

## Џиновска хеморагична (псеудо)циста панкреаса непознате етиологије

Радоје Чоловић<sup>1</sup>, Никица Грубор<sup>1</sup>, Марјан Мицев<sup>1</sup>, Стојан Латинчић<sup>1</sup>, Наташа Чоловић<sup>2</sup>, Марко Каитовић<sup>1</sup>, Мирјана Перишић<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиника за дигестивну хирургију, Клинички центар Србије, Београд, Србија;

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

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** Цистичне лезије панкреаса су честе, а утврђивање њиховог порекла и природе најчешће је лако и поуздано. Понекад, међутим, природу и етиологију ових лезија није могуће са сигурношћу утврдити.

**Приказ болесника** Четрдесетогодишњи мушкарац, без анамнестичких података о повреди, злоупотреби алкохола, акутном или хроничном панкреатитису, оперисан је због хеморагичне (псеудо)цисте која је полазила од задње стране репа панкреаса и садржавала четири и по литра хеморагичног садржаја. На цисти није било епитела, ни туморске стромене, а на панкреасу није било никаквих патолошких промена које би указивале на тумор, односно на акутни или хронични панкреатитис. Није било ни поузданих хистолошких знакова ангиектатичне природе цисте.

**Закључак** Упркос свим напорима, права природа описане (псеудо)цисте панкреаса није могла да се утврди, нити је пронађен сличан опис у литератури. Аутори верују да је највероватније у питању била ангиектатична природа цисте.

**Кључне речи:** панкреас; хеморагична (псеудо)циста; ексцизија; непозната етиологија

### УВОД

Цистичне лезије панкреаса су честе. Најчешће су последица акутног или хроничног панкреатитиса, ређе је реч о туморским цистичним лезијама, а веома ретко о ангиектатичним псеудоцистама. Цистичне лезије панкреаса имају јасна клиничка, а нарочито патолошка, патохистолошка и хистохемијска обележја.

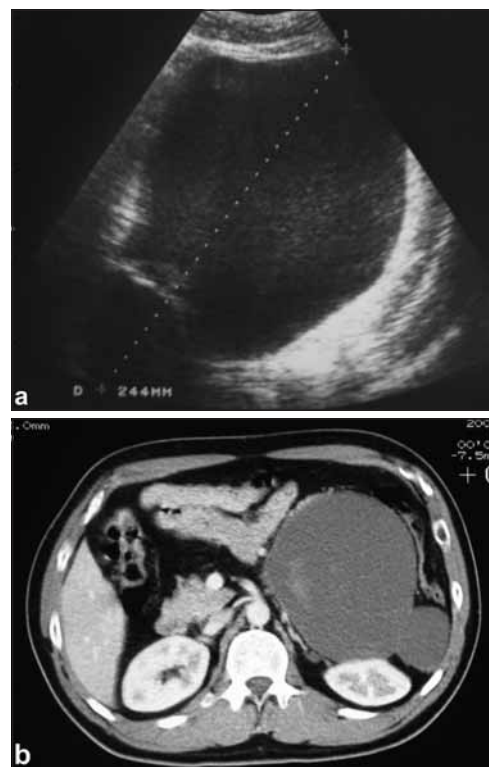
Следи приказ болесника с огромном хеморагичном псеудоцистом панкреаса нејасне етиологије.

### ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Четрдесетогодишњи мушкарац који никада није пио алкохолна пића, пушио или доживео повреду, нити имао било какве симптоме који би указивали на панкреатитис, улкус или слично, напрасно је осетио бол у епигастријуму и јак осећај надутости у трбуху. У локалној болници установљена је акутна дилатација желуца; стављена му је назогастрична сонда и евакуисано неколико литара мутног желудачног садржаја, након чега му је било осетно лакше. У горњем левом делу трбуха напипана му је повећа, лоптаста, напетоеластична и умерено мобилна тумефакција. Начињен је СТ снимак абдомена на којем је у пределу репа панкреаса уочена велика цистична промена, те је болесник пет дана по почетку болести упућен у нашу установу.

