

RIESIGE MUZINÖSE NEOPLASMEN DES APPENDIX (FALLBERICHT)**I.U.Obidov***Bukhara Staatliches Medizinisches Institut**Bukhara-Niederlassung des Republikanischen Wissenschaftlichen Zentrums für
Notfallmedizinische Versorgung.*

Der Artikel: *beschreibt einen seltenen Fall von Pathologie des Appendix. Es werden historische Informationen, Häufigkeit des Auftretens und möglicher Mechanismus der Entwicklung von Zysten des Appendix gegeben.*

Schlüsselwörter: *Zyste, Appendix, Mukozele, muzinöse Neoplasie.*

Appendikuläre muzinöse Neoplasmen (AMN) sind seltene Tumore. Nur wenige Fälle wurden berichtet, und die meisten Patienten hatten keine typischen klinischen Manifestationen. Daher sind Diagnose und Behandlung klinisch unsichere Behandlungstaktiken und Probleme. Selbst die AMN-Terminologie bleibt umstritten und ist noch nicht standardisiert. Sie wird verschiedentlich als Appendix-Mukozele, Appendix-Myxom, appendikuläre muzinöse Neoplasie bezeichnet. [2,10,11,12]

Eine korrekte präoperative Diagnose hilft, ein Platzen des Tumors während der Operation zu verhindern, was zu iatrogenen Implantation und Bildung eines peritonealen Pseudomyxoms (PMP) führen kann.

Hier berichten wir über einen Fall von niedriggradigem AMN, der durch chirurgische und histologische Befunde in unserem Krankenhaus diagnostiziert und behandelt wurde. Eine Überprüfung der neuesten Literatur ist ebenfalls im Gange, um das Bewusstsein und das Verständnis für diese Krankheit zu erhöhen. [6]

AMN - ein Appendix, der Schleim verschiedener Konsistenz enthält - von einer geleeartigen Masse bis zu einer wässrigen Flüssigkeit, ist eine Art seltener Neoplasie des Appendix und tritt laut verschiedenen Autoren bei 0,02-0,5% aller Appendektomien auf [2].

Die Mukozele des Appendix ist eine der seltensten Pathologien mit einem uncharakteristischen klinischen Bild, das einer akuten Appendizitis ähnelt. Die Mukozele des Appendix ist eine zystische Erweiterung des Lumens des Appendix - eine seltene Pathologie, erstmals beschrieben von Rokitansky im Jahr 1842, ergänzt 1863 von Virchow. Der Begriff "Mukozele" wurde 1877 von Fere vorgeschlagen [2,3].

Tumore des Appendix sind eine Gruppe von schleimgefüllten Läsionen, die eine obstruktive Vergrößerung des Appendix auf eine gigantische Größe verursachen. Sie sind selten und machen nur 0,25% aller durchgeführten Appendektomien und 8% der Appendix-Tumoren aus. 1,2 Sie können asymptomatisch sein und zufällig bei Röntgen- oder endoskopischer Untersuchung oder während einer aus einem anderen Grund durchgeführten Laparotomie oder Laparoskopie entdeckt werden; 3-5 Daher gehen mehr

als 50% der Fälle mit Schmerzen in der rechten Iliakalfossa einher, was auf eine akute Appendizitis hindeutet.

Die Mukozele des Appendix kann ein gutartiger oder bösartiger Prozess sein, was eine individuelle Behandlung von Fall zu Fall erfordert. Bei unsachgemäßer Behandlung der Mukozele kann sich ein Pseudomyxom des Peritoneums entwickeln, das sich durch einen bösartigen Prozess auszeichnet. Etwa 10%-15% der Mukozelen entwickeln sich zu einem bösartigen Pseudomyxom. [1]

Manchmal wird es zufällig entdeckt, und manchmal ähnelt es einer akuten Appendizitis. Eine korrekte Diagnose vor der Operation ist sehr wichtig, um eine angemessene chirurgische Behandlung auszuwählen und intraoperative und postoperative Komplikationen zu vermeiden. Zu diesem Zweck sollten Ultraschall und insbesondere Computertomographie weit verbreitet eingesetzt werden.

Es gibt 4 histologische Typen von Appendix-Mukozele: Retentionszyste, Mukosa-Hyperplasie, muzinöses Zystadenom und muzinöses Zystadenokarzinom. [2,3]

Laut den meisten Autoren ist die Hauptursache für Mukozele die chronische Obstruktion des Appendix-Lumens, die zu einer Mukosa-Hyperplasie und pathologischen Anhäufung von Schleiminhalt führt [7,8,10]. Das langanhaltende Bestehen der Mukozele führt zu einer Atrophie der Schleimhaut des Appendix. Zysten bis zu 3 cm Größe gelten als klein, bis zu 6 cm als mittelgroß und über 9 cm als gigantisch [9,11,12]. Die am häufigsten durchgeführte Methode ist die Appendektomie.

