

Дуплікаційна кіста шлунка

А. С. Лаврик, О. П. Дмитренко, В. О. Кропельницький, Г. М. Литвинчук
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Gastric duplication cyst

A. S. Lavryk, O. P. Dmytrenko, V. O. Kropelnytskyi, G. M. Lytvynchuk
Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Дуплікаційні кісти шлунка (ДКШ) вперше описав Wendel у 1911 р. ДКШ зустрічаються достатньо рідко, становлять 2 – 9% всіх дуплікацій травного каналу, займаючи друге місце після апендикулярних кіст [1, 2]. Етіологія ДКШ зумовлена змінами в ембріональному розвитку, хоча не існує теорії, яка повністю пояснювала б їх формування. Морфологічно ДКШ може бути трубчастою або циліндричною, що відмічають частіше. ДКШ беруть початок дорзально від кишкової трубки, тому частіше розміщуються в ділянці великої кривини шлунка, як правило, дистально, в ділянці малої кривини шлунка вони локалізуються тільки у 5,5% спостережень [3].

Дуплікацію травного каналу визначають як сферичну кістозну структуру, що має м'язову оболонку та розміщена підслизово. Зустрічаються дуплікаційні кісти переважно на брижовому краї всіх відділів травного каналу, проте найчастіше (35%) – у здухвинній кишці. Вони рідко діагностуються у дорослих, однак клінічно виражені в дитячому віці і проявляються симптомами болю в животі, обструкції вихідного відділу шлунка та щільного утворення, що пальпується в ділянці передньої черевної стінки. Тому більшість дуплікаційних кіст діагностують протягом першого року життя, але і у деяких дорослих пацієнтів як випадкову знахідку [4, 5].

Остаточний діагноз потребує гістологічного підтвердження на підставі критеріїв Роулінг, а саме: стінка кісти прилягає до стінки шлунка або походить з неї, представлена гладкою мускулатурою, що переходить у м'язову оболонку шлунка та містить шар його слизової оболонки [6, 7].

Диференціювати ДКШ слід від гастроінтестинальної стромальної пухлини, нейроендокринної пухлини, аденокарциноми шлунка, кіст підшлункової залози, селезінки, нирки [8].

ДКШ складно діагностувати до операції, також потрібне ретельне обстеження з метою вибору оптимального методу лікування. V. Napolitano і співавтори [9] з метою більш точної діагностики рекомендують виконувати ендоскопічну аспіраційну біопсію утворення. Проте щодо цього тривають дискусії, останні пов'язані з цитологічними особливостями ДКШ, що подібні цитологічним особливостям кіст підшлункової залози, а також ракових обсіменів у разі наявності злоякісного утворення [10, 11]. Хоча перебіг більшості ДКШ не супроводжується симптомами, іноді можливі перекут, кровотеча, малигнізація [12, 13]. Наводимо клінічне спостереження.

Пацієнтка А., 61 рік, була направлена до Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова для оперативного лікування з діагнозом новоутворення (нейроендокринна пухлина?) шлунка. Пацієнтка госпіталізована зі скаргами на відчуття дискомфорту та болю в епігастрії, що турбує протягом останніх 5 років, печію, здуття живота, періодичну нудоту, загальну слабкість. Стан погіршився за останній місяць через почастішання періодичності та збільшення інтенсивності больового синдрому у верхніх відділах живота. Новоутворення шлунка вперше діагностовано в 2017 р. В анамнезі операція з приводу екстирпації матки з придатками та алергічні реакції на антибактеріальні, знеболювальні, спазмолітичні засоби. За місцем проживання пацієнтка була обстежена: комп'ютерна томографія органів грудної та черевної порожнин, фіброгастроудоденоскопія та біопсія.

При обстеженні: клінічний та біохімічний аналізи крові – лейкоцити $7,06 \times 10^9$ /л; еритроцити $4,11 \times 10^{12}$ /л; тромбоцити 274×10^9 /л; гемоглобін 122 г/л; ШОЕ 25 мм/год; аланінамінотрансфераза 28 Од/л; аспартатамінотрансфераза 24 Од/л; загальний білірубін 11,5 мкмоль/л; прямий білірубін 2,6 мкмоль/л; загальний білок 72,5 г/л; глюкоза 5,3 ммоль/л; креатинін 76,3 мкмоль/л; сечовина 6,1 ммоль/л; амілаза 74 Од/л; лактатдегідрогеназа 362 Од/л; лужна фосфатаза 91 Од/л; гаммаглутамінтрансфераза 17

