

## Циста репа панкреаса типа II лечена ресекцијом репа панкреаса и спленектомијом

Радоје Чоловић<sup>1</sup>, Марко Каитовић<sup>2</sup>, Стојан Латинчић<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

<sup>2</sup>Клиника за дигестивну хирургију, Клинички центар Србије, Београд, Србија

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** Цисте панкреаса типа II су постнекротичне цисте које настају током акутизације хроничног панкреатитиса. Уколико је хируршко лечење циста типа II потребно, оно се, по правилу, изводи унутрашњим дренажним операцијама. Ресекција панкреаса је врло ретко индикована.

**Приказ болесника** Код 34-годишњег младића који је дуго година умерено конзумирао алкохол дошло је, после уноса веће количине алкохолног пића, до акутног погоршања хроничног панкреатитиса. Унутар репа панкреаса развила се циста пречника око 7 cm која је довела до локалног бола, малог излива у левој плеури и бола у левом рамену. Током операције у највећем делу панкреаса уочена је циста типа II која је била непогодна за унутрашњу дренажну операцију, па су урађене поштедна ресекција репа панкреаса и спленектомија. Постоперациони ток је био продужен због рецидивног плеуралног излива с леве стране, мање гнојне секреције из ложе слезине и постспленектомичне тромбоцитозе. Шест месеци након операције болесник је био доброг општег стања и нормалних клиничких налаза.

**Закључак** Према врло ретко, цисте панкреаса типа II могу бити непогодне за унутрашњу дренажну операцију, те ресекција захваћеног дела панкреаса може бити боље решење него спољна дренажа.

**Кључне речи:** акутни панкреатитис; циста типа II; ресекција панкреаса

### УВОД

Цисте панкреаса типа II настају током акутизације хроничног панкреатитиса. Оне зато имају неке особине и циста типа I, које се јављају за време акутног панкреатитиса, и циста типа III, које се јављају током хроничног панкреатитиса. Ако је хируршко лечење циста типа II неопходно, оно се скоро увек изводи дренажном операцијом, најчешће цистојеуностомијом. Међутим, у ретким случајевима, када унутрашња дренажна операција није изводљива, ресекција панкреаса може бити најбоље решење. Приказујемо један такав случај.

### ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Мушкарац стар 36 година, вишегодишњи етиличар који је скоро свакодневно узимао умерене, ређе веће количине алкохола, разболео се с наглим болом под левим ребарним луком и у левом рамену и надимањем, нарочито после оброка. Наведене тегобе су настале после узимања веће количине алкохола. Лечен је конзервативно у локалној болници због акутног панкреатитиса. Ту је, између осталог, урађен преглед ултразвуком и начињен СТ снимак, када су дијагностиковани циста у репу панкреаса (Слика 1) и мањи излив у левој плеури.

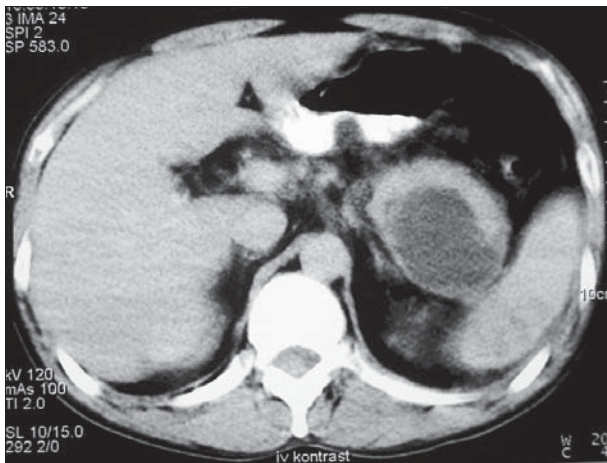
У време пријема у нашу установу лабораторијски налази су били у границама нор-

малних вредности, а рендгенски снимак плућа открио је мање засенчење левог плеуралног синуса. Болесник је оперисан кроз леву субкосталну лапаротомију. Утврђена је циста репа панкреаса која се у доњем делу ширила ка лијеналној флексури колона (коју је иначе запаљењски процес био привукао), а наставила се једним каналом у велики оментум. У цисти су утврђени браон хеморагични садржај и нешто некротичних остатака, који су типични за цисте типа I. Након ослобађања околних органа, који су запаљењским процесом били привучени, видело се да се циста широко отварала према мезоу колона и његовој бази и да је технички била неизводљива анастомоза цисте ни са цревом, ни са желуцем, те се ресекција репа панкреаса заједно са цистом наметнула као најбоље решење. При ослобађању лијеналне флексура она је десерозизирана, али је процењено да ресекција црева није неопходна. Слезину није било могуће сачувати, те је реп панкреаса мобилисан заједно са дисталним делом панкреаса. Након ресекције репа панкреаса заједно са слезином, сондиран је панкреасни вод, али у њему нису нађене стеногичне промене. Вод је засебно лигиран, а затим је на уобичајени начин ушивена ресекциона линија панкреаса, који је био промењен као код умереног хроничног панкреатитиса.

