

Д.А. ИОНКИН, К.В. ШИШИН, С.С. АНДРЕЕНКОВ, А.Б. ШУРАКОВА,
О.И. ЖАВОРОНКОВА, Ю.А. СТЕПАНОВА

ВРОЖДЕННАЯ КИСТА ДОБАВОЧНОЙ СЕЛЕЗЕНКИ С ВНУТРЕННИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ И УГРОЗОЙ РАЗРЫВА

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», г. Москва,
Российская Федерация

В статье представлен случай наблюдения осложненного течения кисты добавочной селезенки у пациентки 18 лет. Приведены результаты и особенности дооперационного клинического и инструментального обследования. Описана методика, произведенного лапароскопического удаления добавочной дольки селезенки.

Наблюдение представляет интерес в связи с редкостью подобных поражений и, вследствие этого, трудностями диагностики. Использование современных методов диагностики позволило на дооперационном этапе установить диагноз, выявить состоявшееся кровоизлияние и предотвратить возможное серьезное осложнение. Осложненное течение кисты дополнительной дольки селезенки диктовало необходимость адекватного хирургического лечения. Современные малоинвазивные прецизионные хирургические технологии позволили решить эту проблему достаточно быстро и просто, обеспечив хороший косметический эффект.

Наблюдений кист в добавочной дольке, расположенной в воротах органа, над селезеночной ножкой и хвостом поджелудочной железы с осложненным течением в литературе до настоящего времени не представлено.

Ключевые слова: врожденная киста добавочной селезенки, осложненное течение, оперативное лечение, лапароскопическое удаление добавочной селезенки

The observation case of the complicated course of a cyst in the accessory spleen in 18-year old patient is presented in the article. The results and peculiarities of the preoperative clinical and instrumental examination are given. The technique of the performed laparoscopic removal of the accessory splenic lobe is described.

The observation is interesting because of rarity of such affections and as a result difficulty in diagnostics. The application of modern diagnostics methods permitted to make diagnosis at the preoperative stage and to reveal the occurred hemorrhage and to prevent possible severe complication. Complicated course of the cyst of the accessory splenic lobe determined the necessity of an adequate surgical treatment. Modern minimally invasive precise surgical technologies allow solving this problem rather quickly and simply, providing a good cosmetic effect.

There have been no presented observations in the literature up to present of cysts in the accessory splenic lobe located in the organ port above the pedicle of spleen and tail of pancreas with a complicated course.

Keywords: congenital cyst of the accessory spleen, complicated course, operative treatment, laparoscopic removal of the accessory spleen

Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (6): 111-115

Congenital cyst of the accessory spleen with internal hemorrhage and rupture threat

D.A. Ionkin, K.V. Shishin, S.S. Andreenkov, A.B. Shurakova, O.I. Zhavoronkova, J.A. Stepanova

Ведение

Наличие добавочных селезенок отмечается нередко. Они встречаются в 10-15% аутопсийных исследований [1] и наиболее часто локализируются в воротах селезенки [1, 2].

Возможна локализация добавочной селезенки в паренхиме органов брюшной полости. При соответствующей локализации нередко добавочные селезенки ошибочно принимают за образования поджелудочной железы [1, 2, 3], левого надпочечника [4], печени [5], желудка или тонкой кишки [6]. Ошибочная диагностика зачастую приводит к неоправданным хирургическим вмешательствам с большим объемом резекции [5]. Наиболее часто подобные изменения описаны у представителей

монголоидной расы, а до морфологического исследования чаще трактуются как нейроэндокринные поражения. Среди осложнений добавочной селезенки наиболее часто описывается ее перекрут [7].

Описания истинных кист в добавочной селезенке встречаются крайне редко [8, 9, 10, 11]. Все описанные добавочные селезенки с кистой располагались в дистальных отделах поджелудочной железы. Размер кисты в известных наблюдениях не превышал 2,5 см. Окончательный диагноз во всех случаях был установлен лишь при морфологическом исследовании после выполнения дистальной резекции поджелудочной железы.

