

ХИРУРГИЯ

SURGERY

УДК 616-007.415
doi: 10.21685/2072-3032-2024-3-2

Дубликационные мезентериальные кисты (энтерокистомы): клиническое наблюдение

А. З. Альмяшев¹, Г. М. Веснушкин²,
И. В. Горган³, А. Е. Майоров⁴, И. В. Бегоулов⁵

^{1,3,4,5}Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск, Россия

²Республиканский онкологический диспансер, Саранск, Россия

¹almyashev_2005@mail.ru, ²vesnushking@mail.ru, ³irina.gorgan@yandex.ru,

⁴sasha.mayorow@yandex.ru, ⁵ir.vor@yandex.ru

Аннотация. *Актуальность и цели.* Мезентериальные кисты относятся к редкой патологии в практике врачей – хирургов, онкологов. Специфической клинической картины нет, чаще всего заболевание выявляют случайно или при развитии осложнений. Целью исследования являлось оценить возможности диагностики и тактику ведения пациента с диагнозом «мезентериальная киста». *Материалы и методы.* Приведено собственное клиническое наблюдение пациентки 27 лет с диагнозом «пограничная энтерокистома брыжейки тощей кишки». *Результаты и выводы.* «Золотым» стандартом при данной патологии выступает полное хирургическое удаление кисты – лапароскопически или открытым способом.

Ключевые слова: энтерокистома, кисты брыжейки, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Для цитирования: Альмяшев А. З., Веснушкин Г. М., Горган И. В., Майоров А. Е., Бегоулов И. В. Дубликационные мезентериальные кисты (энтерокистомы): клиническое наблюдение // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2024. № 3. С. 14–22. doi: 10.21685/2072-3032-2024-3-2

Duplication mesenterial cysts (enterocystoma): clinical observation

A.Z. Almyashev¹, G.M. Vesnushkin², I.V. Gorgan³, A.E. Mayorov⁴, I.V. Begoulov⁵

^{1,3,4,5}Ogarev Mordovia State University, Saransk, Russia

² Republican Oncology Dispensary, Saransk, Russia

¹almyashev_2005@mail.ru, ²vesnushking@mail.ru, ³irina.gorgan@yandex.ru,

⁴sasha.mayorow@yandex.ru, ⁵ir.vor@yandex.ru

Abstract. *Background.* Mesenteric cysts are a rare pathology in the practice of a surgeon or oncologist. There is no specific clinical picture; most often they are detected accidentally or when complications develop. The purpose of the study was to evaluate the diagnostic capabilities and management tactics of a patient diagnosed with a mesenteric cyst. *Materials*

© Альмяшев А. З., Веснушкин Г. М., Горган И. В., Майоров А. Е., Бегоулов И. В., 2024. Контент доступен по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 License / This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License.

and methods. This article presents our own clinical observation of a 27-year-old patient diagnosed with “Borderline enterocystoma of the mesentery of the jejunum”. *Result and conclusions.* The “gold” standard for this pathology is complete surgical removal of the cyst - laparoscopically or openly.

Keywords: enterocystoma, mesenteric cysts, diagnosis, differential diagnosis, treatment

For citation: Almyashev A.Z., Vesnushkin G.M., Gorgan I.V., Mayorov A.E., Begoulov I.V. Duplication mesenterial cysts (enterocystoma): clinical observation. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki = University proceedings. Volga region. Medical sciences.* 2024;(3):14–22. (In Russ.). doi: 10.21685/2072-3032-2024-3-2

Введение

Кисты брыжейки впервые были описаны итальянским анатомом Benevanni еще в 1507 г. при вскрытии тела 8-летнего ребенка, позднее К. Рокитанский в 1842 г. опубликовал первое описание хилезной кисты брыжейки, а Tillaux в 1880 г. выполнил первую успешную операцию по удалению кисты брыжейки [1]. Мезентериальные кисты относятся к редкой патологии в практике врачей – хирургов, онкологов. Чаще всего кисты встречаются в тонкой кишке, преимущественно в подвздошной (66 %), реже – в толстой (обычно в правой половине ободочной кишки) (33 %) [2], еще реже – в большом сальнике и забрюшинно (преимущественно у детей) [3].