Zur Diagnose der Krankheit werden Ultraschall und CT verwendet. Die Diagnose wird jedoch nur während der Operation festgestellt. Manchmal kann der Appendix tief genug im Becken liegen, was gynäkologische Erkrankungen wie Hydrosalpinx oder Ovarialzysten imitieren kann [13].

Angesichts der Seltenheit dieser Pathologie möchten wir unsere eigene klinische Beobachtung vorstellen.

Wir präsentieren unsere eigene Beobachtung. Patient T., geboren 1932, wurde am 15.06.2016 in die Notaufnahme der Bukhara-Filiale des Republikanischen Wissenschaftlichen Zentrums für Notfallmedizin eingeliefert. Der Patient wurde mit Beschwerden über Schmerzen im rechten Iliakalbereich, Schwäche und trockenem Mund aufgenommen. Bei der objektiven Untersuchung ist der Zustand relativ zufriedenstellend. Haut normaler Farbe. Periphere Lymphknoten sind nicht vergrößert. Die hämodynamischen Parameter sind normal. Vesikuläres Atmen in den Lungen. Zunge trocken, mit weißem Belag bedeckt. Der Bauch ist nicht geschwollen, nimmt am Atmen teil, bei der Palpation gibt es Schmerzen und Muskelspannung im rechten Iliakalbereich und im Unterbauch. Symptome einer Peritonealreizung sind schwach positiv. Appendikuläre Symptome: Kocher-Volkovich, Razdolsky, Bartomier-Michelson sind positiv. Darmperistaltik ist auskultierbar, Gase scheiden aus. Stuhl und Diurese sind normal.

Allgemeine Blutuntersuchung: Hämoglobin - 102 g/l, Erythrozyten - $3,9 \times 10^{12}/l$, CP - 0,9, Leukozyten - $11 \times 10^9/l$, BSG-16mm/h.

DEM PATIENTEN WURDE FOLGENDE DIAGNOSE GESTELLT: - AKUTE APPENDIZITIS

Unter intravenöser Anästhesie wurde mit einem 10 cm langen Volkovich-Dyakonov-Schnitt die Gewebe der vorderen Bauchwand schichtweise disseziert. Die Bauchhöhle wurde geöffnet. Bei der Revision wurde in der Projektion des Appendix eine grau-gelbliche Bildung von 15,0x10,0 cm Größe mit dicht elastischer Konsistenz und klaren Konturen festgestellt, die als riesige Zyste (Mukozele) des Appendix angesehen wurde. Es wurden etwa 30 ml Exsudat gefunden und abgelassen. Das Caecum ist unverändert. Der Fall wurde als Mukozele des Appendix betrachtet (Zeichnung a). Weitere Vorgehensweise: Die Zyste wurde nahe der Wundwand disseziert, ein erfolgloser Versuch wurde unternommen, den Zysteninhalt mit elektrischer Absaugung zu evakuieren, da die Zystenhöhle mit einer schleimigen Masse gefüllt war (Zeichnung b). Die Zystenhöhle wurde mit einem Löffel gereinigt. Die Ränder der Zyste wurden eingeschnitten (Zeichnung c) und mit Einzelknopfnähten vernäht (Zeichnung f, e).

Postoperative Diagnose: Riesige muzinöse Neoplasie des Appendix. Die Makropräparation wurde geöffnet, eine gelartige Masse wurde gewonnen (Zeichnung d), die Zystenwand wurde zur histologischen Untersuchung geschickt, deren Ergebnisse die Diagnose der Appendix-Mukozele bestätigten.

Wir dachten, es handele sich um eine akute Appendizitis und haben keine CT-Untersuchung durchgeführt. Unserer Meinung nach war dies ein Fehler, denn jeder Patient über 50 Jahre mit Schmerzen im rechten Unterbauch sollte eine CT-Untersuchung erhalten. [2]

Die postoperative Phase verlief günstig. Am 7. Tag nach der Operation wurde der Patient in zufriedenstellendem Zustand aus dem Krankenhaus entlassen. Die Drainage wurde am 5. Tag nach der Operation entfernt, die postoperative Wunde heilte primär.



