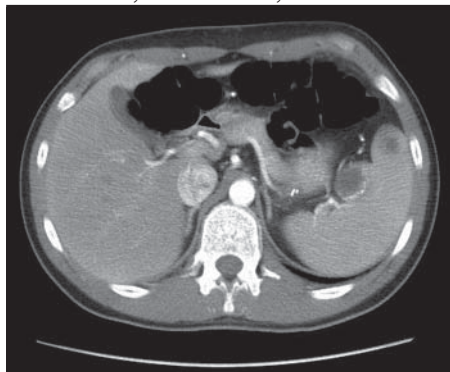
Obrázek 3a. Nativní CT – je zachycená střední část sleziny s hypodenzní cystou v přední části sleziny. V hilu sleziny je další cysta s hyperdenzním lemem, který odpovídá kalcifikaci



Obrázek 5. Laparoskopický pohled na punkci a odsátí střední cysty

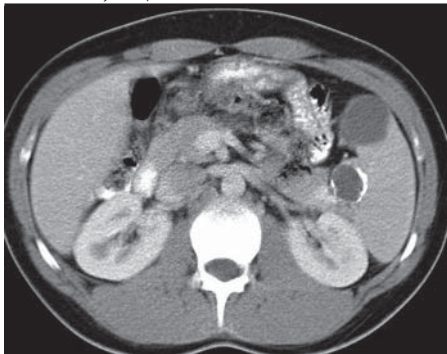


Obrázek 7b. CT břicha s k.l.i.v., kaudálnější zobrazení, cysta ve ventrální části sleziny po operaci je zmenšená, kalcifikovaná cysta v hilu sleziny není změněná

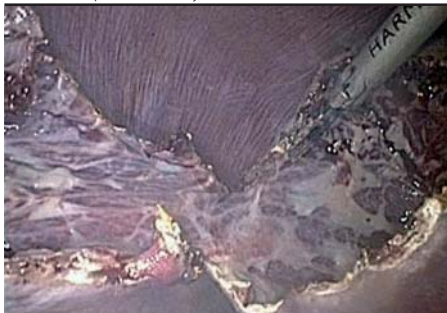


přípravě byla při laparoskopii provedena punkce všech cyst, z největší z nich (horní pól sleziny) bylo odsáto 150 ml zkalené nepáchnoucí tekutiny, obsah střední cysty byl podobný, ale méně zkalený (90 ml). Centrální hilová cysta nebyla resekována vzhledem k poloze a kalcifikované stěně, díky níž se nepředpokládá expanzivní růst (obrázky 4, 5, 6). Z této cysty bylo odsáto 20 ml sérohemoragického obsahu. Nakonec byla pomocí harmonického skalpelu provedena laparoskopická subtotální resekce proximální a mediální cysty. Pooperační průběh byl bez komplikací. K vyloučení eventuálních pooperač-

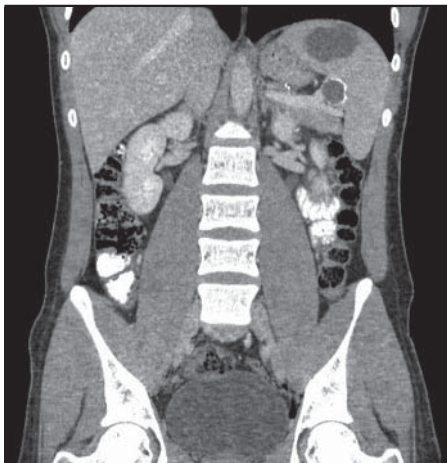
Obrázek 3b. CT s k.l.i.v. – nález cyst ve střední části sleziny se postkontrastně nezměnil



Obrázek 6. Stav po laparoskopické resekci cysty v horním pólu sleziny



Obrázek 8. CT s k.l.i.v., koronální rekonstrukce – v levém hypochondriu je nezvětšená slezina s cystickou lézí v horní třetině, která je po odsátí zmenšená, s nezměněnou kalcifikovanou cystou v blízkosti hilu

