

C. HOENEMANN¹, N. MERT¹, S. JÜRGENS¹, C. BERSCH¹,
E. MATEVOSSIAN², D. DOLL¹

**ОПУХОЛЬ БРЮШНОЙ СТЕНКИ – ГРЫЖА
СПИГЕЛЕВОЙ ЛИНИИ, СОДЕРЖАЩАЯ МЕТАСТАТИЧЕСКУЮ КАРЦИНОМУ
С НЕВЫЯВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ОЧАГОМ**

St. Mary's Hospital, Academic Teaching Hospital of the University of Hannover, Vechta¹,

Hospital rechts der Isar, Technical University of Munich²,

Germany

Представлена 84-летняя женщина с жалобами на тошноту, не сопровождающуюся рвотой, у которой обнаружено фиксированное левостороннее образование в брюшной полости, которое пальпировалось на 15 см латеральнее пупка. В анамнезе – хирургическое лечение по поводу двусторонних паховых грыж, пупочной грыжи и эпигастральной грыжи. При КТ с контрастированием выявлена грыжа спигелевой линии, включающая контрастированную толстую кишку как причину опухолевого образования в левой половине брюшной полости. Во время операции было выявлено, что грыжа спигелевой линии содержала большой салъник, пораженный метастазами, прилежащий к левой части толстой кишки. Локализация первичной опухоли не была определена как во время, так и после операции.

Обсуждаются причины образования вентральной грыжи и необычной опухоли, расположенной в левой половине брюшной полости – грыжи спигелевой линии, содержащей метастатическую опухоль.

Ключевые слова: грыжа спигелевой линии, CUP, колоректальный рак, опухоль, карцинома толстой кишки, аденокарцинома

The 84 year old lady presented with nausea, but without vomiting showing a fixed left sided abdominal mass that could be palpated 15 cm lateral to the umbilical. She had a history for bilateral inguinal hernia, umbilical hernia and epigastric hernia surgery. Contrast CT revealed a Spieghehian hernia containing contrasted large bowel as the reason for the left side abdominal mass. On operation the Spieghehian hernia contained metastatic greater omental cake adhering to the left colon. The site of the primary adenocarcinoma could not be located intra- and postoperatively. Reasons for ventral abdominal mass and this unusual left side abdominal mass – a Spieghehian hernia containing in fact metastatic tumor – are discussed.

Keywords: Spieghehian hernia, cancer of unknown primary origin (CUP), colorectal cancer tumor, colonic carcinoma, adenocarcinoma

Novosti Khirurgii. 2013 Nov-Dec; Vol 21 (6): 109-112

An abdominal wall tumor is a Spieghehian hernia containing adenocarcinoma of unknown primary origin

C. Hoennemann, N. Mert, S. Jürgens, C. Bersch, E. Matevossian, D. Doll

Введение

Грыжи полулунной линии – редкое явление, впервые упомянутое бельгийцем J. Klikosh в середине 18-го века, который назвал эту грыжу «спигелевой». Свое название грыжа получила в честь бельгийского анатома Adrian van Spiegheh, описавшего дугообразную или полулунную линию на дорсальной части брюшной стенки.

Частота встречаемости грыж спигелевой линии составляет около 0,4% [1]. Грыжи могут быть моно- или билатеральными, в последнем случае их диагностируют в детском возрасте, поскольку они часто являются врожденными. Грыжи могут также быть приобретенными и часто встречаются у пожилых людей [2], при этом нередко случайно выявляются во время диагностических процедур [3]. В редких случаях выявляется связь с травмами [4].

Грыжа может включать любое внутрибрюшное содержимое, такое, как желудок, тонкий кишечник, аппендикс, Меккелев дивертикул, в редких случаях – толстую кишку. При ирригоскопии картина грыжи спигелевой линии с вовлечением сигмовидной кишки может имитировать карциному толстого кишечника [5].

