

616.411-003.94-089

PRIMÁRNÍ EPIDERMOIDNÍ CYSTA SLEZINY

Plk. MUDr. Jan KULHÁNEK,¹⁾ pplk. MUDr. Robert HOLEČKO,²⁾ mjr. MUDr. Peter PREČINSKÝ,²⁾
plk. doc. MUDr. Josef KVĚTENSKÝ,³⁾ CSc.

¹⁾Chirurgické oddělení Vojenské nemocnice SNP Ružomberok
(náčelník: plk. MUDr. Jan Kulhánek)

²⁾Rentgenologické oddělení Vojenské nemocnice SNP Ružomberok
(náčelník: plk. MUDr. Rudolf Kubej)

³⁾Vnitřní oddělení Vojenské nemocnice SNP Ružomberok
(náčelník: plk. doc. MUDr. Josef Květenský, CSc.)

K nejčastějším nádorům levého hypochondria patří nádory vycházející z ledviny a sleziny. Mezi mnohými histologicky různě charakteri-

zovanými nádory se vyskytují i cysty sleziny. V odborné literatuře se udává, že cysty sleziny jsou vzácné a setkáváme se s nimi mnohem

vzácněji než např. s cystami ovaria, ledviny, jater nebo jiných břišních orgánů.

O vzácnosti tohoto onemocnění svědčí jen několik prací v našem písemnictví i chudé světové písemnictví v této oblasti (1, 2, 3, 4, 5, 6). To je také důvodem k našemu sdělení o nemocném s pravou cystou sleziny, kterého jsme vyšetřili a vyléčili v naší nemocnici v úzké spolupráci interního, rentgenového a chirurgického oddělení.

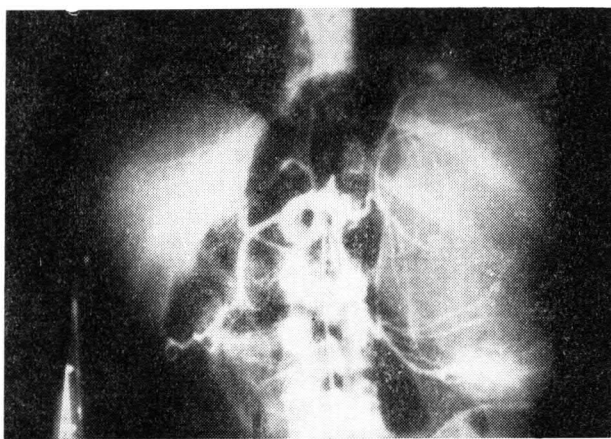
26letý voják z povolání P. Z. pociťoval od prosince 1982 intermitentně tlakovou bolest pod levým obloukem žeberním, která trvala asi tři dny, potom spontánně ustoupila. Tlak cítil jen při určitých pohybech — při smíchu, zatlačení si na tuto oblast. V mezidobích se cítil zcela zdrav. Poslední týden před hospitalizací na interním oddělení (březen 1983) si stěžoval na tlak v levém podžebří, hlavně při hlubokém nádechu. Dyspeptické těžkosti neměl, úraz v minulosti neudával. Rodinná anamnéza bezvýznamná. V oblasti levého hypochondria hmatná nebolestivá rezistence, hladkého povrchu, sahající asi 7 cm pod oblouk žeberní, ostatní somatický nález normální. Z laboratorních vyšetření byla pozitivní bílkovina v moči, Addisův sediment: ery 30 $\times 10^6$, leukocyty 20 $\times 10^6$, válce neg. Ostatní laboratorní hodnoty v normě.

Rtg hrudníku — normální nález.

Nativní snímek břicha: podbrániční krajina vlevo je vyplněna homogenním stínem, jehož dolní pól je ostře konturovaný a sahá k lopatě kosti kyčelní. Žaludeční bublina je dislokována mediálně.

I. v. urografie: tumorózní útvar v levém hypochondriu, tlačící kalichopánvičkový systém vlevo distálně a deformující horní kalich levé ledviny.

