УДК 617.55-006.314.03-031.82-089
https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2026.12

ХІРУРГІЧЕ ЛІКУВАННЯ ВЕЛИЧЕЗНОЇ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КАВЕРНОЗНОЇ ЛІМФАНГІОМИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Руслан Б. Лисенко, Максим О. Дудченко, Микола І. Кравців

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Резюме

Вступ. Лімфангіоми – це новоутворення, які виникають із лімфатичних судин і здебільшого виявляються у молодших пацієнтів. Ці пухлини можуть мати різні локалізації та іноді досягають вражаючих розмірів. Актуальність висвітлення даного клінічного випадку визначається рідкісною локалізацією.
Мета. Представити власне клінічне спостереження випадку величезної заочеревинної кавернозної лімфангіоми, особливості її діагностики та хірургічного лікування.
Матеріали та методи. У статті наведено клінічний випадок величезної заочеревинної кавернозної лімфангіоми. Пацієнтка, 44 роки, звернулася до клініки зі скаргами на збільшення об'єму живота, відчуття важкості в епігастрії, постійний тупий біль у правій підреберній ділянці, епігастрії, періодичну нудоту, блювоту. Хворіє близько семи років. Клінічний огляд та інструментальні методи дослідження підтвердили наявність величезної пухлини в ділянці щитцевої сумки. Хвору планово прооперували, виконано верхньо-серединну лапаротомію. Великий об'єм пухлини та її тісний зв'язок із шлунком, дванадцятипалою, поперечно-ободовою кишкою, печінкою, підшлунковою залозою, кровоносними судинами технічно значно ускладнював мобілізацію пухлини, але за допомогою сучасної хірургічної техніки та інтраопераційного моніторингу вдалося повністю видалити її без пошкодження суміжних органів, важливих судин та крововтрати.
Результати. Пацієнтка успішно перенесла операцію, проводилася післяопераційна реабілітація за ERAS-протоколом. Післяопераційний перебіг протікав без ускладнень, пацієнтку виписано на 3-тю добу. Проведене патогістологічне дослідження вказало на кавернозну лімфангіому. При контрольних оглядах та обстеженнях через 1, 3, 6, 12 та 36 місяців після операції хвора почувається добре, скарг немає, ознак рецидиву не виявлено.
Висновки. Заочеревинна кавернозна лімфангіома – доброякісна пухлина, що вкрай рідко зустрічається, поступово тривалий час зростає та може сягати величезних розмірів. Хірургічне лікування пухлин заочеревинного простору є складним завданням, вимагає диференційованого підходу, високого рівня кваліфікації операційної бригади та застосування сучасних технологій.

Ключові слова: **хірургічне лікування, кавернозна, лімфангіома, пухлина, клінічний випадок**

ВСТУП

Лімфангіоми – це рідкісні новоутворення, які виникають із лімфатичних судин і здебільшого виявляються у молодших пацієнтів. Їх поділяють на капілярні, кістозні, кавернозні [1, 2]. Захворювання зустрічається рідко, приблизно 0,3 % від загальної кількості новоутворень [1, 3, 4]. Ці пухлини можуть мати різні розміри та локалізації, іноді досягаючи вражаючих розмірів, і найбільш часто спостерігаються в області шиї, голови та пахви. Неорганні пухлини заочеревинного простору формуються з тканин різного характеру: жирової, м'язової, лімфатичної, нервової, сполучної і навіть із кровоносних судин.

Менш ніж 5 % лімфангіом зустрічаються в черевній порожнині і ще менше – у заочеревинному просторі (до 1 % випадків) [3, 4]. Кістозні лімфангіоми заочеревинного простору вважаються ще рідкіснішими [6, 7, 8, 9, 10]. Ми не зустрічали опису клінічних випадків розміщення ретроперитонеальних кавернозних лімфангіом великого розміру в черевній сумці.

МЕТА

Мета – представити клінічне спостереження випадку величезної заочеревинної кавернозної лімфангіоми, особливості її діагностики та хірургічного лікування, щоб привернути увагу до цієї патології, що рідко зустрічається.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Наводимо клінічний випадок пацієнтки Г., 1978 року народження. У вересні 2020 року госпіталізована до хірургічного відділення медично-лікувально-діагностичного центру «Медіон» міста Полтави, що є клінічною базою кафедри хірургії № 1 Полтавського державного медичного університету.

Скарги на відчуття важкості в епігастрії, постійний тупий біль у правій підреберній ділянці, в епігастрії, вздуття живота, періодичну нудоту, одноразову блювоту. Вважає себе хворою близько 7 років. Появу цих ознак пов'язує з вживанням жирної їжі. Попередньо не обстежувалася та не лікувалася. З червня 2020 р. спостерігає збільшення об'єму живота, посилення болю.

