



Клиническое наблюдение

Рак червеобразного отростка. Дифференциальный диагноз на примере разбора клинического наблюдения

Сташук Г.А.¹ • Дуброва С.Э.¹ • Смирнова Д.Я.²

Сташук Галина Александровна – д-р мед. наук, заведующая рентгенологическим отделением № 2, профессор кафедры лучевой диагностики факультета усовершенствования врачей¹; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1058-0611>. E-mail: stashukmoniki@mail.ru

Дуброва Софья Эриковна – канд. мед. наук, врач-рентгенолог отделения компьютерной и магнитно-резонансной томографии рентгенологического отдела, ассистент кафедры лучевой диагностики факультета усовершенствования врачей¹; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8809-1629>. E-mail: dubrova.sofya@gmail.com

Смирнова Дарья Яковлевна – врач-рентгенолог рентгенологического отделения²; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0128-7977>
✉ 141301, Московская область, г. Сергиев Посад, Новоулицкое шоссе, 62А, Российская Федерация.
Тел.: +7 (496) 540 12 03.
E-mail: d-ya-sm@yandex.ru

Первичный рак червеобразного отростка – одно из самых редких злокачественных заболеваний. Его частота составляет 0,5% от всех форм рака толстой кишки и не превышает сотых долей процента от всех удаленных червеобразных отростков. Заболевание не имеет специфических признаков и может симулировать течение острого аппендицита, его осложнений или патологию придатков матки. Обычно диагностируется после оперативного лечения по результатам патоморфологического исследования. В статье описано клиническое наблюдение пациентки 58 лет с опухолью червеобразного отростка. Первично новообразование было расценено как аппендикулярный инфильтрат, а при повторной госпитализации проводилась дифференциальная диагностика между опухолью придатков матки и мукоцеле аппендикса. По результатам гистологического исследования выявлена слизистая аденокарцинома (G1) червеобразного отростка с прорастанием в стенку подвздошной кишки. Диагностика этой патологии вызывает трудности даже у подготовленных специалистов при использовании полного комплекса лучевых методов исследования, которые обеспечивают получение

дополнительных данных, существенно добавляя информацию к клиничко-лабораторному обследованию. Несмотря на редкость встречаемости рака червеобразного отростка, он должен быть включен в дифференциально-диагностический ряд. В статье приведена характеристика основ дифференциальной диагностики с учетом онкологической настороженности в отношении рака аппендикса. Знание особенностей диагностики в дооперационном периоде этого редко встречающегося заболевания будет полезно практикующему специалисту.

Ключевые слова: рак червеобразного отростка, аппендикулярный инфильтрат, рак яичников

Для цитирования: Сташук ГА, Дуброва СЭ, Смирнова ДЯ. Рак червеобразного отростка. Дифференциальный диагноз на примере разбора клинического наблюдения. