

# Obrovská cysta pečene u mladého pacienta – kazuistika

MUDr. Martin Ježovít, MUDr. Roman Okoličáni, CSc., doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.

II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka

**Typ adekvátnej liečby neparazitických cyst pečene závisí od histologickej dignity, lokalizácie, veľkosti a počtu výskytu jednotlivých cyst. Podľa dostupnej literatúry sa za zlatý štandard liečby jednoduchých neparazitických cyst pečene považuje laparoskopická fenestrácia, poskytujúca možnosť histologického zhodnotenia. V tejto kazuistike opisujeme raritný nález obrovskej unilokulárnej neparazitickej cysty pečene u mladého pacienta, ktorú sme vzhľadom na veľkosť a adhézie s okolitými orgánmi bezpečne exstirpovali v celku bez akýchkoľvek následných komplikácií.**

**Kľúčové slová:** obrovská neparazitická cysta pečene, exstirpácia

## Huge liver cyst of young patient – case report

**The type of adequate treatment for non-parasitic liver cysts is dependent on its histological dignity, localization, size and number of occurrences. According to available literature, the laparoscopic deroofing is a gold standard for the treatment of simple non-parasitic liver cysts with the possibility of histological evaluation. In this case, we describe the rare finding of a huge unilocular non-parasitic liver cyst in a young patient that we safely extirpated without any subsequent complications.**

**Key words:** huge non-parasitic liver cyst, extirpation

Slov. chir., 2018;15(3-4):119-121

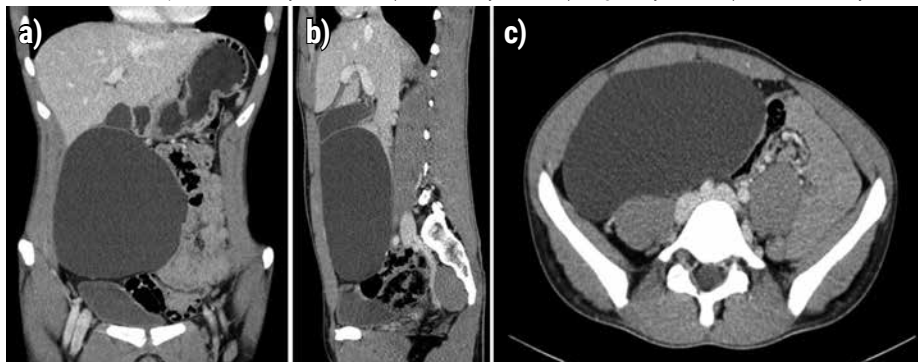
## Úvod

Neparazitické cysty pečene sa vyskytujú u viac ako 5 % populácie (1,2). Patogenéza závisí od ich typizácie. Môže ísť o jednoduché kongenitálne cysty, ktoré vznikajú abnormálnym intrauterinným vývojom intrahepatických žľčovodov a sú vystlané zväčša kuboidným epitelom, môžu byť solitárne, ale aj mnohopočetné (3). Ďalšou možnosťou je polycystická choroba pečene, ktorá je spôsobená autozomálne dominantnou mutáciou na 19. chromozóme a často sú ňou postihnuté aj iné orgány, predovšetkým obličky (4). Z neoplastických cyst môže ísť o cystadenómy alebo cystadenokarcinómy. Posttraumatické cysty vznikajú ako následok poškodenia intrahepatického ductu. V našom prípade sme mladému pacientovi exstirpovali obrovskú tenkostennú neparazitickú cystu, prejavujúcu sa súborom nešpecifických príznakov.