Під час госпіталізації загальний стан задовільний. Клінічно: свідомість ясна, пацієнтка нормостенічної тілобудови. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожевого забарвлення, язик чистий, вологий. Дихання везикулярне, частота дихальних рухів 17 за хв. Пульс 72 удари за хв. Ритм серця правильний, тони звучні. Черевна стінка без рубців, бере участь в акті дихання, помітно деформована, випинає в верхній частині. Живіт при поверхневій пальпації м'який, незначно чутливий в епігастральній ділянці, де визначається пухлиноподібне утворення до 20/10 см, незначно болюче, не рухоме, щільне. Симптом Блюмберга негативний. Печінка не збільшена, її нижній край біля реберної дуги. Жовчний міхур, селезінка не пальпуються. Симптом «постукування» негативний з обох сторін. Перистальтика задовільна, гази відходять. Фізіологічні відправлення без особливостей зі слів хворого. Ректальний огляд – без патології.

Обстежена амбулаторно. Основні показники лабораторних досліджень без відхилень від норми. Огляд кардіолога без ознак соматичної патології. На ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини 04.06.2020 визначається багатокамерне комірчасте утворення між печінкою, жовчним міхуром та підшлунковою залозою до 150/55 мм. Відеоезофагогастродуоденоскопія 04.09.2020 показала явища постійної застійної гастропатії, компресії ззовні по задній стінці антранального відділу шлунка. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки 04.09.2020: серце не розширене, легені без вогнищево-інфільтративних змін. Магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини 09.09.2020: виявлено багатокамерне комірчасте кістозне утворення 165/110/95 мм, що розташоване в черевній сумці між печінкою, жовчним міхуром, підшлунковою залозою, шлунком, дванадцятипалою, поперечно-ободовою кишками.

З урахуванням скарг, анамнезу, результатів клінічно-лабораторних та інструментальних методів обстеження встановлено передопераційний діагноз: кістозне утворення черевної порожнини. З огляду на симптоми компресії хворій встановлено відносно абсолютні показання до планової операції. У зв'язку з великими розмірами пухлини та її локалізацією було вирішено провести відкрите хірургічне втручання. Обсяг втручання буде визначено під час операції.

Пацієнтку було планово прооперовано в день госпіталізації – 14.09.2020. Особливістю операції, виконаної під ендотрахеальним наркозом із міжфасціальними блоками, було те, що останні проведено до початку розрізу; виконано верхню серединну лапаротомію. Під час ревізії у верхньому поверсі черевної порожнини виявлено пухлинне утворення неправильної форми розмірами до 17 × 12 × 10 см, яке межує з нижньою поверхнею печінки, жовчним міхуром, малим і великим чепцями, шлунком, дванадцятипалою кишкою, коренем ободової кишки та поперечно-ободовою кишкою.

Печінка без додаткових утворень. Іншої патології не виявлено. Виконана мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером. Розкрито шлунково-товстокишкову зв'язку; виявлено пухлину, більша частина якої розташована в порожнині чепцевої сумки, межує та зрощена з вищевказаними органами. Має походження з позаочеревинного простору, стінка тонка, з множинними перетинками, вміст желеподібний, неоднорідний. Макроскопічно вона відрізнялася від типової кісти підшлункової залози.

Виконано пункцію утворення, отримано густу прозору рідину жовтуватого забарвлення; вміст відправлено на цитологічне дослідження та визначення рівня амілази. За допомогою моно- та біполярного («Smart») коагуляторів проведено мобілізацію кістозної пухлини, її відділення від навколишніх органів, великих судин цієї зони, а також нижньої та задньої поверхонь підшлункової залози. Виділено судинну ніжку, виконано її перев'язку в заочеревинному просторі позаду тіла підшлункової залози та повне видалення пухлини. Гемостаз.

Порожнину черевної сумки промито, встановлено дреновану силіконову трубку через контрапертуру в правій підреберній ділянці. Дренування підпечінкового простору силіконовою трубкою. Лапаротомну рану пошарово зашито. Бетадин. Асептична пов'язка, Макропрепарат: кіста до 17 × 12 × 10 см із рубцево зміненою стінкою до 5 мм,

множинними перетинками та желеподібним вмістом. Діагноз післяопераційний: кістозна пухлина великого розміру заочеревинного простору.

Назва операції: Верхньосерединна лапаротомія, енуклеація пухлини заочеревинного простору, дренування чепцевої сумки, черевної порожнини. Тривалість операції – 1 год 50 хв.

