

POURAZOWA TORBIEL DOLNEGO BIEGUNA ŚLEDZIONY LECZONA LAPAROSKOPOWO – OPIS PRZYPADKU

LAPAROSCOPY IN POSTRAUMATIC CYST OF LOWER PART OF SPLEEN – CASE REPORT

Przemysław Wolak^{1, 2}, Renata Skiba²

¹ Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Potoźnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dziekan: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

² Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach

Dyrektor: lek. med. Włodzimierz Wielgus

STRESZCZENIE

W śledzionie mogą występować nieparazyticzne torbiele wrodzone i nabyte (pourazowe). Często zajmują znaczną część narządu i wskutek samoistnego lub pourazowego pęknięcia mogą stanowić źródło krwawienia do wolnej jamy otrzewnowej. Gdy dają dolegliwości bólowe lub ich największy wymiar przekracza 8 cm, powinny być leczone operacyjnie. Metodą z wyboru jest laparoskopowa częściowa resekcja mięszu śledziony wraz z torbielą. W pracy przedstawiamy przypadek 16-letniego chłopca leczonego w ten sposób.

Słowa kluczowe: laparoscopia, torbiel śledziony, dziecko.

SUMMARY

Splenic nonparasitic cysts are a relatively rare entity. They are classified as “true” (congenital) and “pseudo”cysts. Pseudocysts believed to be a late manifestation of posttraumatic intrasplenic hematoma. The surgery performed to prevent hemorrhage of ruptured of the cyst. All children with clinical symptoms had a cyst that was larger than 8 cm must be operated. For many years the traditional treatment of splenic nonparasitic cysts was splenectomy. During the last decade preservation procedures as a laparoscopic partial splenectomy or total cystectomy have been used. We present the case of a 16 year-old boy with posttraumatic splenic cysts treated by laparoscopic partial splenectomy.

Key words: laparoscopy, cyst of spleen, child.

W związku z zachowawczym leczeniem urazu śledziony coraz częściej spotykamy się z pourazowymi, rzekomymi torbielami śledziony (skutek zejściowy wchłonięcia się krwiaka śródmięszowego). Większość z nich jest bezobjawowa i nie wymaga żadnego leczenia poza okresową obserwacją pacjenta i ewolucji zmian w badaniu usg jamy brzusznej. W przypadku powiększenia się objętości torbieli lub dolegliwości bólowych należy pacjenta operować. Dawne techniki operacyjne sugerowały wykonanie splenektomii.

Obecnie istnieje możliwość usunięcia torbieli z zachowaniem śledziony zarówno techniką klasyczną, jak i laparoskopową.

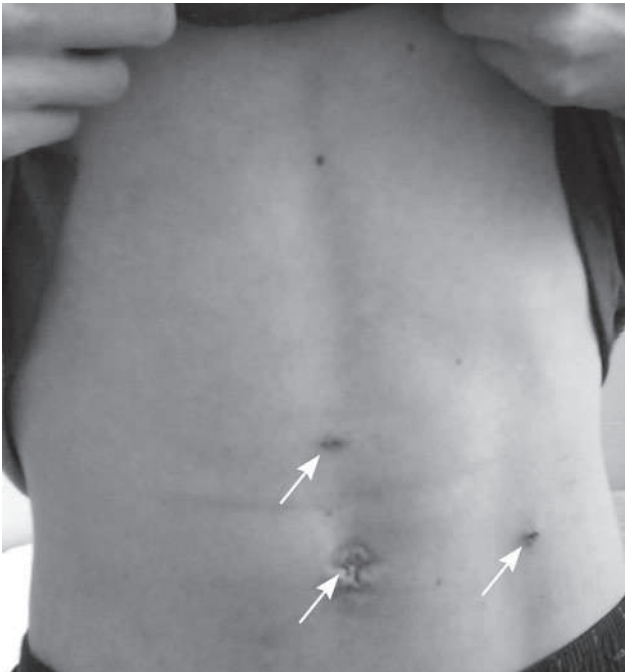
SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE

Chłopiec w wieku 16 lat (nr historii choroby 13878/08) został przyjęty do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego na Oddział Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej z powodu wykrytej przypadkowo torbieli dolnego bieguna śledziony. W wywiadzie ustalono, że 8 lat przed hospitalizacją doznał urazu brzucha (spadł z roweru). Po urazie nie był diagnozowany.

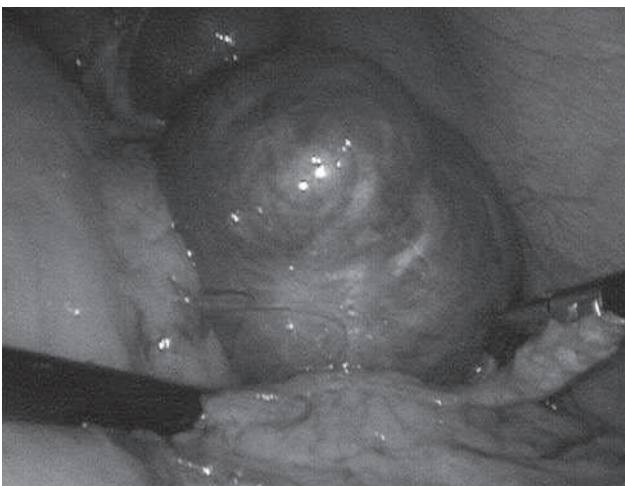
Obecnie pół roku temu w przypadkowym badaniu usg z powodu bólów brzucha wykryto u niego torbiel śledziony (śledziona w osi długiej dł. 130 mm – pomiar



