

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ОСЛОЖНЕННАЯ АППЕНДИЦИТОМ

Н.И. Прокопчик¹, Е.Л. Черевань², А.А. Синявский³, С.П. Жигулич²

¹УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Беларусь

²УЗ "Гродненское областное патологоанатомическое бюро", Гродно, Беларусь

³УЗ "Новогрудская центральная районная больница", Новогрудок, Беларусь

Приведено описание случая нейроэндокринной опухоли червеобразного отростка, выявленной после аппендэктомии по поводу острого аппендицита.

Ключевые слова: карциноид, червеобразный отросток, нейроэндокринная опухоль, аппендицит.

В отечественной литературе проблемам диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей различной локализации уделяется незаслуженно мало внимания. Нейроэндокринные клетки, обладающие чертами нервной и эпителиальной дифференцировки, разбросаны по всему организму и являются важнейшим компонентом поддержания гомеостаза органов и тканей. Определение клетки как нейроэндокринной базируется на наличии иммунофенотипических особенностей. Клетки дают положительную реакцию с антителами к общим нейроэндокринным маркерам - хромогранину А (маркеру специфических эндокринных гранул), синаптофизину (маркеру мелких везикул с нейротрансммитерами), СД5б (маркеру молекул нейрорадгезии) и маркерам цитоплазматических белков - нейрон-специфической эналазе и протеину генного продукта 9,5 [1,3,4].

Термин "карциноид" впервые предложил Siegfried Oberndorfer (1907 г.) для обозначения группы "ракоподобных" опухолей. В 60-70 годах прошлого века эта опухоль стала именоваться апудомой, с 1980 г. - вновь карциноидом, а с 2000 г., по рекомендации экспертов ВОЗ, - нейроэндокринной опухолью (термин "карциноид" рекомендуется употреблять только в том случае, если опухоль вызывает карциноидный синдром). Однако наряду с этим принято решение, что в связи с широкой распространенностью термина "карциноид" можно использовать этот термин в обозримом будущем, с тем, чтобы обеспечить преемственность терминологии и взаимопонимание между специалистами.

Карциноид является сравнительно редкой опухолью человека и локализуется преимущественно в желудочно-кишечном тракте: в 70-80% случаев в червеобразном отростке, реже в желудке, кишечнике и других органах. Размер опухоли колеблется от 0,1 до 2 см, иногда он достигает 6-8 см в диаметре. Опухоль имеет плотноэластическую консистенцию, серо-желтую окраску и в большинстве случаев расположена в области верхушки червеобразного отростка [2]. По характеру морфологического строения и клинического течения различают доброкачественные и злокачественные, аргентаффинные и неаргентаффинные, функционирующие и нефункционирующие карциноиды [5,6]. Наиболее распространенным и типичным вариантом является доброкачественный аргентаффинный карциноид альвеолярного строения. Неаргентаффинные карциноиды встречаются значительно реже. Злокачественный вариант карциноида аппендикса с метастазами встречается крайне редко [2,4,6]. Согласно рекомендациям ВОЗ (2000г.), при подтверждении нейроэндокринной природы опухоли необходимо в диагнозе отразить размер опухоли, наличие инвазии в соседние

органы и/или крупные сосуды, степень митотической активности и гистологической дифференцировки (G1-3). Нефункциональный карциноид может долгое время протекать бессимптомно и чаще всего является случайной находкой на операции по поводу острого или хронического аппендицита или при морфологическом исследовании удаленного отростка. Функционирующий карциноид проявляется карциноидным синдромом (синдромом Биорка). Он наблюдается приблизительно у 25% больных и обусловлен выделением клетками опухоли биологически активных веществ - серотонина, гистамина, кининов [2].

Приводим наше наблюдение. Больная Х., 45 лет, поступила в приемный покой Новогрудской ЦРБ по направлению бригады скорой медицинской помощи с диагнозом: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка в фазе ремиссии. Обратилась за медицинской помощью спустя 29 часов от момента появления болей в животе. В соответствии с амбулаторной картой больная страдает миопией и язвенной болезнью желудка (с 2002г.), аллергическим дерматитом (с 2008г.) и артериальной гипертензией (с 2009г.). При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное; кожные покровы чистые, обычной окраски; телосложение нормостеническое; отеков нет; слизистые без особенностей; периферические лимфоузлы не увеличены. Рс - 78, ЧД - 18 в 1 мин. АД - 160/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом; стул и диурез без особенностей. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области; симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга - положительные. Общий анализ крови: эр. - $4,8 \cdot 10^{12}/л$; Нв - 145 г/л; лейкоциты - $11,4 \cdot 10^9/л$; п.- 6, с. - 78, л. - 16; СОЭ - 30 мм/час. Анализ мочи - без особенностей. При УЗИ печени, поджелудочной железы, селезенки и почек патологии не выявлено. Выставлен диагноз: Острый аппендицит (?). Больной произведена лапаротомия и установлено, что аппендикс расположен ретроцекально, что сделало невозможным выведение отростка и купола слепой кишки в операционный разрез. Принято решение произвести ретроградную аппендэктомию. Червеобразный отросток был длиной 12 см, резко утолщен у верхушки, грязно-серого цвета, покрыт фибрином, от тканевой исходил зловонный запах. Отросток был перевязан кетгутом у основания, отсечен, культи погружена в кيسетный и Z-образный швы. На пятые сутки после аппендэктомии состояние больной несколько ухудшилось. Появилась болезненность и воспалительная инфильтрация в области послеоперационной раны. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,8 \cdot 10^9/л$; п. - 9, с. - 68, л. - 23. Под внутривенным наркозом произведено

снятие швов с раны, был обнаружен и вскрыт подпневротический абсцесс, осуществлено промывание его полости перекисью водорода и дренирование. В последующие дни отмечалась положительная динамика и спустя неделю больная была выписана на амбулаторное лечение.