## Kazuistika

Íšlo o 20-ročného pacienta s asi ročnou anamnézou diskomfortu až tupej bolesti v pravom hypogastriu s postupne sa zväčšujúcou hmatnou rozsiahlou rezistenciou v pravej polovici brucha. Pacient nemal poruchy pasáže a ani iné

**Obrázok 1.** Predoperačné CT vyšetrenie. a) koronárny sken, b) sagitálny sken, c) transverzálny sken



dyspeptické ťažkosti. V anamnéze rezonoval údaj o niekoľkokomesačnom užívaní anabolických preparátov v minulosti. Pri perkutánnej ultrasonografii (USG) brucha a CT vyšetrení (komputerová tomografia) sme zistili cystické ložisko rozmerov 166x161x70 mm, siahajúce z malej panvy až subhepatálne. Vtláčalo sa do dolnej plochy pečene a prebiehalo tesne pod prednou brušnou stenou, denzita bola 20 HU, stena ložiska bola tenká, ojedinele s kalkifikátmi. Pečeň bola nezväčšená, normálnej štruktúry a denzity, bez ložiskových zmien. V. portae nebola rozšírená, žlčník bol normálnej veľkosti, stena nezhrubnutá, jeho obsah mal denzitu tekutiny, bez preukázaných konkrémentov v CT obraze, žľčové cesty

nedilatované. Pankreas mal normálnu veľkosť, tvar, denzitu a štruktúru, ostré kontúry, bez ložiskových zmien, ductus Wirsungi nedilatovaný (obrázok 1 a – c).

Pacienta sme indikovali na elektívnu operáciu s intenciou revízie a fenestrácie cysty, resp. odstránenia cystického ložiska. Operáciu sme začali laparoskopicky, ale konvertovali sme ju na konvenčnú strednú laparotómiu. Dôvodom konverzie bolo zlepšenie podmienok k disekcii cysty a jej exstirpácii in toto. Po adheziolyze zrastov s omentom, gastroduodenom, žlčníkom a pravým kolónom sme cystu uvoľnili, takže sa stala mobilnou a mohli sme ju luxovať do operačnej rany. Stena cysty na malej ploche intímne súvisela s kapsulou pečene. Následne,

za neustálej hemostázy, sme cystu od pečene naostro oddelili aj s časťou jej kapsuly (obrázok 2 a – d).

Kompletne exstirpovanú cystu sme zaslali na histologické vyšetrenie. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, drény odstránené, operačná rana sa zhojila per primam intentionem. Pri USG kontrole mesiac po operácii sme už žiadnu tekutinovú kolekciu alebo inú patológiu v bruchu nezaznamenali.

Histológia: Cysta ovoidného tvaru rozmerov 150x130x90 mm (obrázok 3 a – b), histologicky ide o unilokulárnu cystu so zhrubnutou, hyalinizovanou stenou, miestami s depozitmi kalcia, cysta je vystlaná plocho-kubickým epitelom, čiastočne deskvamovaným, bez atypii.

Záver: Benígna solitárna (kongenitálna, unilokulárna) hepatálna cysta.