У време пријема болесник је био доброг општег стања; клинички налаз је био нор-

малан, осим што се у горњем левом делу абдомена палпирала велика лоптаста, напетоеластична, мало мобилна и на додир благо осетљива тумефакција. Крвна слика је била нормална (леукоцити  $6,5 \times 10^9/l$ ; еритроцити  $5,25 \times 10^{12}/l$ ; хемоглобин  $146 g/l$ ; MCV  $83,5$ ; хематокрит  $43,8\%$ ; тромбоцити  $251 \times 10^9/l$ ; CE  $42 mm/h$ ). Вредности биохемијских параме-

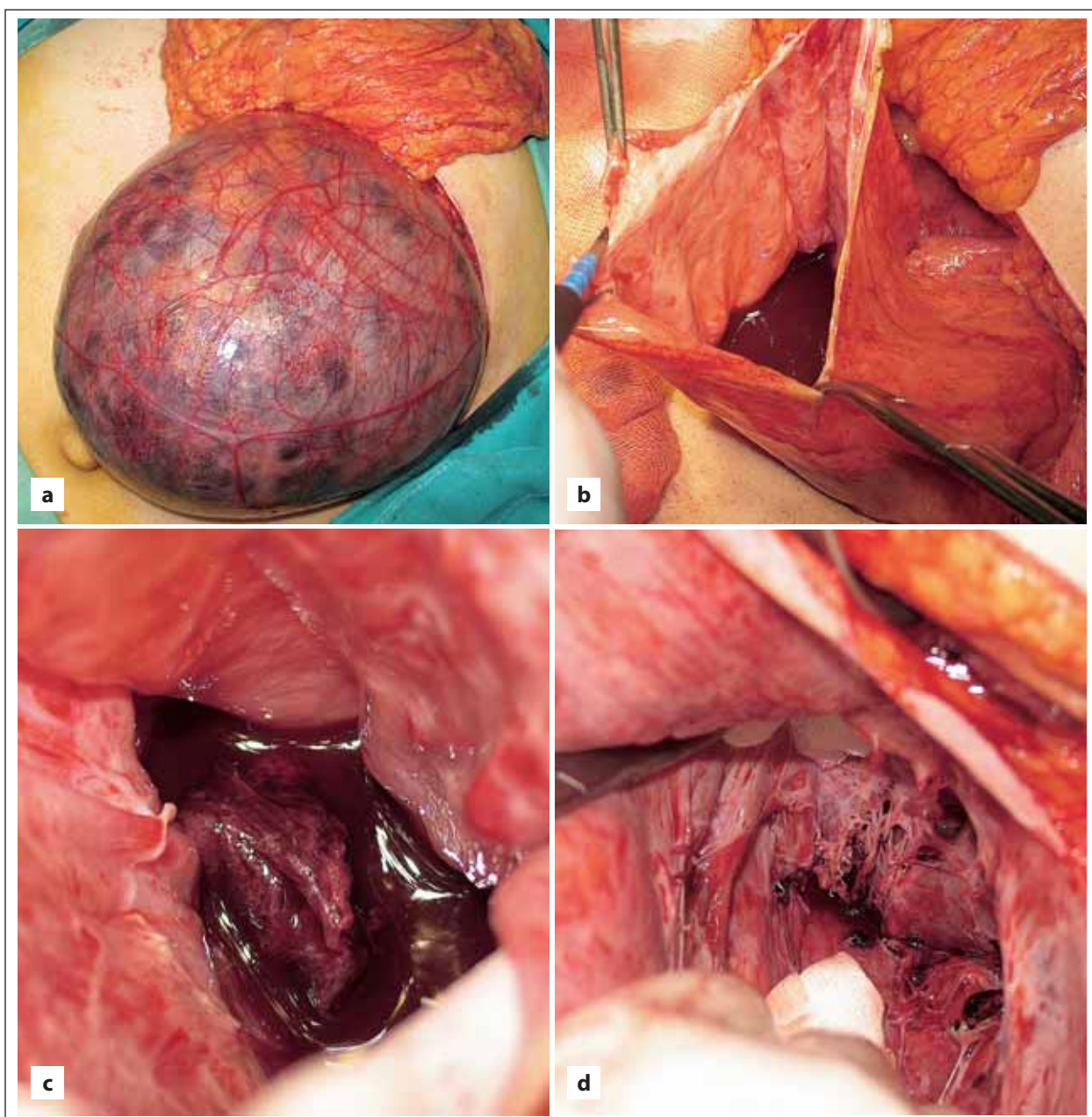


**Слика 1.** Ултразвучни и СТ налаз приказују огромну цистичну лезију у пределу репа панкреаса  
**Figure 1.** Ultrasonographic and CT scan showing a giant cystic lesion in the area of the tail of the pancreas

