

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-44-48>

Неорганный мезотелиальный киста брюшной полости. Клиническое наблюдение

И.В. Матвеев, М.А. Данилов, Н.С. Карнаухов, А.В. Максименко, А.В. Леонтьев,
А.М. Валиева, В.В. Цвиркун

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 111123 Москва, шоссе Энтузиастов, 86, стр. 6

Контакты: Игорь Владимирович Матвеев i.matveev@mknc.ru

Неорганные кисты мезотелиального происхождения представляют собой одну из групп кистозных новообразований с редкой и труднодиагностируемой патологией брюшной полости и забрюшинного пространства. Этиологические факторы остаются на сегодняшний день предметом междисциплинарных дискуссий, их клинические проявления неспецифичны, а дифференциальная диагностика – многообразна. Нередко данные новообразования становятся случайно обнаруженными во время хирургических вмешательств или при плановых диагностических осмотрах. В настоящее время не существует единых стандартов или рекомендаций по лечению таких заболеваний, однако согласно источникам литературы сформировано единое мнение: мезотелиальные кисты забрюшинного пространства и брюшной полости подлежат полному удалению в пределах здоровых тканей. На сегодняшний день современные достижения медицины и накопленный многолетний опыт позволяют успешно диагностировать и выполнять радикальное лечение при любой локализации подобных новообразований. Нами представлен собственный опыт из клинической практики успешного хирургического лечения неорганный кисты мезотелиального происхождения.

Ключевые слова: мезотелиальный киста, киста брюшной полости, киста забрюшинного пространства, неорганный опухоль, мезотелиальный выстилка

Для цитирования: Матвеев И.В., Данилов М.А., Карнаухов Н.С. и др. Неорганный мезотелиальный киста брюшной полости. Клиническое наблюдение. Хирургия и онкология 2023;13(3):44–8.

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-44-48>

Non-organ mesothelial cyst of the abdominal cavity. Clinical observation

I. V. Matveev, M. A. Danilov, N. S. Karnaukhov, A. V. Maksimenko, A. V. Leontiev, A. M. Valieva, V. V. Tsvirkun

A. S. Loginov Moscow Clinical Research and Practice Center of the Moscow City Health Department; Build. 6, 86 Entuziastov highway, Moscow 111123, Russia

Contacts: Igor Vladimirovich Matveev i.matveev@mknc.ru

Non-organ cysts of mesothelial origin are one of the groups of cystic neoplasms with rare and difficult-to-diagnose pathology of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Today, the etiological factors remain the subject of interdisciplinary discussions, their clinical manifestations are non-specific, and their differential diagnosis is diverse. Often, these neoplasms become accidentally detected during surgical interventions or during routine diagnostic examinations. Currently, there are no uniform standards or recommendations to treat such diseases, however, according to literature sources, there is a consensus that mesothelial cysts of the retroperitoneal space and abdominal cavity should be completely removed within healthy tissues. Today, modern medical achievements and accumulated long-term experience allow us to successfully diagnose and perform radical treatment for any localization of such neoplasms. We present our own experience from the clinical practice of successful surgical treatment of non-organ cysts of mesothelial origin.

Keywords: mesothelial cyst, abdominal cyst, retroperitoneal cyst, extraorgan tumor, mesothelial lining

For citation: Matveev I. V., Danilov M. A., Karnaukhov N. S. Non-organ mesothelial cyst of the abdominal cavity. Clinical observation. *Khirurgiya i onkologiya = Surgery and Oncology* 2023;13(3):44–8. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2023-13-3-44-48>

Введение

Первичные неорганные образования брюшной полости и забрюшинного пространства представляют собой редкую, но весьма разнообразную по своему морфогенезу группу доброкачественных и злокачественных новообразований. Основу их классификации составляет разделение на солидные и кистозные образования [1]. Согласно классификации солидные подразделяют в зависимости от происхождения на мезодермальные, нейrogenные и внегонадные герминогенные опухоли [2]. М. de Perrot в 2008 г. предложил классификацию кистозных новообразований, в которой были выделены 6 основных групп [3]:

- кисты лимфатического происхождения — простая лимфатическая киста и лимфангиома;
- кисты мезотелиального происхождения — простая мезотелиальная киста, доброкачественная и злокачественная кистозные мезотелиомы;
- кисты кишечного происхождения;
- кисты урогенитального происхождения;
- зрелая кистозная тератома — дермоидная киста;
- непанкреатические псевдокисты — травматические и инфекционные.