Классификация кист включает шесть групп:

- 1) простые лимфатические кисты, реже истинные лимфангиомы;
- 2) кисты с мезотелиальной выстилкой стенки (простые доброкачественные кисты, доброкачественные мезотелиомы или злокачественные мезотелиальные кистомы);
- 3) энтерокистомы;
- 4) кисты урогенитального происхождения (из вольфова или мюллерова протоков);
- 5) дермоидные кисты, кистозные тератомы;
- 6) псевдокисты – воспалительные, посттравматические [4, 5].

Специфической клинической картины нет, чаще их выявляют случайно или при развитии осложнений. Кистозный характер опухоли стандартно диагностируется при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и/или мультиспиральной компьютерной томографии или магнитно-резонансной [4, 6]. Лечение: предпочтительна малоинвазивная хирургия [7]. При неполном удалении возможен местный рецидив.

Материалы и методы

Больная Ф-на М. Н., 1996 г.р. (27 лет). Поступила в отделение абдоминальной онкологии ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканский онкологический диспансер» (ГБУЗ РМ РОД) с диагнозом «Объемное образование брыжейки тонкой кишки. Фиброма? Гастроинтестинальная стромальная опухоль? Лимфома?». Жалобы на момент осмотра не предъявляет. Из анамнеза: с жалобами на хронические запоры обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства. Выполнено УЗИ органов брюшной полости от 27.07.2023, заключение: парааортальные образования (увеличенные лимфоузлы?). Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости от 25.08.2023: картина

кистозно-солидного образования брюшной полости (внеорганный?), гиперваскулярных образований печени (вероятно, гемангиомы) (рис. 1, 2).

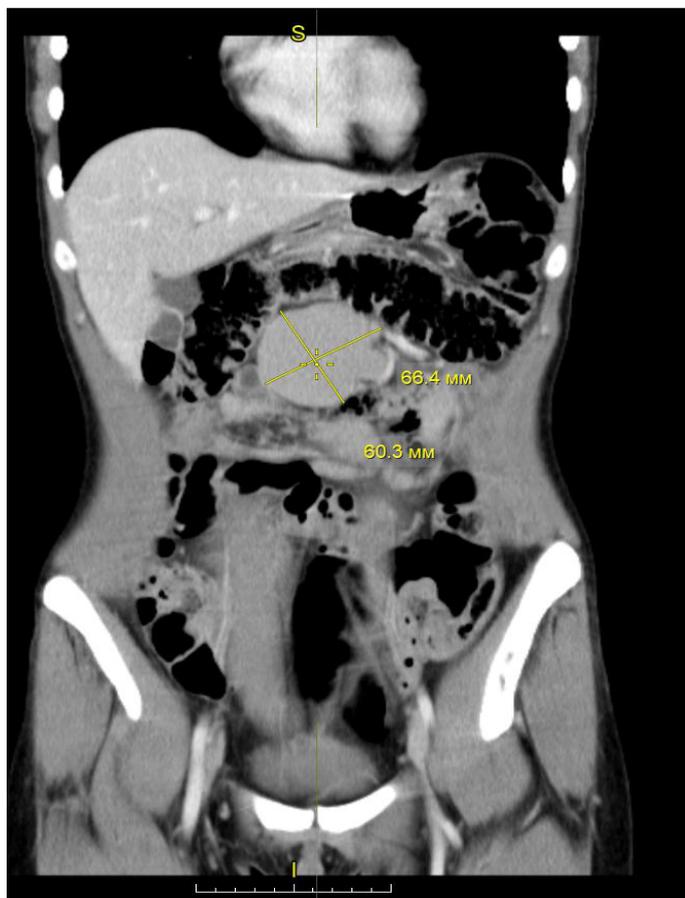


Рис. 1. КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием от 25.08.2023, корональная проекция: печень обычно расположена, не увеличена. Сосудистый рисунок обычно выражен. Внутривенные желчные протоки не расширены. В эпигастрии слева (на уровне ворот почек) определяется объемное образование в виде восьмерки с четкими контурами, размеры 61×37 мм и 20×17 мм

Направлена на консультацию в ГБУЗ РМ РОД, дообследована. Диагноз: «Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) от 24.10.2023: дуоденогастральный рефлюкс. Рефлюкс-гастрит». Фиброколоноскопия от 31.10.2023: органической патологии на момент осмотра не выявлено. Консилиум онкологов № 209 от 01.11.2023: «Объемное образование брыжейки тонкой кишки. Фиброма? ГИСО? Лимфома?». Рекомендовано: удаление опухоли брыжейки тонкой кишки и/или возможная сегментарная резекция тонкой кишки с опухолью и/или забрюшинная лимфодиссекция.

