

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Ю. М. Тимофеев, А. В. Николаев, 1997
УДК 616.346.2-006.326.03

Ю. М. Тимофеев, А. В. Николаев

ПЕРЕКРУТ ЛИПОМЫ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

НИИ клинической онкологии

Опухоль червеобразного отростка является редким заболеванием этого органа [1], хотя аппендэктомия — одно из наиболее распространенных хирургических вмешательств в брюшной полости.

Наиболее частая опухоль червеобразного отростка — это карциноид [4], реже встречаются аденокарциномы [2]. В описываемом нами наблюдении выявлена редчайшая форма опухоли червеобразного отростка, вызвавшая еще более редкое осложнение.

Больной Н., 77 лет, наблюдается в ОНЦ РАМН с 1993 г., когда ему по поводу рака нисходящей ободочной кишки IIa стадии (гистологически — аденокарцинома) произведена операция — левосторонняя гемиколэктомия (19.10.93). При ревизии другой патологии в брюшной полости, включая червеобразный отросток, не выявлено, послеоперационное течение гладкое.

В последующем в процессе наблюдения больному трижды производилось эндоскопическое удаление аденоматозных полипов оставшихся отделов правой половины ободочной кишки и прямой кишки. Неоднократное возникновение полипов в оставшейся части толстой кишки объяснялось, очевидно, так называемым синдромом «больной толстой кишки» [3].

Больной поступил в отделение проктологии 5-й раз 07.02.95. При обследовании, включающем рентгенографию легких, ультразвуковое исследование печени и забрюшинных лимфоузлов, колоноскопию, данных о наличии рецидива и метастазов не получено. При обследовании были выявлены полипы восходящей и прямой кишки (3 аденоматозных полипа).

Больному произведено эндоскопическое удаление указанных полипов 07.02.95 в 11 ч. Сразу же после полипэктомии возникли неопределенные постоянные боли в животе, которые постепенно усиливались. Живот при пальпации оставался мягким, симптомов интоксикации не было, указанная картина объяснялась только что проведенной полипэктомией.

К 18 ч того же дня картина заболевания стала более четкой. Температура субфебрильная, 37,7°C. Пульс 94

CASE REPORTS

Yu. M. Timofeyev, A. V. Nikolayev

TORSION OF VERMIFORM APPENDIX LIPOMA

Research Institute of Clinical Oncology

Appendical tumors are a rare pathology [1] though appendectomy is the most common abdominal surgery.

Carcinoid is the most common tumor of the vermiform appendix [4], adenocarcinoma is encountered less frequently [2]. Consider a case with an extremely rare appendical neoplasm inducing a still rarer complication.

Patient N, a 77-year old male, was under follow-up at the CRC RAMS since 1993 when he underwent left hemicolectomy for stage IIa descending colonic cancer (adenocarcinoma by histology) (19.10.93). No other pathology including appendical one was discovered by revision. The patient's postoperative course was uneventful.

During the follow-up the patient underwent three endoscopic surgeries for adenomatous polyps of the remaining right colonic and rectal segments. The polyp development in the colonic remnant was related to the so called sick colonic syndrome [3].

The patient was admitted to the Proctology Department for the 5th time on 07.02.95. The examination including lung x-ray, liver and retroperitoneal lymph node ultrasound scan, colonoscopy discovered no evidence of recurrence or metastases. The examination found ascending colonic and rectal polyps (3 adenomatous polyps).

The patient underwent endoscopic surgery for the polyps at 11 o'clock on 07.02.95. Immediately after the operation the patient felt severe continuously increasing abdominal pain. The belly was soft at palpation, there were no intoxication symptoms, the pain was attributed to post-effects of the polypectomy.

By 18 o'clock of the same day the clinical pattern became clearer. The patient's temperature was subfebrile 37.7°C, pulse 94 beats per minute, rhythmical, of satisfactory volume. The tongue was somewhat dry, clean. The belly was not flatulent, there was a soft postoperative cicatrix from the previous left hemicolectomy. At palpation the patient felt pain in the right ileac region, there was also muscular defense in the same region,

в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык несколько суховат, чистый. Живот не вздут, по средней линии живота мягкий послеоперационный рубец после ранее произведенной левосторонней гемиколэктомии. При пальпации живота отмечается болезненность в правой подвздошной области, здесь также мышечный дефанс, слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Общий анализ крови: л. $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Hb 11,2 г/л, Ht 34%, у больного заподозрен острый аппендицит либо перфорация толстой кишки при эндоскопической полипэктомии.