Консервативна терапія у післяопераційному періоді: Гепацеф Комбі, Дексалгін, Контролок, мелоксикам, платифілін, інфузійна терапія, перев'язки.

РЕЗУЛЬТАТИ

Активізація пацієнтки, початок харчування ввечері в день операції. За дренажами виділення незначні, серозні. Пацієнтка виписана після видалення дренажів у задовільному стані 16.09.2020 (через 2 доби). Шви на шкірі знято на 10-ту добу – рана загоїлася первинним натягом.

Результат цитологічного дослідження аспірату з кісти № 1153 від 14 вересня 2020 р.: безструктурна гомогенна рідина, еритроцити, поодинокі лейкоцити, клітинні елементи відсутні. Патогістологічне дослідження стінки кісти № : 20SP085280 від 30-09-2020 (CSD). Діагноз: Кавернозна лімфангіома (ICD-O код: 9170/0).

Пацієнтка оглянута через 1, 3, 6, 12 та 36 місяців після операції – пацієнтка почувається добре, нічого не турбує. Проведений контроль клінічних аналізів – в межах норми. Мультиспіральна комп'ютерна томографія органів черевної порожнини від 10.12.2020 р.: вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору (12.05.2023) – явища панкреатопатії, без патологічних утворень. Даних про рецидив пухлини не виявлено.

ДИСКУСІЯ

Лімфангіоми – гетерогенна група доброякісних судинних мальформацій, що розвиваються внаслідок проліферації клітин лімфатичних судин і спричинені аномаліями ембріогенезу або травмою [1, 2, 4]. Якщо за гістологічним типом лімфангіоми поділяють на кістозні, капілярні та кавернозні, то за клінічними проявами їх можна розділити на макроцитарні, мікроінкапсульовані та змішані [1, 4]. В основі їх розвитку лежить проксимальна обструкція лімфатичної судини дистально та кістозна дилатація проксимальніше [2, 6, 7]. Зазвичай спостерігаються у дітей, частіше на обличчі, шиї, грудях, у пахових западинах, на слизових оболонках губ, язика, дуже рідко – у печінці, селезінці, брижі, нирках та заочеревинному просторі.

Частіше заочеревинні лімфангіоми діагностують у перші два роки життя, проте їх можуть виявляти і у старшій віковій категорії, що пов'язано з розвитком синдрому компресії [3, 9, 11]. У 57,2 % випадків із пухлинами заочеревинного простору виявляється формування «пухлинної маси» в черевній порожнині, а у 23,8 % цих хворих встановлено геморагічні або гнійно-септичні ускладнення, у 19 % лімфангіому було виявлено посмертно [4, 5]. Серед ймовірних ускладнень розглядають її розрив і розвиток асциту, перитоніту. Деколи ці пухлини виявляються випадково при виконанні лапароскопічної діагностики [6, 8, 9]. Клінічні прояви залежать від анатомічної локалізації та розмірів утворення. Перші симптоми виявляють у випадках розвитку компресійного синдрому сусідніх органів, проте слід зауважити, що у разі ретроперитонеальної локалізації симптоми стискання виявляють лише у третини пацієнтів, що ускладнює первинну діагностику [6, 9]. Інтраабдомінальна локалізація часто асоційована з розвитком симптоматики кишкової непрохідності. Поява скарг у цієї пацієнтки після вживання жирної їжі та наявність пухлиноподібного утворення в верхній частині живота спочатку дали підстави запідозрити розвиток постнекротичної кісти підшлункової залози. Пухлину можна ідентифікувати за допомогою візуалізаційних досліджень, таких як ультразвукове дослідження, магнітно-резонансна діагностика та комп'ютерна томографія [5, 6, 11]. Останні два розглядають як найбільш оптимальні методи діагностики, оскільки вони мають низку переваг над іншими методами, серед яких, зокрема, точна оцінка розмірів поширення вмістного утворення, ступінь компресії магістральних судин [1, 8]. У нашої пацієнтки ультразвукове дослідження не було достатньо інформативним, але й магнітно-резонансна томографія не дала чіткої картини про ретроперитонеальне розташування пухлини. Диференційну діагностику проводять із псевдокістами підшлункової залози, заочеревинними гематомами, абсцесами, дуплікаційними кістами, малігнізованими заочеревинними пухлинами [4, 10]. Деколи визначити походження пухлини вкрай складно на доопераційному етапі до експлоративної лапаротомії, що було в представленому нами випадку [2, 7]. Гістопатологічні дані разом з імуногістохімічними маркерами (лімфатичний ендотеліальний рецептор-1, судинний ендотеліальний фактор росту-3, Prox-1, моноклональні антитіла D2-40) допомагають у проведенні більш точної діагностики [10]. Отже, остаточний діагноз захворювання ґрунтується на даних результатів патогістологічного дослідження, що залишається 'золотим стандартом' [3, 10]. Хірургічне лікування вважається пріоритетним і переважно полягає у видаленні пухлини [2, 3, 6, 7, 8, 10, 1]. Перев'язка ніжки кістоми і лімфатичних каналів здатна запобігти розвитку рецидивів [7, 8]. Існують повідомлення про використання лапароскопії, органової коагуляції та склеротерапії лімфангіом у хворих із об'ємним поширенням та високими хірургічними ризиками [8, 9, 10].