Трудности диагностики и разнообразие клинического течения создают проблемы на всех этапах ведения пациентов с подобными новообразованиями: от определения правильного диагноза до выбора наиболее подходящей тактики хирургического лечения. В предлагаемом клиническом наблюдении нам удалось успешно решить указанные проблемы.

Клиническое наблюдение

Пациентка Е., 49 лет, в январе 2022 г. поступила в отделение колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова

Департамента здравоохранения г. Москвы с жалобами на эпизодические тупые, непродолжительные боли в левом подреберье.

Впервые данные жалобы пациентка отметила около 3 мес назад, впоследствии боли приобрели периодический характер. Значимые травмы отрицает. При физикальном обследовании изменений нет.

При ультразвуковом исследовании в левой мезогастральной области выявлено анэхогенное образование с четкими ровными контурами, наличием тонких гиперэхогенных перегородок, аваскулярное при цветовом доплеровском картировании, размерами 148 × 96 × 51 мм.

При компьютерной томографии (рис. 1) визуализировано однокамерное кистозное образование овоидной формы с четкими, ровными контурами, размерами 118 × 92 × 76 мм. Содержимое образования однородное, мягкотканного компонента не выявлено. Образование справа тесно прилежит к левой полуокружности брюшной аорты и передненижней поверхности левой почки, сверху — к хвосту поджелудочной железы, по заднему контуру прилегает к левой поясничной мышце. Признаков инвазии в смежных структурах нет, увеличения лимфатических узлов и другой патологии не выявлено.

При полной инструментальной (гастродуоденоскопии, колоноскопии) и лабораторной диагностике (включая опухолевые маркеры) клинически значимых отклонений не выявлено.

Сформулирован клинический диагноз: неорганическое забрюшинное кистозное новообразование.

Больная прооперирована. В параумбиликальной области на 1,5 см выше пупка установлены оптический порт и лапароскоп. При ревизии: асцита нет, доступные для визуализации органы брюшной полости без патологии.