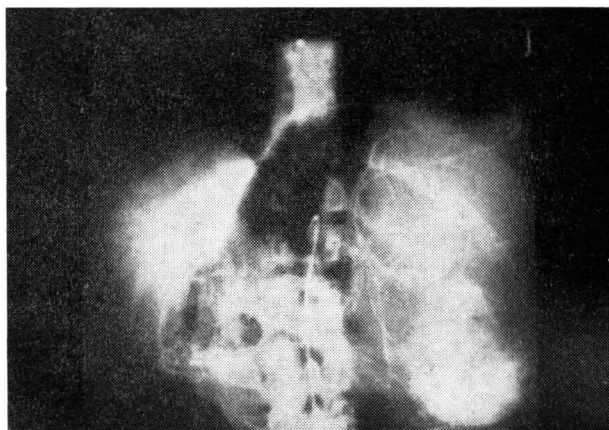
Coeliakografie a břišní aortografie (obr. 1, 2, 3, 4, 5): avaskulární expanzivní proces sleziny, dislokující levou ledvinu kaudálně a žaludek mediálně. Nejpravděpodobněji jde o cystu sleziny.



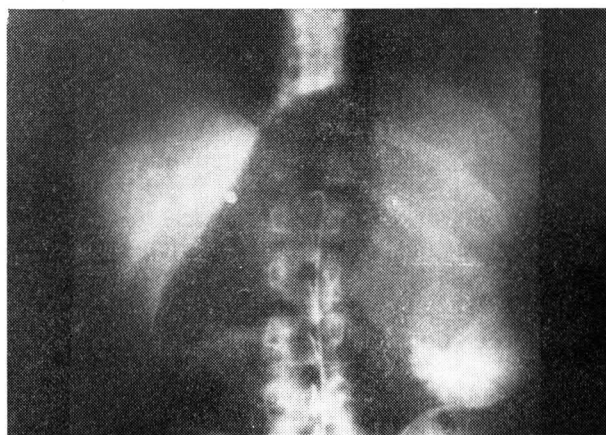
Obr. 1. Coeliakografie — arteriální fáze: art. lienalis stlačena mediálně, slezinné tepny obloukovitě roztačené, v dolním pólu normální parenchym sleziny

Sonografické vyšetření (KÚNZ B. Bystrica): expanzivní proces sleziny — cystický útvar, rozdělený několika septy. Ledvina stlačena dolů bez městnání.

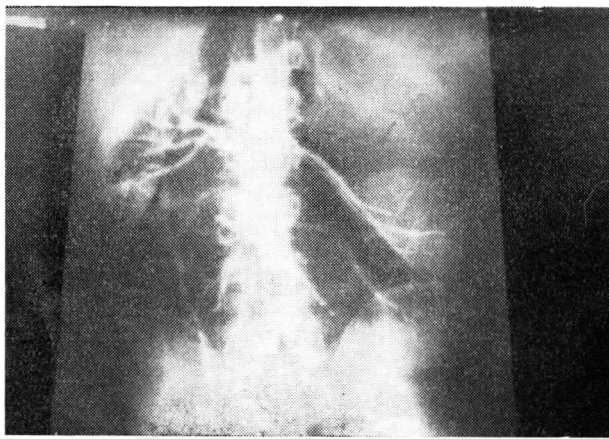
Na základě uvedených výsledků byl nemocný přeložen na chirurgické oddělení vojenské



Obr. 2. Coeliakografie — počáteční parenchymatózní fáze: normální parenchym sleziny u dolního pólu avaskulárního tumorózního útvaru



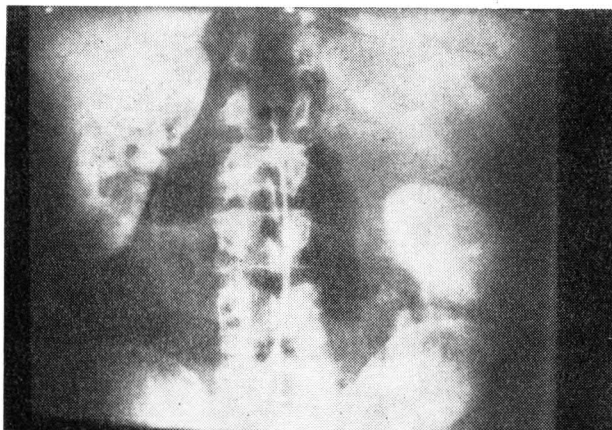
Obr. 3. Coeliakografie — pozdní parenchymatózní fáze: avaskulární tumor levého hypochondria se zbytkem normálního slezinného parenchymu



