

MACIEJ BIERNACKI¹, KONRAD WROŃSKI², EWA MALINOWSKA³, ANNA DOBOSZYŃSKA³,
*JADWIGA SNARSKA¹

Trudności diagnostyczne pseudotorbieli krezki okrężnicy esowatej imitujące guz jelita grubego – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Diagnostic difficulties in the mesenteric pseudocysts of the sigmoid colon mimicking colon cancer – a case report and a literature review

¹Department of Surgery, University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Head of Department: Professor Jadwiga Snarska, MD, PhD

²Department of Surgical Oncology, Hospital Ministry of Internal Affairs with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn

Head of Department: Andrzej Lachowski, MD

³Department of Pulmonology, University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Head of Department: Professor Anna Doboszyńska, MD, PhD

Streszczenie

Pseudotorbiele są łagodnymi zmianami występującymi w jamie brzusznej. Najczęstszym miejscem ich lokalizacji jest trzustka, rzadsze miejsca lokalizacji to wątroba, krezka jelita czy śledziona. Opisywane są także w nerkach, mięśniach oraz w kościach. W większości przypadków torbiele krezki jelita cienkiego lub grubego są bezobjawowe. Torbiele objawowe związane są najczęściej z wielkością guza, a także z możliwymi powikłaniami, takimi jak: zakażenia, pęknięcia, krwotoki czy niedrożności jelit. W większości przypadków torbiele krezki są wykrywane przypadkowo podczas obrazowania jamy brzusznej za pomocą ultrasonografii, tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Rezonans magnetyczny jest dokładniejszą metodą w diagnostyce pochodzenia torbieli w porównaniu z tomografią komputerową. Leczenie chirurgiczne jest „złotym standardem”, choć coraz częściej stosowane są z powodzeniem także metody laparoskopowe.

W niniejszym artykule autorzy przedstawili przypadek chorej z pseudotorbielą krezki esicy i związane z postawieniem rozpoznania trudności diagnostyczne przed zabiegiem operacyjnym. Opisana w artykule torbiel krezki esicy imitowała guz jelita grubego. Autorzy dokonali przeglądu najnowszego piśmiennictwa odnoszącego się do diagnostyki i leczenia tych zmian.

Summary

Pseudocysts are benign tumors occurring in the abdominal cavity. The most common place their location are: the pancreas, fewer is the liver, the mesentery intestines and the spleen. They are also described in the kidney, muscle and bones. In most cases,

Słowa kluczowe

pseudotorbiel, krezka, jelito grube, diagnostyka, leczenie

Keywords

pseudocyst, mesentery, colon, diagnosis, treatment

the cysts of the mesentery of the small intestine or colon are asymptomatic. Cysts are usually symptomatic related to the size of the tumor and also possible complications such as infection, fracture, bleeding or bowel obstruction. In most cases, mesenteric cysts are detected incidentally during imaging for abdominal ultrasound, CT scan or magnetic resonance imaging. Magnetic resonance imaging is more accurate method in the diagnosis of the origin of the cyst compared to computer tomography. Surgical treatment is the "gold standard", though more often used successfully as laparoscopic method.

In this article, the authors present a case of a patient with pseudocysts sigmoid mesentery and related to diagnosis difficult to diagnose before surgery. Described in this article mesenteric cyst imitated the sigmoid colon tumor. The authors review of the current literature relating to the diagnosis and treatment of these changes.

WSTĘP

Pseudotorbiele to łagodne zmiany często występujące w jamie brzusznej. Najczęstszym miejscem ich lokalizacji jest trzustka (1, 2), rzadsze miejsca lokalizacji to wątroba (3), śledziona (4) czy krezka jelita (5-7). Opisywano je także w nerkach (8), mięśniach (9) oraz w kościach (10). W większości przypadków są to zmiany łagodne. Leczenie chirurgiczne jest „złotym standardem”, choć powszechnie stosowane są także metody laparoskopowe (11-15); metody endoskopowe mają mniejsze znaczenie w leczeniu pseudotorbieli. Są znacznie częściej wykorzystywane do diagnozowania i leczenia zmian znajdujących się w świetle przewodu pokarmowego lub dróg żółciowych (16, 17). W niniejszym artykule przedstawiono przypadek pacjentki z pseudotorbielą krezki esicy. O ciekawości tego przypadku stanowią trudności diagnostyczne. Pomimo wyczuwalnego w badaniu palpacyjnym guza w jamie brzusznej nie udało się go uwidocznnić w badaniach radiologicznych. Na obserwowaną od dawna przez pacjentkę zmianę w jamie brzusznej zwrócono uwagę w czasie pobytu w Klinice Pulmonologii, gdzie chora przebywała z powodu ciała obcego w drzewie oskrzelowym.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 73 została przyjęta do Oddziału Klinicznego Chirurgii Onkologicznej SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie z Kliniki Pulmonologii Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, gdzie przebywała z powodu ciała obcego w oskrzeli górnopłatowym prawym. Powodem przeniesienia był wyczuwalny miękki, niebolesny, guzowaty twór o wymiarach około 10 x 12 cm w lewym nadbrzuszu. Według relacji pacjentki od dłuższego czasu ta wyczuwalna zmiana pojawiała się i samoistnie zanikała. Nigdy nie sprawiała żadnych dolegliwości. W obrazie tomografii komputerowej opisano wolny gaz w jamie brzusznej (ryc. 1, 2). Innych zmian patologicznych w jamie brzusznej nie uwidoczniiono. Co dziwniejsze, ani w czasie hospitalizacji w Oddziale Pulmonologicznym, ani Chirurgicznym pacjentka nie prezentowała objawów otrzewnowych. Ten „nawracający” guz nigdy też nie był przyczyną zgłoszenia się do lekarza z powodu ostrych dolegliwości brzusznych.