21.11.2023 выполнена операция: удаление опухолей брыжейки тощей кишки, фенестрация яичников (рис. 3–6).

Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

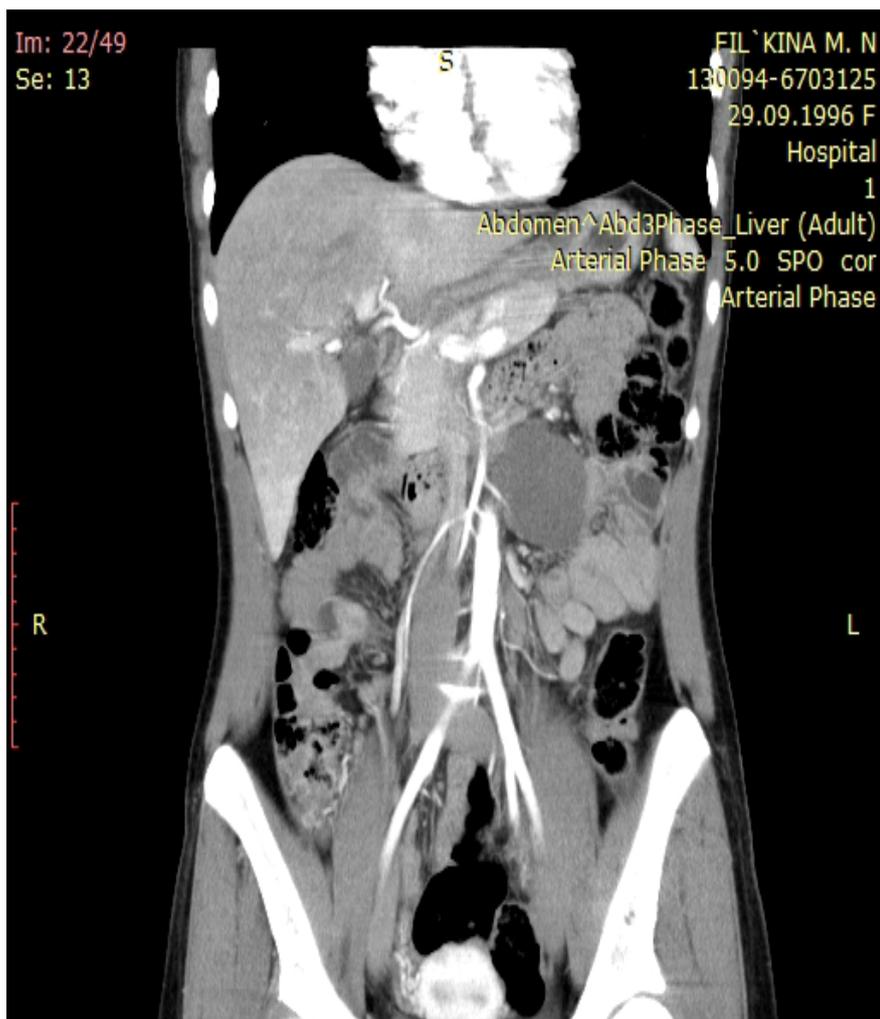


Рис. 2. КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием от 25.08.2023, корональная проекция, артериальная фаза: опухоль неомогенной структуры, КТ плотностью в нативную фазу 61–85 ед. НУ, накапливают контрастный препарат, в портальную фазу до 97 ед. НУ, интимно прилежит к петлям тонкой кишки (внеорганный?)