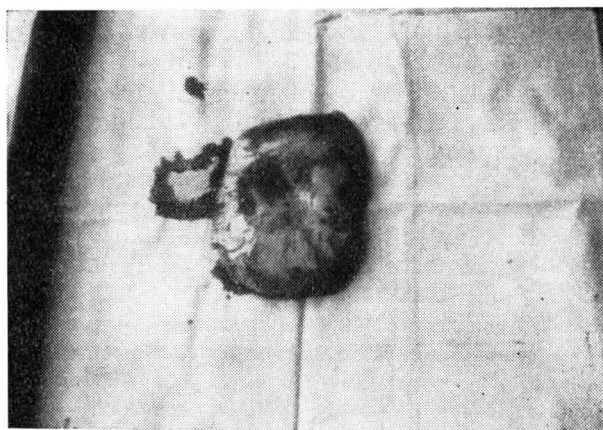
Obr. 4. Břišní aortografie — arteriální fáze: levá renální tepna probíhá šikmo dolů, pod ní odstupuje aberantní tepna

nemocnice v Ružomberku k operaci s diagnózou: avaskulární proces sleziny — pravděpodobně cysta.

Při operaci, provedené v dubnu 1983, jsme našli v dutině břišní výrazně zvětšenou slezi-



Obr. 5. Břišní aortografie — parenchymatózní fáze: levá ledvina stlačena distálně

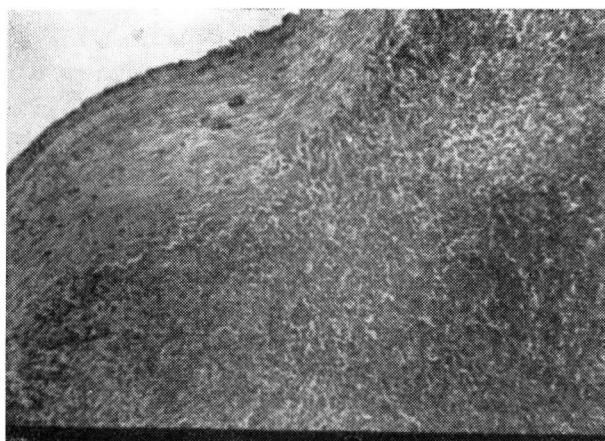


Obr. 6. Operační preparát po punkci 1,5 l tekutiny, rozměrů 19×13×4,5 cm

nu, která byla změněná ve velký silnostěnný vak, takže vlastní tkáň sleziny na něj nasedala jako čepička. Celý útvar byl poután pevnými plošnými srůsty s okolními strukturami, především s omentem. Punkcí vaku bylo získáno asi 1,5 l špinavě žlutohnědé tekutiny, která byla odeslána na cytologické vyšetření. Po skončené punkci se útvar asi o $\frac{2}{3}$ zmenšil, takže po postupném odstraňování srůstů s okolními strukturami byla splenektomie, i když obtížná, proveditelná z dutiny břišní ze subkostálního přístupu.

Preparát (obr. 6) byl kulovitého tvaru, větší část (tři čtvrtiny) byla tvořena silnostěnným vakem o obsahu 1,5 l, na něj nasedá jako čepička slezinná tkáň. Rozměry po punkci: 19×13×4,5 cm, hmotnost 550 g.

Histologické vyšetření (obr. 7) — prim. MUDr. Kubančok, OÚNZ L. Mikuláš: Byla vyšetřena excidovaná tkáň ze sleziny a cysty. Slezina má vazivově zhrubělé pouzdro, struktura její tkáň je zachovaná bez patologických změn. Histologicky je cysta vystlaná dlaždicovým epitelem. Jde o epidermoidní cystu.