Chorą zakwalifikowano do laparotomii. Śródoperacyjnie odnaleziono: dużą ilość wolnego gazu w jamie brzusznej, liczne uchyłki esicy oraz torbiel krezki esicy średnicy ok. 5-6 cm z wyraźnym zgrubieniem u podstawy oraz sta-

INTRODUCTION

Pseudocysts are benign lesions frequently occurring in the abdominal cavity. They are most commonly located in the pancreas (1, 2), less often in the liver (3), spleen (4) or bowel mesentery (5-7). They have been also described in the kidneys (8), muscles (9) and bones (10). In most cases, pseudocysts are benign lesions. Surgical treatment is "the golden standard", although laparoscopic techniques are also commonly used (11-15). Endoscopic techniques are less important in the treatment of pseudocysts. They are more often used to diagnose and treat lesions occurring in the lumen of the digestive tract or bile ducts (16, 17). The present article reports a case of a female patient with a pseudocyst of the sigmoid colon mesentery. What makes this case particularly interesting are diagnostic difficulties. Even though the abdominal tumour was palpable, it could not be visualised on the radiographs. The lesion that had been observed by the patient for a long time came into the attention of the medical staff of the Clinic of Pulmonology where the patient was hospitalised due to a foreign body in the bronchial tree.

CASE REPORT

A 73-year-old patient was transferred to the Clinical Department of the Oncological Surgery of the Independent Public Complex of Health Care Facilities of the Ministry of Internal Affairs with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn from the Clinic of Pulmonology of the Independent Public Complex of Tuberculosis and Lung Diseases in Olsztyn, where she had been hospitalised due to a foreign body in the right upper lobe bronchus.

A palpable, soft, painless, lumpy formation measuring approximately 10 x 12 cm in the left hypogastrium was the reason for the transfer. According to the patient, the palpable lesion appeared and spontaneously disappeared for quite a long time. It never caused pain. A CT scan revealed free gas in the abdominal cavity (fig. 1, 2). No other abdominal pathology was identified. Even more strangely, neither during the hospitalisation in the Department of Pulmonology nor in the Department of Surgery did the patient show any peritoneal symptoms. Moreover, the "recurring" tumour never caused any acute abdominal pain requiring medical consultation.

The patient was qualified for laparotomy. Intraoperative findings included large amount of free gas in the abdominal cavity, numerous sigmoid diverticula and a cyst of the sigmoid



Ryc. 1. Obraz tomografii komputerowej z widocznym wolnym powietrzem w jamie otrzewnej

Fig. 1. A CT scan revealing free air in the peritoneal cavity



Ryc. 2. Obraz tomografii komputerowej po podaniu kontrastu z dużą ilością wolnego powietrza w jamie otrzewnej

Fig. 2. A CT scan obtained after the administration of a contrast agent revealing a large amount of free air in the peritoneal cavity

rym wysztancowanym otworem perforacyjnym na szczycie torbieli. Wykonano resekcję torbieli wraz z fragmentem esicy, a następnie zespolenie koniec do końca. Żadnej innej patologii w czasie rutynowej kontroli jamy brzusznej nie odnaleziono. Preparat przesłano do rutynowego badania histopatologicznego. Okres pooperacyjny przebiegał w sposób niepowikłany. W 8. dobie po zabiegu chorą wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

W badaniu histopatologicznym opisano pseudotorbiel (łac. *pseudocystis*) z przewlekłym zapaleniem oraz obecnością ziarninaków resorpcyjnych. Torbiel była związana ze ścianą jelita, lecz nie komunikowała się ze światłem esicy.

