

# Olbrzymia torbiel łagodna wątroby jako przyczyna żółtaczki mechanicznej, leczona chirurgicznie dwuetapowo

Enormous benign hepatic cyst as the cause of obstructive jaundice, operative treatment

Andrzej Drażek, Tomasz Staniuk, Janusz Chybicki, Wojciech Czarzasty

Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku

Przegląd Gastroenterologiczny 2007; 2 (3): 160–163

**Słowa kluczowe:** torbiel, wątroba, żółtaczka.

**Key words:** cyst, hepar, jaundice.

**Adres do korespondencji:** lek. med. Andrzej Drażek, Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala MSWiA, ul. Kartuska 4/6, 80-104 Gdańsk

## Streszczenie

Torbiele łagodne wątroby są stosunkowo często stwierdzane podczas badań ultrasonograficznych wykonywanych z powodu innych przyczyn. Najczęściej nie wywołują one żadnych dolegliwości, a w przypadku torbieli objawowych symptomy są niecharakterystyczne. Jednym z najrzadszych powikłań spowodowanych torbielą łagodną wątroby jest żółtaczka mechaniczna. Autorzy przedstawiają przypadek chorego, u którego w następstwie powstania olbrzymiej torbieli wątroby doszło do żółtaczki mechanicznej z powodu ucisku na struktury wnęki wątroby. U chorego zastosowano leczenie chirurgiczne dwuetapowe (drenaż zewnętrzny torbieli, laparoskopowe wycięcie przedniej ściany torbieli), uzyskując szybką normalizację parametrów wątrobowych i powrót do zdrowia.

## Wprowadzenie

Obecność łagodnych torbieli wątroby stwierdzana jest stosunkowo często podczas badań USG wykonywanych z powodu innych przyczyn. Szacuje się, że ogniska torbielowate w wątrobie występują u ok. 5% populacji ogólnej. Torbiele łagodne wątroby są najczęściej bezobjawowe. Większość torbieli wywołujących objawy rozpoznaje się u chorych w 4.–5. dekadzie życia. Objawy te są niecharakterystyczne [1]. Ze względu na ucisk na sąsiadujące narządy mogą wywoływać uczucie wzdęcia, pełności w brzuchu czy wymioty. Ostry ból pojawia się na skutek krwawienia do światła torbieli lub pęknięcia torbieli [1, 2].

Przedstawiony przypadek dotyczy bardzo rzadkiej sytuacji, w której torbiel wątroby była przyczyną nasilonej żółtaczki mechanicznej, a wdrożone dwuetapowe postępowanie chirurgiczne z zastosowaniem techniki

## Abstract

Benign hepatic cysts are found quite often during abdomen ultrasound examination carried out for various medical reasons. Usually they cause no symptoms, and if they do, these are rather uncharacteristic. One of the rarest complications caused by benign hepatic cyst is an obstructive jaundice. We describe the case of a patient in whom the obstructive jaundice was caused by external compression of hepatic hilus structures by an enormous hepatic cyst. We conducted a two-step surgical procedure (percutaneous cyst drainage, followed by laparoscopic cyst unroofing) resulting in normalisation of hepatic laboratory tests and quick recovery.

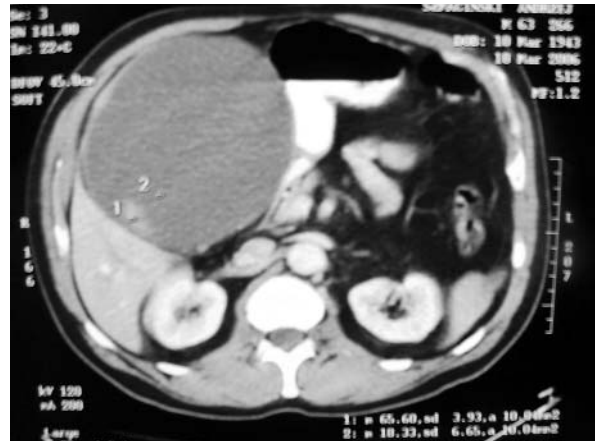
laparoskopowej [2–8] doprowadziło do szybkiej normalizacji parametrów wątrobowych.