Гистологическое исследование № 26904-08(5) и 26906-11(3) от 27.11.2023: в исследуемом материале фрагменты кистозной полости, выстланной однослойным эпителием кишечного типа (цилиндрический эпителий, бокаловидные клетки, ворсины) с формированием подобий кишечных крипт, на отдельных участках эпителий пролиферирующий с формированием гроздьев, «подушек», тубулярных, виллогландулярных структур с умеренной клеточной атипией, отсутствием инвазивного роста в стенку образования. В стенке кисты – единичные петрификаты. Заключение: в исследуемом материале – картина пограничной энтерокистомы (рис. 7).

Заключительный клинический диагноз: «Пограничная энтерокистома брыжейки тощей кишки после хирургического лечения. Синдром склерокистозных яичников».

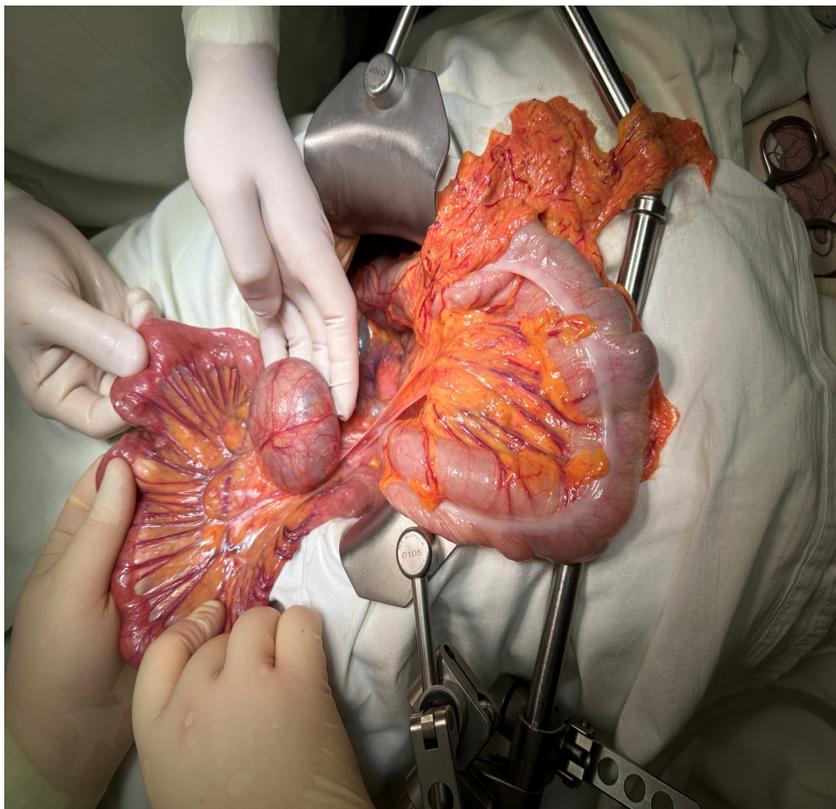


Рис. 3. Интраоперационное фото. Ревизия. Внешний вид первой опухоли в брыжейке тощей кишки, вращения в мезентериальные сосуды и кишечную стенку нет, регионарной лимфаденопатии нет

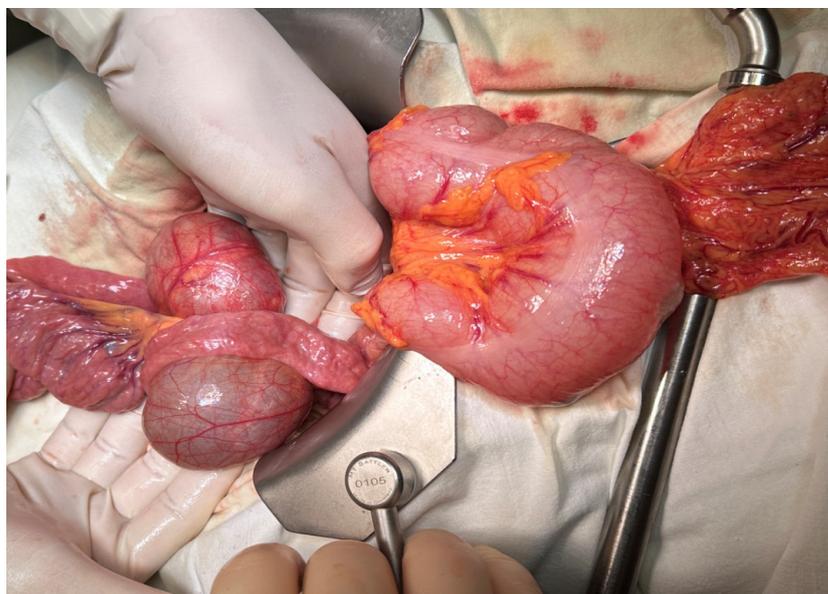


Рис. 4. Интраоперационное фото. Внешний вид дубликационной мезентериальной кисты: локализация – проксимальная треть тощей кишки