Tajemniczy „nawracający” guz okazał się torbielą krezki esicy, a jego pojawianie się i znikanie było powodowane okresowym opróżnianiem się do jamy otrzewnej, co potwierdza wolny gaz w jamie brzucha widziany w TK oraz stwierdzony w czasie zabiegu. Ponieważ torbiel nie komunikowała się ze światłem jelita, nigdy nie doszło do powstania objawów tzw. ostrego brzucha.

DYSKUSJA

Torbiele krezki to stosunkowo rzadkie guzy jamy brzusznej. Szacuje się, że częstość ich występowania to około 1 przypadek na 100 tysięcy hospitalizacji (6, 18, 19). Torbiele są zlokalizowane głównie w krezce jelita cienkiego (66%) i w krezce jelita grubego (33%), ale najczęściej w okrężnicy wstępującej. Ros i wsp. po raz pierwszy użyli terminu „pseudotorbiel” w klasyfikacji torbieli krezki (19).

W większości przypadków torbiele krezki są bezobjawowe. Torbiele objawowe związane są z wielkością guza, a także z możliwymi powikłaniami, takimi jak: zakażenia, pęknięcia, krwotoki czy niedrożności jelit (20). W niniejszym artykule przedstawiono przypadek chorej, u której występował okresowy dyskomfort związany z powiększaniem się torbieli krezki jelita grubego. Prawdopodobnie przyczyną wystąpienia

mesentery approximately 5-6 cm in diameter with an apparent thickening at the base and an old die-cut perforated opening at the top of the cyst. A resection of the cyst and a fragment of the sigmoid was performed, followed by an end-to-end anastomosis. No other pathology was identified during a routine check-up of the abdominal cavity. The specimen was sent for histopathological examination. The postoperative period was uneventful. Eight days after the surgery, the patient was discharged home in overall good condition. A pseudocyst (lat. *pseudocystis*) with chronic inflammation and the presence of resorptive granulomas was described in the histopathological examination. The cyst was attached to the wall of the bowel, but did not communicate with the sigmoid lumen.

It was found that the mysterious “recurring” tumour was a cyst of the sigmoid mesentery and its appearance and disappearance were caused by a periodic spillage into the peritoneal cavity. This was confirmed by free gas in the abdominal cavity identified on a CT scan as well as during the procedure. Since the cyst did not communicate with the bowel lumen, symptoms of the so-called “acute abdomen” never occurred.

DISCUSSION

Mesenteric cysts are relatively rare tumours of the abdominal cavity with an estimated approximate incidence of 1 case in 100,000 hospital admissions (6, 18, 19). The cysts are located mainly in the mesentery of the small bowel (66%) and in the mesentery of the large bowel (33%), yet the most common location is the ascending colon. Ros et al. first used the term “pseudocyst” in the classification of the mesenteric cysts (19).

Mesenteric cysts are asymptomatic in most cases. The symptoms of cysts are related to their size and potential complications such as infections, ruptures, haemorrhages or intestinal obstructions (20). The present article reports a case of a patient who experienced periodic discomfort due to the enlargement of the large bowel mesenteric cyst. A previous

pseudotorbieli krezki okrężnicy esowatej w opisanym powyżej przypadku był wcześniej toczący się stan zapalny w uchyłku jelita grubego.

W większości przypadków torbiele krezki są wykrywane przypadkowo podczas obrazowania jamy brzusznej za pomocą USG i tomografii komputerowej (6). Rezonans magnetyczny jest dokładniejszą metodą w diagnostyce pochodzenia torbieli jelita grubego, w porównaniu z CT.

Chirurgiczne wycięcie torbieli krezki jelita jest jedyną skuteczną metodą leczenia (20). W ostatnim czasie coraz więcej ośrodków preferuje laparoskopowe wycięcie torbieli (6, 7, 19). Przed każdym zabiegiem konieczne jest wykonanie pełnej diagnostyki obrazowej torbieli krezki. Autorzy niniejszego artykułu uważają, że w przypadku podejrzanych torbieli krezki konieczne jest chirurgiczne postępowanie u takich chorych w ośrodkach specjalistycznych ze względu na trudności diagnostyczne.

inflammatory process in the diverticulum of the large bowel was the likely reason for the mesenteric cyst of the sigmoid colon in the case described above.

In most cases, mesenteric cysts are found accidentally during abdominal ultrasound and computed tomography (6). Magnetic resonance imaging is a more accurate method for diagnosing the origin of the large bowel cysts compared to CT.

