

Zatoka skórzasta u suki rasy dog niemiecki

KORNEL RATAJCZAK, WOJCIECH STAŃCZYK

Katedra i Klinika Chirurgii Wydziału Medycyny Weterynaryjnej UP, pl. Grunwaldzki 51, 50-366 Wrocław

Ratajczak K., Stańczyk W.

Dermatoid sinus in a Great Dane bitch

Summary

The dermatoid sinus and dermatoid cyst are disorders which appear during intrauterine development. This article presents the first fully documented case of the dermatoid sinus in the Great Dane bitch. Clinical examination revealed the abnormality in the form of two encapsulated tumors of 2cm and 4cm in diameter located in the dorsal part of the neck. Ultrasonography proved to be the most accurate diagnostic tool. A surgical operation was chosen as an effective method of treatment. Surgical treatment involved the extirpation of the dermatoid sinus along with a margin of intact tissues. The final diagnosis was based of histopathology. The wound healed without complications. In long-term observation, three months after the surgery, no recurrence has been confirmed.

Keywords: dermoid sinus, dermoid cyst, dog, surgery

Zatoka skórzasta (*sinus dermoidalis*) jest wrodzoną zmianą o charakterze guzowatym, najczęściej usytuowaną w tkance podskórnej. Powstaje w trakcie rozwoju płodowego, w wyniku odszczepienia od macierzy części komórek ektodermy, które następnie zostają otoczone przez komórki mezenchymalne. Skutkiem tego jest przemieszczanie się zawiązków skóry do tkanek leżących poniżej. Formuje się w ten sposób różnej głębokości kanał, zbudowany ze zmienionej skóry. Terminem zatoka skórzasta określa się zaburzenie, w przebiegu którego powstaje przetoka. Wyróżnia się również pojęcie torbieli skórzastej (*cystis dermoidalis*), które określa zmianę, nie posiadającą połączenia ze skórą (3, 9, 10). Obie postaci w badaniu klinicznym są wyczuwalne dotykiem, jako niewielkie i nieruchome, twarde lub elastyczne guzy o gładkiej powierzchni. Skóra nad nimi nie jest zmieniona zapalnie. Torebka zatoki jest cienka i ma budowę łącznotkankową (21). Jej zawartością może być skóra, mieszki włosowe i gruczoły łojowe (6, 9, 10).

Zatokę skórzastą i torbiel skórzastą opisano u następujących ras: rhodesian ridgebeck, bokser, buldog angielski, chow-chow, golden retriever, yorkshire terrier, shih-tzu, american cocker spaniel, syberian husky (1, 5, 9-11, 20) oraz u kota (18) i konia (12). W literaturze nie odnotowano przypadku wystąpienia zatoki skórzastej u doga niemieckiego.

Opis przypadku

Sukę rasy dog niemiecki w wieku 18 miesięcy przyjęto do ambulatorium Katedry i Kliniki Chirurgii UP we Wrocławiu z powodu dwóch wyczuwalnych zgrubień pod skórą

grzbietowej powierzchni szyi. Z informacji uzyskanych podczas wywiadu z właścicielem ustalono, że wygórowania skóry widoczne stały się już w 6. miesiącu życia. W tym miejscu zauważono również okresowo pojawiające się zwilżenia sierści, w postaci wilgotnych plam. Pies był leczony bezskutecznie z zastosowaniem antybiotyków i niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

W trakcie badania klinicznego stwierdzono obecność dwóch guzów, różniących się wielkością. Pierwszy z nich, podłużnego kształtu, o wymiarach 3 × 4 cm, był niebolesny i przesuwalny względem podłoża. Drugi guz, również niebolesny przy omacywaniu, stanowił deformację kulistą o średnicy 2 cm, nieprzesuwalną względem podłoża.

Także badaniem ultrasonograficznym (USG) zidentyfikowano dwie zmiany usytuowane na pograniczu tkanki podskórnej i mięśniowej. Obie miały kształt owalny, wielkości 1 × 2,5 cm oraz 1,5 × 3,5 cm i otoczone były tkanką hiperechogeniczną, układającą się pierścieniowo i dwuwarstwowo. Warstwy oddzielała strefa hipoechogeniczna. Jądro (centrum) każdej z tych zmian było hiperechogeniczne o strukturze pasm układających się równolegle względem siebie. Zmiany powyższe w obrazie USG były dobrze odzielone od okolicznych tkanek.