Наблюдения кист в добавочной дольке, расположенной в воротах органа, над селезенкой

ночной ножкой и хвостом поджелудочной с осложненным течением в литературе не отмечены.

Клиническое наблюдение

Пациентка Р., 18 лет обратилась в поликлинику Института с целью уточнить диагноз и определить тактику лечения в связи с выявленным при ультразвуковом исследовании (УЗИ) в поликлинике по месту жительства образованием в области хвоста поджелудочной железы. Впервые кисту выявили при диспансерном обследовании в 2007 году, было рекомендовано динамическое наблюдение. При УЗ-контроле в сентябре 2010 года были отмечены изменения в структуре кисты и рост образования в размерах. Больная отмечала падение на спину за месяц до обращения, тогда же появились тянущие боли в левом подреберье с иррадиацией в спину.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение астеническое. Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка симметрична, при пальпации безболезненна. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные. Артериальное давление – 110/70 мм рт. ст. Пульс – 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Перитонеальных симптомов нет. При перкуссии: скопления жидкости в

отлогах местах нет. Печень определяется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно в размерах не увеличена.

УЗИ органов брюшной полости

В проекции ворот селезенки определяется овальной формы образование, с четкими, ровными контурами, размерами 34×28 мм, эхогенность паренхимы которой соответствует паренхиме селезенки. В структуре этого образования определяется четко отграниченное жидкостное скопление, неоднородной структуры, размерами 28×25 мм (рис. 1). При дуплексном сканировании выявляется артерия, идущая от селезеночной артерии до ее деления в воротах селезенки. Артерия, питающая добавочную дольку, внутри нее делится на два основных ствола (рис. 2).

Заключение. УЗ-картина добавочной дольки селезенки с кистой. Неоднородность содержимого кисты не исключает ее нагноения или кровоизлияния.

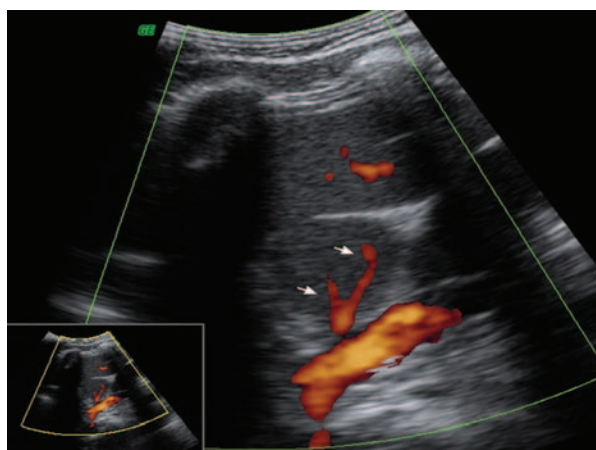
Компьютерная томография органов брюшной полости

Селезенка определяется размерами 9,4×4,9×9,5 см. Форма и положение ее не изменены, контуры четкие и ровные. Структура паренхимы однородная. Характер контрастирования паренхимы селезенки типичен. Ниже уровня селезеночных сосудов, к воротам селезенки прилежит ее добавочная долька, размерами 36,0×28,0×30,0 мм, неоднородной структуры за счет наличия жидкостного образования округлой формы, размерами 25,0×22,5×25,0 мм. Данное образование прилежит к хвосту

Рис. 1. УЗ-изображение добавочной селезенки, расположенной в воротах, с кистой в В-режиме (LIEN – селезенка, lien – добавочная селезенка, С – киста)



Рис. 2. УЗ-изображение артерии, питающей добавочную дольку селезенки (указана стрелками), в режиме энергии отражного доплеровского сигнала



