

Maciej Kolasa<sup>1</sup>, Paweł Kolasa<sup>1</sup>,  
Dorota Jesionek-Kupnicka<sup>2</sup>, Radziław Kordek<sup>2</sup>

Received: 03.10.2013

Accepted: 18.10.2013

Published: 29.11.2013

## Rzadka lokalizacja torbieli naskórkowej – opis przypadku

### Rare intramedullary localization of epidermoid cyst – case report

<sup>1</sup> Oddział Neurochirurgii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

<sup>2</sup> Zakład Patologii, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Adres do korespondencji: Oddział Neurochirurgii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź, tel.: 606 904 163, faks: 42 689 53 42, e-mail: maciekkolasa@interia.pl

Praca finansowana ze środków własnych

#### Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie przypadku występowania torbieli naskórkowej o bardzo rzadkiej, śródrdzeniowej lokalizacji w odcinku lędźwiowym kręgosłupa u 54-letniej pacjentki. Chora od wielu lat cierpiała z powodu nietypowych dolegliwości bólowych umiejscowionych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, połączonych z występowaniem parestezji w postaci mrowienia w okolicy krocza oraz z zaburzeniami oddawania stolca – zaparciami. Przed hospitalizacją dolegliwości nasiliły się i według kobiety były nie do zniesienia. W wykonanych badaniach obrazowych (rezonans magnetyczny) uwidoczniono guz położony wewnątrzrdzeniowo na wysokości trzonu kręgu L2. Pacjentkę leczono neurochirurgicznie, usuwając całkowicie guz śródrdzeniowy. W przeprowadzonym badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego rozpoznano: *epidermoid cyst*. Lokalizacja wewnątrzrdzeniowa torbieli naskórkowej jest bardzo rzadka – stanowi 0,7% wszystkich guzów kręgosłupa. Guz ten jest łagodną wrodzoną lub nabytą zmianą pochodzenia ektodermalnego. W pracy autorzy przedstawiają wywiad chorobowy i przebieg kliniczny schorzenia, sposób i wynik leczenia oraz omówienie histopatologii tej zmiany.

**Słowa kluczowe:** guz rdzenia, guz wewnątrzrdzeniowy, torbiel naskórkowa, nietypowe bóle kręgosłupa

#### Summary

Authors present a case of 54-year-old female treated for intramedullary epidermoid cyst. Patient complained of atypical pain and dysesthesia in lumbosacral region for many years. Patient's complains increased before admission and were unbearable. Performed clinical and imaging examination revealed intramedullary tumour located in the terminal cone at the level of L2 vertebra. The patient underwent surgical treatment with total tumour removal. Histological examination confirmed epidermoid cyst. Intramedullary location of epidermoid cyst is very rare and constitutes of about 0.7% of all spinal tumours. Due to compression on nervous structures surgical treatment of epidermoid cyst is a method of choice. Authors discuss signs, clinical history, treatment and its results as well as histological findings.

**Key words:** intramedullary, intraspinal, spinal cord, tumour, cyst, atypical spinal pain

## WPROWADZENIE

**T**orbiel naskórkowa (*epidermoid cyst*) jest cienkościenną torbielą wysłaną nabłonkiem płaskim rogowaciejącym i wypełnioną złuszczonego naskórkiem. Najczęściej umiejscowiona jest wewnątrzczaszkowo, lokalizując się w okolicy kąta mostowo-mózdkowego, siódła tureckiego lub skrzyżowania nerwów wzrokowych. Częstość występowania torbieli naskórkowej to około 0,2–1% wszystkich nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. Lokalizacja śródrdzeniowa guza jest bardzo rzadka, stanowi bowiem mniej niż 1% nowotworów zlokalizowanych wewnątrzkanałowo, z czego lokalizacja śródrdzeniowa torbieli naskórkowej jest jeszcze rzadziej spotykana – stanowi około 0,7% wszystkich guzów kręgosłupa<sup>(1,2)</sup>. Torbiel powstaje w wyniku implantacji komórek ektodermy podczas embriogenezy w 3.–5. tygodniu życia płodowego, w czasie formowania się cewy nerwowej<sup>(3–6)</sup>, lub w następstwie jatrogennej przemieszczenia komórek, np. podczas punkcji lędźwiowych<sup>(4,5,7)</sup>. Wewnątrzrdzeniowa lokalizacja tego nowotworu powoduje objawy wynikające z ucisku na otaczające struktury nerwowe, prowadząc do wystąpienia ciętych zaburzeń czucia oraz niedowładu spastycznego kończyn dolnych. Położenie wewnątrzrdzeniowe guza po raz pierwszy zostało opisane w 1883 roku (Chiari)<sup>(1)</sup>. W dostępnej literaturze ukazało się dotychczas 67 publikacji dotyczących wewnątrzrdzeniowego położenia tej zmiany, w tym kilka prac na temat położenia guza w stożku końcowym rdzenia; w literaturze polskiej nie spotkaliśmy się z opisem podobnego przypadku.