Na podstawie badania klinicznego i ultrasonograficznego podjęto decyzję chirurgicznego usunięcia guzów. Przed zabiegiem wykonano testy biochemiczne (GOT, GPT, kreatynina, mocznik, fosfataza alkaiczna, glukoza) i morfologiczne krwi. Wartości parametrów kontrolowanych mieściły się w granicach uznawanych za prawidłowe. Przygotowanie dietetyczne polegało na przeprowadzeniu 12-godzinnej głodówki u psa.

W postępowaniu anestezjologicznym zastosowano sedację ksylazyną (1 mg/kg), a następnie szeroko wygolono

okolice przewidywanego pola operacyjnego. Po usunięciu sierści znaleziono małe otwarcie skóry leżące tylko nad jednym guzem. Psu przed wejściem na blok operacyjny został założony cewnik do pęcherza moczowego oraz dożylny kateter na igle (venflon). Pacjenta również zaintubowano rurką dotchawiczą. Znieczulenie iniekcyjne wywołano barbituranem (Vetbutal – 10 mg/kg) oraz dodatkowo podtrzymywano je podawaniem niskich stężeń halotanu (1% obj.) w układzie półzamkniętym (17, 18).

Cięcie skóry miało długość 8 cm i wykonano je z ubytkiem, w kształcie wrzeciona. Śródoperacyjnie potwierdzono występowanie dwóch guzów. Nie było między nimi żadnego połączenia. Jeden znajdował się w tkance podskórnej i był wyraźnie odgraniczony od podłoża. Drugi z guzów umiejscowiony był w mięśniach szyi i umocowany do nich (ryc. 1). Oddzielenia obu tworów od otaczających tkanek i usunięcia dokonano na tępo. Wykonano hemostazę mechaniczną przez ukręcenie i podwiązanie krwawiących naczyń.

Mięśnie i tkankę podskórną zszyto szwami pojedynczymi węzłowym przy pomocy nici wchłanialnej (Polysorb 2-0). Do szycia skóry posłużono się materiałem nie wchłaniającym (Amifil 1-0), zakładając szew materacowy poziomy.

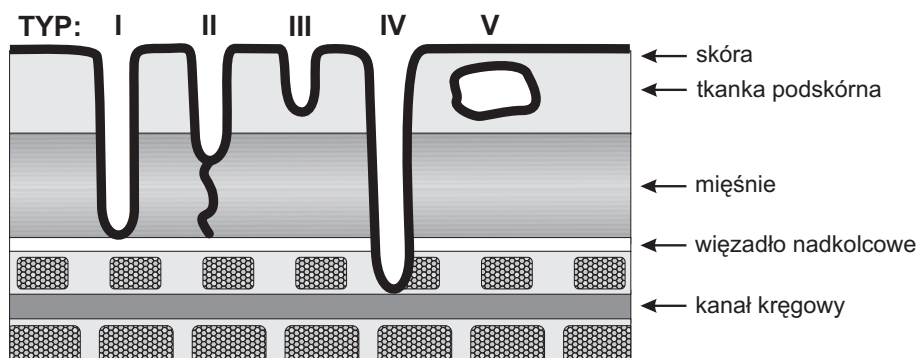
Po zabiegu, w czasie budzenia się psa z narkozy doszło do wzdęcia żołądka. Założono zgłębnik żołądkowy, przy pomocy którego usunięto nagromadzony gaz. W okresie okołoperacyjnym podawano antybiotyk – amoksycylinę (Betamox L.A.) oraz przeciwbólowy – meloxicam (Metacam). Rana goiła się bez powikłań, rychłozrostem, po 10 dniach zdjęto szwy. W obserwacji odległej (1 i 3 miesiące po operacji) nie stwierdzono wznowy i innych późnych powikłań.

Wynik badania histopatologicznego wykazał, że wyłuszczone guzy były głębokimi uchyłkami tkanki skórnej, stanowiącymi rozszerzenie górnego odcinka torebki włosa. Uchyłki wypełniały masy złuszczonej komórek oraz wydzielina gruczołów łojowych. Skóra nad guzami wykazywała kolagenizację warstwy skóry właściwej (*corium*).