## Opis przypadku

Sześćdziesięcioletni chory został przyjęty na Oddział Chirurgiczny 10.03.2006 r. z Akademickiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej Akademii Medycznej w Gdańsku. **Dane z wywiadu:** trwająca tydzień przed przyjęciem do ACMMiT AMG bezbólowa żółtaczka, obecność niewielkiej torbieli wątroby w przypadkowym badaniu USG z 1996 r., łagodne nadciśnienie tętnicze w I okresie, cukrzyca typu 2. **Badania laboratoryjne:** bilirubina 18,4 mg/dl, ALP 313 U/L, AST 157 U/L, ALT 543 U/L, GGT 982 U/L, HbsAg ujemny, anty-HCV ujemny, CMV IgM <0,7 index, CMV IgG <4 AU/ml. **USG jamy brzusznej:** wątroba widoczna fragmentarycznie, lewy płąt przysłonięty



Ryc. 1. Stan po zakrwawieniu  
Fig. 1. Blood-stained



Ryc. 2. Przegroda dzieląca torbiel  
Fig. 2. Cyst's septum

przez dwie duże torbiele o średnicy ok. 10–12 cm. Drobną torbiel w płacie prawym. **TK jamy brzusznej:** w badaniu dwufazowym przężna torbiel wątroby o wymiarach 125 × 141 mm poprzecznie, o długości do 175 mm powodująca obrzęk przylegającego mięszu wątroby głównie w zakresie zajętych segmentów VIII i IV. Torbiel powoduje zastój w drogach żółciowych, uciskając struktury wnękowe. Mniejsze torbiele (23–29 mm) w segmentach VII, I, II i III. W dnie torbieli dominuje obszar o wielkości 2–3 cm o wyższej gęstości (stan po zakrwawieniu) (ryc. 1–2.).

Przeprowadzone badanie serologiczne (Echikonaza ELISA IgG ujemna) wykluczyło istnienie torbieli bąblowcowej. Po przyjęciu na oddział chirurgiczny (10.03.2006 r.) wykonano drenaż zewnętrzny torbieli pod kontrolą USG (ryc. 3.). Uzyskano ok. 1750 ml treści surowiczej.

Drenaż torbieli miał nie tylko znaczenie terapeutyczne, ale – na tym etapie – przede wszystkim znaczenie diagnostyczne, gdyż szybka normalizacja parametrów wątrobowych upewniła autorów, że przyczyną żółtaczki zaporowej była torbiel. W dniu 14.03.2006 r. usunięto dren Redona. Chorego wypisano do domu 15.03.2006 r.

Chory został przyjęty ponownie 10.04.2006 r. USG jamy brzusznej wykonana przed przyjęciem (01.04.2006 r.) w prawym płacie wątroby uwidoczniła dużą torbiel o wymiarach 13 × 15 cm. Badania laboratoryjne (10.04.2006 r.): ASPAT 138 IU/L, ALAT 386 IU/L, BILI-T 8,35 mg/dl, ALP 554 IU/L. W dniu 11.04.2006 r. wykonano laparoskopowe wycięcie przedniej ściany torbieli. Ułożenie chorego typowe jak do laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego. Odmę wytworzono poprzez wkłucie igły Veressa poniżej pępka i napełnienie jamy otrzewnowej CO<sub>2</sub> do ciśnienia 12 mm Hg. Następnie wprowadzono poniżej pępka trokar 10 mm i kamerę, później pod kontrolą kolejne trokary: 10 mm poniżej wyrostka mieczykowatego, 5 mm



Ryc. 3. Stan po drenażu torbieli  
Fig. 3. After drainage

poniżej łuku żebrowego w linii pachowej przedniej, 5 mm na wysokości pępka w linii środkowo-obojęzycznej prawej. Badając jamę otrzewnową, stwierdzono obecność torbieli wątroby o średnicy 15 cm (ryc. 4.).