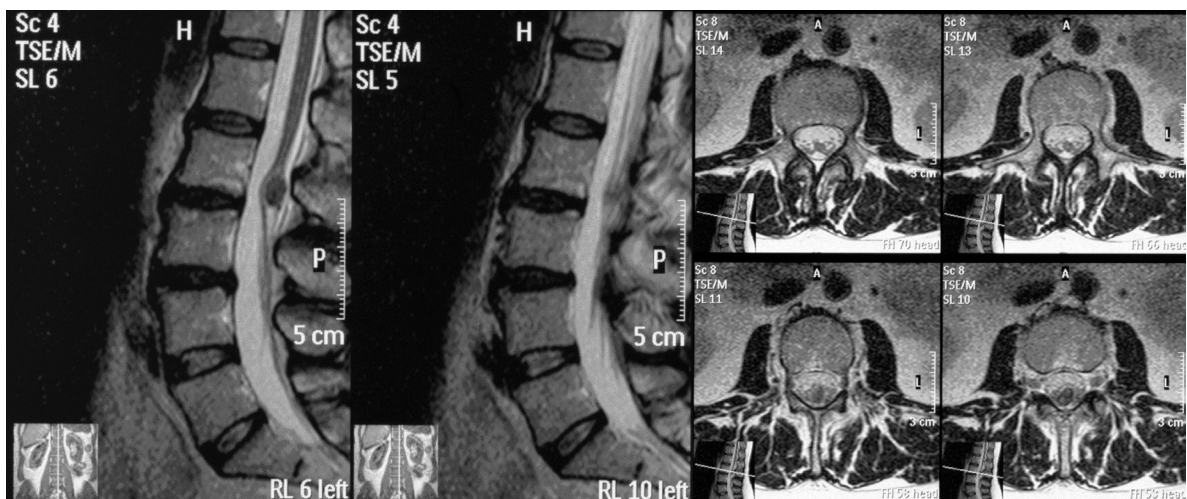
## OPIS PRZYPADKU

Pięćdziesięcioletnia pacjentka została przyjęta na oddział neurochirurgii z powodu występujących od kilku lat nietypowych dolegliwości bólowych zlokalizowanych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, w okolicy linii środkowej z tendencją do opasywania górnej części miednicy.

Ból nie promieniował do kończyn dolnych. Dodatkowo chora skarżyła się na parestezje pod postacią mrowienia i przeczulicy w okolicy krocza oraz zaburzenia oddawania stolca – przewlekłe zaparcia.

Pacjentka była w pełni sprawna, poruszała się samodzielnie. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono niedowładów kończyn ani zaburzeń zwieraczy. Badanie odruchów wykazało osłabienie odruchu kolanowego po stronie prawej, bez objawów ogniskowych ośrodkowego układu nerwowego. Nie zaobserwowano zaburzeń czucia powierzchniowego ani czucia głębokiego. Należy podkreślić, że główne skargi kobiety były subiektywne i dotyczyły silnych bólów kręgosłupa oraz parestezji w okolicy krocza. W wywiadzie pacjentka podawała artrodezę prawego stawu skokowego, łuszczycę, niedoczynność tarczycy (w wieku 14 lat, obecnie bez objawów i leczenia), nadciśnienie tętnicze oraz uczulenie na penicylinę. Z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych kobieta była hospitalizowana. Podczas hospitalizacji wykonano obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MR) odcinka lędźwiowego i piersiowego kręgosłupa. W wykonanym badaniu uwidocznił guz położony śródrdzeniowo na wysokości trzonu kręgu L2 (rys. 1). Zmiana ta była hipointensywna w czasie T1-zależnym oraz hiperintensywna w czasie T2; nie ulegała wzmocnieniu kontrastowemu. Obraz badania MR korelował z dolegliwościami chorej. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Zabieg odbył się 10 listopada 2004 roku. Na powierzchni stożka końcowego stwierdzono liczne patologiczne naczynia krwionośne, zaś głębiej – po nacięciu pajęczynówki i rdzenia – uwidocznił sinoczerwony guz z licznymi drobnymi naczyniami na jego powierzchni. Pod kontrolą mikroskopu operacyjnego wypreparowano guz od otaczających tkanek nerwowych, nacięto jego torebkę i usunięto zawartość o wyglądzie mas kaszowatych, a następnie usunięto torebkę.