тара биле су у нормалним границама, осим повећаних вредности фибриногена ( $9,4 \text{ g/l}$ ) и благо повећаног нивоа билирубина ( $21,1 \text{ } \mu\text{mol/l}$ ). Остале вредности биле су: директни билирубин  $3,8 \text{ } \mu\text{mol/l}$ ;  $\text{PTT}$   $27,6 \text{ s}$ ;  $\text{PT}$   $11,5 \text{ s}$ ;  $\text{INR}$   $0,96$ . Налаз урина био је такође нормалан. Болесник је био крвне групе  $A \text{ Rh}+$ . На ултразвучном прегледу је у пределу репа панкреаса уочена велика анехогена, септирана псеудоциста величине  $16 \times 14 \times 25 \text{ cm}$ , зида дебљине око  $10 \text{ mm}$ , испуњена густим течним садржајем. У дну псеудоцисте уочен је хиперехогени детритус (Слика 1а). На  $\text{CT}$  скену установљена је велика хетеродензна (с хипердензним зонама) цистична промена која је каудално продрала у карлицу (Слика 1б).

Током операције, урађене кроз већу леву супкосталну лапаротомију, установљена је велика циста провид-

ног и танког зида (највећи део  $2-4 \text{ mm}$ ) с финим крвним судовима која је садржавала четири и по литра хеморагичног садржаја средње густине, док се у дну налазио детритус од коагулума и фибрина (Слика 2а-д). Циста је без тешкоћа ослобођена од околних органа. Утврђено је да полази од задњег зида нормалног репа панкреаса на којем су проминирала три тромбозирани крвна суда. У том делу циста је била мултилокуларна. Највећа циста је само у том делу имала трабекуларни унутрашњи изглед (Слика 2д). Две мање цисте у близини биле су глатких, сјајних зидова и садржавале бистру и слузаву течност. Биопсијом *ex tempore* зида цисте нису утврђени знаци малигнитета. У садржају цисте амилазе су биле врло мало повећане ( $252 \text{ U/l}$ ), а културом бактерије нису изоловане.



**Слика 2.** а. Циста „порођена“ кроз лапаротомију; б. Отворена и делом испражњена циста испуњена крвавим садржајем; с. Фибрински угрушак у дну цисте; д. Трабекуларна грађа у дну цисте.

**Figure 2.** a. Cyst exterioriated through laparotomy; b. Open cyst containing dense haemorrhagic fluid; c. Fibrin clot in the bottom of the cyst; d. Trabecular appearance of the cyst in the bottom of the cyst.

Захваћени део репа панкреаса је ресециран заједно са слезином. Цео панкреас је био потпуно нормалног изгледа и конзистенције, без икаквих знакова акутног или хроничног панкреатитиса. Постоперациони ток је протекао нормално, а болесник је био без тегоба и нормалног клиничког и ултразвучног налаза.

Патолошки налаз *ex tempore* показао је да је део зида цисте промера 55×25 mm, дебљине 1-5 mm, трабекуларне унутрашње површине и сиворужичасте боје био изграђен од склерозираниог везива без епитела.

Патохистолошким прегледом великог броја исечака зида свих делова цисте утврђено је да се ради о склеротичној везивноткивној грађи с ламинираним и често хијалинизираним деловима, који су местимично били улцерисани или прекривени серохеморагичним коагулисаним наслагама, али фокуса крварења није било. У зиду цисте није било епитела, нити мускулатуре. Није било ни целуларне строме у непосредној околини цисте, а само у малом делу фокуса уочени су делови растресите везивноткивне строме која је садржавала нешто више крвних судова, од којих су неки били задебљаног мускуларног слоја (Слика 3). На једном од пресека је уз саму површину цисте уочен ледирани крвни суд са веома дебелим хипертрофичним му-

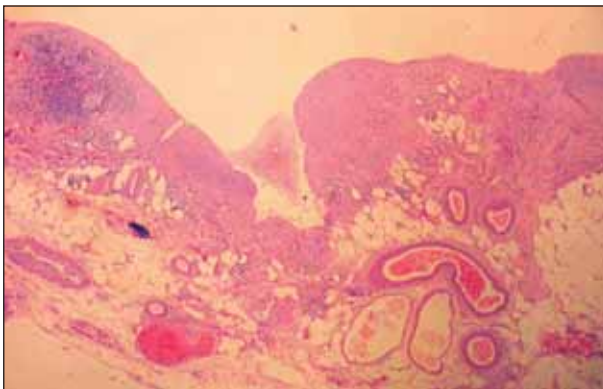
скуларним слојем, који се налазио у непосредној близини хијалинизираних подручја псеудоцисте, али се није могао јасно утврдити континуитет (Слике 4, 5 и 6). Због тога није било могуће тврдити да је реч о ангиектатичној цисти, већ пре о крварењу унутар цисте.