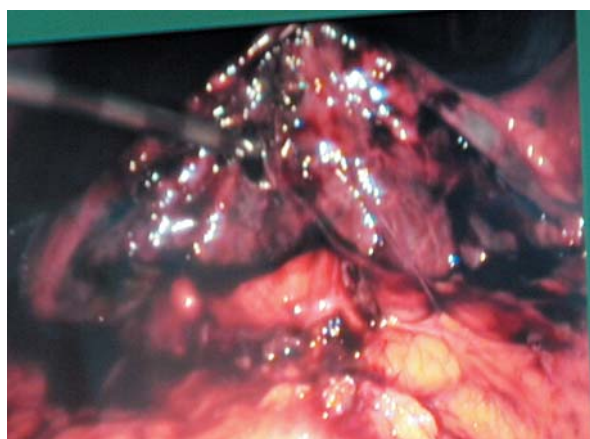
Torbiel zlokalizowana była między więzadłem sierpowatym wątroby a pęcherzykiem żółciowym, znacznie przesuniętym ku prawej stronie. Po uwolnieniu torbieli ze zrostów dokonano punkcji torbieli, odessano ok. 1500 ml treści surowiczo-krwistej (ryc. 5.–6.).



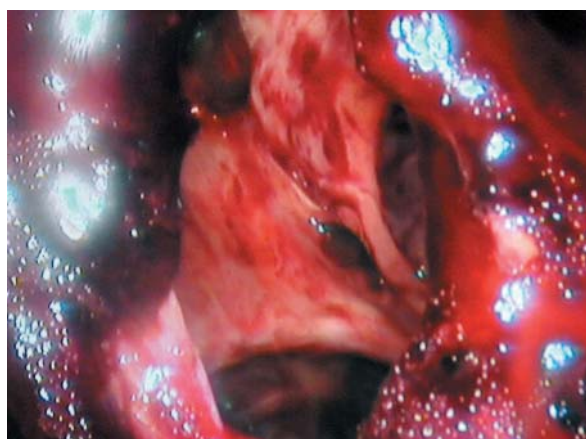
**Ryc. 4.** Torbiele wątroby  
**Fig. 4.** Liver cysts



**Ryc. 5.** Torbiele wątroby  
**Fig. 5.** Liver cysts



**Ryc. 6.** Stan po opróżnieniu torbieli  
**Fig. 6.** After evacuation



**Ryc. 7.** Wnętrze torbieli  
**Fig. 7.** Inside cyst

Następnie wycięto przednią ścianę torbieli, a powierzchnię wątrobową skoagulowano (ryc. 7).

Zabieg zakończono założeniem drenów Redona. W okresie pooperacyjnym nie stwierdzono istotnych powikłań. Parametry wątrobowe uległy szybko normalizacji – BILI-T (15.04.2006 r.) – 2,33 mg/dl. Chorego w stanie ogólnym dobrym wypisano 15.04.2006 r. Wynik badania histopatologicznego: ścianę torbieli stanowi tkanka łączna włóknista ze świeżymi podbiegnięciami krwawymi, wyściółkę stanowi jednowarstwowy nabłonek sześcienny.

### Omówienie

Laparoskopowe wycięcie przedniej ściany torbieli prostej wątroby jest obecnie uznawane na świecie za podstawowy sposób leczenia torbieli objawowych [4–6]. Ze względu na prostotę umożliwia ono ograniczenie do minimum pojawienia się powikłań związanych

z zabiegiem operacyjnym (krwawienie, przeciek żółciowy z brzegów wyciętej torbieli).

Przedstawiony przez autorów dwuetapowy sposób postępowania umożliwia:

1. Poprzez wykonanie drenażu uzyskanie wstępnej normalizacji parametrów wątrobowych, co chroni chorego przed wystąpieniem istotnych powikłań, a dodatkowo potwierdza, że przyczyną żółtaczk mechanicznej jest ucisk torbieli na wnękę wątroby.
2. Szybki powrót do zdrowia po operacji.

W przypadku żółtaczk mechanicznej spowodowanej przez dużą torbiel wątroby autorzy zalecają dwuetapowy sposób leczenia.

### Piśmiennictwo

1. Szmidt J, Gruca Z, Krawczyk M i wsp. (red.). Podstawy chirurgii tom 1–2 – podręcznik dla specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Medycyna Praktyczna, Kraków 2003.