Obr. 7. Histologický preparát pouzdra slezinné cysty vystlaného dlaždicovým epitelem se zbytky normální slezinné tkáně

Diskuse

Z klinického a léčebného hlediska nás nezajímají malé, vždy ve větším počtu pod povrchem orgánu ležící cysty, které nezpůsobují žádné klinické příznaky, ale velké, většinou solitární cysty, projevující se tumorózním zvětšením sleziny.

Cysta ve slezině může být parazitární, nebo neparazitární. Parazitární cysty, obvykle echinokokového původu, se u nás vyskytují jen výjimečně. Je několik dělení cyst, ale nejuznávanější je FOWLEROVA patogenetická klasifikace [2]:

A. Parazitární cysty (echinokokové)

B. Neparazitární cysty

I. **Primární** — s celulární výstelkou (pravé cysty) (vrozené)

1. Kongenitální
2. Traumatické
3. Zánětlivé
4. Neoplastické
 - a) epidermoidní
 - b) dermoidní
 - c) cystický lymfangiom
 - d) hemangiom

II. **Sekundární** — bez celulární výstelky (nepravé cysty, pseudocysty) (získané)

1. Traumatické
 - krevní typ
 - serózní typ
2. Degenerativní — po infarktu, embolii, endarteritidě, ruptuře aneurysmatu
3. Zánětlivé — nefróza, tbc, tyfus, variola, malárie.

Společným znakem cyst na vrozeném podkladě je epitelová nebo endotelová výstelka z plochých nebo kubických buněk. Histologicky může jít o dermoidní nebo epidermoidní cystu, cystický lymfangiom nebo hemangiom.

Tyto cysty nazýváme též pravými na rozdíl od cyst získaých, které nemají buňkovou výstelku a nazývají se proto cystami nepravými — pseudocystami.

Neparazitární cysta sleziny se častěji vyskytuje u žen než u mužů. Predisponujícím momentem je menstruace a těhotenství, při kterých dochází ke kongesci sleziny a ta se stává zranitelnější. Jiným predisponujícím momentem jsou infekční a parazitární choroby (malárie, tyfus, variola). Sekundární cysty sleziny se vyskytují čtyřikrát častěji než primární cysty a i při současně vyspělé diagnostice je výskyt kongenitální cysty sleziny považován za řídký a vzácný. Velikost cysty je různá, může obsahovat až několik litrů tekutiny.

Cysta sleziny nemá v klinickém obraze typické příznaky. Nemocný je delší dobu bez těžkostí a často se až při náhodném vyšetření zjistí splenomegalie nebo kalcifikace v oblasti sleziny. Malé cysty jsou klinicky němé. Velké způsobují příznaky z útlaku okolních orgánů, jako pocit tlaku v levém nadbříšku nebo zažívací těžkosti. Při ruptuře nebo zhnisání cysty dochází k obrazu náhlé přéhody břicha (4).

Fyzikálním vyšetřením zjistíme nádor levého epigastria nebo splenomegalii. Diferenciálně diagnosticky přichází v úvahu nádor sleziny, pankreatu, ovaria, levého laloku jater, omenta nebo levé ledviny, event. splenomegalie jiné etiologie.

Laboratorní nález je obvykle v mezích normy.

V diagnostice cysty sleziny má hlavní úlohu rentgenologické vyšetření. Cenné informace přináší vyšetření hrudníku, nativní snímek břicha, vyšetření žaludku, tlustého střeva a ledvin, event. pneumoperitoneum a pneumoretroperitoneum, cystografie, slezinná angiografie, počítačová tomografie. Z dalších vyšetřovacích postupů — sonografie a radioizotopové vyšetření sleziny.

Z rentgenových vyšetřovacích metod má dominantní postavení angiografie sleziny, která ukáže charakteristické změny (6). V arteriální fázi jsou cévy roztačené, deformované, natažené a mají obloukovitý průběh. Zachovaný parenchym má zhuštěné a stlačené tepny. V parenchymatózní fázi se cysta projeví defektem v náplni nabarveného parenchymu. Rtg vyšetřením nemůžeme určit typ cysty, zda jde o cystu pravou nebo nepravou. To může určit jen histolog, a to někdy i s obtížemi, protože výstelka cysty podléhá druhotným změnám a někdy úplně vymizí.