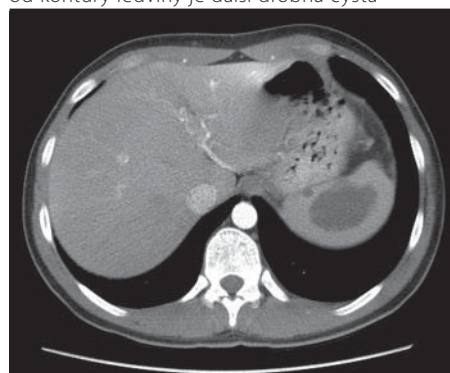


ních komplikací bylo z indikace chirurga provedeno vyšetření CT břicha s kontrastní látkou i.v. Prokázalo v horní třetině sleziny po chirurgickém odsátí zmenšenou cystickou lézi. Mediálně od kontury ledviny byla přítomna další drobná cysta. CT břicha s k.l.i.v., kaudálnější zobrazení, prokázalo cystu ve ventrální části sleziny po operaci zmenšenou, kalcifikovaná cysta v hilu sleziny není změněná. CT s k.l.i.v., koronální rekonstrukce: v levém hypochondriu je nezvětšená slezina s cystickou lézí v horní třetině, která je po odsátí zmenšená, kalcifikovaná cysta v blízkosti hilu bez změny (obrázky 7a, 7b, 8).

Obrázek 4. Laparoskopický pohled na slezinu s cystou ve střední části a cystu v hilu s vazivovou přestavbou



Obrázek 7a. CT břicha s k.l.i.v., pooperační vyšetření – v zachycené horní třetině sleziny je po chirurgickém odsátí zmenšená cystická léze. Mediálně od kontury ledviny je další drobná cysta



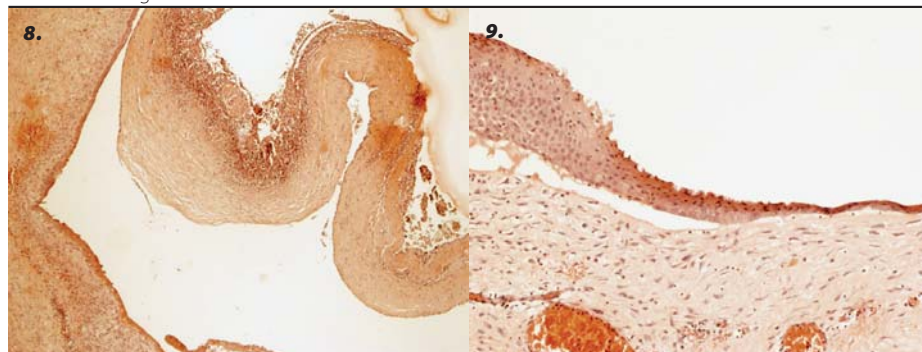
Kultivační aerobní i anaerobní mikrobiologické vyšetření obsahu cyst bylo negativní. Histologické vyšetření: pravá cysta sleziny, vystlaná nízkým, vrstveným nebo nerohovějícím dlaždicovým epitelem. Na hranici mezi slezinou a pulpou, která je přiměřeného vzhledu, je na četnějších místech čerstvé prokrvácení, okrsky hemoragií starých s masivními depozity hemosiderinu a místy i s obrovskobuněčnou granulomatózní reakcí (obrázky 9, 10).

Diskuze

Pravé cysty sleziny jsou dle morfologické charakteristiky nejspíše traumatického původu (odpovídá údajům dle literatury, že trauma zapříčiní inkluzi povrchového mezotelu, jenž se metaplasticky mění). Možnosti chirurgické terapie jsou: perkutánní drenáž a sklerotizace, marsupializace cysty, laparoskopické odstranění cysty, parciální splenektomie až radikální splenektomie. Volba chirurgické metody je závislá na poloze cysty, počtu cyst a anatomickému vztahu k hilu a hilovým cévám.

