УДК 616.143-005.6-07-089 Мукоцеле червеобразного отростка – одна из масок острого аппендицита

Панасюк А.И., Старовойтова К.А., Панасюк М.А.

Иркутский государственный медицинский университет (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1), e-mail: pana@mail.ru

Реферат

Мукоцеле червеобразного отростка – это кистозное расширение просвета аппендикса, вызванное избыточным скоплением в нем слизи. Мукоцеле встречается в 0,2–0,3% случаев всех аппендэктомий. Патогенез до конца не изучен. Одни авторы считают, что мукоцеле аппендикса может возникнуть при хроническом воспалении отростка с рубцовым сужением, сдавлением или закупоркой его основания. При этом происходит нарушение оттока слизи, в то время как секреторная функция эпителия слизистой оболочки червеобразного отростка сохраняется. Другие полагают, что мукоцеле развивается из остатков примитивной мезенхимы и относится к доброкачественным опухолям, иногда склонным к озлокачествлению. В литературе описывается четыре гистологических типа: простое мукоцеле, или ретенционная киста, характеризующаяся дегенеративными эпителиальными изменениями вследствие обструкции аппендикса. Гиперплазия слизистой оболочки без клеточной атипии, при этом гистологическая картина неотличима от гиперпластических полипов толстой кишки. Слизистая цистаденома. Слизистая цистаденокарцинома. Наиболее грозным осложнением мукоцеле является псевдомиксома брюшины, характеризующееся диссеминацией по брюшной полости содержимого червеобразного отростка. Симптоматика мукоцеле неспецифична. Как правило заболевание протекает бессимптомно и является случайной находкой во время операции или обследования по поводу других хронических заболеваний. В 20–30% случаев пациенты поступают с симптомами острого аппендицита. Приводим клиническое наблюдение успешного лечения мукоцеле червеобразного отростка пациентки, поступившей с клиникой острого аппендицита.

Ключевые слова: острый аппендицит, мукоцеле червеобразного отростка

Mucocele of the appendix as one of the masks of acute appendicitis

Panasyuk A.I., Starovoytova K.A., Panasyuk M.A.

Irkutsk State Medical University (664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya Str., 1),
e-mail: pana@mail.ru

Summary

The mucocele of the appendix is a cystic enlargement of the lumen of the appendix caused by excessive accumulation of mucus in it. Mukotsele occurs in 0.2–0.3% of cases of all appendectomies. Pathogenesis is not fully understood. Some authors believe that the mucocele of the appendix can occur during chronic inflammation of the process with cicatricial narrowing, compression or blockage of its base. In this case, there is a violation of the outflow of mucus, while the secretory function of the epithelium of the mucous membrane of the appendix is preserved. Others believe that the mucocele develops from the remnants of the primitive mesenchyme and is related to benign tumors, sometimes prone to malignancy. The literature describes four

histological types: simple mucocele, or retention cyst, characterized by degenerative epithelial changes due to appendix obstruction. Hyperplasia of the mucosa without cell atypia, while the histological picture is indistinguishable from hyperplastic colon polyps. Mucous cystadenoma. Mucous cystadenocarcinoma. The most terrible complication of the mucocele is the pseudomyxoma of the peritoneum, which is characterized by dissemination of the contents of the appendix into the abdominal cavity. Symptoms mucocele nonspecific. As a rule, the disease is asymptomatic and is an accidental finding during surgery or examination for other chronic diseases. In 20-30% of cases, patients come with symptoms of acute appendicitis. We give a clinical observation of the successful treatment of the mucocele of the appendix of the patient, received from the clinic of acute appendicitis.

Key words: acute appendicitis, mucocele of the appendix

Мукоцеле червеобразного отростка (mucocele; от лат. *mucus* – слизь и греч. *kele* – опухоль) – это кистозное расширение просвета аппендикса, вызванное избыточным скоплением в нем слизи.

Мукоцеле встречается в 0,2–0,3% случаев всех аппендэктомий [1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10].

