

## Мезотелиальные кисты малого таза и брюшной полости: клинический случай

Ю.В. Попов, Н.С. Ванке, А.Г. Кедрова

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий  
Федерального медико-биологического агентства России»; Россия, 115682 Москва, Ореховый бульвар, 28

**Контакты:** Никита Сергеевич Ванке wanke@rambler.ru

Первичные кисты забрюшинного пространства представляют собой редкие доброкачественные образования, которые часто становятся случайными находками во время диагностического обследования или оперативного лечения. Классификация, этиология и клинические проявления забрюшинных кист являются предметом междисциплинарных дискуссий. К наиболее чувствительным методам их обнаружения относятся ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Исходя из имеющихся данных литературы, первичные кисты забрюшинного пространства подлежат полному удалению в пределах здоровых тканей. Мы представляем клинический случай интраоперационного обнаружения забрюшинной кисты больших размеров у 42-летней женщины, госпитализированной в гинекологическое отделение ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России» для оперативного лечения миомы матки. При проведении планового оперативного лечения выявлено кистозное образование больших размеров в правом переднем параренальном пространстве. Окончательный диагноз был поставлен после патологического исследования. Гистологически внутренняя эпителиальная выстилка кистозного образования содержала множественные реснитчатые клетки, на отдельных участках формирующие сосочковые структуры, сходные со складками слизистой оболочки маточной трубы.

**Ключевые слова:** забрюшинная киста, мезотелиальная киста, внеорганный киста, эпителиальная выстилка

**Для цитирования:** Попов Ю.В., Ванке Н.С., Кедрова А.Г. Мезотелиальные кисты малого таза и брюшной полости: клинический случай. Опухоли женской репродуктивной системы 2019;15(2):77–80.

DOI: 10.17650/1994-4098-2019-15-2-77-80

### Peritoneal simple mesothelial cyst: a case report

Yu. V. Popov, N.S. Vanke, A.G. Kedrova

Federal Research and Clinical Center for Specialized Medical Care and Medical Technologies, Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation; 28 Orekhovyy Boulevard, Moscow 115682, Russia

Primary retroperitoneal cysts are rare benign growths that are often random findings during diagnostic examinations or surgical treatment. The classification, etiology and clinical manifestations of retroperitoneal cysts are the subject of interdisciplinary debate. The most reliable test for their detection is ultrasound and computed tomography. Based on the available literature data, primary cysts of the retroperitoneal space are subject to complete removal within healthy tissues.

We present a clinical case of intraoperative detection of a large-sized retroperitoneal cyst in a 42-year-old woman hospitalized in the gynecological department of the Federal Research and Clinical Center for Specialized Medical Care and Medical Technologies, Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation, for surgical treatment of uterine myoma. During the planned surgical treatment revealed the presence of cystic formation of large sizes in the right anterior pararenal space. The final diagnosis was made after a pathological examination. Histologically, the inner epithelial lining of the cystic formation contained multiple ciliary cells, forming papillary structures similar in some areas, with folds of the mucous membrane of the fallopian tube.

**Key words:** retroperitoneal cyst, mesothelial cyst, extraorgan cyst, epithelial lining

**For citation:** Popov Yu. V., Vanke N. S., Kedrova A. G. Peritoneal simple mesothelial cyst: a case report. Opukholi zhenskoy reproductivnoy sistemy = Tumors of female reproductive system 2019;15(2):77–80.

Первичные непаразитарные кисты забрюшинного пространства располагаются в забрюшинной жировой клетчатке и не связаны с какими-либо зрелыми анатомическими структурами, кроме рыхлой соединительной ткани [1, 2]. Частота встречаемости этих кист,

по данным ряда авторов, составляет от 1/5750 до 1/250 000 случаев среди всех заболеваний [3]; они преобладают у женщин и могут появиться в любом возрасте, но пик заболеваемости приходится на 4-е десятилетие жизни [4].