Обычно выявляют болезненные или безболезненные опухолевые образования, которые могут иметь сходные симптомы и похожую клиническую картину с острым аппендицитом, если расположены справа, обострение болезни Крона или дивертикулит, если располагаются слева. Внутри грыжевого мешка спигелевой линии может быть также расположен воспаленный аппендикс [6]. Ущемление возникает из-за небольшого отверстия грыжи, что приводит к толстокишечной или тонкокишечной кишечной непроходимости. Ущемление может

возникнуть в любом возрасте, даже в детском [7]. В исключительных случаях, ущемленный Меккелев дивертикул, становится причиной развития клинической симптоматики [8].

Грыжу спигелевой линии может имитировать болезнь Мондора (поверхностный тромбоз флебит торакально-эпигастральных вен). Это редкое заболевание обычно поражает женщин среднего возраста и распространяется на грудную клетку. У молодых мужчин грыжа спигелевой линии может напоминать неопущенное яичко в брюшной стенке [9]. На самом деле крипторхизм должен быть исключен при опухоли нижней части брюшной стенки у детей, поскольку яички можно легко найти во время ультразвукового исследования на уровне полулунной линии.

Нет признанных рекомендаций по поводу лечения грыж спигелевой линии, которые по причине редкой встречаемости и «самой своей природы» создают трудности. Методы лечения — от открытого способа грыжесечения и прямого шва до лапароскопического подхода [10, 11] с или без выполнения пластики сеткой, а также интраабдоминально (sublay или onlay).

Рецидивы заболевания встречаются, однако, крайне редко [12].

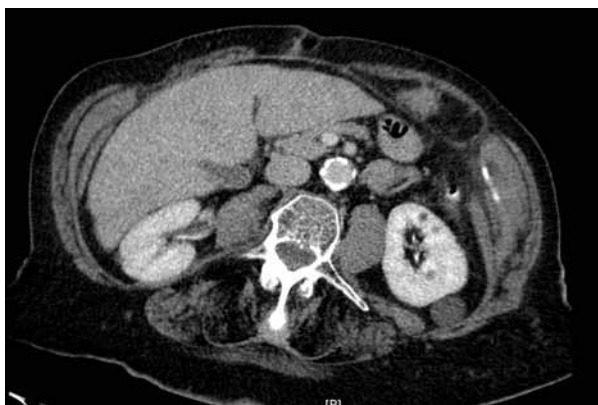
Насколько известно, S. Allerwaert et al. [12], были первыми, кто в 2005 году, опубликовал отчет, описывающий большую опухоль в правой нижней части брюшной стенки, представляющую грыжу спигелевой линии, фактически содержащую карциному толстого кишечника.

Мы представляем 84-летнюю женщину со скользящей грыжей спигелевой линии, содержащей аденокарциному.

Клинический случай

В наше отделение была направлена

Рис. 1. Опухоль во влагалище левой прямой мышцы, незаполненная контрастом (нисходящая ободочная кишка)



84-летняя женщина с жалобами на отсутствие аппетита и тошноту (не сопровождающуюся рвотой) в течение 2 дней. Болей не было, стул был регулярный. При физикальном обследовании пропальпировалась опухоль в левой стороне брюшной полости, на 15 см латеральнее пупка. Образование было фиксированным и плотным.

Ранее ей были выполнены операции по поводу двусторонней паховой грыжи, пупочной грыжи и эпигастральной грыжи. При осмотре обнаружен бессимптомный рецидив эпигастральной грыжи (2×2 см), содержащей, по данным ультразвукового исследования, предбрюшинный жир. КТ с контрастированием толстой кишки барием выявила левостороннюю грыжу спигелевой линии, содержащую контрастированную толстую кишку (рис. 1, 2).