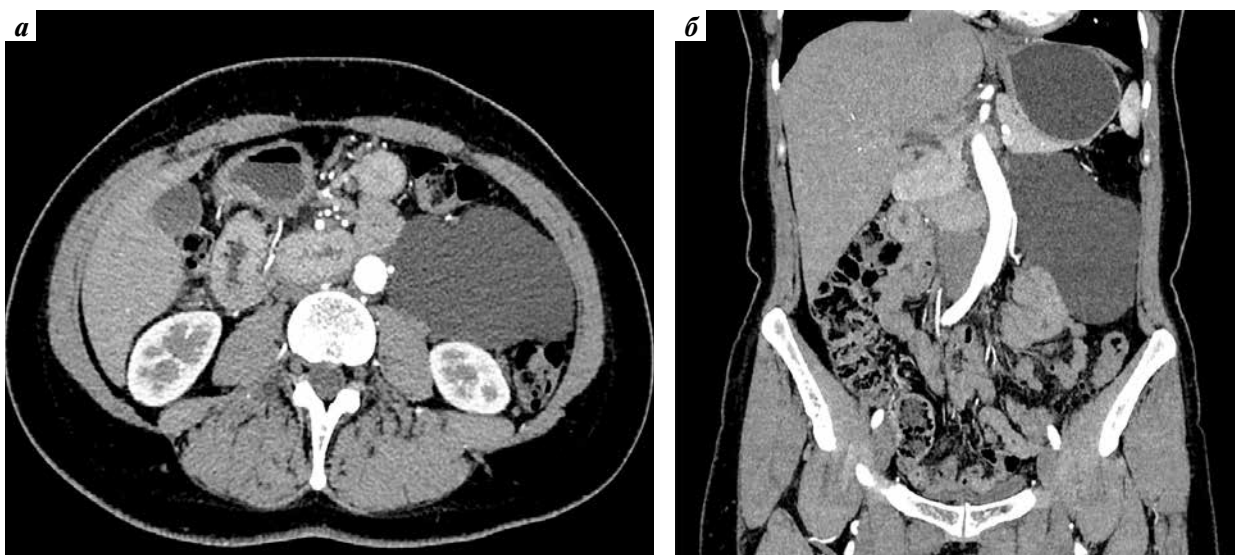


Рис. 1. Компьютерная томография абдоминальной области, артериальная фаза исследования: а — аксиальная плоскость; б — фронтальная плоскость

Fig. 1. Computed tomography image of the abdomen, arterial phase: а — axial view; б — frontal view

В левых отделах забрюшинно частично визуализируется кистозное образование округлой формы с тонкой стенкой, внутри которого однородная желтоватая жидкость. По передней поверхности образования косо вверх и латерально проходит сосудистый пучок (рис. 2), состоящий из левой ободочной артерии и нижней брыжеечной вены, условно разделяющий образование на 2 участка. Учитывая размеры и расположение образования, его взаимоотношения с окружающими структурами, определенные до- и интраоперационно, а также крайне желательную необходимость его радикальной мобилизации без вскрытия просвета, принято решение продолжить операцию из традиционного доступа. Верхнесрединная лапаротомия. Мобилизованы и отведены медиально левые отделы толстой кишки, что обеспечило доступ в левые отделы забрюшинной клетчатки [18]. Острым путем и ультразвуковым диссектором образование выделено из сращений, пересечена его генеративная и питательная «ножка», исходящая из парааортальных структур. Новообразование удалено единым блоком без вскрытия просвета в пределах нормальных тканей (рис. 3). Левые отделы толстой кишки возвращены в исходное положение. Операция завершена дренированием зоны вмешательства через контрапертуру.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 2-е сутки. При контрольном

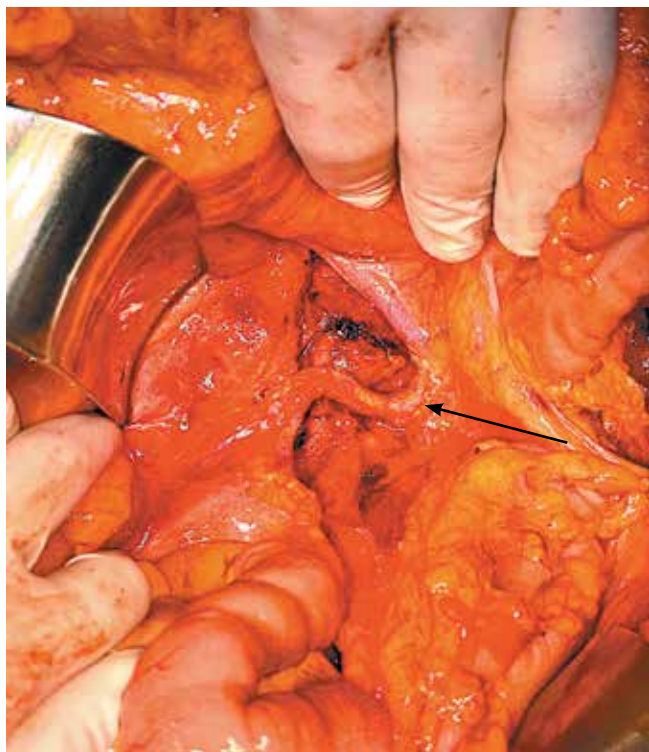


Рис. 2. Интраоперационная картина после удаления кисты. Стрелкой указан сосудистый пучок, условно разделяющий образование на два участка

Fig. 2. Intraoperative image after resection. The arrow indicates the vascular bundle, dividing the cyst into two sections



Рис. 3. Удаленная единым блоком мезотелиальная киста. Макроскопия
Fig. 3. Mesothelial cyst after resection. Macroscopy