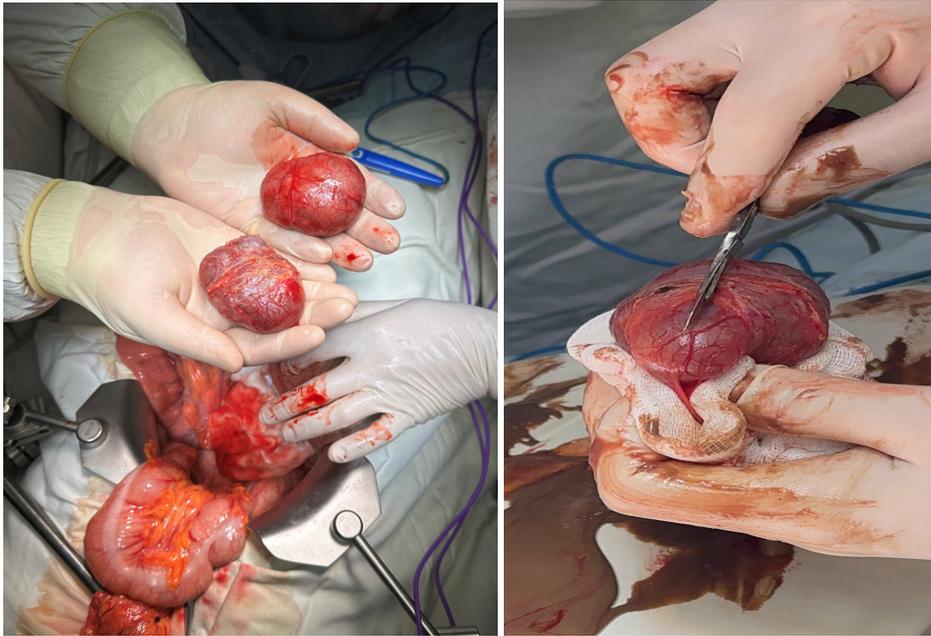


Рис. 5. Интраоперационное фото – удалены две не связанные между собой кистозные опухоли из брыжейки тонкой кишки без вскрытия просвета полого органа; макропрепарат – тонкостенные кисты, заполненные темно-коричневым содержимым



Рис. 6. Интраоперационное фото. Склерокистозные яичники. Фенестрация

Заключение

Мезентериальные кисты встречаются чаще всего у детей первых двух лет жизни, связано это с эмбриональными абберациями в интервале 4–8 недели внутриутробной жизни, реже в зрелом возрасте и преимущественно

у мужчин (63,7 %), чем у женщин. Тонкая кишка – излюбленная их локализация [8].