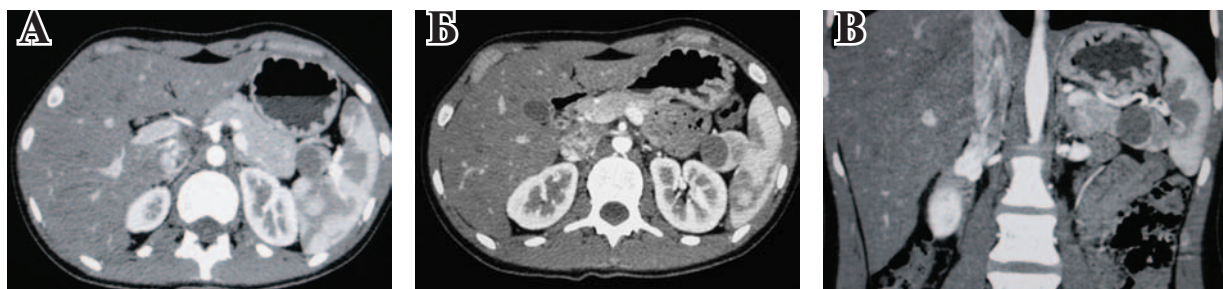


Рис. 3. КТ-изображение добавочной дольки селезенки с кистой в артериальную фазу исследования, киста граничит с хвостом поджелудочной железы (А); левой почкой (Б) и расположена на селезеночных сосудах (В)

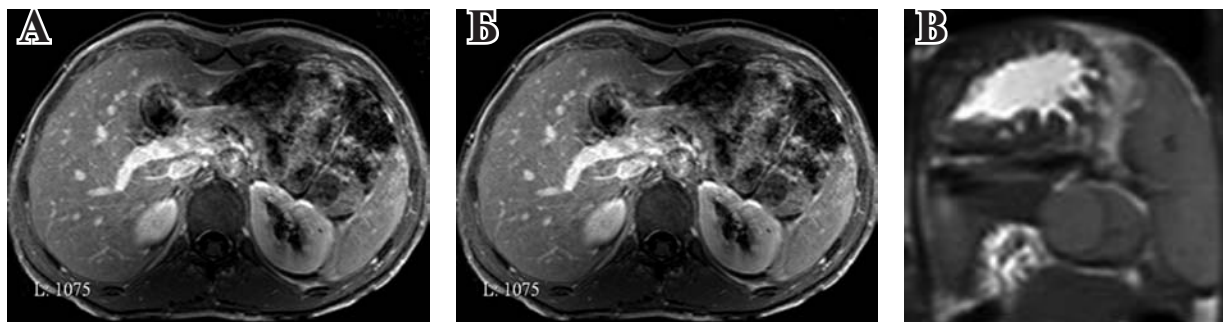


Рис. 4. МР-изображение кровоизлияния в кисту добавочной дольки селезенки в T1 В.И. со спектральным подавлением жира (А, Б) и в T2 В.И. в коронарной плоскости (В)

поджелудочной железы (рис. 3 а) и левой почке (рис. 3 б). Отмечается отсутствие паренхимы дольки со стороны поджелудочной железы, что является признаком угрозы разрыва. При болюсном контрастном усилении данное образование не накапливает контрастный препарат ни в одну фазу исследования (рис. 3 в). Селезеночная артерия определяется диаметром до 4 мм.

Заключение. Киста добавочной дольки селезенки с угрозой разрыва.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости

Селезенка расположена обычно, в размерах не увеличена — 10,4×4,3×8,2 мм, контуры ее четкие, ровные, структура паренхимы однородна. Несколько ниже ворот селезенки, на уровне вентральной поверхности нижнего полюса, определяется округлой формы образование диаметром 3,2 см, накапливающее контрастное вещество при его введении аналогично паренхиме селезенки (рис. 4 а). Контуры образования четкие, структура неоднородна за счет наличия округлой формы жидкостного образования диаметром 2,8 см. МР-сигнал от образования соответствует наличию продуктов гемоглобина (рис. 4 б). При контрастном усилении жидкостное образование контрастный препарат не накапливает ни в одну из фаз контрастирования (рис. 4 в).