Проблемою пухлини такої локалізації та особливістю даного клінічного випадку є їх непередбачуваний гістогенез, візуальна та макроскопічна схожість з постнекротичними кістами підшлункової залози, а також несподівана під час операції макроскопічна наявність множинних перетинок та желеподібного густого вмісту у їх структурі. Для своєчасного виявлення цього рідкісного новоутворення суттєве значення мають регулярні профілактичні огляди пацієнтів різного віку з додатковим, за потреби, застосуванням інтенсивних медичних досліджень магнітно-резонансної або комп'ютерної томографії з контрастним посиленням. Враховуючи складність розташування і можливість пошкодження внутрішніх структур, важливо довіряти такі оперативні втручання з маніпулюванням у заочеревинному просторі тільки хірургам із достатнім досвідом. Прогноз захворювання обнадіює через вкрай низьку схильність до малігнізації [1, 6].

ВИСНОВКИ

Заочеревинна кавернозна лімфангіома – доброякісна пухлина, що вкрай рідко зустрічається, поступово тривалий час зростає та може сягати величезних розмірів. Хірургічне лікування пухлин заочеревинного простору є складним завданням, вимагає диференційованого підходу, високого рівня кваліфікації операційної бригади та застосування сучасних технологій.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження мають бути мультицентровими і зосереджуватися на накопиченні клінічного матеріалу цієї унікальної патології, що зустрічається, для напрацювання алгоритму її діагностики та вибору найбільш ефективної тактики лікування.

Обмеження дослідження. Дане дослідження має певні обмеження, які слід враховувати при інтерпретації висновків. А саме, ця патологія вкрай рідко зустрічається, тому наводиться один клінічний випадок. Дослідження має одноцентровий характер, і відсутні довгострокові спостереження.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дане дослідження було проведено відповідно до принципів, викладених у Гельсінкській декларації, а також міжнародних стандартів для публікацій у медичних журналів. Пацієнтка добровільно надала письмову інформовану згоду на публікацію цього випадку. Під час роботи не використовувалися дані, що можуть ідентифікувати її, а також не було необхідності отримання схвалення від етичного комітету, оскільки дослідження не включало нові клінічні втручання чи первинний збір інформації про пацієнтів. Усі твердження та узагальнення підкріплені посиланнями на першоджерела, доступні у відкритому доступі або через наукові бібліотечні ресурси. Жоден елемент роботи не містить плагіату чи фабрикації даних. Штучний інтелект не використовувався при підготовці рукопису, аналізі даних чи обговоренні результатів.

Автори підтверджують виключну відповідальність за наступне: концепцію та дизайн дослідження, збір даних, аналіз та інтерпретацію результатів. Автори зробили значний внесок у написання початкової та переглянутої версій цього документа, несуть повну відповідальність за цілісність усіх аспектів роботи.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Дослідження не отримувало зовнішнього фінансування. Автори рукопису свідомо засвідчують відсутність фактичного або потенційного конфлікту інтересів щодо результатів цієї роботи з фармацевтичними компаніями, виробниками біомедичних пристроїв, іншими організаціями, чиї продукти, послуги, фінансова підтримка можуть бути пов'язані з предметом наданих матеріалів або які спонсорували проведення цього дослідження.