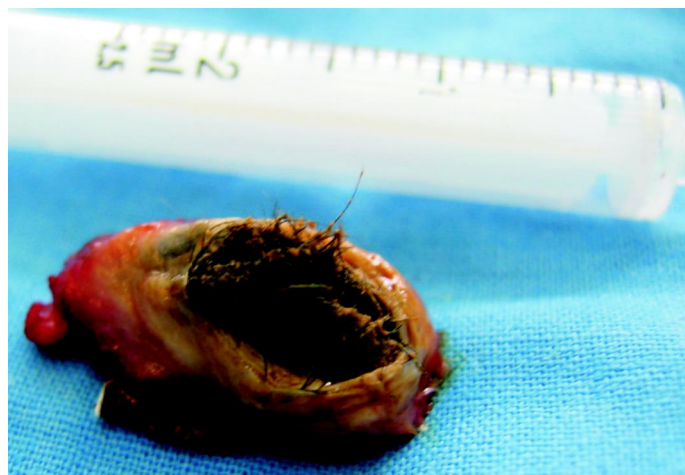
Incydent wzdęcia żołądka stanowił wskazanie do wykonania gastropexsjii. Właściciel zgodził się na przeprowadzenie zabiegu, który w celach profilaktycznych wykonano w późniejszym terminie.

Omówienie

Omawiany przypadek stanowi przykład jednoczesnego wystąpienia u psa zatoki skórzastej i torbieli



Ryc. 2. Typy zatok skórzastych. Opis ich umiejscowienia zamieszczono w tekście



Ryc. 1. Wyłuszczone torbiel skórzasta. Wygląd po jej nacięciu. Widoczne włosy sklejone wydzielina gruczołów łojowych

skórzastej. Podobną zmianę patologiczną jako jedni z pierwszych opisali Lord i wsp. w 1957 r. (14). Wśród wymienianych ras, opisywanych zarówno w literaturze światowej, jak i krajowej, nie natrafiono na informacje o wystąpieniu zmiany u doga niemieckiego (1, 5, 9-11, 20). Badania dowiodły, że u rodezjanów schorzenie to jest cechą dziedziczną (5, 9, 11). Z tego powodu zalecane jest usunięcie z hodowli osobników, u których wystąpiła zatoka lub torbiel skórzasta (5, 9). Brak w piśmiennictwie informacji, czy u innych ras choroba ma także podłoże genetyczne.

Miejszem predylekcyjnym i typowym do występowania zatoki oraz torbieli skórzastej jest grzbietowa powierzchnia szyi, najczęściej linia środkowa karku. Niekiedy guzy tego typu pojawiają się na klatce piersiowej lub w okolicy kości krzyżowej i ogona (3, 9, 10). Opisano też przypadek występowania zmiany na nosie (1), języku (13), w gardle, jajnikach oraz jądrach wnetrów (18).

W 1966 r. Mann i Stratton (15) zaproponowali schemat kwalifikowania choroby na podstawie głębokości penetracji tkanek oraz obecności lub braku przetoki, ustalając cztery typy zmian. Natomiast Booth w 1998 r. dodał typ V (2). Według tego podziału obecnie wyróżnia się pięć następujących typów zmian występujących na szyi psa (ryc. 2): I – umiejscowiony w podskórzu i mięśniach, sięga do więzadła nadkolcowego, posiada przetokę; II – umiejscowiony w podskórzu i mięśniach, połączony pasmem tkanki łącznej z więzadłem nadkolcowym, posiada przetokę; III – umiejscowiony w podskórzu, posiada przetokę; IV – penetruje kanał kręgowy, dotyka oponę twardą, posiada przetokę; V – różne umiejscowienie (podskórzu, mięśniach, więzadło nadkolcowe), nie posiada przetoki. Zgodnie z powyższym kryterium, które dwa lata później w swojej publikacji przytoczyli Tshamala i Moens (19), typ V należy uznać za torbiel

skórzastą. Przypadek własny zatem jest zmianą mieszaną i według obowiązującego schematu podziału stosowanego obecnie w pracach oryginalnych (3, 9, 10) należy ją zakwalifikować jako typ III i V.