Po zabiegu pacjentka zgłaszała bóle w okolicy operowanej, przeczulicę prawej stopy oraz zatrzymanie moczu.



180 Rys. 1. Badanie MR przed zabiegiem operacyjnym. Guz wewnątrzrdzeniowy na wysokości kręgu L2

W kontrolnym badaniu MR (15 listopada 2004 roku) nie uwidoczniło cech krwawienia ani pozostałości guza (rys. 2). Ból pooperacyjny w odcinku lędźwiowym i zatrzymanie moczu ustąpiły w ciągu 2 dni. Chorą chodzącą wypisano do domu. Parestezje w okolicy krocza oraz dziwne uczucie „wypełnienia” odbytnicy z parestezjami w odbycie pacjentka zgłaszała do 6 miesięcy po zabiegu. W tym czasie, podobnie jak przed operacją, kobieta poddawała się częstym zabiegom „oczyszczania” odbytnicy. Po roku od usunięcia torbli dolegliwości występujące przed zabiegiem ustąpiły niemalże całkowicie, zmniejszyły się również częstość i intensywność zaparć.

### OBRAZ HISTOPATOLOGICZNY

Makroskopowo: zmiana była dobrze odgraniczonym torbielowatym guzem otoczonym nieregularną torebką barwy perłowej.

Mikroskopowo: stwierdzono ścianę łącznotkankową pokrytą przez nabłonek wielowarstwowy płaski, lecz bez przydatków skóry (rys. 3 A), z obecnością obfitych mas rogowych (rys. 3 B). Obraz morfologiczny odpowiada *cystis epidermoidalis intramedullaris* (intramedullary epidermoid cyst).

### OMÓWIENIE

Torbiel naskórkowa (*epidermoid cyst*), inaczej naskórzak, jest wrodzoną lub nabytą (jatrogenie bądź po urazowo) łagodną zmianą pochodzenia ektodermalnego. Torbiel wrodzona histogenetycznie powstaje jako zaburzenie rozwojowe spowodowane wpukleniem ektodermy do cewy nerwowej w czasie zamykania rowka nerwowego w 3.–5. tygodniu życia płodowego, podczas formowania się cewy nerwowej<sup>(3–6)</sup>. Może współistnieć z zaburzeniami rozwojowymi rdzeniowo-czaszkowymi (np. rozszczep kręgosłupa, przepuklina oponowo-rdzeniowa, dysrafia, syringomielia)<sup>(2,8–12)</sup> lub też mieć

charakter nabytej inkluzji (uraz, działania jatrogenne, np. punkcje lędźwiowe)<sup>(1,5–7)</sup>. Zmiany skórne w postaci blizn, owłosionych znamion, odbarwień czy naczynek zlokalizowane w linii środkowej ciała mogą sugerować występowanie guzów dysontogenetycznych<sup>(5)</sup>.

Najczęściej guzy te są położone wewnątrzwardówkowo, zewnątrzrdzeniowo, rzadziej nadwardówkowo<sup>(5)</sup>. Większość zmian występuje w odcinku piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa<sup>(3)</sup>.