Surgical excision of the intestinal mesenteric cyst is the only effective method of treatment (20). Recently, there has been an increase in the number of medical centres that favour laparoscopic excision of cysts (6, 7, 19). It is necessary to conduct a complete diagnostic imaging of mesenteric cyst prior to each surgery. Authors of the present article consider it essential that the patients with suspected mesenteric cysts should be treated surgically in the specialised surgery centres due to diagnostics difficulties.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence

*Jadwiga Snarska
Katedra Chirurgii
Wydział Nauk Medycznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
w Olsztynie
al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn
tel. + 48 (89) 539-85-51
e-mail: jadwiga.snarska@uwm.edu.pl

Piśmiennictwo/References

1. Lipiński M, Degowska M, Rydzewska G: Zmiany torbielowate w trzustce. Przegląd Gastroenterologiczny 2007; 2(6): 315-319.
2. Wang GX, Liu X, Wang S et al.: Stent displacement in endoscopic pancreatic pseudocyst drainage and endoscopic management. World J Gastroenterol 2015 Feb 21; 21(7): 2249-2253.
3. Martínez-Sanz N, González-Valverde FM, Vicente-Ruiz M et al.: Intrahepatic pancreatic pseudocyst: case report. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2015; 107(4): 249-250.
4. Lederrey J, Schäfer M, de Rham M, Baud DJ: When the spleen meets the fetus. Matern Fetal Neonatal Med 2015 Feb; 23: 1-2.
5. Resta G, Tartarini D, Fabbri N et al.: Laparoscopic resection of a jejunal mesenteric pseudocyst: case report. G Chir 2014 Nov-Dec; 35(11-12): 279-282.
6. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR: Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 1986; 203: 109-112.
7. Iida T, Suenaga M, Takeuchi Y et al.: Mesenteric pseudocyst of the sigmoid colon. J Gastroenterol 2003; 38: 1081-1085.
8. Aswani Y, Anandpara KM, Hira P: Page kidney due to a renal pseudocyst in a setting of pancreatitis. BMJ Case Rep 2015 Jan 23; 2015. pii: bcr2014207436. DOI: 10.1136/bcr-2014-207436.
9. Aswani Y, Anandpara KM, Hira P: Extension of pancreatic pseudocyst into psoas muscle in a setting of acute pancreatitis. BMJ Case Rep 2015 Jan 27; 2015. pii: bcr2014207822. DOI: 10.1136/bcr-2014-207822.
10. Doğanavşargil B, Ayhan E, Argin M et al.: Cystic Bone Lesions: Histopathological Spectrum and Diagnostic Challenges. Turk Patoloji Derg 2015; 31(2): 95-103.
11. Rana SS, Sharma V, Sharma R et al.: Endoscopic ultrasound-guided transmural drainage of calcified pseudocyst in a patient with chronic calcific pancreatitis. Ann Gastroenterol 2015 Apr-Jun; 28(2): 290.
12. Rana SS, Singhal M, Sharma A et al.: Successful hemostasis of arterial bleeding in chronic pseudocyst by direct endoscopic injection of N-butyl-2-cyanoacrylate in the pseudoaneurysm. Gastrointest Endosc 2015 Apr; 81(4): 1046-1047.
13. Burstow MJ, Yunus RM, Hossain MB et al.: Meta-Analysis of Early Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP); Endoscopic Sphincterotomy (ES) Versus Conservative Management for Gallstone Pancreatitis (GSP). Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2015; 25(3): 185-203.
14. Slater BJ, Pimpalwar A: Laparoscopic gastroscopic transgastric cystogastrostomy and cholecystectomy for pseudopancreatic cyst after gallstone pancreatitis in children. European J Pediatr Surg Rep 2014 Jun; 2(1): 10-12.
15. Sial GZ, Qazi AQ, Yusuf MA: Endoscopic cystogastrostomy: minimally invasive approach for pancreatic pseudocyst. APSP J Case Rep 2015 Jan 1; 6(1): 4.
16. Peterlejtner T, Szewczyk T, Zdrojewski M et al.: Colonoscopic Polypectomy – Evaluation of Safety and Effectiveness. Pol Ann Med 2011; 18 (suppl. 1): 53.
17. Komarowska M, Snarska J, Troska P, Suszkiewicz R: Recurrent Residual Choledocholithiasis after

nadesłano/submitted:

29.04.2016

zaakceptowano do druku/accepted:

19.05.2016

Cholecystectomy – Endoscopic Exploration of Bile Ducts Performed 6 Times. *Pol Ann Med* 2011; 18(1): 118-124. **18.** Gallego JC, González JM, Fernández-Virgós A, del Castillo M: Retrorectal mesenteric cyst (non-pancreatic pseudocyst) in adult. *Eur J Radiol* 1996; 23: 135-137. **19.** Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr et al.: Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164: 327-332. **20.** Fan HL, Chen TW, Hong ZJ et al.: Volvulus of small intestine: rare complication of mesenteric pseudocyst. *Z Gastroenterol* 2009; 47: 1208-1210.