Нет никаких клинически патогномоничных признаков или симптомов внеорганных забрюшинных кист [3]. У 1/3 пациентов они протекают бессимптомно, у остальных сопровождаются болями в спине, отеком нижних конечностей и жалобами на одышку и анорексию [3]. Большинство из этих кист происходят из остатков эмбрионального листка, и их внутренняя оболочка обычно мезотелиального или мезонефрического происхождения, однако в некоторых случаях она мюллерового типа с серозным или слизистым покровом [5].

Существуют различные классификации, разделяющие кисты забрюшинного пространства по этиологии, гистогенезу, локализации, строению, характеру содержимого и клиническому течению [6, 7].

Различают первичные кисты, или истинные (паразитарные и непаразитарные), и кисты вторичные, или ложные. Причиной образования первичных непаразитарных кист чаще всего является нарушение эмбрионального развития, и внутренняя стенка данных кист имеет эпителиальную выстилку. Причиной формирования вторичных, или ложных, кист выступает перенесенная травма или воспаление. Внутренняя стенка таких кист представлена грануляционной тканью [7, 8].

Цель нашего описания — привлечь внимание гинекологов к проблеме предоперационной диагностики сопутствующих заболеваний.

### Клинический случай

В гинекологическое отделение ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России» была планово госпитализирована женщина 42 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, усиливающиеся перед менструацией, обильные менструации со сгустками, слабость, утомляемость. Никаких других симптомов не было, так что основной целью госпитализации стало проведение оперативного лечения в объеме лапароскопической и гистерорезектоскопической миомэктомии. Из анамнеза известно, что женщина считает себя больной с 2007 г., когда у нее впервые по данным ультразвукового исследования была выявлена миома матки.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу по 7 дней через 28 дней, обильные, болезненные. Одна беременность, закончилась срочными родами в 2005 г. Гинекологические заболевания: наблюдается с миомой матки с 2007 г. Данные физического развития: рост 170 см, масса тела 87 кг.

При физикальном осмотре в брюшной полости патологических образований не пальпировалось. При влагалищном исследовании тело матки в положении *anteflexio*, увеличено до размеров 7–8-недельной беременности,

плотноэластической консистенции, бугристое, малоподвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки матки в спайках с обеих сторон, тяжисты. Данные лабораторных анализов — без отклонений, уровни опухолевых маркеров в пределах нормы: СА-125 — 43,60 нг/мл, СА-19-9 — 20,16 ЕД/мл, раково-эмбриональный антиген < 0,5000 нг/мл.

Ультразвуковое исследование выявило в полости матки узлы размерами 1,4 × 1,0 × 2,1 и 3,6 × 4,2 см, по различным стенкам матки — узлы диаметром 3,8; 2,2 и 1,7 см, признаки хронического двустороннего сальпингоофорита с образованием гидросальпинксов, паратубарных кист с обеих сторон, а также признаки выраженного спаечного процесса в малом тазу с образованием серозоцеле. Данные других инструментальных обследований, таких как гастроскопия, колоноскопия, рентген органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое дуплексное сканирование вен ног, в пределах нормы.

На основании клинических данных и данных обследований был выставлен диагноз: множественная миома матки с субмукозным ростом узла, хронический двусторонний сальпингоофорит с формированием гидросальпинксов, спаечный процесс в малом тазу с формированием серозоцеле.

При проведении планового оперативного лечения обнаружено, что тело матки увеличено до размеров 8-недельной беременности и деформировано за счет конгломерата субсерозно-интерстициальных миоматозных узлов по передней стенке матки общим диаметром до 4,5 см. Позади матки визуализировалось серозоцеле, стенки которого были образованы задним листком широкой маточной связки слева, париетальной брюшиной в области левой яичниковой ямки, левым яичником и передней стенкой сигмовидной кишки. Яичники были обычных размеров, с признаками функциональной активности. Маточные трубы с обеих сторон утолщены, расширены до 1,5 см в диаметре, извиты, инъецированы сосудами, с кистозными высыпаниями на поверхности.

На серозном покрове стенок таза в области пузырно-маточной складки и аппендикса визуализировались множественные пузырьчатые образования диаметром от 0,5 до 1 см с жидкостным содержимым, сливающиеся между собой. Забрюшинно, слева от восходящего отдела сигмовидной кишки (на 5 см выше илеоцекального угла), располагалось многокамерное внеорганное образование диаметром до 15 см, плотноэластической консистенции, с тонкой прозрачной капсулой со светлым прозрачным жидкостным содержимым (рис. 1). Печень, большой сальник, видимые петли кишечника, край желудка были без особенностей. Аппендикс был деформирован, покрыт мелкими пузырьчатыми образованиями (рис. 2).