Во время вводного наркоза опухоль исчезла. При левосторонней парамедианной трансректальной лапаротомии был обнаружен большой грыжевой мешок. Опухоль (5×5×6 см), находящаяся в брюшной полости, состояла из образования большого метастатического сальника, располагающегося левее толстой кишки. Признаков ущемления грыжи и кишечной непроходимости во время операции не выявлено. Гистологическое исследование замороженных и залитых парафином тканей выявило атипичную железистую пролиферацию, которая оказалась перитонеальным карциноматозом типа аденокарциномы. Иммуногистохимически опухоли выражены как 7 СК, СК8, СА19-9, СА125 и CDX2, СК20, в то время как рецепторы эстрогена и прогестерона были отрицательными.

Гистологические и иммуногистохимические характеристики карциномы вызвали подозрение на принадлежность к опухоли

Рис. 2. Опухоль левой части толстой кишки, проникающая через грыжевой мешок во влагалище прямой мышцы живота. Толстая кишка может быть идентифицирована по белой контрастной жидкости в просвете



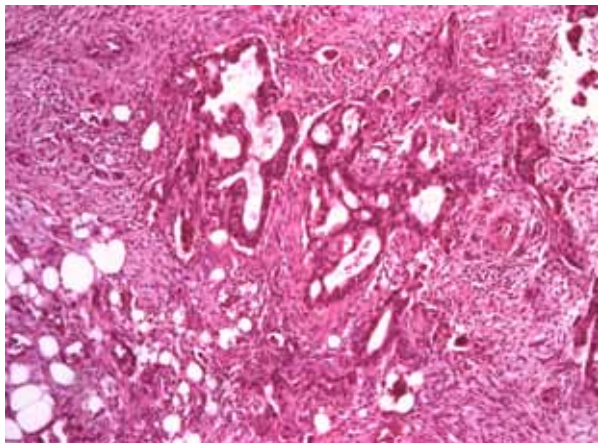


Рис. 3. Атипичная железа с десмопластической реакцией, демонстрирующая перитонеальный карциноматоз аденокарциномы с невыявленным первичным очагом. Ув.×25.

поджелудочной железе или желчевыводящей системе. Тем не менее, несмотря на тщательное обследование органов брюшной полости, первичная опухоль не была идентифицирована (метастазы карциномы без выявленного первичного очага) (рис. 3). Поскольку кишечник не был инфильтрирован, и не ожидалось развитие стеноза, опухолевый сальник был резецирован. Было решено выполнить пластику не рассасывающейся сеткой с использованием sublay техники, чтобы предотвратить рецидив грыжи. Послеоперационное течение – без осложнений.

Несмотря на дальнейшие диагностические исследования (эндовагинальное ультразвуковое исследование органов женской репродуктивной системы и магнитно-резонансная холангио-панкреатография), первичный очаг не был выявлен. Женщина отказалась от паллиативной химиотерапии и вернулась домой к своей семье. После 7 месяцев наблюдения она скоропостижно скончалась в течение недели от кишечной непроходимости в связи с распространенным карциноматозом брюшины.

Обсуждение

Поскольку грыжи спигелевой линии представляют собой редкое явление, они могут оставаться необнаруженными, имитируя воспалительные заболевания кишечника или опухоли брюшной полости, а диагноз часто устанавливается во время операции. Мы представляем случай наличия опухоли брюшной стенки, которая исчезла во время вводного наркоза в операционной. При лапаротомии была обнаружена метастатическая опухоль в большом сальнике, фиксированном к левой

части толстой кишки, что было содержимым скользящей грыжи спигелевой линии.

Насколько известно, при грыжах спигелевой линии опухоли обнаруживаются исключительно редко и только в тех случаях, когда они большого размера и фиксированы [13].

В описанном случае мы обнаружили скользящую опухолевую грыжу, которая вправилась во время вводного наркоза. Тем не менее, она существовала достаточно долго для того, чтобы вызывать тошноту и потерю аппетита, но не вызывала рвоты и растяжения проксимальных отделов кишечника (последнее было исключено во время операции). Обсеменение сальника не является редкостью при опухолях брюшной полости, первичный очаг которых может и не быть установлен, как в случае с этой женщиной.