ВНЕСОК АВТОРІВ

Лисенко Р. Б.[A, B, D]
Дудченко М. О.[A, F]
Кравців М. І.[E, F]

REFERENCES

1. Dubois J., Thomas-Chausse F., Soulez G. (2019). Common (cystic) lymphatic malformations: current knowledge and management. Tech. Vasc. Radiol, 22, 100631. https://doi.org/10.1016/j.tvir.2019.100631.
2. Chan I. Y.F., Khoo J. (2003). Retroperitoneal Lymphangioma in an Adult. J. HK. Coll. Radiol, 6, 94-96. https://doi.org/10.4291/wjgp.v1.i5.171.
3. Khomenko V. S., Polishchuk V. T., Syrotkin A. V., et al. (2017). Klinichnyi vypadok operatyvnoho likuvannia zaocherevynnoi limfanhiomy u dorosloho [Clinical case of surgical treatment of retroperitoneal lymphangioma in an adult]. Kiev, 76.
4. Wang XL, Meng SS, Duan KH, et al. (2020). Treatment of retroperitoneal cavernous lymphangioma: a case report. Chin Med Sci J., 35(3), 283-285. . https://doi.org/10.24920/003760.
5. Subhi Mansour, Yoram Kluger, Safi Khuri. (2023). Adult primery retroperitoneal lymphangioma: updated

facts. World J Oncol, 14(1), 15-20. https://doi.org/10.14740/wjon1561.
6. Xiao J, Shao Y, Zhu S, He X. (2020). Characteristics of adult abdominal cystic lymphangioma: a single-center Chinese cohort of 12 cases. BMC Gastroenterol, 20(1), 244. https://doi.org/10.1186/s12876-020-01388-8.
7. Mathew M., Nayal B., Mathew S. (2013). Giant cystic retroperitoneal lymphangioma in an adult. J. Interdiscipl Histopathol, 1(3), 172-174. https://doi.org/10.5455/jihp.20130122045401.
8. Hoang V, Nguyen M, Van H, et al. (2023). Review of diagnosis, differential diagnosis, and management of retroperitoneal lymphangioma. Jpn J Radiol, 41(3), 283-301. https://doi.org/10.1007/s11604-022-01356-0.
9. Sahoo M., Misra L., Gowda M., et al. (2014). A huge retroperitoneal lymphatic cyst presenting as a mesenteric cyst, managed laparoscopically. Int. J. Case Rep. Images, 5(9), 642-645. https://doi.org/10.5348/ijcri-2014114-CR-10425.
10. Su T, Li C, Song B, et al. (2023). Case report and literature review: Giant retroperitoneal cystic lymphangioma. Front. Surg, 10, 1074067. https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1074067.
11. Huerta D., Merlo I., Angiolini P., et al. (2018). Laparoscopic treatment of retroperitoneal lymphangioma: a case report in an adult. HPB, 20(2), 673. https://doi.org/10.1016/j.hpb.2018.06.2330.

Abstract

SURGICAL TREATMENT OF A GIANT RETROPERITONEAL CAVERNOUS LYMPHANGIOMA. CASE REPORT

Ruslan B. Lysenko, Maxim O. Dudchenko, Mykola I. Kravtsiv

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Introduction. Lymphangiomas are neoplasms that arise from lymphatic vessels and are mainly found at a young age. These tumors can have different localizations and sometimes reach significant sizes. This case is of clinical interest due to the rare localization of the neoplasm.

Aim. To present our clinical observation of a huge retroperitoneal cavernous lymphangioma and the features of its diagnosis and surgical treatment.

Materials and methods. The article presents a clinical case of a huge retroperitoneal cavernous lymphangioma. A 44-year-old female patient sought medical care with complaints of increased abdominal volume, a feeling of heaviness in the epigastrium, constant dull pain in the right hypochondrium and epigastrium, and periodic nausea and vomiting. She had been ill for about seven years. Clinical examination and instrumental diagnostic methods confirmed the presence of a huge tumor in the area of the lesser sac. The patient underwent a planned surgical procedure; an upper midline laparotomy was performed. The large size of the tumor and its close association with the stomach, duodenum, transverse colon, liver, pancreas, and blood vessels significantly complicated tumor mobilization; however, with the use of modern surgical techniques and intraoperative monitoring, complete tumor removal was achieved without damage to adjacent organs, major vessels, or blood loss.

Results. The patient successfully underwent surgery, and postoperative rehabilitation was carried out according to the ERAS protocol. The postoperative course was without complications, and the patient was discharged on the 3rd postoperative day. Pathohistological examination revealed a cavernous lymphangioma. At follow-up examinations performed 1, 3, 6, 12, and 36 months after surgery, the patient was in good condition, had no complaints, and no signs of disease recurrence were detected.

Conclusions. Retroperitoneal cavernous lymphangioma is a benign tumor that is extremely rare, grows gradually over a long period of time, and can reach enormous sizes. Surgical treatment of retroperitoneal tumors is a complex task that requires a tailored approach, a highly qualified operating team, and the use of modern technologies.

Keywords: **surgical treatment, cavernous lymphangioma, tumor, clinical case**

Received: 27.11.2025
Accepted: 12.02.2026