

JERZY RUDNICKI<sup>1,2</sup>, JERZY JABŁECKI<sup>2</sup>, JAKUB WACHNIK<sup>1</sup>, BARBARA R. CHRZAN<sup>1</sup>,  
ZYGMUNT GRZEBIENIAK<sup>1</sup>, WOJCIECH KIELAN<sup>1</sup>, ARTUR SZAJERKA<sup>1</sup>

## Torbiele śledziony – doświadczenia własne

### Splenic Cysts – Own Experiences

<sup>1</sup> II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej AM we Wrocławiu

<sup>2</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

#### Streszczenie

Torbiele śledziony występują rzadko. Uważa się, że większość torbieli wtórnych, bez wyściółki nabłonkowej, to torbiele pourazowe. Rozpoznanie ustala się często przypadkowo podczas badania USG, TK lub NMR jamy brzusznej. Zabieg splenektomii pozostaje do dzisiaj podstawową metodą leczenia w przypadku torbieli dużych, zakażonych lub znajdujących się we wnętrzu śledziony. Zwraca się jednak uwagę na możliwość wykonania w niektórych przypadkach częściowego wycięcia śledziony z zachowaniem jej miąższu, co zapobiega wystąpieniu pooperacyjnych powikłań. W przedstawionych przypadkach zastosowano w leczeniu splenektomię jako metodę z wyboru ze względu na zajęcie wnętrza śledziony bądź duże rozmiary torbieli, a do ustalenia rozpoznania posłużyło badanie USG (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 3, 625–628).

**Słowa kluczowe:** torbiele śledziony, etiologia, rozpoznawanie, leczenie chirurgiczne.

#### Abstract

Splenic cysts are rare. It is generally considered that in the most cases secondary cysts (without epithelial lining) are of post-traumatic origin. Very often the diagnosis is made accidentally during ultrasonography or computed tomographic (CT) scans. Nowadays splenectomy is the treatment of choice in the case of splenic cysts that are very large, infected or situated near the hilum of the spleen. In some cases spleen-preserving procedures which protect patients against postoperative complications are applied. In presented cases splenectomy was the treatment of choice because splenic cysts were large or located near the hilum of the spleen. Diagnoses were made on the basis of ultrasonography images (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 3, 625–628).

**Key words:** splenic cysts, etiology, diagnosis, surgical treatment.

Torbiele śledziony występują rzadko. W ostatnich latach dzięki rozwojowi metod diagnostycznych zwiększa się ich wykrywalność, chociaż udokumentowanych i opisanych w literaturze przypadków wciąż jest stosunkowo niewiele. Schorzenie może mieć przebieg bezobjawowy – dotyczy do głównie małych torbieli, większe zmiany powodują natomiast niecharakterystyczne dolegliwości, wynikające z ucisku sąsiadujących narządów przez powiększoną śledzionę. Brak charakterystycznych objawów sprawia, że torbiele śledziony są często wykrywane przypadkowo przy okazji badania USG lub TK jamy brzusznej.

Według praktycznej i powszechnie stosowanej klasyfikacji torbieli śledziony zaproponowanej przez Martina wyróżnia się torbiele prawdziwe

i rzekome, w zależności od obecności lub braku wyściółki nabłonkowej [1]. Do torbieli prawdziwych, mających wyściółkę nabłonkową, zalicza się torbiele pasożytnicze, które w Europie są następstwem zakażenia *Echinococcus granulosus* oraz torbiele nie pasożytnicze, wśród których wyróżniono torbiele wrodzone i nowotworowe. Drugą grupę tworzą torbiele rzekome, bez wyściółki nabłonkowej, które powstają najczęściej na skutek urazów oraz na podłożu degeneracyjnym (po zawale śledziony) lub zapalnym.

W przypadku rozpoznania torbieli, aby uniknąć groźnych powikłań w postaci pęknięcia śledziony lub zakażenia torbieli z powstaniem ropnia, prowadzi się leczenie dostosowane do konkretnego przypadku, w zależności od rozmiarów

i umiejscowienia cysty, a także wieku pacjenta. Od czasu pierwszej splenektomii, wykonanej z powodu torbieli śledziony przez Peana w 1867 r., zabieg ten pozostaje podstawową metodą leczenia dużych torbieli, zakażonych lub umiejscowionych we wnętrzu. W ostatnich latach zwraca się uwagę na możliwości wykonania częściowego wycięcia śledziony z zachowaniem jej mięszu, co zapobiega występowaniu powikłań pooperacyjnych w postaci uogólnionego zakażenia [2, 3]. Inne metody leczenia, jak nakłucie i drenaż torbieli oraz zabiegi sklerotyzacji, nie są rozpowszechnione ze względu na wysoki odsetek nawrotów [3].