2. Diez J, Decoud J, Gutierrez L i wsp. Laparoscopic treatment of symptomatic cysts of the liver. *Br J Surg* 1998; 85: 25-7.
3. Fabiani P, Mazza D, Toouli J i wsp. Laparoscopic fenestration of symptomatic non-parasitic cysts of the liver. *Br J Surg* 1997; 84: 321-2.
4. Fabiani P, Iannelli A, Chevallerier P i wsp. Long-term outcome after laparoscopic fenestration of symptomatic simple cysts of the liver. *Br J Surg* 2005; 92: 596-7.
5. Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M i wsp. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc* 2003; 17: 623-6.
6. Hansen P, Bhojru S, Legha P i wsp. Laparoscopic treatment of liver cysts. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 53-9.
7. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J i wsp. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg* 1999; 229: 460-6.
8. Konstadoulakis MM, Gomas IP, Albanopoulos K i wsp. Laparoscopic fenestration for the treatment of patients with severe adult polycystic liver disease. *Am J Surg* 2005; 189: 71-5.
9. Morino M, De Giulio M, Festa V i wsp. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver. Indications and results. *Ann Surg* 1994; 219: 157-64.

## Komentarz redakcyjny

dr hab n. med. Marek Durlik

Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

Torbiele proste wątroby rzadko są wskazaniem do zabiegu operacyjnego. Występują częściej u kobiet niż u mężczyzn – 1,5:1. W przypadku wskazań do leczenia operacyjnego (objawy uciskowe torbieli, krwawienia do światła, żółtaczka) przewaga kobiet jest już bardzo wyraźna i wynosi 9:1.

W 2006 r. [1] opublikowano wyniki resekcji wątroby u 84 chorych z guzami łagodnymi, wśród których torbiele stanowiły jedynie 7%, a w wieloośrodkowym opracowaniu z 2003 r. pochodzącym z 18 ośrodków chirurgicznych w Europie łagodne torbiele były powodem operacji laparoskopowych jedynie u 2 chorych [2].

Przedstawiony przypadek 63-letniego mężczyzny leczonego drenażem zewnętrznym, a następnie laparoskopowym usunięciem części ściany torbieli zasługuje na opublikowanie ze względu na swoją wyjątkowość.

Zastosowana w pierwszym etapie metoda drenażu grawitacyjnego torbieli okazała się skuteczna w uwolnieniu chorego od żółtaczki poprzez zmniejszenie objawów uciskowych na drogi żółciowe (prawdopodobnie chodzi o przewód żółciowy wspólny lub przewód wątrobowy wspólny). Niestety nie uwidoczono miejsca ucisku za pomocą technik wizualizacyjnych (cholangio-NMR czy endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej – ECPW). Wystąpienie żółtaczki towarzyszącej torbieli

wątroby zawsze powinno budzić pytania co do możliwej komunikacji pomiędzy torbielą i drogami żółciowymi oraz rodzaju zwężenia (łagodne, złośliwe?) [3].

ECPW daje możliwość precyzyjnego określenia rodzaju ucisku, a po zaprotezowaniu powoduje ustąpienie objawów zastoju żółci.

Drenaż zewnętrzny torbieli prostej wątroby prawie zawsze kończy się nawrotem. Podobnie stało się w opisywanym przypadku, gdzie już po miesiącu doszło do ponownego wytworzenia zbiornika w prawym płacie wątroby. Podanie do jamy torbieli od 20 do 100 ml 100-procentowego roztworu alkoholu lub innej substancji obliterującej (doksycyklina, tetracyklina) zwiększa skuteczność drenażu do ok. 70%, jednak często wymaga powtarzania iniekcji.

Laparoskopowe resekcje guzów wątroby, w tym torbieli wątroby, są zalecane w przypadku dogodnego umiejscowienia zmian, tzn. w lewym płacie lub segmentach IV–VI prawego płata w przypadku guzów i torbieli położonych powierzchniowo pod torebką wątroby [4].

Laparoskopowe usunięcie części ściany torbieli jest obecnie zalecanym sposobem leczenia objawowych torbieli prostych, należy jednak podczas tego zabiegu dążyć do wycięcia ok. 50% jej powierzchni. Proste torbiele wątroby są najczęściej cienkościenne i mają hipoecho-

---

### Adres do korespondencji

dr hab. n. med. Marek Durlik, Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa