

ღვიძლის ექტოპიური წილის მარჯვენამხრივი სუპრადიაფრაგმული მდებარეობა

დავით გიორგაძე, ზურაბ ზედგინიძე, სპირიდონ სანიკიძე, ალექსანდრე ნემუმაშვილი, დიმიტრი ლიპარტელიანი, თორნიკე გახოკიძე

კლინიკა „კონსილიუმ მედულა“ თბილისი

პასუხისმგებელი პირი: სპირიდონ სანიკიძე, s.sanikidze@onco.ge

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2023.11.58-60>

რეზიუმე | სტატიაში აღწერილია ჰეტეროტოპური სუპრადიაფრაგმული ღვიძლის იშვიათი შემთხვევა. პაციენტი, 58 წლის მამაკაცი, მომართა კლინიკას ჩივილებით არაპროდუქტიულ ხველასა და ქოშინზე, ფიზიკურ დატვირთვის დროს. გულმკერდის CT სკანირებით გამოვლინდა წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობდა მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სუბპლევრალურ სივრცეში. წინასწარი დიაგნოზი: პლევრის ნეოპლაზმა. ჩატარდა კლინიკურ-ინსტრუმენტული კვლევები. დაიგეგმა და გაკეთდა სადიაგნოსტიკო თორაკოსკოპია. თორაკოსკოპიით გამოვლინდა ფილტვისგან იზოლირებული, ჰომოგენური, მკვრივი, პლევრაზე ბაზირებული წარმონაქმნი. გადაწყდა კონვერსია – თორაკოტომია – წარმონაქმნი ტრანსდიაფრაგმული ფეხით უკავშირდებოდა ღვიძლის მარჯვენა წილს. მოხდა მისი მობილიზება, დიაფრაგმოტომია, მოიკვეთა ღვიძლის პარენქიმისაგან. მიღებული ბიოლოგიური მასალა გაიგზავნა ჰისტომორფოლოგიურ კვლევაზე. დასკვნა: ღვიძლის ნორმალური ქსოვილი. სტატიაში განხილულია ღვიძლის ექტოპიურად მდებარე ქსოვილის წარმოშობის ორი მექანიზმი: ემბრიოგენული და ტრავმული. ჩვენს მიერ წარმოდგენილი კლინიკური შემთხვევა მიეკუთვნებოდა პირველ ვარიანტს.

საკვანძო სიტყვები: ჰეტეროტოპული სუპრადიაფრაგმული ღვიძლი, ღვიძლის ექტოპიური წილი

ჩვენს კლინიკაში დაფიქსირდა ღვიძლის ექტოპიური წილის მარჯვენამხრივი სუპრადიაფრაგმული მდებარეობის იშვიათი შემთხვევა. ხელმისაწვდომი ლიტერატურის მონაცემებით, მსოფლიოში დღემდე აღწერილია მსგავსი პათოლოგიის სულ 19 შემთხვევა.

შესავალი

ჰეტეროტოპული სუპრადიაფრაგმული ღვიძლი იშვიათი თანდაყოლილი პათოლოგიაა. ლიტერატურის მონაცემებით, ღვიძლის ქსოვილის ატიპიური მდებარეობა აღწერილია სხეულის სხვადასხვა ნაწილსა თუ ორგანოში – ნაღვლის ბუშტი, თირკმელზედა ჯირკვალი, პანკრეასი, ელენთა, დიდი ბადაქონი, ჭიბი.¹

შემთხვევათა უმრავლესობაში, პათოლოგიის დიაგნოსტიკა ხდება შემთხვევით, რადიოლოგიური კვლევების დროს. ყველაზე ხშირად პათოლოგია გამოვლინდა გულმკერდის რადიოლოგიური კვლევებისას.²

ექტოპიურად მდებარე ღვიძლის პირველი აღწერილი შემთხვევა 1957 წელს დაფიქსირდა.³ მას შემდეგ აღწერილია 18 მსგავსი ანომალია.⁴

ჩვენ წარმოგიდგინთ და აღწერთ ღვიძლის ექტოპიური წილის მარჯვენამხრივი სუპრადიაფრაგმული მდებარეობის მეოცე შემთხვევას.

შემთხვევის აღწერა

რეგიონულ საავადმყოფოს მიმართა 58 წლის, კაკა-სიელმა მამაკაცმა ჩივილით არაპროდუქტიულ ხველასა და ქოშინზე, რაც გამოვლინდა კლინიკაში მომართვამდე ერთი თვით ადრე, ფიზიკური დატვირთვისას.

დიაგნოზის ვერიფიკაციისთვის ჩატარდა გულმკერდის კტ კვლევა. ინახა: მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სუბპლევრულ სივრცეში, VIII სეგმენტის დონეზე გამოვლინდა მომრგვალო ფორმის, გლუვკიდეებიანი, 5,3x6,2x3,3სმ ზომების, სიმსივნური წარმონაქმნი, პერიფოკალური ინფილტრაციის გარეშე, რომელსაც არ ჰქონდა კავშირი ბრონქულ ხესთან (სურათი №1).

პაციენტი, რეგიონული საავადმყოფოდან, გაიგზავნა თორაკალურ ქირურგთან კონსულტაციაზე, მრავალპროფილურ კლინიკა „კონსილიუმ მედულა“-ში.

ანამნეზში პაციენტი უარყოფდა ტრამვას ან ოპერაციულ ჩარევას მუცლის და გულმკერდის ღრუს ორგანოებზე. კლინიკაში ჩატარებული კონსილიუმის გადაწყვეტილებით დაიგეგმა გულმკერდის და მუცლის ღრუს კტ კვლევა, ი.ვ. კონტრასტირებით. თუმცა პაციენტმა განმარტა, რომ ანამნეზში ჰქონდა ალერგიული რეაქცია საკონტრასტო ნივთიერებაზე. აღნიშნულის გამო ჩატარდა კომპიუტერული ტომოგრაფია კონტრასტირების გარეშე. კლინიკური მონაცემების და კტ-ს დასკვნის შეფასების საფუძველზე დაისვა წინასწარი დიაგნოზი: პლევრის სიმსივნე. სხვა პათოლოგია ჩატარებული მუცლის და გულმკერდის ღრუს რადიოლოგიური გამოკვლევებით არ გამოვლინდა.

პაციენტის დიაგნოზის დასაზუსტებლად და სადიფერენციაციოდ დაიგეგმა სადიაგნოსტიკო თორაკოსკოპია.

პაციენტს ჩაუტარდა სადიაგნოსტიკო თორაკოსკოპია. ინტრაოპერაციულად გამოვლინდა 6სმ-მდე ზომის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელსაც გააჩნდა დაახლოებით 3სმ ზომის ყელი. წარმონაქმნი უკავშირდებოდა მარჯვნივ დიაფრაგმას, არ იყო კავშირში ფილტვის ქსოვილსა და ირგვლივ მდებარე ანატომიურ სტრუქტურებთან. გაურკვეველი ბუნების და ზომიდან გამომდინარე გადაწყდა



სურათი 1. პრეოპერაციულად ჩატარებული გულმკერდის კტ კვლევა, ისრებით მითითებულია სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს მარჯვენა სუბპლევრალურ სივრცეში VIII სეგმენტის დონეზე

კონვერსია. გაკეთდა თორაკოტომია. წარმონაქმნი იყო მკვრივი კონსისტენციის, ყავისფერი შეფერილობის, გააჩნდა გამოკვეთილი სეროზული კაფსულა (სურათი №2A). დიაფრაგმის გავლით უკავშირდებოდა ღვიძლს.

წარმონაქმნის ფეხის პროექციაზე გაიკვეთა დიაფრაგმა, გამოვლინდა მისი კავშირი ღვიძლთან. ტრანსთორაკალური მიდგომით გაიხსნა მუცლის ღრუ. წარმონაქმნი მომდინარეობდა ღვიძლის მარჯვენა წილიდან, გამოიყო ირგვლივ ქსოვილებისგან და მოიკვეთა. მიღებული მასალა ვიზუალური შეფასებით შეესაბამებოდა ღვიძლის ქსოვილს (სურათი №2B). მასალა, გემიური ჰისტომორფოლოგიური კვლევით, შეფასდა,

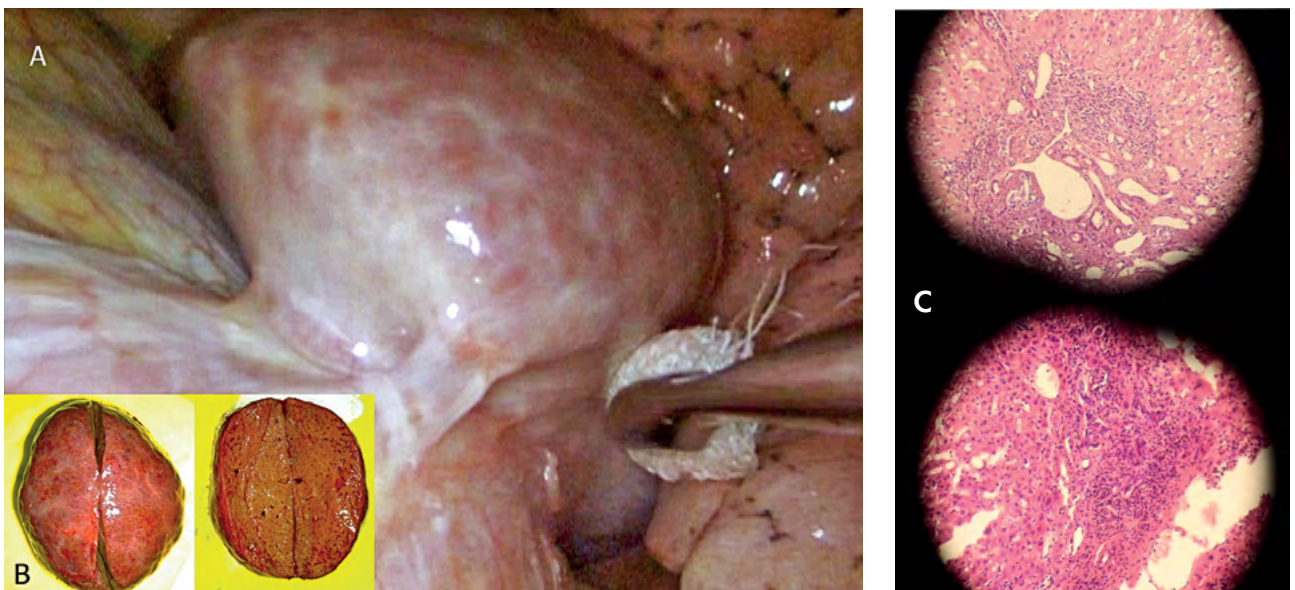
როგორც ღვიძლის ქსოვილი ატიპიის გარეშე (სურათი №2C).

პოსტოპერაციული პერიოდი გართულების გარეშე. ოპერაციიდან მეოთხე დღეს პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან.

კომენტარი

ლიტერატურაში აღწერილი შემთხვევების უმეტესობაში ღვიძლის ექტოპიურად მდებარე ქსოვილი შემთხვევით გამოვლინდა.²

სხვადასხვა წყაროში განხილულია ღვიძლის ქსოვილის ექტოპიურად წარმოქმნის და განვითარების 2 შესაძლო მექანიზმი.¹



სურათი 2. A. სიმსივნური წარმონაქმნი ყელთან ერთად, რომელიც მდებარეობდა მარჯვენა დიაფრაგმაზე. B. წარმონაქმნი ვიზუალურად წარმოადგენდა ღვიძლის ნორმალურ ქსოვილს. C. ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით გამოვლინდა ღვიძლის ქსოვილი, ატიპიის გარეშე.

პირველი, ორსულობის მეოთხე კვირას ნაყოფის დიაფრაგმა იწყებს განვითარებას ცენტრალურად septum transversum-დან და პერიფერიულად მარჯვენა და მარცხენა პლევროპერიტონეალური გარსებიდან. ჩვეულებრივ, პლევროპერიტონეალური ღრუ იხურება ორსულობის მეექვსე-მეშვიდე კვირას. დიაფრაგმის ფორმირებამდე შესაძლებელია ღვიძლის ქსოვილის მცირე ნაწილი გაიზარდოს და განვითარდეს გულმკერდის ღრუში. სუპრადიაფრაგმულად მდებარე ღვიძლის ქსოვილს შესაძლოა ჰქონდეს ან არ ჰქონდეს კავშირი ღვიძლის პარენქიმასთან.¹ ამ მექანიზმით შეიძლება აიხსნას ჩვენი შემთხვევის წარმოშობა.