Травма, как известно, может ослабить спигелевую линию, но в данном случае это было исключено в соответствии с анамнезом пациента. Грыжи спигелевой линии иногда могут возникнуть у пожилых людей в связи с прогрессирующей слабостью тканей [2]. Некоторые авторы сообщают о синдромах грыж, включающих 2 и более наблюдаемых локализаций грыж, которые встречаются у детей и пожилых людей [14, 15, 16, 17]. Наша пациентка перенесла 4 операции по поводу грыж, что может указывать на конституциональный тип ослабленных тканей. Из всего содержимого брюшной полости, которое может быть выявлено в грыжевом мешке, преимущественно обнаруживается не ущемленный тонкий и толстый кишечник [18], опухоли червеобразного отростка. Лечебная лапароскопическая или открытая репозиция и закрытие грыжи являются методами, выбор которых остается на усмотрение каждого хирурга. Вправление только под клиническим или ультразвуковым контролем не может считаться достаточным, так как внутри грыжевого мешка может быть обнаружена опухоль, которую возможно диагностировать и адекватно удалить только хирургическим путем. [19, 20]. Это одна из причин для конвертирования лапароскопической процедуры в открытую операцию, так как тактильный осмотр всей брюшной полости возможен только при открытой хирургии. Тем не менее, нет никакой гарантии найти первичный очаг, как это было в нашем случае.

Вывод

В случае редкой грыжи мы рекомендуем проводить ревизию брюшной полости во время операции в полном объеме. Опухоль мо-

жет быть сопутствующей причиной грыжевого выпячивания при грыжах спигелевой линии, поэтому было бы разумно предположить, что и грыжа, и опухоль находятся в одном и том же месте.