Ткиво слезине није било значајно промењено. На површини слезине уочавали су се фиброзне адхезије и елементи адхезивног хијалинизираног склеротичног периспленитиса. Није било елемената тумора, нити епитела ни на једном од прегледаних делова спољашње стране слезине.

Патохистолошки закључак је гласио: „*Pseudocystis sclero-hyalinisatum pancreatis* (псеудоциста склеротичног и делом хијалинизираног зида). Микрофокално се налазе агрегати циновских мултинуклеарних ћелија типа страног тела с ингестираним липидним кристалима.”

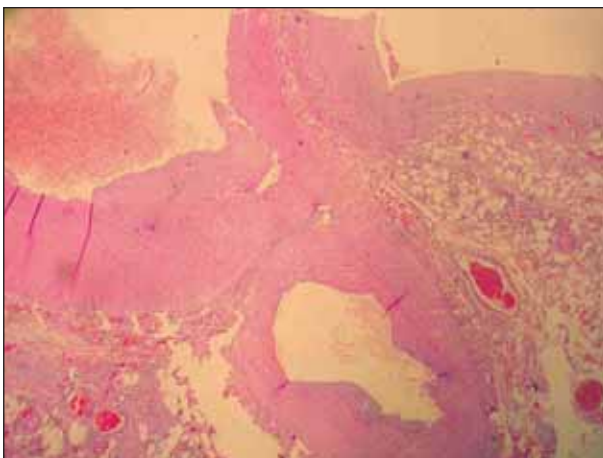
## ДИСКУСИЈА

Цисте панкреаса најчешће су последица акутног или хроничног панкреатитиса. То су псеудоцисте, јер нису обложене епителом. Псеудоцисте, као компликаци-



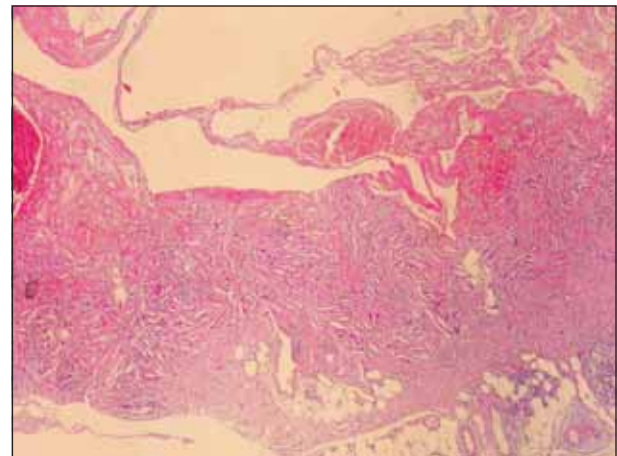
**Слика 3.** Зид цисте показује фибротично задебљање и прокрвљено масно ткиво на периферији

**Figure 3.** Cystic wall shows fibrotic thickenings and well vascularized fatty tissue at the periphery



**Слика 4.** Унутрашња површина цисте показује фокални ендотелијални епител и мали део задебљаног зида крвног суда, што указује на могућност ангиектатичне структуре

**Figure 4.** Luminal surface shows focally endothelial covering and small part of thickened vessel suggesting possibility of angiectatic structure



**Слика 5.** Фокално накопљање кристала холестерола са слабо дефинисаним холегрануломима који су се местимично налазили у зиду цисте

**Figure 5.** Focal accumulation of cholesterol crystals with rare ill defined cholegranulomas in the cystic wall.



**Слика 6.** Највећи број узорака открио је склеротичне зоне цисте

**Figure 6.** Vast majority of samples reveal sclerotic areas of the cyst

ја акутног панкреатитиса, скоро су увек перипанкреасне, по правилу су испуњене тамносмеђим, замућеним садржајем у којем су вредности амилаза високе, а веома често садрже и некротичан дебрис од масног ткива који може бити и инфициран. Код хроничног панкреатитиса цисте су потпуно или делимично интрапанкреатичне, а њихов садржај је бистар или благо замућен, са такође високим вредностима амилаза. Понекад комуницирају с панкреасним водом. Цисте које настају акутизацијом хроничног панкреатитиса могу имати особености обеју врста псеудоциста. Заједничко за све постпанкреатитичне псеудоцисте је то што на панкреасу постоје јасни знаци акутног, хроничног или рецидивног панкреатитиса, који се не могу превидети [1].