На препарату слезине и репа панкреаса с цистом (Слике 2 и 3) њен зид је чинило некротично ткиво панкреаса дебљине 5-10

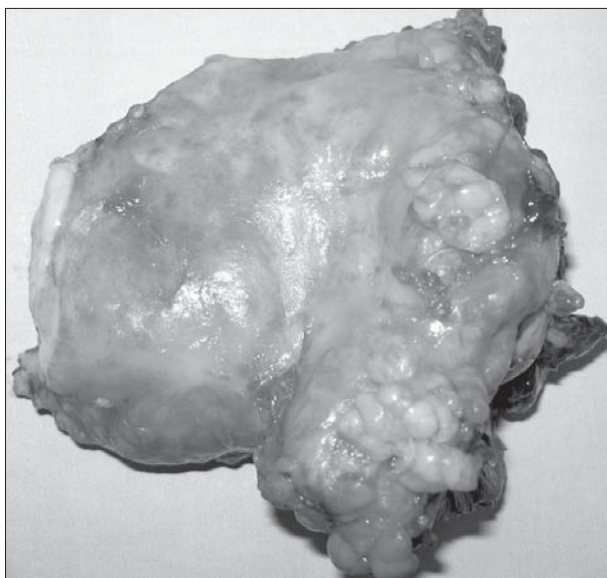
#### Correspondence to:

Radoje ČOLOVIĆ  
Klinika za digestivnu hirurgiju  
Klinički centar Srbije  
Dr Koste Todorovića 6  
11000 Beograd  
Srbija  
marcolov@sbb.rs



**Слика 1.** СТ снимак на којем се види циста највећим делом у репу панкреаса

**Figure 1.** Showing CT with the cyst mostly inside the tail of the pancreas



**Слика 2.** Ресецирани препарат панкреаса (без слезине)

**Figure 2.** Resected specimen of the pancreas (without spleen)



**Слика 3.** Отворена циста (стрелица приказује канал који је водио у велики оментум)

**Figure 3.** Open cyst (arrow shows canal leading to the greater omentum)

*tt*, а околно ткиво панкреаса било је средње чврсте конзистенције, слабо лобулиране грађе, сивожућкасте боје.

Постоперациони ток био је продужен због мање серопурулентне секреције на субфренични дренаж и излива у левој плеури који је захтевао неколико пункција (торакоцентеза). Ипак, и секреција на дренаж и излив у плеури су санирани током четири недеље. Поред тога, код болесника се развила постспленектомична тромбоза, па је примењена ацетилсалицилна киселина (100 mg на дан), а у једном периоду примао је и нискомолекуларни хепарин. Број тромбоцита се нормализовао током два месеца. На контролном прегледу шест месеци касније младић је био у добром општем стању и без озбиљнијих тежоба.

## ДИСКУСИЈА

Дегидио (*D'Egidio*) и Шајн (*Schein*) [1] су 1991. године предложили врло добру класификацију циста панкреаса на три типа. Тип *I* су постнекротичне цисте које настају после напада акутног панкреатитиса, практично увек су перипанкреасне, ретко комуницирају с панкреасним водом, који је нормалан, садржај им је браон (чоколадне) боје и обично садрже мању или већу количину некротичних остатака. Уколико трају дуже од шест недеља или ако се увећавају, потребно је хируршко лечење, које се по правилу врши некроектомијом и цистојејуностомијом. Цисте типа *II* су такође постнекротичне, а настају после акутизације хроничног панкреатитиса. У целини или већим делом су интрапанкреатичне, садржај им је чоколадне боје и садрже бар нешто некротичних остатака. Обично комуницирају с панкреасним водом, који је измењен, али не и сужен. Тип *III* обухвата ретенционе цисте. Оне настају током хроничног панкреатитиса и комуницирају с панкреасним водом, који је сужен или проширен. Садржај ових циста је, по правилу, бистар или благо замућен и садржи високе вредности панкреасних ензима, пре свега амилаза.

Пошто настају за време хроничног панкреатитиса, али његовом акутизацијом, цисте типа *II* имају особине и циста типа *I* и циста типа *III*, па их зато клинички није лако разликовати, посебно од типа *III*. Дијагноза се стога обично поставља тек на операцији утврђивањем некротичних остатака и чоколадног садржаја, али и због тога што се акутизација хроничног панкреатитиса клинички може лако превидети [2].