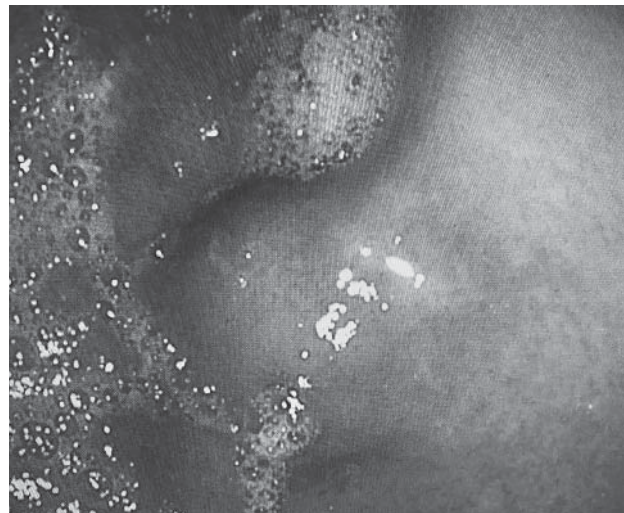


Рис. 1.
Відеоезофагогастроудоденоскопія.
Підслизове новоутворення шлунка.

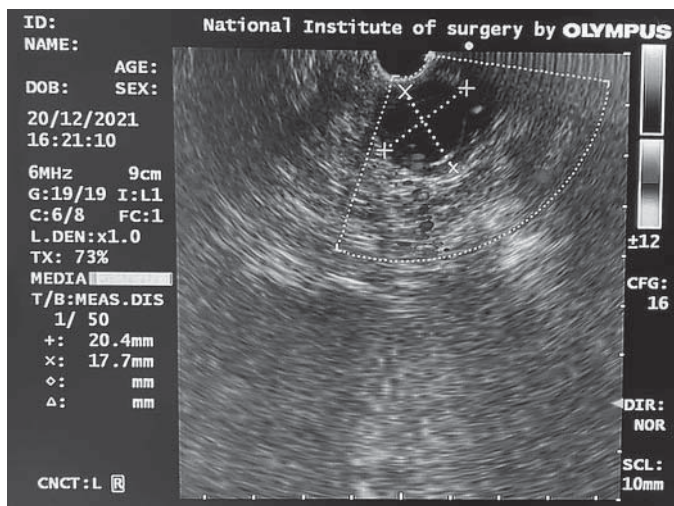
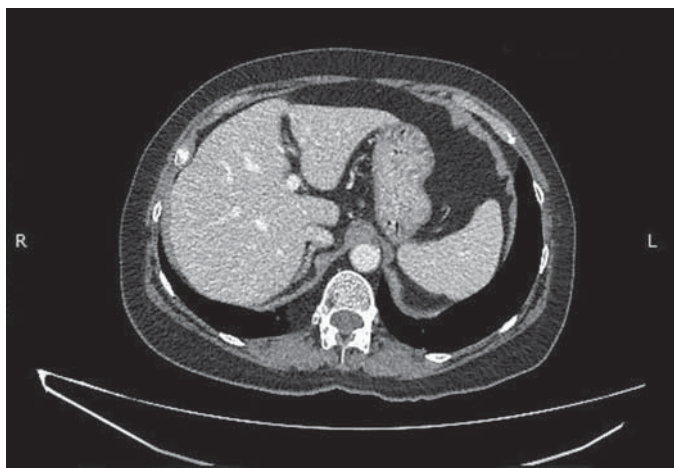


Рис. 2.
 Ендоскопічна ультрасонографія.
 Підслизове новоутворення шлунка.



Од/л; індекс НОМА 2,8. При відеоезофагогастроуде-
 носкопії шлунок добре розправлявся повітрям, містив на-
 тще незначну кількість секреторної рідини, перистальти-
 ка шлунка активна, складки слизової оболонки звивисті,
 слизова оболонка блідо-рожева, в ділянці кута шлунка по
 великій кривині визначалося підслизове новоутворення
 2 см у діаметрі; слизова оболонка шлунка в ділянці утво-
 рення не змінена (рис. 1).

При ендоскопічній ультрасонографії у м'язовому шарі
 стінки шлунка визначалося анехогенне, однорідне утво-
 рення з чіткими контурами та стінками (рис. 2).

Під час ультразвукового дослідження органів черев-
 ної порожнини новоутворення шлунка не було виявле-
 не. За даними спіральної комп'ютерної томографії орга-
 нів черевної порожнини (рис. 3): шлунок розміщений ко-
 со, стінки шлунка та рель'єф слизової оболонки без осо-
 бливостей, по великій кривині в ділянці зовнішнього кон-



Рис. 3.
 Спіральна комп'ютерна томографія
 (пояснення в тексті).