Provedli jsme rešerši literárních záznamů týkajících se managementu splenických cyst v dětském věku. Sinha a Agrawal sledovali celkem 166 dětí, medián věku 11 let, rozsah věku 1–14 let.

Obrázek 9 a 10. Pravá cysta sleziny, vystlaná nízkým, vrstveným nebo nerohovějícím epitelem dlaždicovým. Na hranici mezi slezinnou pulpou, která je přiměřeného vzhledu, je na četnějších místech čerstvé prokrvácení, okrsky hemoragií starých s masivními depozity hemosiderinu a místy i s obrovskobuněčnou granulomatózní reakcí



Prokázali, že laparoskopické metody (laparoskopická resekce cysty, marsupializace cysty) mají poměrně vysoký počet recidiv a neměly by být doporučovány. Naproti tomu parciální splenektomie, ať už byla provedena laparoskopicky nebo otevřeným přístupem, má velmi nízký počet recidiv ve sledovaném období (1). Fisher, et al. v retrospektivní studii, která trvala 5 let (2002–2006), sledovali 8 dětí, medián věku 13 let, rozsah věku 7–16 let. Sedm dětí podstoupilo laparoskopickou resekci, jedno dítě parciální splenektomii. Shodně s předchozí studií zjistili, že optimálním chirurgickým řešením je parciální resekce, která může snížit výskyt recidiv onemocnění. Recidivy se objevily za 9,4 měsíce (medián) (2). Czauderna, et al. v multicentrické studii (trvání 1981–2005) sledovali 50

dětí, medián věku 11,9 let, rozsah věku 1–17 let. Zjistili, že parciální resekce by mohla snížit výskyt recidiv onemocnění i optimální postup léčby u pacientů s neparazitárními cystami vzhledem k recidivě onemocnění. Laparoskopická resekce je na rozdíl od otevřené chirurgie spojena s vysokou mírou recidiv a jeví se jako nedostatečná léčba.

Náš pacient podstoupil laparoskopickou marsupializaci s následnou subtotální resekci cyst. Histologický nálezný dvou tenkostěnných cyst vystlaných nízkým, vrstveným dlaždicovým epitelem a další původní cysty s parietální kalcifikací, ale i nálezný četných míst čerstvého prokrvácení a okrsků hemoragií starších s masivními depozity hemosiderinu v pulpě sleziny dokazuje s největší pravděpodobností na traumatický původ poly-

cystózy sleziny. Dle získaných informací z rozboru studií vyplývá, že zvolená metoda laparoskopické parciální resekce cyst je spojena s vysokým rizikem výskytu recidiv. Vhodnější metodou se jeví laparoskopická parciální splenektomie, ale její volba je vždy omezena polohou a počtem cyst hluboko uvnitř parenchymu a výskytem srůstů v operačním poli (4). Provedení parciální splenektomie u tohoto pacienta bylo podle dětského chirurga nemožné vzhledem k počtu a uložení cyst. Vzhledem k vysokému riziku možných recidiv po laparoskopické resekci bude pacient i nadále pravidelně sledován v dětské chirurgické ordinaci.

Literatura

1. Sinha SK, Agrawal M. Nonparasitic splenic cysts in children: Current status. *Surgeon* 2011; 9(1): 49–53.
2. Fischer JC, Gurung B, Cowles RA. Recurrence after excision of nonparasitic splenic cysts. *J Pediatr Surg* 2008; 43: 1644–1648.
3. Czauderna P, Vajda P, Schaarschmidt K, et al. Nonparasitic splenic cysts in children: A multicentric study. *Eur J Pediatr Surg* 2006; 16: 415–419.
4. Szczepanik A, Meissner AJ. Partial splenectomy in the management of nonparasitic splenic cysts. *World J Surg* 2009; 33: 852–856.

Článek doručen redakci: 16. 5. 2011

Článek přijat k publikaci: 31. 5. 2011

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN
Puškinova 5, 775 20 Olomouc
vladimir.mihal@fnol.cz