Већина циста панкреаса се лечи хируршки. С операцијом код циста типа *I* не треба журити, јер током првих шест недеља у 15% случајева може доћи до спонтане резолуције. После тог периода спонтано повлачење цисте се практично никада не дешава [3]. Циљ хируршког лечења циста панкреаса јесте да се евакуише садржај цисте и спрече тешке компликације, као што су руптура, инфекција, крварење и оклузија црева [4]. Као терапијске опције намећу се унутрашња дренажа, која је несумњиво најбоље решење, или спољна

шња дренажа, што је најједноставније решење, али је оно за једну бенигну болест праћено значајним морталитетом од 6% и рецидивом од 22% [5], као и перзистентном панкреасном фистулом у 10% случајева [6]. Тада је неопходна нова операција, било дистална панкреатектомија или дренажа фистуле у цревну вијугу по методи Руа (*Roux*) [7].

Пошто у приказаном случају није било техничких могућности за извођење анастомозе, те имајући у виду да због локализације цисте евентуалну панкреасну фистулу не бисмо касније могли анастомозирати с цревном вијугом, већ бисмо морали радити ресекцију, одлучили смо да ресекцију, али поштедну (ограничену само на оболели део репа и тела панкреаса), одмах предузмемо, што се, бар досад, показало као веома добро решење. Због комуникације циста типа II с панкреасним водом, спољашња дренажа не би била добро решење, јер би сигурно довела до спољашње панкреасне фистуле с малим изгледима да би могло доћи до спонтане санације, па би највероватније накнадна анасто-

моза с цревном вијугом по Руу [7] или ресекција биле неопходне.

У случају дисталне ресекције, спленектомија је практично увек обавезна [8], јер су спленични крвни судови захваћени запаљењским процесом, а неретко су и тромбозирани [9]. Уколико је у преосталом делу панкреасни вод дилатиран, може се урадити и уздужна панкреатикојејуностомија [2], што код приказаног болесника није било потребно, будући да панкреасни вод није био дилатиран.

Код циста у глави панкреаса, ако је индикована ресекција, треба изабрати друга решења, обично типа пилорус-презервирајуће или класичне Виплове (*Whipple*) операције [2].

Иако је унутрашња дренажа код циста панкреаса типа II најбоље решење, у појединачним случајевима, када унутрашња дренажа није изводљива, ресекција може бити добар избор, бољи од спољашње дренаже, после које најчешће уследи спољашња панкреасна фистула, која често захтева ресекцију.

## ЛИТЕРАТУРА

1. D'Egidio A, Schein M. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implication. *Br J Surg.* 1991; 78:981-4.
2. Grace PA, Williamson RCN. Modern management of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg.* 1993; 80:573-81.
3. Warshaw AL, Rattner DW. Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocysts. *Ann Surg.* 1985; 202:720-4.
4. Becker WF, Pratt HS, Ganji H. Pseudocysts of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet.* 1968; 127:74-7.
5. Bradley EL III. Cysts and pseudocysts of the pancreas. Surgical aspects. In: Berk JE, editor. *Gastroenterology.* Vol. 6. London: WB Saunders; 1985. p.4151-7.
6. Ranson JHC. The role of surgery in the management of acute pancreatitis. *Ann Surg.* 1990; 211:382-93.
7. Rattner DW, Warshaw AL. Pancreatic cysts, pseudocysts and fistulae. In: Shavartz SI, Ellis H, editors. *Maingot's Abdominal Operations.* Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Grofts; 1990. p.1567-82.
8. Frey CF. Pancreatic pseudocysts – operative strategy. *Ann Surg.* 1979; 188:652-62.
9. Cooper MJ, Williamson RCN. Conservative pancreatectomy. *Br J Surg.* 1985; 72:801-3.

## Pancreatic Tail Pseudocyst of Type II Treated with Resection of the Tail of the Pancreas and Splenectomy

Radoje Čolović<sup>1</sup>, Marko Kaitović<sup>2</sup>, Stojan Latinčić<sup>2</sup>

<sup>1</sup>School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia;

<sup>2</sup>Clinic for Digestive Surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

### SUMMARY

**Introduction** Pancreatic pseudocysts of type II are postnecrotic cysts that appear during an acute-on-chronic pancreatitis. In case that surgical treatment is necessary, as a rule it is performed using internal drainage operations. Pancreatic resections are rarely indicated.

**Case Outline** The authors present a 34 year-old man with a long-lasting history of moderate alcohol consumption in whom an episode of drinking caused an acute-on-chronic pancreatitis so that a 7 cm in diameter cyst was developed inside the tail of the pancreas causing left subcostal pain, mild pleural effusion and pain in the left shoulder. At operation almost entirely inside the tail of the pancreas a cyst of type II unsuitable for internal drain-

age operation was found so that a spared resection of the tail of the pancreas and splenectomy were carried out. The post-operative recovery was prolonged due to recurrent left pleural effusion requiring punctions, mild suppurative secretion from the splenic fossa and transient postsplenectomy thrombocytosis. Six months after surgery the patient is in good condition and with normal findings.

**Conclusion** Although rare, pancreatic cysts of type II may be unsuitable for internal drainage operations so that resection of the effected part of the pancreas could be a much better solution than external drainage.

**Keywords:** acute pancreatitis; cyst of type II; pancreatic resection