Учитывая выявленную патологию и репродуктивный возраст женщины, принято решение провести оперативное лечение в объеме лапароскопической и гистерорезектоскопической миомэктомии, двусторонней



**Рис. 1.** Многокамерное внеорганное образование, обнаруженное забрюшинно при проведении планового оперативного лечения

**Fig. 1.** A multichambered extraorgan formation detected in the retroperitoneal space during non-emergency surgery

тубэктомии, аппендэктомии, удаления забрюшинной кисты, иссечения серозоцеле малого таза.

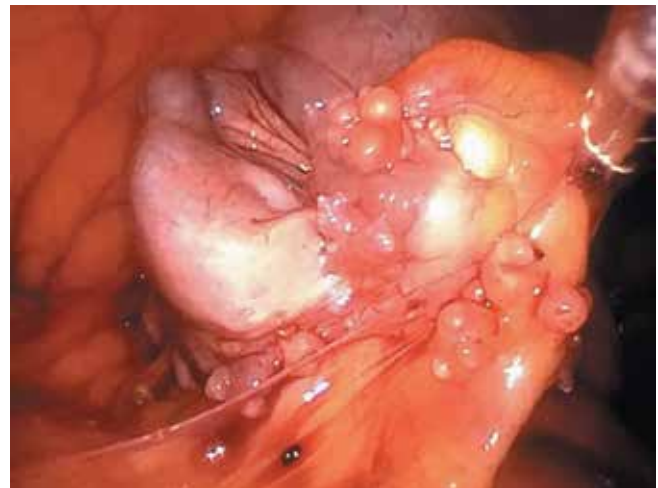
Выполнено полное удаление патологических образований в брюшной полости, осложнений не отмечено. Макроскопически забрюшинная киста трехкамерная, содержит около 600 мл серозной жидкости.

Гистологический анализ показал, что стенка серозоцеле малого таза представляла собой мезотелиоидную кисту. Аппендикс был обычного строения, со склерозом и атрофией слизистой оболочки.

Внутренняя эпителиальная выстилка внеорганного кистозного образования содержала множественные реснитчатые клетки, на отдельных участках формирующие сосочковые структуры, сходные со складками слизистой оболочки маточной трубы, а стенка была представлена плотной оформленной соединительной тканью — серозная мезотелиальная киста забрюшинного пространства. Все узлы были представлены лейомиомой матки с гиалинозом стромы опухоли.

Послеоперационный период протекал без осложнений, все показатели здоровья пациентки оставались в норме, и она была выписана в удовлетворительном состоянии на 3-й день. Пять месяцев спустя самочувствие пациентки оставалось хорошим, рецидива не было.

Мезотелиально выстланные кисты брюшной полости, заполненные жидкостью, обычно встречаются у женщин репродуктивного возраста с перенесенными операциями на брюшной или тазовой полости или воспалением. Серозная жидкость выводится из стромы яичника. Обычно эта жидкость поглощается брюшиной, но ее поглощающая способность может быть нарушена в результате травмы или воспаления. Кроме того, послеоперационные спайки могут