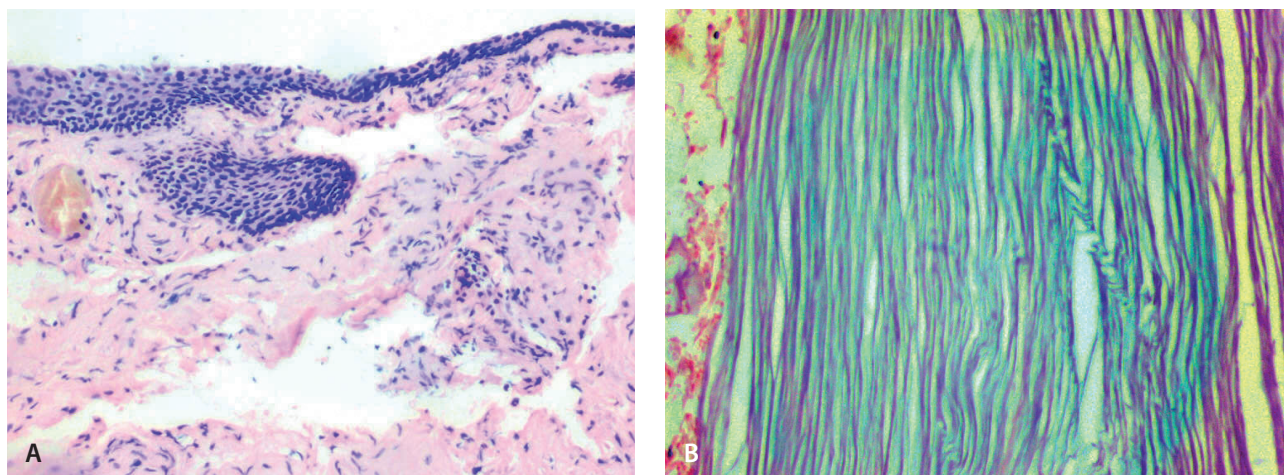
Torbiele naskórkowe są guzami łagodnymi o powolnym wzroście, dobrze odgraniczonymi od otaczających tkanek. Rzadko dochodzi do transformacji nowotworowych w raka płaskonabłonkowego (*squamous cell carcinoma*)<sup>(13)</sup>. Do rozwoju nowotworu może dojść z pozostałości po niedoszczętnym wycięciu torbli. W dostępnym piśmiennictwie znaleziono jeden opis przypadku transformacji nowotworowej, po 31 latach od chirurgicznego usunięcia guza<sup>(17)</sup>.

Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego jest podstawowym badaniem w diagnostyce guzów wewnątrzkanalowych. Obraz torbli naskórkowopodobnej w MR jest hipo- bądź izointensywny w czasie T1-zależnym, natomiast hiperintensywny w czasie T2, rzadko ulegając wzmocnieniu pokontrastowemu<sup>(5,6,18,19)</sup>. Guzy te nie naciekają struktur nerwowych, lecz uciskają je i przemieszczają<sup>(18)</sup>. Mimo to obraz tych zmian w badaniu MRI może być w poszczególnych przypadkach znacząco odmienny. Torbiele należy różnicować z innymi guzami wewnątrzkanalowymi, takimi jak wyściółczak czy gwiaździk, które mogą być torbielowate w 40% przypadków<sup>(2)</sup>. Na różnicowanie pozwala zastosowanie MR *diffusion-weighted imaging*<sup>(19,20)</sup>.

Ze względu na ucisk wewnątrzkanalowych struktur nerwowych leczenie chirurgiczne torbli naskórkowej jest metodą z wyboru<sup>(1,2)</sup>. Zmiany tego typu są zazwyczaj tworami dobrze odgraniczonymi od otaczających tkanek. Pozostawienie fragmentów torebki guza może przyczynić się do jego odrostu. Według niektórych



Rys. 2. Kontrolne badanie MR 5 dni po zabiegu operacyjnym



Rys. 3 A. Ściana torbieli wyściłana typowym nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, bez obecności przydatków skóry (HE, 200×). B. Masy rogowe stanowiące zawartość torbieli (HE, 400×)

autorów nawet częściowe usunięcie torbieli – a tym samym zmniejszenie ciasnoty – powoduje ustąpienie dolegliwości i długotrwałą poprawę życia pacjenta<sup>(1,2)</sup>. Zawartość uszkodzonej torbieli może doprowadzić do wystąpienia chemicznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bądź ponownego zanieczyszczenia i wznowy guza<sup>(21)</sup>.

Dostępne są również opisy leczenia torbieli za pomocą radioterapii. Jednakże ze względu na brak odbarczenia struktur nerwowych podczas leczenia tą metodą powinna być ona stosowana jako leczenie uzupełniające po leczeniu chirurgicznym lub w przypadkach, kiedy zabieg chirurgiczny nie może zostać wykonany<sup>(4)</sup>.

Omawiany przypadek chorej przedstawiono ze względu na rzadką, śródrdzeniową lokalizację guza, nietypowe, skąpe objawy oraz sposób leczenia chirurgicznego z dobrym pooperacyjnym wynikiem neurologicznym.