Произведена лапаротомия правосторонним доступом по Леннандеру под эндотрахеальным наркозом 07.02.95. В правой подвздошной области выявлено около 50 мл геморрагического прозрачного выпота, взят посев из брюшной полости, выпот удален (при последующем бактериологическом исследовании роста микрофлоры в нем не обнаружено).

При ревизии выявлено, что на верхушке червеобразного отростка (длиной около 7 см) имеется округлое образование размером $9 \times 7 \times 4$ см, мягкоэластической консистенции, сероватого цвета. Указанное образование несколько раз завернуто вместе с червеобразным отростком вокруг брыжейки червеобразного отростка. Тем самым было нарушено кровоснабжение опухолевидного образования и червеобразного отростка, вследствие чего возникли явления ишемии и некроза в них, чем и объяснялась описанная клиническая симптоматика. регионарные лимфоузлы в илеоцекальной области не увеличены. Другой патологии не выявлено.

Во время операции характер самого образования оставался до конца неясен (метастаз аденокарциномы нисходящей ободочной кишки? первичная опухоль червеобразного отростка?). Срочная биопсия была технически невозможна, так как операция проводилась в ночное время.

В связи с неясностью диагноза во время операции возникли дебаты об объеме операции: резекция илеоцекального угла? правосторонняя гемиколэктомия? аппендэктомия?

Однако в связи с отсутствием твердой уверенности в злокачественности опухоли, в увеличении регионарных лимфоузлов илеоцекальной зоны, учитывая преклонный возраст больного, объем операции было решено ограничить аппендэктомией.

Произведена типичная аппендэктомия вместе с опухолью червеобразного отростка. поставлен дренаж в правую подвздошную область, который был удален через 1 сут. Сделано послойное ушивание раны. Наложена повязка. В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную терапию. Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением. Больной выписан домой через 2 нед.

Гистологическое заключение № 1586: в червеобразном отростке, его брыжейке и опухоли явления некроза; опухоль по своему строению представляет липому.

Доброкачественный характер опухоли подтвердил адекватность объема произведенной операции.

Данное наблюдение представляет собой интерес для

mild Blumberg symptom. Total blood count: leukocytes $7.8 \times 10^9/\text{l}$, Hb 11.1 g/l, Ht 34%. Acute appendicitis or colonic perforation during endoscopic polypectomy were suspected.

On 07.02.95 the patient underwent Lennander right-side laparotomy under endotracheal anesthesia. The examination discovered about 50 ml hemorrhagic clear effusion which was removed, culture of an abdominal specimen was bacteriologically negative.

The revision discovered a soft elastic grey lump $9 \times 7 \times 4$ cm in size at the appendix top (about 7 cm in length). This lump together with the appendix were twisted several times around the mesenterium. The torsion blocked blood supply to the lump and the appendix which resulted in ischemia and necrosis accounting for the clinical symptoms observed. Ileocecal lymph nodes were not enlarged. No other pathology was found.

The nature of the lump was unclear during the operation (metastasis of descending colonic adenocarcinoma? primary appendical tumor?). Emergency biopsy was not technically possible because the surgery was performed in the night-time.

As diagnosis was unclear there were debates about surgical procedure to carry out: resection of the ileocecal angle? right hemicolectomy? appendectomy?

We decided to limit the surgery to appendectomy because we were not sure whether the tumor was malignant, there was no lymph node enlargement and the patient had advanced age.

Typical appendectomy involving the tumor was performed. A drain was placed in the right ileac region for 24 hours. Layer-by-layer suture of the wound was performed. A bandage was applied. The patient received antibacterial therapy postoperatively. The postoperative course was uneventful. Wound healing by first intention. The patient was discharged at 2 weeks.

Histological report No. 1586: necrotic events in the appendix, mesenterium and tumor; the tumor is histologically a lipoma.

The tumor benign character confirmed correctness of the choice of surgical procedure.

This case is of interest for clinicians as description of an unusual pathology: a very rare tumor type with a still rarer complication.

клиницистов как описание необычной патологии: редчайшая форма опухоли червеобразного отростка, вызвавшая еще более редкое осложнение.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Калитиевский П. Ф. Болезни червеобразного отростка. — М., 1970.
2. Кныш В. И., Апаньев В. С., Тимофеев Ю. М. // Хирургия. — 1986. — № 9. — С. 110—120.
3. Петров В. П. // Там же. — 1995. — № 10. — С. 17—20.
4. Rosenberg J. M., Welch J. P. // Am. J. Surg. — 1985. — Vol. 145, N 6. — P. 775—779.

Поступила 05.12.95 / Submitted 05.12.95