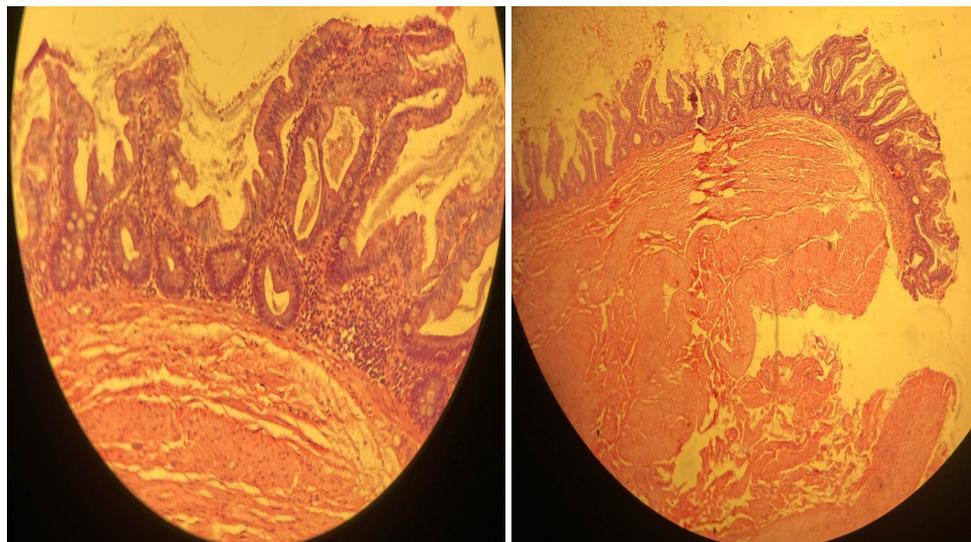


Рис. 7. Микропрепарат, окраска гематоксилин-эозин, увеличение $\times 5$, $\times 10$. Стенка кисты выстлана однослойным эпителием кишечного (местами тонкокишечного, местами толстокишечного) типа, цилиндрический эпителий, бокаловидные клетки, ворсины

Диагноз и дифференциальный диагноз основан на УЗИ, КТ с контрастным усилением или магнитно-резонансной томографии. В основном в литературе описывают псевдокисты (воспалительные процессы), лимфокисты, реже – другие редкие морфотипы. Осложнения обычно редки – это кровотечения, кишечная непроходимость, абсцедирование [9].

Список литературы

1. Rajendran S., Khan A., Murphy M., O'Hanlon D. The diagnosis and treatment of a symptomatic mesenteric cyst // *BMJ Case Reports*. 2014. Vol. 2014. doi: 10.1136/bcr-2013-202410
2. Bhandarwar Ajay H., Tayade Mukund B., Borisa Ashok D., Kasat Gaurav V. Laparoscopic excision of mesenteric cyst of sigmoid mesocolon // *Journal of Minimal Access Surgery*. 2013. Vol. 9 (1). P. 37–39. doi: 10.4103/0972-9941.107138
3. So Hyun Nam, Dae Yeon Kim, Seong Chul Kim, In Koo Kim. The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children // *Journal of the Korean Surgical Society*. 2012. Vol. 83 (2). P. 102–106. doi: 10.4174/jkss.2012.83.2.102
4. Huis M., Balija M., Lez C. [et al.]. Mesenteric cysts // *Acta Med Croatica*. 2002. Vol. 56 (3). P. 119–124.
5. De Perrot M., Bründler M., Tötsch M. [et al.]. Mesenteric cysts. Toward less confusion? // *Digestive Surgery*. 2000. Vol. 17 (4). P. 323–328. doi: 10.1159/000018872
6. Zeiler M., Santarelli S., Cangioti A. M. [et al.]. Giant mesenteric cyst of mesothelial origin in a haemodialysis patient with previous peritoneal dialysis therapy // *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010. Vol. 25 (3). P. 1004–1006. doi: 10.1093/ndt/gfp680
7. Shimura H., Ueda J., Ogawa Y. [et al.]. Total excision of mesenteric cysts by laparoscopic surgery: report of two cases // *Surg Laparosc Endosc*. 1997. Vol. 7 (2). P. 173–176.

8. Yavuz Y., Varman A., Şentürk Ü. M., Kafadar M. T. Mesenteric Cyst in 22 Cases // *Journal of Gastrointestinal Cancer*. 2021. Vol. 52 (3). P. 993–996. doi: 10.1007/s12029-020-00522-9
9. Dede K., Mersich T., Faludi S. [et al.]. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst // *Orv Hetil*. 2010. Vol. 151 (11). P. 449–452. doi: 10.1556/OH.2010.28826