## Materiał kliniczny

W II Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej we Wrocławiu w ciągu ostatnich pięciu lat przeprowadzono 103 zabiegi splenektomii, w tym w 41 przypadkach wskazaniem była małopłytkowość, 37 splenektomii wykonano w przebiegu operacji nowotworów żołądka, 17 w przebiegu chłoniaków i białaczek, 3 – z powodu raka trzustki, 2 – w związku z pourazowym pęknięciem śledziony, 2 – z powodu guza śledziony, jedną z powodu ropnia. U czterech pacjentów wskazaniem do zabiegu okazały się torbiele śledziony. W pracy przedstawiono także przypadek olbrzymiej torbieli śledziony operowanej w Ośrodku Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii, Chirurgii Ręki i Chirurgii Ogólnej w Trzebnicy.

## Opis przypadków

### Przypadek 1

21-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki z podejrzeniem torbieli śledziony, stwierdzonych w badaniu USG jamy brzusznej wykonanym sześć miesięcy wcześniej. Pacjentka skarżyła się na nieznaczne dolegliwości bólowe oraz uczucie dyskomfortu występujące okresowo od kilkunastu miesięcy w lewym nadbrzuszu. Wywiad nie ujawnił istotnej przeszłości chorobowej, był także ujemny w kierunku przebytego w przeszłości urazu jamy brzusznej. Wyniki badań laboratoryjnych były bez odchylenia od normy, poza podwyższonym poziomem GPT do 73 U/l.

Wykonane badanie TK jamy brzusznej wykazało wątrobę o równomiernie obniżonej gęstości, bez zmian ogniskowych. W śledzionie zobrazowano cztery cienkościenne torbiele, zagrażające pęknięciem, wypełnione treścią płynną o wysokiej gęstości. Największa z nich, położona od przodu i osiagająca średnicę do 8,5 cm, modelowała i prze-

mieszczała w dół zgięcie śledzionowe jelita grubego. Kolejna torbiel o wymiarach 5,3 cm x 3,5 cm, była umiejscowiona przy wnętrzu śledziony, bliżej jej bieguna górnego. Badanie uwidoczniło w górnym biegunie śledziony jeszcze dwie, znacznie mniejsze torbiele o średnicy do 2 cm. Nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych w badanym obszarze. Trzustka oraz pozostałe narządy mięszowe były prawidłowe.

Chorą operowano w trybie planowym. Biorąc pod uwagę duże rozmiary torbieli, ich liczbę i umiejscowienie jednej ze zmian w okolicy wnętrza śledziony, zdecydowano się na wykonanie zabiegu splenektomii. Śródoperacyjnie stwierdzono powiększoną śledzionę z czterema dużymi torbielami, którą usunęto w sposób typowy. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Uzyskano całkowite ustąpienie wcześniejszych dolegliwości. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w 8. dobie po zabiegu.

### Przypadek 2

W trybie planowym przyjęto 36-letnią pacjentkę, u której w badaniu USG jamy brzusznej przed czterema laty, po przebytych urazach jamy brzusznej, stwierdzono zmianę torbielowatą okolicy wnętrza śledziony o średnicy 3 cm. Powtórne badanie USG wykazało niejednorodną strukturę oraz powiększenie torbieli, która osiągnęła średnicę 8 cm. Pacjentka skarżyła się na ból w lewym podżebrzu i okolicy kręgosłupa lędźwiowego, co było, jak się wydaje, spowodowane powiększeniem rozmiarów cysty w ostatnim okresie. W badaniu palpacyjnym jamy brzusznej nie stwierdzono odchylenia od normy. Wyniki badań laboratoryjnych były prawidłowe, poza podwyższonym stężeniem bilirubiny do 2,19 mg%.

Wobec lokalizacji torbieli w okolicy wnętrza, a także jej dużych rozmiarów wykonano laparotomię i usunęto w całości powiększoną śledzionę (ryc. 1). Przebieg pooperacyjny, podobnie jak w pierwszym prezentowanym przypadku, był niepowikłany. Dolegliwości bólowe ustąpiły po zabiegu.

### Przypadek 3

20-letnia pacjentka zgłosiła się do Kliniki z powodu silnych bólów w lewym podżebrzu występujących okresowo od około 2,5 tygodnia, których wystąpienie poprzedził uraz jamy brzusznej. Poza tym pacjentka nie zgłaszała innych dolegliwości. Badaniem palpacyjnym stwierdzono powiększoną śledzionę. Badanie USG i TK jamy brzusznej wykazało obecność dużej torbieli. W ba-



**Ryc. 1.** Usunięta śledziona z widoczną olbrzymią torbielą o średnicy 8 cm

**Fig. 1.** The excised spleen with a visible giant cyst 8 cm in diameter

daniach laboratoryjnych jedynie wartości Ht i Hb były nieznacznie poniżej normy. Wykonano splenektomię. Pacjentkę wypisano do domu w siódmej dobie po operacji w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości bólowych.