Léčba tohoto onemocnění je jen chirurgická — je nutné provést splenektomii. Ta může být od případu k případu velmi lehká, na druhé straně však — značné srůsty s okolními strukturami, zejména s bránicí, umístění patologického procesu v horním pólu sleziny nebo enormně zvětšená slezina — mohou pro možnost krvácení nebo omezeného přístupu i zkušenému operatérovi připravit značné obtíže.

Přístupové cesty ke slezině jsou v podstatě tři:

1. laparotomie
2. transtorakální, transdiafragmatický přístup
3. torakoabdominální přístup.

Metodou volby je laparotomie s různými incizemi na břicho, nejčastěji levý subkostální a Kochrův řez. Další dva způsoby přicházejí v úvahu jen ve výjimečných případech, např. při enormní velikosti slezinného nádoru, umístění patologického procesu (echinokokové cysty) v horním pólu sleziny a pevné srůsty s bránicí. Jiné chirurgické výkony jako marzipalizace cysty, splenotomie, exstirpace cysty pro možnost sekundárního krvácení, infekce a dlouhodobost léčby patří již minulosti. Odstranění cysty sleziny si můžeme usnadnit zmenšením cysty punkcí. Značně se zlepšil přístup k cévám, ke srůstům, k bránici a tím se ulehčí vlastní splenektomie. Takto jsme postupovali u našeho nemocného, kde jsme i přes značné srůsty a velikost slezinného nádoru vystačili s levostrannou subkostální laparotomií.

Závěrem možno říci, že u 26letého nemocného jsme pomocí angiografie (coeliakografie a břišní aortografie) předoperačně diagnostikovali cystu sleziny, úspěšně odoperovali a histologicky verifikovali jako primární epidermoidní cystu sleziny. Dermoidní a epidermoidní cysty jsou nejvzácnějšími formami primárních slezinných cyst. V literatuře je popsáno jen několik desítek takových případů. Angiografie i přes podstatně vyšší diagnostickou úspěšnost CT zůstává stále významnou vyšetřovací metodou, zejména v zařízeních, kde nejsou možnosti CT.

Naše pozorování je dokladem toho, že diferenciální diagnostika nádorových onemocnění levého hypochondria může být někdy těžká. V demonstrovaném případě sváděl fyzikální i laboratorní nález kliniku k diagnóze nefropatie. Racionální diagnostický postup při správném využití všech nám dostupných rtg vyšetřovacích metod rozhodl o lokalizaci a charakteru nádoru a umožnil včasný operační výkon.

Souhrn

Autoři uvedli jednu z nejvzácnějších forem primárních slezinných cyst — epidermoidní cystu. Podrobně popsali rozdělení, patologii, kliniku a chirurgickou léčbu tohoto onemocnění. Zdůraznili podstatnou úlohu rtg vyšetření v diagnostice cysty s dominantním postavením angiografie sleziny. Pomocí této metody diagnostikovali předoperačně primární cystu sleziny u 26letého nemocného, úspěšně odoperovali a histologicky verifikovali jako primární epidermoidní cystu.

Literatura

1. FORDE, W. J. - FIMBY, N.: Splenic cysts. Clin. radiology, vol. XII., 1961, s. 49—54.

2. FOWLER, R. H.: Nonparasitic benign cystic tumors of the spleen. Inter. abstr. of surg., vol. 96, 1953, s. 209 až 227.
 3. HOLUB, E. a spol.: Nichtparasitäre Milzzysten. Zbl. f. Chir., 1961, H. 21, s. 1346—1356.
 4. KUNC, Z.: Příklad prasklé neparazitární cysty sleziné. Čas. Lék. čes., 1946, č. 18, s. 626—628.
 5. NAVRÁTIL, J.: Neparazitární cysty sleziny. Bratisl. lék. L., 15, 1935, s. 1223—1236.
 6. RÖSCH, J. a spol.: Příspěvek k rentgenové diagnostice cysty sleziny. Čs. Rentgenol., 16, 1962, č. 3, s. 165 až 170.
- Klíčová slova: Primární epidermoidní cysta sleziny; Diagnostika; Léčba.