#### PIŚMIENICTWO: BIBLIOGRAPHY:

- Roux A., Mercier C., Larbrisseau C. i wsp.: Intramedullary epidermoid cysts of the spinal cord. Case report. *J. Neurosurg.* 1992; 76: 528–533.
- Tekkök I.H., Palaoglu S., Erbenli A., Onol B.: Intramedullary epidermoid cyst of the cervical spinal cord associated with an extraspinal neuroenteric cyst: case report. *Neurosurgery* 1992; 31: 121–125.
- Guidetti B., Gagliardi F.M.: Epidermoid and dermoid cysts. Clinical evaluation and late surgical results. *J. Neurosurg.* 1977; 47: 12–18.
- Bretz A., Van den Berge D., Storme G.: Intraspinal epidermoid cyst successfully treated with radiotherapy: case report. *Neurosurgery* 2003; 53: 1429–1432.
- Er U., Yigitkanli K., Kazanci A., Bavbek M.: Primary lumbar epidermoid tumor mimicking schwannoma. *J. Clin. Neurosci.* 2006; 13: 130–133.
- Ogden A.T., Khandji A.G., McCormick P.C., Kaiser M.G.: Intramedullary inclusion cysts of the cervicothoracic junction. Report of two cases in adults and review of the literature. *J. Neurosurg. Spine* 2007; 7: 236–242.
- Ziv E.T., Gordon McComb J., Krieger M.D., Skaggs D.L.: Iatrogenic intraspinal epidermoid tumor: two cases and a review of the literature. *Spine* 2004; 29: E15–E18.
- Sen O., Kayaselcuk F., Yalcin O. i wsp.: Lumbar meningeal hamartoma and epidermoid cyst associated with spinal dysraphism in an elderly patient. *Neurosurg. Rev.* 2005; 28: 159–162.
- Manno N.J., Uihlein A., Kernohan J.W.: Intraspinal epidermoids. *J. Neurosurg.* 1962; 19: 754–765.
- Pear B.L.: Epidermoid and dermoid sequestration cysts. *Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med.* 1970; 110: 148–155.
- Penisson-Besnier I., Guy G., Gandon Y.: Intramedullary epidermoid cyst evaluated by computed tomographic scan and magnetic resonance imaging: case report. *Neurosurgery* 1989; 25: 955–959.
- Saunders R.L.: Intramedullary epidermoid cyst associated with a dermal sinus. Case report. *J. Neurosurg.* 1969; 31: 83–86.
- Link M.J., Cohen P.L., Breneman J.C., Tew J.M. Jr: Malignant squamous degeneration of a cerebellopontine angle epidermoid tumor. Case report. *J. Neurosurg.* 2002; 97: 1237–1243.
- Kuzeyli K., Duru S., Cakir E. i wsp.: Epidermoid cyst of the brain stem. Case report. *Neurosurg. Rev.* 1996; 19: 179–181.
- Lunardi P., Missori P., Gagliardi F.M., Fortuna A.: Long-term results of the surgical treatment of spinal dermoid and epidermoid tumors. *Neurosurgery* 1989; 25: 860–864.
- Ferrara P., Costa S., Rigante D. i wsp.: Intramedullary epidermoid cyst presenting with abnormal urological manifestations. *Spinal Cord* 2003; 41: 645–648.
- Tognetti F., Lanzino G., Manetto V., Calbucci F.: Intracranial squamous cell carcinoma arising in remnant of extirpated epidermoid cyst. *Br. J. Neurosurg.* 1991; 5: 303–305.
- Scarrow A.M., Levy E.I., Gerszten P.C. i wsp.: Epidermoid cyst of the thoracic spine: case history. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2001; 103: 220–222.
- Kikuchi K., Miki H., Nakagawa A.: The utility of diffusion-weighted imaging with navigator-echo technique for the diagnosis of spinal epidermoid cysts. *Am. J. Neuroradiol.* 2000; 21: 1164–1166.
- Tang L., Cianfoni A., Imbisi S.G.: Diffusion-weighted imaging distinguishes recurrent epidermoid neoplasm from post-operative arachnoid cyst in the lumbosacral spine. *J. Comput. Assist. Tomogr.* 2006; 30: 507–509.
- Matschke J., Stavrou D., Püschel K.: Sudden death resulting from epidermoid cyst of the brain. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2002; 23: 368–370.