## Przypadek 4

Do Kliniki przyjęto 31-letnią pacjentkę, u której kontrolne badanie USG jamy brzusznej wykazało powiększenie śledziony oraz ognisko hipoechogenne w dolnym biegunie o wymiarach  $55 \times 33 \times 43$  mm, a także trzy inne ogniska o wymiarach:  $45 \times 25$  mm,  $20 \times 22$  mm i  $66 \times 61$  mm. Wywiad nie wskazywał na inne dolegliwości. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyleń od normy. Śródoperacyjnie uwidoczniono śledzionę, na powierzchni której znajdowały się liczne zmiany torbielowate. Wykonano splenektomię. Po zabiegu stan pacjentki był dobry, przebieg pooperacyjny niepowikłany.

## Przypadek 5

18-letnia pacjentka została przyjęta do Ośrodka Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii, Chirurgii Ręki i Chirurgii Ogólnej w Trzebnicy w celu wykonania laparotomii z powodu dużej torbieli śledziony. W wykonanym dwa miesiące wcześniej badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono olbrzymią torbiel śledziony umiejscowioną w jej górnym biegunie o wymiarach  $10 \times 7$  cm. Zmiana modelowała i uciskała miąższ śledziony. Ponowne badanie USG potwierdziło rozpoznanie. Wykonane badania laboratoryjne nie wykazały odchyleń od normy. Wywiad nie ujawnił istotnej przeszłości chorobowej.

Z powodu tak dużych rozmiarów cysty zdecydowano się na wykonanie splenektomii. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Badanie histopatologiczne usuniętej śledziony wykluczyło zmianę nowotworową i potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie. Po upływie czterech miesięcy pacjentka zgłosiła się na kontrolne badanie USG jamy brzusznej, które wykazało prawidłowy obraz badanych narządów.

## Omówienie

Mimo ochrony, jaką stanowi dla śledziony lewy łuk żebrowy, jest to najczęściej uszkodzany narząd podczas tępych urazów jamy brzusznej. Uważa się, że aż 75% niepasażowniczych torbieli śledziony stanowią torbiele pourazowe, w tym w 30% nie stwierdza się urazu w wywiadzie [4]. Chociaż pourazowa torbiel śledziony jest rzadkim powikłaniem urazu jamy brzusznej, wielu autorów donosi, że u większości pacjentów z rozpoznaną torbielą śledziony taki uraz wystąpił w przeszłości, niekiedy kilka, a nawet kilkanaście lat wcześniej. O urazie pacjent zwykle zapomina, ale rozpoznanie torbieli nawet do 11 lat po zdarzeniu nie należy do rzadkości [5]. W przedstawionych przypadkach nie udało się ustalić, czy powstanie torbieli było związane bezpośrednio z przebytem wcześniej urazem, ale taka etiologia jest najbardziej prawdopodobna.

Do formowania pourazowej cysty dochodzi przez otorbenie powstałego w czasie urazu krwiaka, którego zawartość z biegiem czasu, na skutek degradacji składników krwi, staje się surowicza i przybiera barwę brunatną. Innym możliwym mechanizmem powstania torbieli jest uwypuklenie się po urazie uszkodzonego fragmentu torebki śledziony w wyniku krwotoku podtorbkowego [6].

Dolegliwości związane z występowaniem torbieli śledziony opisywane w literaturze są nieswoiste. Uważa się, że 30–60% torbieli ma przebieg bezobjawowy, co jest związane z ich niewielkimi rozmiarami [4]. Podczas asymptomatycznego przebiegu choroby rozpoznanie stawia się najczęściej dopiero w chwili wystąpienia jednego z groźnych powikłań: powstania ropnia śledziony albo pęknięcia otorbionej cysty przy niewielkim nawet urazie, które w krótkim czasie mogą spowodować ciężkie zapalenie otrzewnej. Większe torbiele uciskają sąsiadujące narządy, co może skutkować dolegliwościami z przewodu pokarmowego w postaci bólów i uczucia ciężkości w lewym podżebrzu, nudności, wzdęcia, wymioty czy biegunki. W przypadku torbieli położonej w górnym biegunie śledziony opisywano występowanie przewlekłego kaszlu na skutek podrażnienia przepony,

a także duszności i bólów w klatce piersiowej. Niekiedy pojawiają się objawy pochodzące z układu moczowego w postaci dyzurii i albuminurii. Do tych objawów, opisanych przez Hoffmana, dołączają się jeszcze okresowe zwwyżki temperatury i spadek masy ciała [7]. Jak podaje wielu autorów, czynność zdrowego mięszu śledziony, nawet przy dużych torbielach wywołujących ucisk i przemieszczających narząd, pozostaje prawidłowa, co potwierdzono między innymi prawidłowym wychwytem radioizotopów podczas scyntygrafii śledziony.