Заключение. МР-картина кровоизлияния в кисту дополнительной дольки селезенки.

Оперативное вмешательство

При лапароскопическом вмешательстве из трех-троакарного доступа (10-мм троакар под пупком — для оптической трубки, 10-мм троакар в левом подреберье, по передней подмышечной линии, 5-мм порт в правом подреберье, по средней ключичной линии) в области ворот селезенки выявили округлое образование, размером до 4 см. После вскрытия переднего листка диафрагмально-селезеночной связки начато постепенное выделение образования

Рис. 5. Удаленный макропрепарат. Дополнительная долька селезенки размерами 4×3,7 см, практически полностью замещенная напряженным жидкостным образованием, с медиальной стороны просвечивающим через истонченную капсулу дольки





Рис. 6. Вскрытый макропрепарат

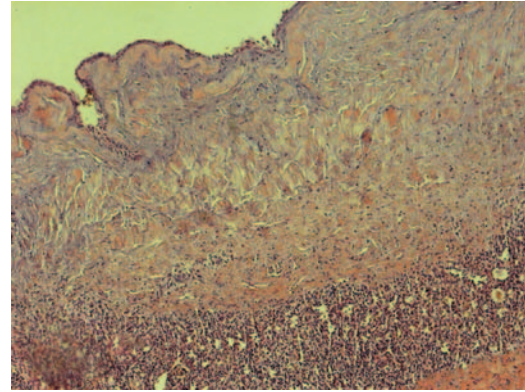


Рис. 7. Мезотелиальная киста добавочной селезенки, окраска гематоксилином и эозином, Ув. ×200

из окружающей клетчатки. Выделен артериальный сосуд диаметром до 3 мм, отходящий от селезеночной артерии и проходящий под добавочной долькой. В области нижней трети передней поверхности этот сосуд прослеживается внутрь дольки. Сосуд клипирован и пересечен. Дополнительная долька вместе с кистой отделена от хвоста поджелудочной железы и сосудистой ножки селезенки. Долька вместе с кистой (рис. 5) эвакуирована из брюшной полости через расширенный параумбиликальный разрез. Длительность вмешательства составила 30 мин. Кровопотери отмечено не было.

При вскрытии образования (рис. 6) отмечено наличие в его полости до 8 мл флуоресцирующей темно-красной жидкости. Внутренняя стенка кисты представлена плотной белесоватой тканью с участком кровоизлияния зеленовато-бурого цвета. Со стороны поджелудочной железы стенка кисты была представлена участком истонченной прозрачной пленки, размерами 10×14 мм. При срочном морфологическом исследовании — истинная киста.

Результаты морфологического исследования

Стенка кисты представлена фиброзной тканью, внутренняя выстилка представлена однорядным слоем уплощенных и кубических клеток, ниже располагается неизменная ткань паренхимы добавочной селезенки (рис. 7).

Послеоперационный период протекал без особенностей. При ультразвуковом контроле жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено. При дуплексном сканировании изменений кровоснабжения селезенки не отмечено. Больная выписана из стационара на третьи сутки.

При контрольном осмотре через 3 месяца пациентка жалоб не предъявляла. При физикальном обследовании — без особенностей.

При ультразвуковом контроле каких-либо изменений в зоне вмешательства не отмечено.