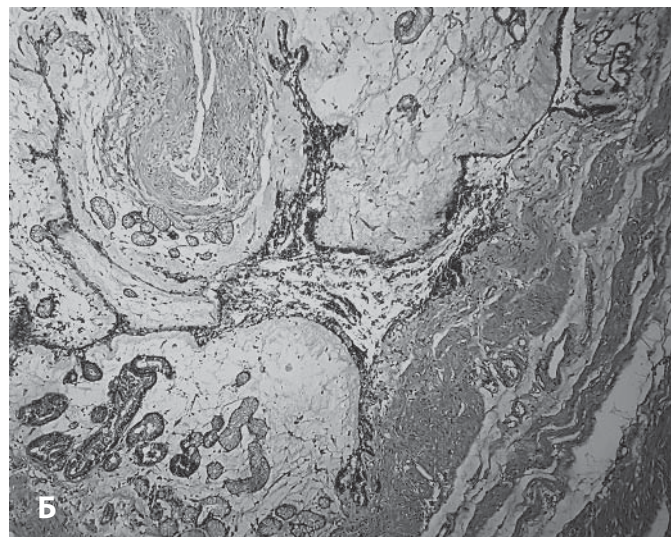
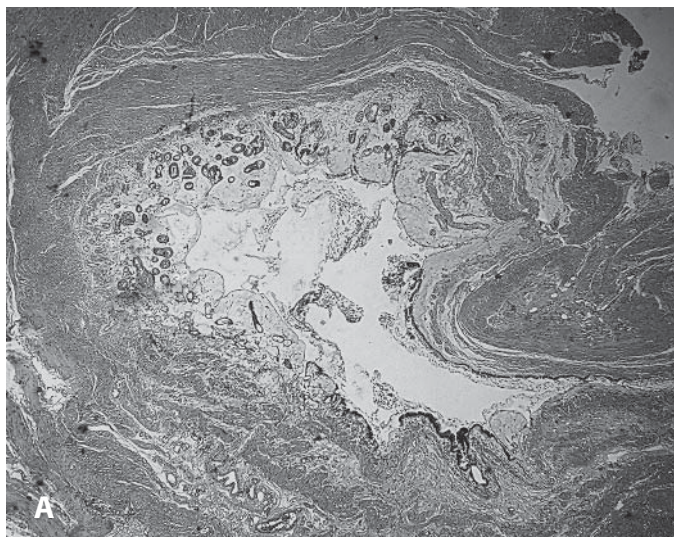


Рис. 4.
 Гістологічна будова новоутворення.
 Забарвлення гематоксилін і еозинам. Зб. 40, 100.

тура ближче до антрального відділу визначається м'якотканинне утворення розмірами близько 26 × 22 мм, з чітким зовнішнім контуром, контраст накопичується тільки в капсулі.

Пацієнтці було виконано рентгенологічне дослідження, за його даними кардіальний відділ шлунка на рівні діафрагми вільно прохідний, шлунок звичайно розташований, складки слизової оболонки потовщені, по великій кривині шлунка в антральному відділі відмічається краєвий дефект наповнення протяжністю близько 2 см.

Ураховуючи результати обстеження, пацієнтці запропоновано оперативне втручання для видалення пухлини з лапароскопічного доступу. 21.12.2021 виконано операцію доступом з трьох троакарів в об'ємі: лапароскопічна секторальна резекція шлунка. Під час операції в ділянці великої кривини шлунка в його антральному відділі на відстані 5 – 7 см від воротаря визначалося новоутворення м'якої консистенції до 2,5 см у діаметрі. Іншої патології не виявлено. За допомогою апарата «LigaSure» 5 мм мобілізували велику кривину шлунка антрального відділу з новоутворенням. За допомогою лінійного степлера «EndoGIA» 60 мм та 45 мм з блакитною касетою виконали секторальну резекцію шлунка в межах здорових тканин на відстані 1 см від краю новоутворення. Операція тривала 75 хв, об'єм крововтрати становив 50 мл.

Результати морфологічного дослідження видаленого новоутворення: гіпертрофія м'язового шару у стінці шлунка з наявністю кістозної порожнини (рис. 4, А), стінка якої вкрита слизовою оболонкою, що нагадує недорозвинену атрофічну слизову оболонку шлунка (рис. 4, Б). В іншому полі зору наявні дві більш дрібні кісти з несправжнім багаторядним епітелієм із незначними ознаками вільності. Ознак атипії не виявлено. На підставі чого було встановлено патогістологічний діагноз: ДКІШ.

Післяопераційний період без ускладнень. Пацієнтка виписана додому на 5–ту добу.