Opisany przypadek występowania zatoki skórzastej jest w swym obrazie klinicznym charakterystyczny. Typowość wynikająca z obecności deformacji na skórze oraz czynnej przetoki pozwala postawić rozpoznanie wyłącznie w oparciu o badanie kliniczne. Zbędne zatem stają się inne czynności diagnostyczne, jak np. nakłucie guzów i badanie biopsyjne. Jedynie w przypadku nietypowego umiejscowienia zmian pomocna może być biopsja cienkoigłowa (13, 20). Własne obserwacje wskazują, że badanie USG stanowi cenne uzupełnienie informacji klinicznych, bowiem dzięki niemu uzyskuje się w sposób nieinwazyjny dane o budowie guza i jego umiejscowieniu. Pozwala to z dużym prawdopodobieństwem w diagnozie różnicowej wykluczyć inne zmiany guzowate: krwiak, ropień, kaszak, otorbione ciało obce, zmiany nowotworowe, np. nerwiakowłókniak (21). Wysoka wartość badania klinicznego oraz ultrasonograficznego eliminuje potrzebę wykonywania skomplikowanych i obciążających pacjenta badań dodatkowych. Jakkolwiek jednoznaczna diagnoza stawiana być może jedynie na podstawie badania histopatologicznego (3, 10, 21). Jak opisują inni badacze, zmianie typu IV towarzyszyć mogą objawy neurologiczne. Wtedy zasadne jest odwołanie się do rentgenografii z użyciem środka kontrastowego, bowiem obraz kliniczny może być mylny z objawami występującymi przy chorobach rdzenia kręgowego (3, 8-11, 20).

Według autorów opisujących torbiel lub zatokę skórzastą, terapią z wyboru jest zabieg chirurgicznego wycięcia zmian guzowatych (5, 9, 21). W czasie operacji wyluszczenia tego typu guzów, podobnie jak w chirurgii onkologicznej, ważne będzie przestrzeganie zasady ich dokładnego usunięcia (9, 21). Oznacza to, iż guz winien być wycięty w całości i jednocześnie w granicach zdrowych tkanek, a więc z zachowaniem marginesu. Pozostawienie nawet niewielkiego fragmentu tkanki rozrostowej może doprowadzić do wznowy choroby bądź formowania się ropni lub ziarniaków (9). Własne doświadczenie wskazuje, że przy wykonywaniu zabiegów chirurgicznych i badań diagnostycznych, np. rtg u psów ras olbrzymich istnieje potencjalne niebezpieczeństwo wystąpienia rozszerzenia i skrętu żołądka, potwierdzone w źródłach literaturowych (7).

Całokształt zebranych informacji i doświadczeń w zakresie rozpoznania, terapii i rekonwalescencji potwierdza słuszność decyzji o chirurgicznym leczeniu opisanych zmian guzowatych lokujących się w podskórzu. Prosty technicznie zabieg może być wykonany w każdej lecznicy. Nie wymaga specjalistycznego zestawu instrumentów, wystarczający jest podstawowy zestaw narzędzi do chirurgii miękkiej. Opisywanymi w literaturze powikłaniami pooperacyjnymi są

krwiaki i/lub zakażenia rany (9, 20). W przedstawionym przypadku cięcie w kształcie wrzeciona i odpowiednia długość rany pozwoliły na jednoczesne wyosobnienie obu zmian. Nie obserwowano wysięku i rana goiła się sposobem doraźnym, przez rychłozrost. Delikatne preparowanie tkanek metodą „na tępo”, dokładne zaopatrzenie krwawiących naczyń oraz warstwowe zespolenie tkanek istotnie ograniczają ryzyko powstania krwiaka.

Przypadek wystąpienia jednocześnie w nieznacznym oddaleniu od siebie zarówno torbieli, jak i zatoki skórzastej u doga niemieckiego sugeruje, iż także ta rasa jest podatna na występowanie tego typu skóropochodnych zmian guzowatych. Rokowanie w tym przypadku jest pomyślne, gdy podjęte zostanie leczenie chirurgiczne, którego decyzja opiera się na diagnostyce obejmującej badanie fizykalne i ogólnie dziś dostępne badanie ultrasonograficzne.