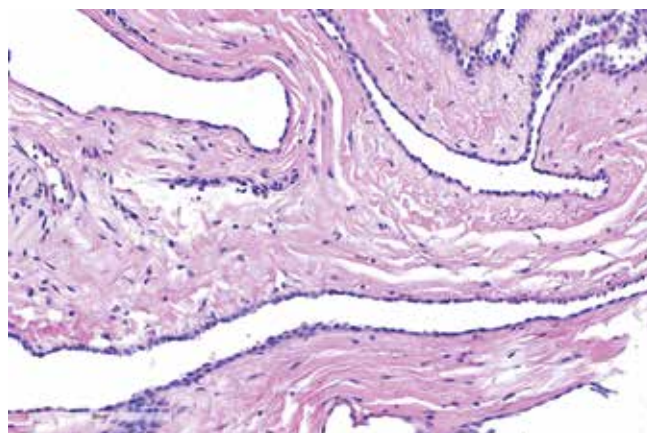


Рис. 4. Гистологический срез мезотелиальной кисты. Микроскопия
Fig. 4. Histological section of mesothelial cyst. Microscopy

ультразвуковом исследовании изменений нет. Выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение.

Результаты прижизненного патологоанатомического и иммуногистохимического исследований. Макроскопия: тонкостенная кистозная полость $15,5 \times 10,0 \times 4,0$ см, объемом 650 мл. Наружная поверхность новообразования гладкая, с плоскими наложениями желтой дольчатой ткани и полнокровными сосудами. Внутренняя поверхность стенки гладкая белесоватая, толщиной $<0,1$ см. Микроскопия (рис. 4): стенка кисты представлена плотной фиброзной тканью с единичными мелкими пучками гладких миоцитов с резко полнокровными сосудами и периваскулярной лейкоцитарной инфильтрацией; внутренняя выстилка — в виде уплощенных клеток. При исследовании с антителами к PanCK, CK5/6, Calretinin — окрашивание выстилки новообразования; CD31 — окрашивание эндотелиальной выстилки сосудов. Таким образом, иммунофенотип выстилки внутренней поверхности кисты соответствует клеткам мезотелия.

Обсуждение

Неорганные кисты мезотелиального происхождения являются наиболее редкими — с частотой встречаемости до 1 на 250 тыс. случаев [4]. При этом всего в мировой литературе описано не более 1 тыс. подобных случаев [5]. Первый задокументированный случай относят к 1507 г., когда флорентийский анатом А. Вепевини предоставил описательную часть кистозной опухоли брюшной полости. Сообщения о первом успешном хирургическом лечении кисты брыжейки тонкой кишки были опубликованы в 1880 г. французским хирургом P. Tillaux [6]. В 1993 г. группе американских хирургов D.J. Mackenzie и соавт. удалось выполнить удаление мезотелиальной кисты лапароскопическим доступом [7].

Классификация кистозных новообразований брюшной полости и забрюшинного пространства основывается на этиологических факторах, гистогенезе, строении, характере содержимого, локализации и клиническом течении [8].

Этиологические факторы на сегодняшний день до конца не изучены. В литературе одни авторы связывают возникновение подобных кист с врожденным неполным сращением листков брюшины, другие — с эктопией лимфатических сосудов с последующим их разрастанием и образованием замкнутых полостей, заполненных лимфатической жидкостью [9].

Трудность диагностики кистозных новообразований объясняется отсутствием выраженной клинической картины и специфической симптоматики. Клиническая картина, если она имеется, разнообразна и зависит от многих факторов, в том числе от размеров, локализации, наличия или отсутствия осложнений. Обобщая данные источников литературы, можно выделить три пути клинического течения заболевания. Бессимптомное течение, когда образования выявляют случайным образом при обследовании, встречается чаще всего. Основу инструментальной диагностики составляют ультразвуковое исследование и компьютерная томография [10]. Неспецифичны абдоминальные и диспепсические проявления, среди которых наиболее распространены жалобы на умеренную, тупую боль в животе без четкой локализации (55–82 %), тошноту и рвоту (45 %), вздутие живота (17–61 %). Клиническая картина острого живота, которая является следствием осложненного течения, возникает у 1/3 пациентов. К наиболее вероятным причинам относят: кишечную непроходимость, возникающую из-за сдавления прилегающей к образованию кишки, кровотечение, разрыв кисты, вторичное присоединение инфекции [11–13].