მეორე, პათოლოგიური მდგომარეობის განვითარების კიდევ ერთი მექანიზმი უკავშირდება გულმკერდის ან მუცლის ღრუს ტრავმას ანამნეზში.⁵

დასკვნა

ღვიძლის ექტოპიური წილის მარჯვენამხრივი სუპრადიაფრაგმული მდებარეობა იშვიათი პათოლოგიაა და

პრეოპერაციულად შესაძლოა, გაძნელდეს სწორი დიაგნოზის დადგენა. ლიტერატურის მონაცემებით, აღნიშნული დიაგნოზი შეიძლება დადგინდეს:

1. სიმსივნური წარმონაქმნის ტრანსთორაკალური ბიოფსია კტ კონტროლით.⁶
2. ულტრაბგერითი გამოკვლევა, დოპლერის რეჟიმით ან კტ-ანგიოგრაფია, რომლის წარმონაქმნის სისხლმომარაგების შეფასების მიზნით.⁷

კტ კვლევით შესაძლებლად არ გვესახება ღვიძლის და დიაფრაგმის ქსოვილის (სიმკვრივის გათვალისწინებით) ერთმანეთისგან გარჩევა, ამდენად კტ კვლევას აქვს ნაკლები სადიაგნოსტიკო ღირებულება, მრტ კვლევასთან შედარებით. უკანასკნელი შესაძლოა, დიაფრაგმის დეფექტის და ღვიძლის ქსოვილის გულმკერდის ღრუში ექტოპიური მდებარეობის გამოვლენის საუკეთესო არჩევანს წარმოადგენდეს.⁴

ლიტერატურა:

References:

1. Mendoza A, Volland J, Wolf P, Benirschke K. Supradiaphragmatic liver in the lung. Arch Pathol Lab Med 1986;110:1085-6.
2. Hudson TR, Brown HN. Ectopic (supradiaphragmatic) liver. J Thorac Cardiovasc Surg 1962;43:552-5.
3. Hansbrough ET, Lipin RJ. Intrathoracic accessory lobes of the liver. Ann Surg 1957;145:564-7
4. Lee SG, Ryu DS, Park MS, Kang CH, Choi SJ, Shin DR. A Case of Intrathoracic Ectopic Liver in a Patient without Diaphragmatic Defect. J Korean Soc Radiol. 2016;74:399-402
5. An J, Han J, Lee KS, Choi YS. Supradiaphragmatic Heterotopic Liver Presenting as a Pleural Mass: A Case Report. Tuberc Respir Dis. 2010; 69:191-195
6. Dinkel HP, Lorenz MH, Stein R, Kolb M. Transdiaphragmatic liver herniation mimicking pulmonary nodule. Eur J Radiol Extra 2003;46:17-20
7. Babu R, Van der Avoirt A. Ectopic intrathoracic liver. Pediatr Surg Int 2001;17:461-2

RIGHT SUPRADIAPHRAGMATIC LOCALIZATION OF ECTOPIC LIVER LOBE

David Giorgadze, Zurab Zedginidze, Spiridon Sanikidze, Alexandre Neshumashvili, Dimitri Liparteliani, Tornike Gakhokidze

Clinic "Consilium Medulla" Tbilisi

Contact person: Spiridon Sanikidze, s.sanikidze@onco.ge

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2023.11.58-60>

Resume

The article reports on a rare case of heterotopic supradiaphragmatic liver, in which liver tissue grows outside its usual location and can form a nodule. The patient, a 58-year-old man, visited a hospital with symptoms of nonproductive cough and dyspnea on physical exercise, and a chest CT scan revealed a mass located in the subpleural space of the lower lobe of the right lung. The pre-diagnosis was pleural neoplasm, and diagnostic investigations were conducted to exclude the possibility of metastasis. The patient underwent a diagnostic thoracoscopy that revealed a mass based on the right hemidiaphragm with a peduncle going through the diaphragm, which was not attached to the lung, and had a homogeneously solid and brown surface. Due to the size and nature of the mass, the operation was converted to a right limited thoracotomy, and the mass was found to be connected to the liver. The tumor was mobilized and easily separated from the liver, and the post-operative pathology report showed normal liver tissue. The article discusses the possible mechanisms that can cause the development and formation of an ectopic liver nodule and describes two main types of an ectopic liver, with the reported case belonging to the first category.

Key words: ectopic liver lobe, heterotopic supradiaphragmatic liver