

hou být i kalcifikace. Magnetická rezonance může diagnostiku cystického lymfangiomu upřesnit. Žádné zobrazovací vyšetření však není dostatečně specifické pro definitivní diagnózu, kterou lze stanovit až po histopatologickém vyšetření léze (3).

Asymptomatické a menší nálezy, kde není podezření na malignitu, se většinou řeší konzervativně. U cystických expanzí nadledvin větších než 5 cm je vyšší riziko krvácení, a je proto vhodnější jejich chirurgické odstranění (4). U konzervativního postupu se obvykle doporučuje sledování minimálně jednou ročně (5, 6).

Operační řešení volíme u symptomatických pacientů, při progresi velikosti cystických lézí či v případě, kdy nejsme na základě zobrazovacích vyšetření schopni vyloučit malignitu s cystickou komponentou. Nejčastěji provádíme laparoskopickou adrenalektomii (3, 5, 7). Alternativou, hlavně u objemných expanzí, je otevřený přístup. S rozvojem robotické chirurgie lze do budoucna předpokládat její častější použití i v případě operací nadledvin. Další možností je extirpace či resekce pouze cystické expanze. To bývá chirurgicky obtížné, ale pro pacienty výhodné z hlediska zachování hormonální sekrece nadledviny. Tento postup bychom měli zvážit u pacientů se solitární nadledvinou.

Mezi nejčastější peroperační komplikace laparoskopické adrenalektomie patří krvácení z lůžka, které řešíme elektrokoagulací nebo přiložením hemostatických agens, např. tkané celulózy (Sur-gicel®). Poranění dolní duté žíly nebo renální žíly či arterie uzavřeme suturou. Při větším poranění renální žíly hrozí i nefrektomie. Léze ledviny a jater ošetřujeme kompresí a elektrokoagulací, popř. přiložením hemostatických agens nebo

suturou parenchymu. Při poranění žlučníku provádíme cholecystektomii. Dále hrozí léze tlustého střeva, kterou řešíme suturou, u větších lézí je nutná resekce střeva, popř. založení stomie. Při závažnějších poraněních vždy spolupracujeme s chirurgy, v případě poranění jater nejlépe s jaterním specialistou. Při levostranné adrenalektomii hrozí poranění sleziny, které lze řešit konzervativně např. elektrokoagulací, ale většinou je nutné provedení splenektomie. Poranění slinivky břišní je vzácné, ale v některých případech při adrenalektomii vlevo můžeme za nadledvinu zaměnit kaudu pankreatu. Poranění pleury a následný pneumothorax řešíme suturou a hrudní drenáží. Při větších poraněních bývá nutná konverze výkonu na otevřený.

Pokud není pacient schopen nebo nechce podstoupit operační výkon v rozsahu adrenalektomie, můžeme provést aspiraci cyst, např. sonograficky navigovanou (7, 9).

Dle dostupné literatury nejsou v průběhu prvního roku po extirpaci zaznamenány žádné recidivy (2, 6). Oproti tomu cystické lymfangiomy v oblasti hlavy a krku často recidivují, udává se, že po úplné excizi v 10–27 %, po částečné dokonce ve 100 % (7).

ZÁVĚR

Kavernózní lymfangiom nadledviny je vzácná léze s nejistou etiopatogenezí, kterou obvykle diagnostikujeme náhodně až v dospělosti. Většinou je hormonálně inaktivní a klinicky němý. Útvary větší než 5 cm či nejasné nálezy na zobrazovacím vyšetření a nádory symptomatické indikujeme k chirurgické léčbě.

LITERATURA

1. Hodish I, Schmidt L, Moraitis AG. Adrenal Lymphangioma Masquerading as a Catecholamine Producing Tumor. *Case Rep Endocrinol*. 2015; 2015: 380151. doi: 10.1155/2015/380151.
2. Zhao M, Gu Q, Li C, Yu J, Qi H. Cystic lymphangioma of adrenal gland: a clinicopathological study of 3 cases and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014; 7(8): 5051–6.
3. Joliat GR, Melloul E, Djafarriar R, et al. Cystic lymphangioma of the adrenal gland: report of a case and review of the literature. *World J Surg Oncol*. 2015; 13: 58. doi: 10.1186/s12957-015-0490-0.