Fot. 1. Usg jamy brzusznej (widoczna torbiel śledziony)



Fot. 2. Widoczne miejsca portów wprowadzonych do jamy otrzewnej – 14 doba po zabiegu (strzałkami zaznaczono miejsca wprowadzenia portów)



Fot. 3. Obraz śródoperacyjny (laparoscopia – widoczny dolny biegun śledziony z torbielą)

miąższu bez torbieli). W dolnym biegunie śledziony podtorebkowo uwypuklająca się „na zewnątrz” przestrzeń płynowa $49 \times 35 \times 44$ mm, V – 40 ml (płyn z echemi wewnętrznymi). W kolejnych badaniach usg bez istotnych zmian (fot. 1). Pacjent hospitalizowany na Oddziale Pediatrii o specjalności hepatologiczno-gastroenterologicznej. Wykluczono pasożytnicze podłoże torbieli. Chłopca zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. Operowany metodą laparoskopową, drogą mikrolaparotomii wprowadzono trokar 10 mm w pępek, insuflacja CO₂ do ciśnienia w jamie otrzewnej 12 mmHg, pod kontrolą obrazu wkłuto 2 porty 5 mm, jeden w linii środkowej ok. 4–5 cm nad pępkiem, drugi w śródbrzuchu lewym (fot. 2). Używając dissektora i graspera, po odciągnięciu sieci większej uwidoczniono śledzionę o budowie płodowej (płatowej), w jej dolnym biegunie widoczna torbiel o dość dużej ruchomości (fot. 3). Podjęto decyzję o częściowej splenectomii (resekcji dolnego bieguna wraz z torbielą). Przy użyciu laparoskopowego BiClampa firmy ERBE odcięto dolny biegun, idąc przez miąższ śledziony. Dolny biegun po resekcji umieszczono w worku laparoskopowym i usunięto przez pępek. W loży po dolnym biegunie śledziony umieszczono wprowadzony przez lewy port dren, który usunięto w pierwszej dobie po zabiegu. Pacjent uruchomiony i żywiony doustnie w pierwszej dobie po zabiegu. Wypisany w stanie ogólnym dobrym bez jakichkolwiek dolegliwości pięć dni po zabiegu. Badanie histopatologiczne: „cystis rupta veta propabiliter posthaemorrhagica lienis cum metaplasia focali planoepitheliali. Excisio competa. Fragmentum lienis cum laesione thermica focali”.

OMÓWIENIE

Wyróżniamy dwa rodzaje niepasożytniczych torbieli śledziony: wrodzone, gdzie ściana torbieli wyścielona jest nabłonkiem, i nabyte, pourazowe powstające po wchłonięciu się krwiaka w obrębie miąższu śledziony (pseudotorebkę buduje miąższ śledziony). Wskazaniem do zabiegu są takie torbiele śledziony, których największy przekrój przekracza 8 cm, lub mniejsze, dające dolegliwości bólowe. Metodą z wyboru jest wyłuszczenie torbieli lub częściowa splenectomia [1, 2] albo też całkowita splenectomia metodą laparoskopową [3]. Dawniej zalecane metody (przez skórne opróżnienie torbieli lub laparoskopowa fenestracja torbieli) powinny być zaniechane z powodu możliwych powikłań infekcyjnych [3]. Nie zgadza się z tym poglądem MacKenzie, który uważa, że w przypadku torbieli śledziony należy się ograniczyć do wyłuszczenia torbieli, starając się zachować narząd [4, 5].

Wynika to z ważnej immunologicznej roli śledziony (zapobieganie piorunującym zakażeniom wywołanym przez bakterie otoczkowe – OPSI) [6]. Operowany przez nas pacjent miał najprawdopodobniej torbiel pourazową – mimo że jej największy wymiar miał blisko 5 cm, dawała dolegliwości bólowe. Za operacją dodatkowo przemawiało to, że chłopiec wyczynowo grał w piłkę nożną, obawialiśmy się więc, że w wyniku urazu może dojść do pęknięcia torbieli z rozerwaniem mięszu śledziony.

WNIOSKI

1. Wybrana przez nas metoda leczenia pozwoliła ocalić narząd, a jednocześnie w sposób praktycznie bezkrwawy usunąć torbiel.
2. Metoda laparoskopowa pozwoliła bardzo szybko uruchomić pacjenta – i mamy nadzieję, że będzie mógł powrócić do wyczynowego uprawiania sportu.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Przemysław Wolak
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: wolak@ujk.kielce.pl
tel. 041 349 69 35

PIŚMIENNICTWO

- [1] Rescorla FJ, Duffy BJ. Laparoscopic procedures on the spleen in children. *Advances in Surgery* 2008; 42: 117–127.
- [2] Tsakayannis DE, Kristen Mitchell K, Kozakewich H et al. Splenic preservation in the management of splenic epidermoid cysts in children. *J Ped Surg* 1995; 30: 1460–1470.
- [3] Wu HM, Kortebeek JB. Management splenic pseudocysts following trauma: a retrospective case series. *The American Journal of Surgery* 2006; 191: 631–634.
- [4] MacKenzie RK, Youngson GG, Mahomed AA. Laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts: a step forward in splenic preservation. *J Ped Surg* 2004; 39: 88–90.
- [5] Till H, Schaarschmidt K. Partial laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts. A medium-term evaluation proves the efficiency in children. *Surg Endosc* 2004; 18: 626–628.
- [6] Peitzman A, Ford HR, Harbrecht BG. Injury to the spleen. *Curr Probl Surg* 2001; 38: 921–1008.