По мнению авторов, органная принадлежность и, как следствие, локализация кистозных образований переменны. Чаще всего их можно обнаружить в брыжейке тонкой кишки — 50–67 % случаев, из которых более половины приходится на подвздошную кишку. На брыжейку толстой кишки отводится 24–37 % слу-

чаев. В 14,5 % случаев образования локализуются в забрюшинном пространстве [4, 6, 13, 14].

Методом выбора в лечении кист мезотелиального происхождения является хирургическое вмешательство. При этом следует учитывать, что наиболее эффективен вариант полного удаления кисты в пределах здоровых тканей единым блоком, без вскрытия ее просвета, что минимизирует риск возникновения рецидива. Кроме того, в случае осложненного течения может возникнуть необходимость резекции прилегающих к кисте структур [15]. На сегодняшний день остается актуальным вопрос, какой операционный доступ является наиболее подходящим для данной нозологической категории. Лапароскопические операции характеризуются низким уровнем болевого синдрома в послеоперационном периоде и менее продолжительным сроком пребывания в стационаре [16]. В 1997 г. были описаны случаи успешного удаления кист из лапароскопического доступа с применением активной аспирации содержимого перед началом резекции, рецидива при этом отмечено не было [17]. Однако данный способ применим далеко не всегда, и зачастую планируемый ранее объем приходится вынужденно расширять. Также необходимо учитывать, что времени, затраченного на лапароскопическую операцию, требуется больше, что важно при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Так или иначе решение о проведении лапароскопической или открытой операции зависит от до- и интраоперационных данных, а также от квалификации хирурга и оснащенности клиники.

Прогноз при хирургическом лечении кист мезотелиального происхождения, как правило, благоприятный, так как большинство из них доброкачественные, а частота рецидивов низкая при их полном удалении. Следует отметить, что забрюшинные кисты имеют более высокую частоту рецидивов из-за того, что полностью удалить такие образования технически сложнее ввиду их непосредственной близости к крупным кровеносным сосудам и соседним органам [5]. Именно поэтому для выбора наиболее подходящей хирургической тактики необходимо иметь точное понимание их локализации и топографии. Среди широкого многообразия классификаций можно выделить наиболее практико-ориентированные и клинически значимые, одной из которых является классификация неорганных опухолей забрюшинного пространства, основанная на зональном делении забрюшинного пространства, позволяющем избрать наиболее целесообразный операционный доступ к таким новообразованиям. Данная классификация была предложена в 2000 г. профессором В.В. Цвиркуном [18].

Заключение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует современное рациональное решение

диагностических и лечебных проблем, характерных для редкой патологии брюшной полости и забрюшин-