**Рис. 2.** Деформация аппендикса

**Fig. 2.** Deformation of the appendix

приводить к образованию сложной кистозной тазовой полости с перегородками, где имеется резервуар для накопления секрета. В этом процессе большое значение имеют активные яичники и спайки, ограничивающие жидкостные включения [8]. Симптомы могут быть крайне разнообразны и включать прогрессирующую боль в нижней части живота или таза, спине, запоры, увеличение частоты или задержку мочеиспускания, анорексию, бесплодие. Основным фактором риска считают предыдущие внутрибрюшинные операции, внутрибрюшинное воспаление, воспаление тазовых органов, перитонеальный туберкулез, тубо-яичниковый абсцесс и травму [9]. Бимануальное обследование часто малоинформативно. Ультразвуковое исследование является наиболее визуализирующим методом при первичной диагностике. Как правило, мезотериальная киста выглядит как скопление жидкости, содержащей множественные перегородки, при нормальном яичнике, расположенном в спайках. Сонографические особенности, однако, не являются специфическими. Компьютерная томография также дает «паутинный вид» локализованной жидкости с перегородками внутри, содержащей взвеси или кровоизлияния. Очень важно быть знакомым с этим доброкачественным заболеванием и его клиническими и рентгенологическими особенностями, чтобы поставить диагноз. В тех случаях, когда результаты ультразвукового исследования и компьютерной томографии неоднозначны, магнитная томография должна рассматриваться для точной демонстрации связи кисты с яичником и дифференциальной диагностики с кистами кишечника [10]. Лечение может быть как консервативным, так и хирургическим у пациенток с крупными кистами. Для облегчения симптомов могут рассматриваться приемы аспирации и дренирования кист, однако

радикальным методом можно считать только удаление кисты с частичной перитонэктомией, в некоторых случаях с тотальной гистерэктомией

и двусторонней сальпингофоректомией. В дальнейшем такие женщины должны наблюдаться у гинеколога не реже 1 раза в год.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Чирков Р.Н., Вакарчук И.В. Происхождение внеорганных кист забрюшинного пространства. Актуальные вопросы в науке и практике. Тверь, 2018. С. 13–19. [Chirkov R.N., Vakarchuk I.V. Origin of extraorgan cysts of the retroperitoneal space. Aktualnye voprosy v nauke i praktike = Relevant Problems in Science and Practice. Tver, 2018. Pp. 13–19. (In Russ.)].
2. Branca G., Ieni A., Barresi V., Versaci A. A retroperitoneal cyst with unusual urinary histogenesis: clinical and immunomorphological characteristics. *Int Med Case Rep J* 2010;3:81–5.
3. Alzaraa A., Mousa H., Dickens P. et al. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: a case report. *J Med Case Rep* 2008;2(1):1–4. DOI: 10.1186/1752-1947-2-43.
4. Yohendran J., Dias M.M., Eckstein R., Wilson T. Benign retroperitoneal cyst of Mullerian type. *Asian J Surg* 2004;27(4):333–5.
5. Haddadin W.J., Reid R., Jindal R.M. A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region. *J Clin Pathol* 2001;54(10):801–2.
6. Сигуа Б.В., Земляной В.П., Козобин А.А. и др. Хирургическая тактика у пациентов с многокамерной посттравматической кистой забрюшинного пространства. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь» 2017;6(2):162–5. [Sigua B.V., Zemlyanoy V.P., Kozobin A.A. et al. Surgical tactics in patients with multichambered post-traumatic cysts of the retroperitoneal space. *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo "Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch"* = *Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care* 2017;6(2):162–5. (In Russ.)].
7. Антонов А.В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение. Урологические ведомости 2012;2(4):32–41. [Antonov A.V. Liquid formations of the retroperitoneal space: diagnosis and treatment. *Urologicheskie vedomosti = Urological Bulletin* 2012;2(4):32–41. (In Russ.)].
8. Veldhuis W.B., Akin O., Goldman D. et al. Peritoneal inclusion cysts: clinical characteristics and imaging features. *Eur Radiol* 2013;23(4):1167–74. DOI: 10.1007/s00330-012-2695-8.
9. Singh A., Sehgal A., Mohan H. Multilocular peritoneal inclusion cyst mimicking an ovarian tumor: A case report. *J Midlife Health* 2015;6(1):39–40. DOI: 10.4103/0976-7800.153648.
10. Pernick N. Benign cystic mesothelioma. *PathologyOutlines.com* website. Available at: <http://www.pathologyoutlines.com/topic/smallbowelbenigncysticmesothelioma.html>.

### Вклад авторов

Н.С. Ванке, А.Г. Кедрова, Ю.В. Попов: получение и анализ данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи.

### Authors' contributions

N.S. Vanke, A.G. Kedrova, Yu.V. Popov: obtaining data for analysis and data analysis, reviewing of publications of the article's theme, article writing.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.