Eines der Hauptprinzipien der chirurgischen Behandlung dieser Krankheit ist, dass intakte Schleimhäute keine Bedrohung für den Patienten darstellen. Wenn sie perforiert wird und Schleim in die Bauchhöhle gelangt, besteht eine hohe Chance, ein peritoneales Pseudomyxom zu entwickeln, das sehr schwer zu behandeln ist und bei dem die Langzeitergebnisse sehr unbefriedigend sind. Daher ist die Wahl einer adäquaten chirurgischen Methode sehr wichtig. Einige Chirurgen sind der Meinung, dass eine offene Operation der Laparoskopie vorgezogen werden sollte. Wenn die Operation mit der laparoskopischen Methode begonnen wurde und sich herausstellt, dass es eine Appendix-Mukozele gibt, sollte sie in eine offene Operation umgewandelt werden. Dies hat zwei Zwecke: (1) vorsichtig zu operieren, damit die Zyste nicht reißt und der Schleim nicht in die Bauchhöhle gelangt; (2) Bei einer offenen Operation kann im Vergleich zur Laparoskopie eine vollständigere Untersuchung, Palpation und direkte Untersuchung von Stellen im Bauchraum durchgeführt werden, an denen muzinöse Tumore am häufigsten vorkommen können. [2,3,5]

Somit ist die Appendix-Mukozele eine seltene Krankheit und hat eine klinische Präsentation, die einer akuten Appendizitis ähnelt. Eine korrekte Diagnose vor der Operation ist sehr wichtig für die Wahl der chirurgischen Technik, um schwerwiegende intraoperative und postoperative Komplikationen zu vermeiden. Ultraschall, insbesondere CT, sollte zu diesem Zweck weit verbreitet eingesetzt werden. Unserer Meinung nach sollte jeder Patient über 50 Jahre, der mit klinischen Symptomen einer akuten Appendizitis in die Notaufnahme kommt, eine CT-Untersuchung erhalten, und eine offene Operation sollte der laparoskopischen Operation vorgezogen werden.

LITERATUR:

1. Costa RG. Mucocele de apêndice [Mucocele of the appendix]. Rev Col Bras Cir. 2009 Apr;36(2):180-2. Portuguese.
2. Demetrashvili Z, Chkhaidze M, Khutsishvili K, Topchishvili G, Javakhishvili T, Pipia I, Qerqadze V. Mucocele of the appendix: case report and review of literature. Int Surg. 2012 Jul-Sep;97(3):266-9. doi: 10.9738/CC139.1. PMID: 23113858; PMCID: PMC3723229.
3. Lo RH, Kan PS. Appendiceal mucinous cystadenoma presenting as "porcelain" appendix with myxoglobulosis--a rare cause of a right lower quadrant mass. Singapore Med J. 1998 Apr;39(4):174-6. PMID: 9676150.
4. Lo RH, Kan PS. Appendiceal mucinous cystadenoma presenting as "porcelain" appendix with myxoglobulosis--a rare cause of a right lower quadrant mass. Singapore Med J. 1998 Apr;39(4):174-6. PMID: 9676150.
5. Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB Jr. Mucocele of the appendix: imaging findings. AJR Am J Roentgenol. 1992 Jul;159(1):69-72.

6. БеннетГ.Л., ТанпитукпонгсеТ.П., МакариМ., ЧоК.С., БаббДж.С. КТ-диагностикамукоцелечервеобразногоотросткаубольныхострым аппендицитом. *AJR Am J Рентгенол.* 2009 г.; 192 : W103–W110. [[PubMed](#)] [[Академия Google](#)]
7. ДергачевА. И. Гигантскоемукоцелечервеобразногоотростка /А. И. Дергачев, А. Н. Юшков, С. Д. Фомин //SonoAce International. –1999. – №4. –С. 12-16.
8. ДмитриевскийВ.Н. Кистачервеобразногоотростка, имитировавшаязабрюшиннуюопухоль // Вестникхирургии. - 1981. - N2. - С. 83-84.
9. ИмнайшвилиБ. Е. Гигантскоемукоцелечервеобразногоотростка /Б. Е. Имнайшвили, А. А. Коркеляя, А. Г. Джвбенава //Хирургия. –1973. – №1. –С. 133-138.
10. КорневН.Н., КашеренковВ.Ф. Миксомачервеобразногоотростка // Хирургия. - 1975. - N7. -С. 105-106.
11. Кохнюк, В.Т. Мукоцелечервеобразногоотростка / В.Т. Кохнюк// Вопросыонкологии. - 1988. - № 1. –С. 87-88.
12. КузьминВ.И. Миксомаретроцекальнорасположенногочервеобразногоотростка /В. И. Кузьмин, Н. П. Яшин, Т. М. Егорова // Хирургия. – 1985. –№3. –С. 117-118.
13. Щекина, М.И. Мукоцеле: личныйопытнаблюдения/ М.И. Щекина, В.Е. Коновалова// Гастроэнтерология. – 2010. - № 2. –С. 76 -78.