ного пространства — кисты мезотелиального происхождения.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Osman S., Lehnert B.E., Elojeimy S. et al. A comprehensive review of the retroperitoneal anatomy, neoplasms and pattern of disease spread. *Curr Probl Diagn Radiol* 2013;42(5):191–208. DOI: 10.1067/j.cpradiol.2013.02.001
2. Ackerman L.V. Tumors of the retroperitoneum, mesentery and peritoneum. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1954. 136 p.
3. De Perrot M., Bründler M.-A., Tötsch M. et al. Mesenteric Cysts. *Digestive Surgery* 2000;17(4):323–8. DOI:10.1159/000018872
4. Liew S.C., Glenn D.C., Storey D.W. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994;64(11):741–4. PMID: 7945079. DOI: 10.1111/j.1445-2197.1994.tb04530.x
5. Aguirre V.S., Almagro M.M., Romero C.A. et al. Giant mesenteric cyst from the small bowel mesentery in a young adult patient. *J Surg Case Rep* 2019;1:1–4. DOI: 10.1093/jscr/rjz002
6. Kurtz R.J., Heimann T.M., Beck A.R. et al. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986;203:109–12.
7. Mackenzie D.J., Shapiro S.J., Gordon L.A., Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg* 1993;3(3):295–9. PMID: 8347889. DOI: 10.1089/lps.1993.3.295
8. Антонов А.В. Жидкостные опухоли забрюшинного пространства: диагностика и лечение. *Урологические ведомости* 2012;2(4):32–41.
9. Antonov A.V. Liquid tumors of the retroperitoneum: diagnosis and treatment. *Urologicheskie ведомosti* 2012;2(4):32–41. (In Russ).
10. Kim E.J. et al. Acute abdomen caused by an infected mesenteric cyst in the ascending colon: a case report. *J Korean Soc Coloproctol* 2011;27(3):153.
11. Oh Y.S., Ahn K.H., Kim T. et al. Laparoscopic treatment of an omental cyst misdiagnosed as an adnexal cyst. *Journal of Women's Medicine* 2010;3(2):84–7.
12. Sardi A., Parikh K.J., Singer J.A., Minken S.L. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987;53:58–60.
13. Alwan M.H., Eid A.S., Alsharif I.M. Retroperitoneal and mesenteric cysts. *Singapore Med J* 1999;40:160–4.
14. Vanek V.W., Philips A.K. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984;119:838–42.
15. Razi K., Al-Asaad O., Milind R. Case report: elective removal of a large mesenteric cyst—our approach. *J Surg Case Rep* 2017;3:1–3. DOI: 10.1093/jscr/rjx063
16. O'Brien M.F., Winter D.C., Lee G. et al. Mesenteric cysts — a series of six cases with a review of the literature. *Ir J Med Sci* 1999;168:233–6.
17. Vu J.H., Thomas E.L., Spencer D.D. Laparoscopic management of mesenteric cyst. *Am Surg* 1999;65:264–5.
18. Shimura H., Ueda J., Ogawa Y. et al. Total excision of mesenteric cysts by laparoscopic surgery: report of two cases. *Surg Laparosc Endosc* 1997;7:173–6.
19. Цвиркун В.В. Неорганные забрюшинные образования (диагностика, хирургическое лечение): дис... д-ра мед. наук. М., 2000. 288 с.
20. Tsvirkun V.V. Non-organ retroperitoneal formations (diagnostics, surgical treatment): dis... doctor of Medical Sciences. Moscow, 2000. 288 p.

Вклад авторов

И.В. Матвеев: сбор и обработка материала, написание статьи.

М.А. Данилов, А.В. Леонтьев: концепция и дизайн работы, редактирование статьи.

Н.С. Карнауков, А.В. Максименко, А.М. Валиева: редактирование, утверждение окончательного варианта статьи.

Authors' contributions

I.V. Matveev: data collection and processing, writing the article.

M.A. Danilov, A.V. Leontiev: study concept and design, editing the article.

N.S. Karnaukhov, A.V. Maksimenko, A.M. Valieva: editing the article, approval of the final version of the article;

ORCID авторов/ ORCID authors:

И.В. Матвеев / I.V. Matveev: ORCID: 0000-0003-0489-9538

М.А. Данилов / M.A. Danilov: ORCID: 0000-0001-9439-9873

Н.С. Карнауков / N.S. Karnaukhov: ORCID: 0000-0003-0889-2720

А.В. Максименко / A.V. Maksimenko: ORCID: 0000-0003-0140-9759

А.В. Леонтьев / A.V. Leontiev: ORCID: 0000-0003-3363-6841

А.М. Валиева / A.M. Valieva: ORCID: 0009-0001-9293-629X

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interests.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Funding. The study was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patient rights. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Статья поступила: 03.05.2023. Принята к публикации: 10.08.2023. Опубликовано онлайн: 08.12.2023.

Article submitted: 03.05.2023. Accepted for publication: 10.08.2023. Published online: 08.12.2023.