Мукоцеле червеобразного отростка впервые было описано австрийским патологом К. Rokitansky в 1842 г. как водянка червеобразного отростка. Официальное название “мукоцеле червеобразного отростка” было дано G. Fere в 1877 г. В дальнейшем информация о данном патологическом состоянии была дополнена R. Virchow (1863) и в 1973 г. оно детально описано A. Aho и соавт. [1, 2]

Патогенез мукоцеле до конца не изучен. Одни авторы считают, что мукоцеле аппендикса может возникнуть при хроническом воспалении отростка с рубцовым сужением, сдавлением или закупоркой его основания. При этом происходит нарушение оттока слизи, в то время как секреторная функция эпителия слизистой оболочки червеобразного отростка сохраняется. Другие полагают, что мукоцеле развивается из остатков примитивной мезенхимы и относится к доброкачественным опухолям, иногда склонным к озлокачествлению [1, 2, 4].

В литературе [1, 2, 4, 7, 9, 10] описывается четыре гистологических типа:

1. Простое мукоцеле, или ретенционная киста, характеризующаяся дегенеративными эпителиальными изменениями вследствие обструкции аппендикса.
2. Гиперплазия слизистой оболочки без клеточной атипии, при этом гистологическая картина неотличима от гиперпластических полипов толстой кишки.
3. Слизистая цистаденома.
- 4) Слизистая цистаденокарцинома.

Редким осложнением мукоцеле является кишечная непроходимость, возникающая в том числе вследствие инвагинации (до 1992 г. японскими авторами было описано 24 случая инвагинации на фоне мукоцеле) [4].

Наиболее грозным осложнением мукоцеле является псевдомиксома брюшины, характеризующееся диссеминацией по брюшной полости содержимого червеобразного отростка при спонтанной или ятрогенной его перфорации [1, 2, 4, 5, 6, 10]. Если псевдомиксоматоз брюшины развивается вследствие муцинозной цистаденокарциномы аппендикса, то 5 летняя выживаемость составляет всего 20% [1, 6].

Симптоматика мукоцеле неспецифична. Как правило, заболевание протекает бессимптомно и является случайной находкой во время операции или обследования по поводу других хронических заболеваний [1, 2, 3, 5, 7, 8, 9].

Из инструментальных методов диагностики следует отдавать предпочтение УЗС и компьютерной томографии.

По данным ультразвука мукоцеле выглядит как кистозное, осумкованное образование овальной формы, интимно прилежащее к слепой кишке. В зависимости от плотности слизи внутри образования параметры эхосигнала могут быть различными, но типичным является снижение эхосигнала от внутренней структуры [4,5]. Компьютерная томография является идеальным методом диагностики, так как позволяет точно оценить взаимоотношение стенки аппендикса и мукоцеле, специфичность метода составляет 95% [1,4,5]. Во время исследования выявляется гиподенсивное образования с тонкой капсулой, гладкими стенками сообщается со слепой кишкой.

В 20–30% случаев пациенты поступают с симптомами острого аппендицита [1, 2, 8].

Пациентка Ш., 61 г. поступила в Иркутскую Государственную «Ордена Знак почета» областную клиническую больницу через 12 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Боли начались в эпигастрии затем локализовались в правой подвздошной области.

При поступлении состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительные симптомы раздражения брюшины. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до 14 тысяч клеток со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных нейтрофилов 8%, сегментоядерных – 80%). Другие лабораторные показатели оказались в пределах нормы.

С диагнозом «острый аппендицит» пациентка доставлена в операционную для проведения лапароскопической аппендэктомии.