Заключение

Данное наблюдение представляет интерес в связи с редкостью подобных поражений и, вследствие этого, трудностями диагностики. Использование современных методов диагностики позволило на дооперационном этапе установить диагноз, выявить состоявшееся кровоизлияние и предотвратить возможное серьезное осложнение. Осложненное течение кисты дополнительной дольки селезенки диктовало необходимость адекватного хирургического лечения. Современные малоинвазивные прецизионные хирургические технологии позволили решить эту проблему достаточно быстро и просто, обеспечив хороший косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Intrapaneatic accessory spleen: a differential diagnosis of pancreatic tumour / T. Meyer [et al.] // Zentralbl Chir. — 2007. — Vol. 132, N 1. — P. 73–76.
2. Accessory spleen presenting as a mass in the tail of the pancreas / G. Tozbikian [et al.] // Ann Diagn Pathol. — 2007. — Vol. 11, N 4. — P. 277–81.
3. Intrapaneatic accessory spleen: evaluation by CT arteriography / S Miyayama [et al.] // Abdom Imaging. — 2003. — Vol. 28, N 6. — P. 862–65.
4. Pitfall of the accessory spleen / J. P. Seles [et al.] // Neth J Med. — 2000. — Vol. 56(4). — P. 153–58.
5. Izzo L. Intraphepatic accessory spleen: imaging features / L. Izzo, M. Caputo, G. Galati // Liver Int. — 2004. — Vol. 24, N 3. — P. 216–17.
6. Orlando R. Congenital anomalies of the spleen mimicking hematological disorders and solid tumors: a single-center experience of 2650 consecutive diagnostic laparoscopies / R. Orlando, F. Lumachi, F. Lirussi // Anticancer Res. — 2005. — Vol. 25, N 6. — P. 4385–88.
7. Перекрут додаткової селезінки / О. В. Іонічева [и

др.] // Хирургия дитячого внку. – 2009. – Т. VI, № 2. – С. 71–72.

8. Epithelial inclusion cyst (epidermoid cyst) formation with epithelioid cell granuloma in an intrapancreatic accessory spleen / Y. Horibe [et al.] // Pathol Int. – 2001. – Vol. 51, N 1. – P. 50–54.

9. Epidermoid cysts in intra pancreatic accessorius spleen: a case report / H. Kanazawa [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2004. – Vol. 11, N 1. – P. 61–63.

10. A case of epithelial cyst arising in the intrapancreatic accessory spleen / N. Kuriyama [et al.] // Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi. – 2006. – Vol. 103, N 12. – P. 1391–96.

11. Accessory spleen as a differential diagnosis of

intrapancreatic tumors. Case report and review of literature / I. Dominguez [et al.] // Rev Gastroenterol Mex. – 2007. – Vol. 72, N 4. – P. 376–78.

Адрес для корреспонденции

117997, Российская Федерация,
г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27.,
ФГБУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского»,
отделения хирургической гепатологии
и панкреатологии,
тел.: +7 (499) 236-53-42, 237-80-54, 236-21-88,
e-mail: ionkin@ixv.comcor.ru,
Ионкин Дмитрий Анатольевич

Сведения об авторах

Ионкин Д.А., к.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургической гепатологии и панкреатологии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского».

Шишин К.В., д.м.н., старший научный сотрудник отделения эндоскопической хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского».

Андреев С.С., аспирант отделения хирургической гепатологии и панкреатологии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского».

Шуракова А.Б. к.м.н., научный сотрудник отделения лучевой диагностики ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского».

Жаворонкова О.И., к.м.н., старший научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского».

Степанова Ю.А., д.м.н., старший научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского».

Поступила 14.09.2012 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

26-28 февраля 2013 в г. Москве состоится
XVI СЪЕЗД РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Тематика съезда:

- Общие вопросы эндохирургии,
- Абдоминальная эндохирургия,
- Гепатобилиарная хирургия,
- Герниология,
- Антирефлюксная хирургия,
- Бариатрическая хирургия,
- Неотложная эндовидеохирургия,
- Онкология,
- Торакоскопическая хирургия,
- Диагностическая эндоскопия,
- Оперативная эндоскопия,
- Транслюминальная хирургия (N.O.T.E.S.),
- Роботохирургия.

Контакты:

E-mail: m.tariverdiev@surgeons.ru

Дополнительная информация на сайте: www.laparoscopy.ru