### Diskusia

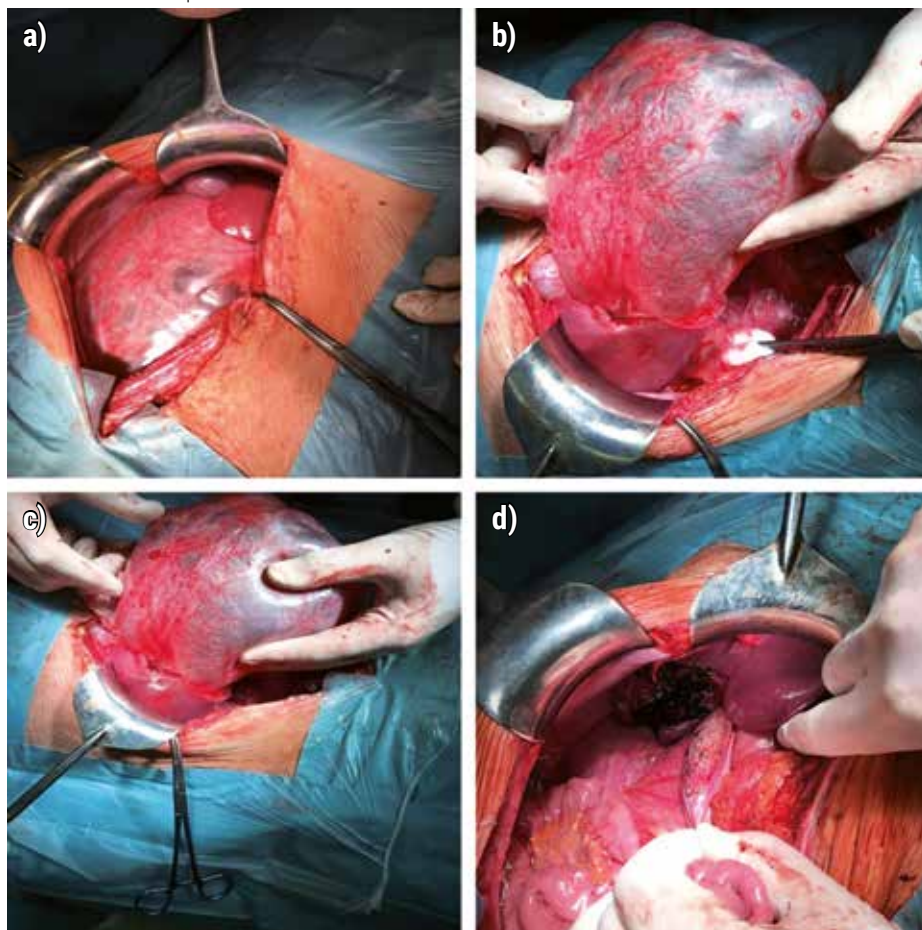
Neparazitické cysty pečene sú väčšinou **asymptomatické** a diagnostikované sú často len náhodne pri zobrazovacích vyšetreniach (USG,CT,MR) alebo operáciách z iných dôvodov. Len u 10 – 16 % pacientov bývajú cysty pečene spojené so symptómami, ktoré sú zvyčajne nešpecifické, ako napríklad pocit tlaku, tupej alebo páľivej bolesti, nauzey (5). Ojedinele sa cysty môžu prejaviť komplikáciami: ruptúrou s následnou hemorágiou, infikovaním, malígnym zvrhnutím, portálnou hypertenziou alebo ikterom.

Liečbu cýst pečene delíme podľa stupňa invazivity.

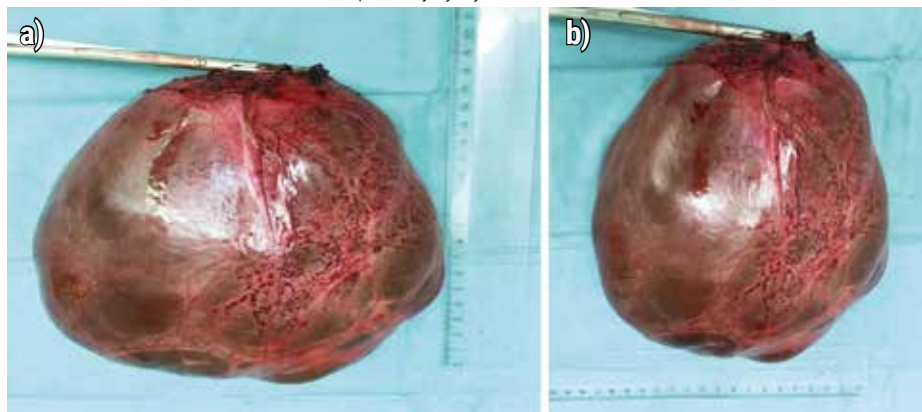
**Perkutánná drenáž** pod USG alebo CT kontrolou je najmenej invazívnou metódou. Cez zavedený drén aspirujeme tekutý obsah cysty, ktorý zasielame na cytologické vyšetrenie. Odporúča sa doplniť cystografiu podaním kontrastnej látky s cieľom vylúčenia cystobiliárnej fistuly. Bohužiaľ, cenou za mininvazívnosť je pomerne vysoké percento recidív. Znížiť ho možno podaním sklerotizačného roztoku do cysty, napr. vysokokoncentrovaného alkoholu (6).