References

1. Rajendran S., Khan A., Murphy M., O'Hanlon D. The diagnosis and treatment of a symptomatic mesenteric cyst. *BMJ Case Reports*. 2014;2014. doi: 10.1136/bcr-2013-202410
2. Ajay H. Bhandarwar, Mukund B. Tayade, Ashok D. Borisa, Gaurav V. Kasat Laparoscopic excision of mesenteric cyst of sigmoid mesocolon. *Journal of Minimal Access Surgery*. 2013;9(1):37–39. doi: 10.4103/0972-9941.107138
3. So Hyun Nam, Dae Yeon Kim, Seong Chul Kim, In Koo Kim. The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *Journal of the Korean Surgical Society*. 2012;83(2):102–106. doi: 10.4174/jkss.2012.83.2.102
4. Huis M., Balijs M., Lez C. et al. Mesenteric cysts. *Acta Med Croatica*. 2002;56(3):119–124.
5. De Perrot M., Bründler M., Tötsch M. et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Digestive Surgery*. 2000;17(4):323–328. doi: 10.1159/000018872
6. Zeiler M., Santarelli S., Cangiotti A.M. et al. Giant mesenteric cyst of mesothelial origin in a haemodialysis patient with previous peritoneal dialysis therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010;25(3):1004–1006. doi: 10.1093/ndt/gfp680
7. 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(2):173–176.
8. Yavuz Y., Varman A., Şentürk Ü.M., Kafadar M.T. Mesenteric Cyst in 22 Cases. *Journal of Gastrointestinal Cancer*. 2021;52(3):993–996. doi: 10.1007/s12029-020-00522-9
9. Dede K., Mersich T., Faludi S. et al. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Orv Hetil*. 2010;151(11):449–452. doi: 10.1556/OH.2010.28826

Информация об авторах / Information about the authors

Али Закирович Альмяшев

кандидат медицинских наук, доцент
кафедры онкологии с курсом лучевой
диагностики и лучевой терапии,
Медицинский институт, Национальный
исследовательский Мордовский
государственный университет
имени Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск,
ул. Большевикская, 68)

E-mail: almyashev_2005@mail.ru

Али Z. Almyashev

Candidate of medical sciences, associate
professor of the sub-department of oncology
with a course of radiation diagnostics
and radiation therapy, Medical Institute,
Ogarev Mordovia State University
(68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia)

Георгий Михайлович Веснушкин

кандидат медицинских наук, заместитель
главного врача по медицинской части,
Республиканский онкологический
диспансер (Россия, г. Саранск,
ул. Ульянова, 30)

E-mail: vesnushking@mail.ru

Georgy M. Vesnushkin

Candidate of medical sciences, deputy
chief physician for medical affairs,
Republican Oncology Dispensary
(30 Ulyanova street, Saransk, Russia)

Ирина Владимировна Горган

ассистент кафедры онкологии с курсом
лучевой диагностики и лучевой терапии,
Медицинский институт, Национальный
исследовательский Мордовский
государственный университет
имени Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск,
ул. Большевистская, 68)

E-mail: irina.gorgan@yandex.ru

Александр Евгеньевич Майоров

аспирант, ассистент кафедры онкологии
с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии, Медицинский институт,
Национальный исследовательский
Мордовский государственный
университет имени Н. П. Огарева
(Россия, г. Саранск,
ул. Большевистская, 68)

E-mail: sasha.mayorow@yandex.ru

Игорь Вячеславович Бегоулов

кандидат медицинских наук, доцент
кафедры онкологии с курсом лучевой
диагностики и лучевой терапии,
Медицинский институт, Национальный
исследовательский Мордовский
государственный университет
имени Н. П. Огарева (Россия, г. Саранск,
ул. Большевистская, 68)

E-mail: ir.vor@yandex.ru

Irina V. Gorgan

Assistant of the sub-department of oncology
with a course of radiation diagnostics
and radiation therapy, Medical Institute,
Ogarev Mordovia State University
(68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia)

Aleksandr E. Mayorov

Postgraduate student, assistant
of the sub-department of oncology
with a course of radiation diagnostics
and radiation therapy, Medical Institute,
Ogarev Mordovia State University
(68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia)

Igor V. Begoulov

Candidate of medical sciences, associate
professor of the sub-department of oncology
with a course of radiation diagnostics
and radiation therapy, Medical Institute,
Ogarev Mordovia State University
(68 Bolshevistskaya street, Saransk, Russia)

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflicts of interests.

Поступила в редакцию / Received 02.04.2024

Поступила после рецензирования и доработки / Revised 30.04.2024

Принята к публикации / Accepted 19.05.2024