При патоморфологическом исследовании червеобразного отростка установлено, что он имеет булавовидную форму. Диаметр отростка в проксимальном отделе составляет 0,6 см, в дистальном - 1,5 см. Серозная оболочка отростка грязно-серого цвета, покрыта гноем и фибрином. На разрезе в дистальном отделе содержится гной, толщина стенки отростка составляет 0,2-0,3 см, а в проксимальном - просвет щелевидный, стенка уплотнена, белесоватого цвета на разрезе. При гистологическом исследовании в дистальном отделе отростка выявлены изменения, характерные для острого флегмонозно-язвенного аппендицита (рис. 1а), а в проксимальном отделе в непосредственной близости от операционного разреза - опухоль (рис. 1б). Она имела железисто-подобное строение и состояла из однотипных мелких клеток с округлыми ядрами с характерным нежно-зернистым хроматином. Строма опухоли была хорошо развита и представлена фиброзной тканью и сосудами. Количество митозов составляло менее двух в 10 полях зрения при х400, некрозы отсутствовали. Опухоль инфильтрировала слизистую, подслизистую и мышечную оболочку; в серозную оболочку и в брыжеечку отростка опухоль не прорастала. Несмотря на то, что опухоль имела строение, типичное для карциноида, с целью дифференциальной диагностики проведено ее ИГХ исследование. Установлено, что имеет место положительная реакция с антителами к цитokerатину и хромогранину А (рис. 1в) и отрицательная - к нейрон-специфической энolahсе. С учетом патогистологических и ИГХ данных выставлен диагноз: нейроэндокринная опухоль (G1) проксимального отдела аппендикса; в дистальном отделе аппендикса - острый флегмонозно-язвенный аппендицит.

С целью исключения карциноидного синдрома больная целенаправленно осмотрена в стационаре, а также через месяц и через полгода после выписки из стационара. Заключение: практически здорова.

Таким образом, нейроэндокринная опухоль была выявлена только при патогистологическом исследовании червеобразного отростка. Разрастание в проксимальном отделе аппендикса белесоватой ткани интерпретировалось как хирургом, так и патологоанатомом как склеротические изменения.

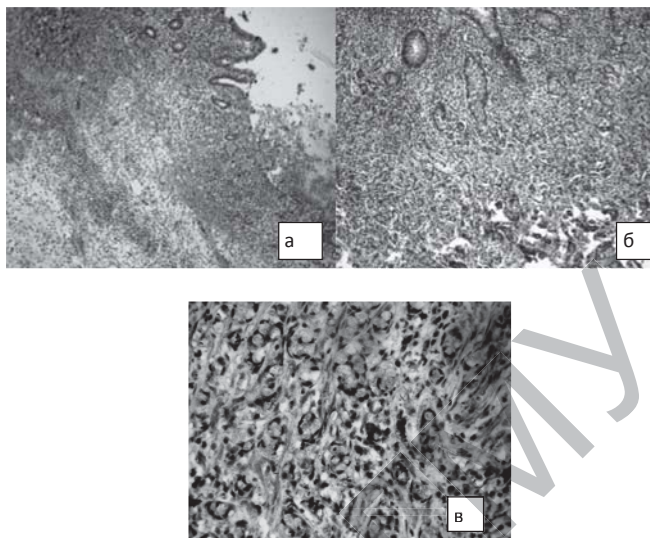


Рисунок 1 - Червеобразный отросток: а) дистальный отдел: изъязвление, кровоизлияния и лейкоцитарная инфильтрация; б) проксимальный отдел: нейроэндокринная опухоль (окр. гематоксилином - эозином); в) ИГХ: резко выраженная экспрессия хромогранина А. X 200

Литература

1. Гуревич, Л.Е. Диагностика нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта / Л.Е. Гуревич // Практическая онкология. - 2005. - № 6. - С.93 - 201.
2. Гусейнов, А.Х. Карциноид червеобразного отростка / А.Х. Гусейнов, Э.Я. Гачабекков, И.А. Алиев // Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. - 2010. - № 6. - С. 57 - 58.
3. Имянитов, Е.Н. Эпидемиология и биология нейроэндокринных опухолей / Е.Н. Имянитов // Практическая онкология. - 2005. - № 6. - С. 202 - 205.
4. Кубышкин, В.А. Нейроэндокринная неоплазия поджелудочной железы: терминология, классификация и стадирование / В.А. Кубышкин, А.В. Кочатков, М.М. Константинова, А.Г. Кригер // Хирургия. - 2012. - № 6. - С. 4 - 8.
5. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 томах. Т.2 / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1993. - 688 с.
6. Diagnostic histopathology of tumors / Edited by Christofer D. M. Fletcher. - Second edition. - Edinburg, 2000. - 930 p.

NEUROENDOCRINE NEOPLASM OF THE VERMIFORM PROCESS COMPLICATED BY APPENDICITIS

N.I. Prokopchik¹, E.L. Cherevan², A.A. Sinyavskiy³, S.P. Zhigulich²

¹Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

²Health Care Establishment "Grodno Regional Pathologicoanatomic Bureau", Grodno, Belarus

³Health Care Establishment "Novogrudok Central District Hospital", Novogrudok, Belarus

A case of neuroendocrine neoplasm of the vermiform process revealed at appendectomy due to acute appendicitis has been described.

Key words: carcinoid, vermiform process, neuroendocrine neoplasm, appendicitis.

Поступила 02.11.2012