Piśmiennictwo

1. Anderson D. A., White R. A. S.: Nasal dermoid sinus cyst in the dog. *Vet. Surg.* 2002, 31, 303-308.
2. Booth M. J.: Atypical dermoid sinus in a chow chow dog. *J. South Afr. Vet. Assoc.* 1998, 69, 102-104.
3. Bornard N., Carozzo C.: Bilateral parieto-occipital dermatoid sinuses in a Rottweiler. *J. Small Anim. Pract.* 2007, 48, 107-110.
4. Burrow R. D.: A nasal dermoid sinus in an English bull terrier. *J. Small Anim. Pract.* 2004, 45, 572-574.
5. Cornegiani L., Ghibaud G.: A dermoid sinus in a Siberian Husky. *Vet. Dermatol.* 1999, 10, 47-49.
6. Davies E. S. S., Fransson B. A., Gavin P. R.: A confusing magnetic resonance imaging observation complicating surgery for a dermoid cyst in a Rhodesian Ridgeback. *Vet. Radiol. Ultrasound* 2004, 45, 307-309.
7. Dupre G., Corlouer J. P.: Ostre rozszerzenie żołądka ze skrętem u psów. *Waltham Focus* 1994, 4, 9-15.
8. Fatone G., Brunetti A., Lamagan F., Potena A.: Dermoid sinus and spinal malformations in a Yorkshire terrier: diagnosis and follow-up. *J. Small Anim. Pract.* 1995, 36, 178-180.
9. Gławliński J., Pilak K., Cywińska A.: Zatoka skórzasta u suki rasy Rhodesian ridgeback. *Życie Wet.* 2005, 80, 353-355.
10. Hillbertz S. N. H. C.: Inheritance of dermatoid sinus in the Rhodesian ridgeback. *J. Small Anim. Pract.* 2005, 46, 71-74.
11. Hillbertz S. N. H. C., Andersson G.: Autosomal dominant mutation causing the dorsal ridge predisposes for dermoid sinus in Rhodesian ridgeback dogs. *J. Small Anim. Pract.* 2006, 47, 184-188.
12. Hillyer L. L., Jackson A. P., Quinn G. C., Day M. J.: Epidermal (infundibular) and dermoid cysts in the dorsal midline of a three-year-old thoroughbred-cross gelding. *Vet. Dermatol.* 2003, 14, 205-209.
13. Liptak J. M., Canfield P. J., Hunt G. B.: Dermoid cyst in the tongue of a dog. *Austral. Vet. J.* 2000, 78, 160-161.
14. Lord L. H., Cawley A. J., Gilray J.: Middorsal dermoid sinuses in Rhodesian ridgeback dogs – a case report. *J. Am. Vet. Medical Assoc.* 1957, 131, 515-518.
15. Mann G. E., Stratton J.: Dermoid sinus in the Rhodesian ridgeback. *J. Small Anim. Pract.* 1966, 7, 631-642.
16. Ratajczak K.: Bezpieczne znieczulenie dożylnie barbituranowe. *Medycyna Wet.* 1985, 41, 32-35.
17. Ratajczak K., Skrzypczak P.: Znieczulenie infuzyjne ciągłe – nowa jakość anestezji dożylnych psów. *Medycyna Wet.* 1995, 51, 651-656.
18. Rochat M. C., Campebell G. A., Panciera R. J.: Dermoid cysts in cats: two cases and a review of the literature. *J. Vet. Diagn. Invest.* 1996, 8, 505-507.
19. Tshamala M., Moens Y.: True dermoid cyst in Rhodesian ridgeback. *J. Small Anim. Pract.* 2000, 41, 352-353.
20. Turek B., Sterna J., Osnińska B.: Zatoka skórzasta u psa. *Życie Wet.* 2002, 77, 304-305.
21. Wiśniewski M., Kruk-Jeromin J.: Wrodzone torbiele skórne w okolicy łuku brwiowego. *Przegl. Pediatr.* 2004, 34, 202-204.

Adres autora: prof. dr hab. Kornel Ratajczak, pl. Grunwaldzki 51, 50-366 Wrocław; e-mail: kornel@ozi.ar.wroc.pl