Висновки

ДІШК – рідкісне захворювання, але, зважаючи на складнощі диференціальної діагностики, вони потребують хірургічного видалення з подальшим гістологічним дослідженням. Операцією вибору є видалення новоутворення з лапароскопічного доступу.

Фінансування. Зовнішніх джерел фінансування і підтримки не було. Гонорари або інші компенсації не виплачувалися.

Внесок авторів. Усі автори зробили однаковий внесок у цю роботу.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь у цьому дослідженні, заявили, що вони не мають конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису та дали згоду на його публікацію.

References

1. Doecker MP, Ahmad SA. Gastric duplication cyst: a rare entity. J Surg Case Rep. 2016 May 5;2016(5):rjw073. doi: 10.1093/jscr/rjw073. PMID: 27150283; PMCID: PMC4858351.
2. Kim DH, Kim JS, Nam ES, Shin HS. Foregut duplication cyst of the stomach. Pathol Int. 2000 Feb;50(2):142–5. doi: 10.1046/j.1440-1827.2000.01008.x. PMID: 10792773.
3. Hlouschek V, Domagk D, Naehrig J, Siewert JR, Domschke W. Gastric duplication cyst: a rare endosonographic finding in an adult. Scand J Gastroenterol. 2005 Sep;40(9):1129–31. doi: 10.1080/00365520510023314. PMID: 16211721.
4. Perek A, Perek S, Kapan M, Göksoy E. Gastric duplication cyst. Dig Surg. 2000;17(6):634–6. doi: 10.1159/000051975. PMID: 11155012.
5. García Nebreda M, Paseiro Crespo G, Álvaro Cifuentes E, Marqués Medina E, Burdaspal Moratilla A. Gastric duplication cyst with respiratory epithelium: An uncommon injury that has a difficult differential diagnosis. Cir Esp (Engl Ed). 2019 Jan;97(1):57–9. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2018.06.020. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30072026.
6. Takazawa S, Uchida H, Kawashima H, Tanaka Y, Sato K, Jimbo T, et al. Laparoscopic partial gastrectomy of a huge gastric duplication cyst in an infant. Nagoya J Med Sci. 2015 Feb;77(1–2):291–6. PMID: 25797994; PMCID: PMC4361531.
7. Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo MJ, Fernández PJ, Paricio PP. Non-neoplastic mediastinal cysts. Eur J Cardiothorac Surg. 2002 Nov;22(5):712–6. doi: 10.1016/s1010-7940(02)00484-0. PMID: 12414035.
8. Maeda H, Okabayashi T, Nishimori I, Kobayashi M, Morimoto K, Miyaji E, et al. Diagnostic challenge to distinguish gastric duplication cyst from pancreatic cystic lesions in adult. Intern Med. 2007;46(14):1101–4. doi: 10.2169/intermalmedicine.46.0009. Epub 2007 Jul 17. PMID: 17634707.
9. Napolitano V, Pezzullo AM, Zeppa P, Schettino P, D'Armiento M, Palazzo A, et al. Foregut duplication of the stomach diagnosed by endoscopic ultrasound guided fine-needle aspiration cytology: case report and literature review. World J Surg Oncol. 2013 Feb 2;11:33. doi: 10.1186/1477-7819-11-33. PMID: 23374143; PMCID: PMC3599514.
10. D'Journo XB, Moutardier V, Turrini O, Guiramand J, Lelong B, Pesenti C, et al. Gastric duplication in an adult mimicking mucinous cystadenoma of the pancreas. J Clin Pathol. 2004 Nov;57(11):1215–8. doi: 10.1136/jcp.2004.019091. PMID: 15509688; PMCID: PMC1770488.
11. Murakami S, Iozaki H, Shou T, Sakai K, Toyota H. Foregut duplication cyst of the stomach with pseudostratified columnar ciliated epithelium. Pathol Int. 2008 Mar;58(3):187–90. doi: 10.1111/j.1440-1827.2007.02209.x. PMID: 18251783.
12. Kuraoka K, Nakayama H, Kagawa T, Ichikawa T, Yasui W. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst with invasion to the stomach: a case report with literature review. J Clin Pathol. 2004 Apr;57(4):428–31. doi: 10.1136/jcp.2003.013946. PMID: 15047751; PMCID: PMC1770274.
13. Abdulla MAM, Al Saeed M, Ameer Alshaiikh S, Nabar UJ. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst: a case report and literature review. Int Med Case Rep J. 2017 Nov 6;10:367–72. doi: 10.2147/IMCRJ.S138616. PMID: 29158693; PMCID: PMC5683793.

Надійшла 12.07.2021