Псеудоцисте због повреде (пострауматске) имају особине постпанкреатитичних псеудоциста. Најчешће су у вези с повредом главног панкреасног вода, при чему знаци хроничног панкреатитиса постоје само на дисталном делу панкреаса, почевши од места повреде до репа панкреаса. Ни ове цисте немају епител, а садрже високе вредности амилаза [1].

Туморске цисте се јављају као серозни или муцинозни цистаденоми, увек су бар у једном делу обложени одговарајућим епителом (кубоидним или високим призматичним са много пехарастих ћелија) и стромом, а понекад и тзв. оваријалном стромом. Цистичне лезије које потичу од тумора могу настати и дегенерацијом и некрозом фиброзових, ређе бенигнух, а скоро увек малигнух саркома панкреаса. Туморско порекло ових псеудоциста се утврђује клиничким и поготово

хистолошким испитивањем, а по потреби и хистохемијским [2, 3].

Ангијектатичне псеудоцисте се дијагностикују хистолошким прегледом, којим се увек уочава континуитет мишићног слоја крвног суда (крвних судова) од којег (којих) потиче [4].

У приказаном случају панкреатитична етиологија се може искључити на основу изостанка било каквих, па и најмањих, знакова панкреатитиса и повећаних вредности амилаза у хеморагичном садржају. Туморска етиологија се може искључити на основу непостојања епитела на псеудоцисти и туморске строме, односно туморског ткива.

Могло би се претпоставити да је реч о цисти која је била обложена епителом који је уништен током дилатације услед интрацистичног крварења, међутим, то је мало вероватно. Муцинозни цистаденоми су девет пута ређи код мушкараца. Упркос могућем и сразмерно брзом ширењу, тешко је поверовати да би епител био уништен на читавој тако великој цисти, која је садржавала четири и по литра садржаја. Штавише, епител није нађен ни у два мањим цистама које су садржавале бистру, слузаву текућину.

Хијалинизација у зиду цисте чврсто указује на то да је циста еволуирала дуже време, које је за њу неопходно. У прилог ангијектатичној псеудоцисти говоре трабекуларна грађа, која је и макроскопски била видљива у делу близу репа панкреаса, и три крвна суда са задебљаним мишићним зидом. Да можда ипак није реч о овој врсти псеудоцисте указује непостојање континуитета мишићног слоја у зиду цисте.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Grace PA, Williamson RC. Modern management of pancreatic pseudocysts. *Br J Surg.* 1993; 80:573-81.
2. Colović R, Bilanović D, Miličević M, Barišić G. Cystadenomas of the pancreas. *Acta Chir Jugosl.* 1999; 46:39-42.
3. Colović R, Grubor N, Micev M, Ranković V, Matic S, Latinčić S. Serozni mikrocistični adenom glave pankreasa kao uzrok bilijarne opstrukcije. *Vojnosanit Pregl.* 2008; 65:839-42.
4. Colović R, Grubor N, Jovanović M, Micev M, Sagić D, Radak V. Angiektatična pseudocista glave pankreasa. *Vojnosanit Pregl.* 2007; 64:155-8.

## Giant Haemorrhagic (Pseudo)Cyst of the Pancreas of Unknown Aetiology

Radoje Čolović<sup>1</sup>, Nikica Grubor<sup>1</sup>, Marjan Micev<sup>1</sup>, Stojan Latinčić<sup>1</sup>, Nataša Čolović<sup>2</sup>, Marko Kaitović<sup>1</sup>, Mirjana Perišić<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinic for Digestive Surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia;

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

### SUMMARY

**Introduction** Cystic lesions of the pancreas are frequent. Most frequently their aetiology can be easily established. It is very rare that the nature and aetiology of these lesions cannot be reliably established.

**Case Outline** A 40-year-old male without trauma, alcohol abuse, acute or chronic pancreatitis in illness history was successfully operated on for a haemorrhagic (pseudo)cyst of the back wall of the pancreas tail containing 4.5 litres of haemorrhagic content. The cyst did not contain either epithelium or tumour

stroma, and the pancreas did not show any changes of acute or chronic pancreatitis. Hystology did not show signs of angiectatic pseudocyst.

**Conclusion** In spite of all efforts, the authors could not establish the real nature of the (pseudo)cyst of the pancreas or find a similar case described in the literature. Nevertheless, the authors believe that it was probably an angiectatic cyst.

**Keywords:** pancreas; haemorrhagic (pseudo)cyst; excision; unknown aetiology