Согласие

Письменное информированное согласие было получено от родственников пациента для публикации этого случая и сопровождающих изображений. Копия письменного согласия доступна для рассмотрения главному редактору этого журнала по запросу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? / N. Dabbas [et al.] // *JRSM Short Rep.* – 2011 Jan 19. – Vol. 2, N 1. – P. 5–8.
2. Kalaba Z. Spigelian hernia. A case of typical Spigelian hernia in an elderly man / Z. Kalaba // *Ugeskr Laeger.* – 1999 Apr 5. – Vol. 161, N 14. – P. 2095–96.
3. Corticomedullary mixed adrenal tumor: case report and literature review / K. I. Alexandraki [et al.] // *Endocr J.* – 2009. – Vol. 56, N 6. – P. 817–24.
4. Iuchtman M. Trauma-related acute spigelian hernia in a child / M. Iuchtman, B. Kessel, M. Kirshon // *Pediatr Emerg Care.* – 1997 Dec. – Vol. 13, N 6. – P. 404–405.
5. Miller R. Incarcerated Spigelian hernia mimicking obstructing colon carcinoma / R. Miller, O. Lifschitz, E. Mavor // *Hernia.* – 2008 Feb. – Vol. 12, N 1. – P. 87–89.
6. Computed tomographic diagnosis of appendicitis within a spigelian hernia / S. Deshmukh [et al.] // *J Comput Assist Tomogr.* – 2010 Mar-Apr. – Vol. 34, N 2. – P. 199–200.
7. Grechanyi V. P. Incarcerated hernia of the semilunar line in a child / V. P. Grechanyi, V. S. Gruminskii // *Vestn Khir Im II Grek.* – 1990 Mar. – Vol. 144, N 3. – P. 87.
8. Dixon E. Incarcerated Meckel's diverticulum in a Spigelian hernia / E. Dixon, J. A. Heine // *Am J Surg.* – 2000 Aug. – Vol. 180, N 2. – P. 126–28.
9. Abdominal wall ectopic testis mimicking spigelian hernia / A. Pandey [et al.] // *J Pediatr Surg.* – 2011 Feb. – Vol. 46, N 2. – P. 415–16.
10. Amendolara M. Videolaparoscopic treatment of Spigelian hernias / M. Amendolara // *Surg Laparosc Endosc.* – 1998 Apr. – Vol. 8, N 2. – P. 136–39.
11. Appeltans B. M. Laparoscopic repair of a Spigelian hernia using an expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) mesh / B. M. Appeltans, C. J. Zeebregts, H. O. Cate Hoedemaker // *Surg Endosc.* – 2000 Dec. – Vol. 14, N 12. – P. 1189.
12. Losanoff J. E. Recurrent spigelian hernia: a case report / J. E. Losanoff, B. W. Richman, J. W. Jones // *Am Surg.* – 2003 Feb. – Vol. 69, N 2. – P. 109–10.
13. Spigelian hernia with unusual content / S. Allewaert [et al.] // *Abdom Imaging.* – 2005 Nov-Dec. – Vol. 30, N 6. – P. 677–78.
14. Carr J. A. Image of the month. Combined spigelian and Richter hernias / J. A. Carr // *Arch Surg Aug.* – 2007 Aug. – Vol. 142, N 8. – P. 799–800.
15. Gedebo T. M. Laparoscopic repair of bilateral spigelian and inguinal hernias / T. M. Gedebo, W. Neubauer // *Surg Endosc.* – 1998 Dec. – Vol. 12, N 12. – P. 1424–25.
16. Extraperitoneal laparoscopic approach to Spigelian hernia combined with groin hernias / N. Koksai [et al.] // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2004 Aug. – Vol. 14, N 4. – P. 204–206.
17. Yamamoto N. Massive abdominal wall hernia--coincidence of bilateral semilunar hernias and a linea alba hernia / N. Yamamoto, H. Nakai // *Ann Plast Surg.* – 1999 Aug. – Vol. 43, N 2. – P. 220–21.
18. Hunter T. B. Preoperative radiographic diagnosis of a Spigelian hernia containing large and small bowel / T. B. Hunter, I. M. Freundlich, C. F. Zukoski // *Gastrointest Radiol.* – 1977 May 25. – Vol. 1, N 4. – P. 379–81.
19. Blaivas M. Ultrasound-guided reduction of a Spigelian hernia in a difficult case: an unusual use of bedside emergency ultrasonography / M. Blaivas // *Am J Emerg Med.* – 2002 Jan. – Vol. 20, N 1. – P. 59–61.
20. Ultrasound-guided reduction of an incarcerated Spigelian hernia / G. Torzilli [et al.] // *Ultrasound Med Biol.* – 2001 Aug. – Vol. 27, N 8. – P. 1133–35.

Адрес для корреспонденции

PD Dr. Dietrich Doll, MD, PhD,
Department of Surgery, St.-Marien Hospital Vechta,
Academic Teaching Hospital
of The Hannover University,
Marienstr. 6-8, D - 49377 Vechta,
Germany,
Tel +49 4441 99 1240 Cell +49 1723 58 54 54,
Fax +49 4441 99 1250,
e-mail: doll@gmx.de

Сведения об авторах

Ноенеманн С., MD, PhD, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, клиника Св. Марии, академическая учебная больница университета Ганновера.
Mert N., MD, отделение хирургии клиники Св. Марии, академическая учебная больница университета Ганновера.
Jürgens S., MD, старший радиолог, практика по радиологии и радиационным вмешательствам, клиника Св. Марии, академическая учебная больница

университета Ганновера.
Bersch S., MD, старший патологоанатом, клиника Св. Марии, академическая учебная больница университета Ганновера.
Matevossian E., MD, PhD, главврач-хирург, отделение хирургии, клиника rechts der Isar, Технический университет, г. Мюнхен.
Doll D., MD, PhD, главврач-хирург, отделение хирургии, клиника Св. Марии, академическая учебная больница Университета Ганновера.

Поступила 22.04.2013 г.