U 40% chorych z torbielą śledziony daje się stwierdzić w badaniu przedmiotowym splenomegalię lub wyczuwalne masy guza w lewym podżebrzu. Badanie RTG nie ma szczególnego znaczenia, ponieważ zwapnienia torbieli stwierdza się jedynie 10–25% przypadków [6]. Chorobę rozpoznaje się zwykle przypadkowo, podczas badania USG, TK lub NMR jamy brzusznej. Uważa się, że rozwój i rozpowszechnienie badań obrazowych przyczyniło się do wzrostu wykrywalności torbieli śledziony, których obecność potwierdzało dawniej dopiero badanie pooperacyjne. Podkreśla się także, że inne metody diagnostyczne, często stosowane w latach 60. XX w., jak splenoportografia czy splenocystografia, zdecydowanie utraciły na znaczeniu, podob-

nie jak stosowana w latach 80. XX w. arteriografia śledziony [6, 8]. Wykonanie badania histopatologicznego pozwala na zróżnicowanie torbieli na zmiany pierwotne, mające wyściółkę nabłonkową oraz wtórne, pozbawione wyściółki [7].

Postępowanie terapeutyczne zależy od rozmiarów cysty, a także jej umiejscowienia. Leczeniem z wyboru w przypadku torbieli o średnicy > 10 cm jest splenektomia. Torbiele o średnicy < 5 cm podlegają jedynie okresowej obserwacji i kontroli [3, 9]. Średnich rozmiarów torbiele mogą być usunięte podczas częściowego wycięcia śledziony z pozostawieniem zdrowego mięszu. Podstawowym problemem tej metody leczenia jest utrzymanie hemostazy w miejscu usuniętego fragmentu śledziony. Chociaż niektórzy autorzy donoszą o korzyściach z zastosowania tego oszczędzającego zabiegu, to nie jest on możliwy do wykonania w przypadku zajęcia przez cystę wnęki śledziony [7, 10].

W opisanych przypadkach zastosowano w leczeniu splenektomię jako metodę z wyboru ze względu na zajęcie wnęki śledziony bądź duże rozmiary torbieli. W każdym z przypadków do ustalenia rozpoznania posłużyło badanie USG jamy brzusznej. Przebieg leczenia był niepowikłany i doprowadził do ustąpienia dolegliwości.

## Piśmiennictwo

- [1] **Martin JW:** Congenital splenic cysts. *Am J Surg* 1958, 96, 302–308.
- [2] **Touloukian RJ, Seashore JH:** Partial splenic decapsulation: a simplified operation for splenic pseudocyst. *J Pediatr Surg* 1987, 22, 135–137.
- [3] **Pawłowski W, Wroński M, Jankowski M:** Olbrzymia torbiel śledziony. *Pol Przegl Chir* 2001, 73, 464–467.
- [4] **Pahter HL, Hofstetter SR, Elkowitz A:** Traumatic cysts of the spleen – the role of cystectomy and splenic preservation: experience with seven consecutive patients. *J Trauma* 1993, 35, 430–437.
- [5] **Garvey JW, Peyser J, Delany HM:** Traumatic cyst of the spleen: an unusual presentation. *J Trauma* 1974, 11, 14–17.
- [6] **Edmond RE, Rochon BR, McPhail JF:** Case report: a traumatic splenic pseudocyst – historical review, diagnosis, and current mode of treatment. *J Trauma* 1990, 30, 349–352.
- [7] **Labruzzo C, Haritopoulos KN, El Tayar AR, Hakim NS:** Posttraumatic cyst of the spleen: a case report and review of the literature. *Int Surg* 2002, 87, 152–156.
- [8] **Topilow AA, Steinhoff NG:** Splenic pseudocyst: a late complication of trauma. *J Trauma* 1977, 15, 260–263.
- [9] **Cowles RA, Yahanda AM:** Epidermoid cyst of the spleen. *Am J Surg* 2000, 180, 227–229.
- [10] **Yaworsky ChC, Greason KL, Egan MC:** Splenic cysts: a new approach to partial splenectomy – case report and review of the literature. *Am Surg* 1998, 52, 333–336.

## Adres do korespondencji:

Jerzy Rudnicki  
II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej AM  
ul. Skłodowskiej-Curie 66  
50-369 Wrocław

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.01.2005 r.  
Po recenzji: 31.01.2005 r.  
Zaakceptowano do druku: 31.01.2005 r.

Received: 4.01.2005  
Revised: 31.01.2005  
Accepted: 31.01.2005