**Laparoskopická fenestrácia** („de-roofing“) sa považuje za zlatý štandard liečby jednoduchých neparazitických cýst pečene, s možnosťou histologického zhodnotenia steny cysty (7). Túto metódu možno využiť aj na ošetrovanie

Obr. 2 a – d. Intraoperačná fotodokumentácia



Obr. 3 a – b. Fotodokumentácia exstirpovanej cysty



Tabuľka 1. Gigotova klasifikácia



Typ I: prítomnosť menej ako 10 veľkých pečenevých cýst s maximálnym priemerom viac ako 10 cm.

Typ II: difúzne postihnutie pečenevých parenchýmu viacerými cystami so zostávajúcimi veľkými oblasťami parenchýmu pečene bez cýst.

Typ III: prítomnosť difúzneho postihnutia pečenevých parenchýmu malými a strednými cystami pečene s iba niekoľkými oblasťami normálneho pečenevých parenchýmu.

cýst pri polycystickej chorobe I. stupňa podľa **Gigotovej klasifikácie**. Fenestrácia musí byť dostatočne rozsiahla, aby sa predišlo recidíve vzniku cysty. Otvorená fenestrácia cysty sa využíva pri opakovanom zlyhaní laparoskopie, alebo pri liečbe II. stupňa Gigotovej klasifikácie polycystickej choroby pečene.

**Exstirpácia cysty** v celom rozsahu (in toto) sa podľa literárnych údajov považuje za zbytočnú, navyše zvyšuje riziko poškodenia okolitých tkanív a záťaž pacienta pri dosiahnutí podobného výsledku.

**Resekcia pečene** sa využíva pri III. stupni polycystickej choroby pečene podľa Gigota, pričom alternatívou je **transplantácia pečene**. Pri cystadenómoch alebo cystadenokarcinómoch je potrebné urobiť resekciu s dosiahnutím bezpečných a negatívnych resekčných okrajov, po nej nasleduje starostlivosť onkológa.

V našom prípade sme sa rozhodli, napriek vyššie uvedenému, pre konverziu laparoskopického prístupu na konvenčnú laparotómiu. Dôvodmi boli veľkosť cysty (obrovská unilokulárna cysta), obmedzená manipulácia laparoskopickými nástrojmi v limitovanom priestore, snaha o bezpečnú disekciu cysty zo zrastov s okolitými tkanivami, s definitívnym cieľom jej in toto exstirpácie.

### Záver

V našej práci demonštrujeme raritný nález obrovskej jednoduchej unilokulárnej cysty pečene u mladého pacienta, ktorú sme in toto exstirpovali bez akýchkoľvek následných komplikácií.

### Literatúra

1. Caremani M, Vincenti A, Benci A, et al. Ecographic epidemiology of nonparasitic hepatic cysts. *J Clin Ultrasound*. 1993;21:115-118.

2. Loehe F, Globke B, Marnoto R, et al. Long-term results after surgical treatment of non parasitic hepatic cysts. *Am J Surg*. 2010;200(1):23-31.
3. Cowles RA, Mulholland MW. Solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surgeons*. 2000;191(3):311-321.
4. Drenth JPH, Martina JA, Vande Kerkhof R, et al. Polycystic liver disease is a disorder of cotranslational protein processing. *Trends Mol Med*. 2005;11(1):37-42.
5. Gigot JF, Legrand M, Hubens G, et al. Laparoscopic treatment of non parasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg*. 1996; 20(5):556-561.
6. Zerem E, Imamović G, Omerović, S. Percutaneous treatment of symptomatic non-parasitic benign liver cysts: single-session alcohol sclerotherapy versus prolonged catheter drainage with negative pressure. *Eur. Radiol*. 2008;18(2):400-406.
7. Scheuerlein H, et al. Clinical symptoms and sonographic follow-up after surgical treatment of non parasitic liver cysts. *BMC Surgery*. 2013;13:42.

### MUDr. Martin Ježovít

II. chirurgická klinika LF UK a UNB  
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda  
Antolská 11, 851 07 Bratislava  
jezovit.martin@gmail.com