Под эндотрахеальным наркозом через пупочное кольцо введен 5 мм порт. Создан карбоксиперитонеум до 12 мм рт.ст. При обзорной лапароскопии с применением 45 градусной 5 мм оптики выпота в брюшной полости не выявлено. Дополнительно введен 5 мм

троакар в правом подреберье. В подвздошной ямке обнаружен кистозно измененный червеобразный отросток размерами 12 на 4 см. Подвижный. Серозный покров блестящий, фибрина нет. Основание до 5 мм. Регионарной лимфаденопатии не выявлено. Над лоном установлен 10 мм порт. Электрохирургическим путем с применением биполярной коагуляции, аппендикулярная артерия выделена прицельно таким образом, что вся жировая клетчатка вместе с возможными лимфатическими узлами была удалена с червеобразным отростком. Артерия прицельно коагулирована и клипирована. На основание червеобразного отростка наложено три клипсы. Отросток пересечен с оставлением двух клипс на культе. Слизистая прицельно коагулирована биполярными щипцами. Препарат помещен в полиэтиленовый контейнер, эвакуирован через расширенный гипогастральный доступ. Послойное ушивание ран после инспекции брюшной полости и десуфляции.

Аппендикс оказался неповрежденным (Рис. 1). Вскрыт. В просвете студенистая масса мутная, желто-белого цвета. Стенка истончена до 2 мм. (Рис. 2).

Гистологическое заключение: червеобразный отросток в виде вскрытой полости 12×8 см, заполненной желеобразным содержимым, гистологически картина мукоцеле.

Гладкое течение послеоперационного периода. Выписана на третьи сутки после операции. Осмотрена на седьмые сутки. Жалоб нет. Удалены швы.

Таким образом, клиническая картина заболевания не противоречила диагнозу острого аппендицита. Первичный осмотр пациентки не вызывал сомнения в диагнозе, что не потребовало каких либо инструментальных методов диагностики для его подтверждения. Болевой синдром вероятнее всего был обусловлен увеличением внутрипросветного давления и как следствие этого перерастяжением стенки червеобразного отростка. Был избран наиболее оптимальный вариант аппендэктомии для пациентки с избыточной массой тела. Маневр с помещением червеобразного отростка в полиэтиленовый контейнер профилактировал контаминацию брюшины в случае непредвиденного его разрыва при извлечении.

Рисунок 1. Удаленный неповрежденный червеобразный отросток размерами 12×4 см.

Рисунок 2. Вскрыта полость аппендикса, которая представлена желатиноподобной массой. Стенка отростка истончена до 2 мм.

Литература

1. Колганова И.П., Бурякина С.А., Кармазановский Г.Г. Компьютерно-томографическая семиотика мукоцеле червеобразного отростка (клиническое наблюдение) // Медицинская визуализация. 2013; 4: 67–74.
2. Лубашев Я.А., Курлович М.В., Буковская Ю.В. Мукоцеле аппендикса – редкая патология, о которой нужно помнить: обзор литературы и собственное клиническое наблюдение // Радиология - Практика. 2013; 6: 51–59.
3. Мишин И.В., Данч А.В. Мукоцеле червеобразного отростка // Новости хирургии. 2012; 20 (3): 125–127.
4. Сидорова Е.Е., Пугачева О.Г., Степанова Ю.А. и др. Мукоцеле аппендикса. Обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения // Медицинская визуализация. 2008; 1: 72–76.
5. Юдин А.Л., Щетинин Р.А., Афанасьева Н.И., Юматова Е.А. Мукоцеле червеобразногоотростка // Медицинская визуализация. 2015; 4: 68-78.

6. Gillion J.F., Franco D., Chapuis O. et al. Appendiceal mucoceles, pseudomyxoma peritonei and appendiceal mucinous neoplasms: update on the contribution of imaging to choice of surgical approach // J. Chir. 2009; 146 (2): 150–166.
7. Ruiz-Tovar J., Teruel D.G., Casticeiras V.M. et al. Mucocele of the appendix // Wld. J. Surg. 2007; 31 (3): 542–550.
8. Sturnilo G., Barbuscia M., Taranto F. et al. Musocele of the appendix. Two case reports // G. Chir. 2011; 32 (11/12): 487–490.
9. Stocchi L., Wolff B.G., Larson D.R. et al. Surgical treatment of appendiceal mucocele // Arch. Surg. 2003; 138 (6): 585–589.
10. Filho J.G.A., Lira E.F. et al. Mucocele of the appendix - appendectomy or colectomy? // Rev. bras. Coloproct. 2011; 31 (3): 276–284.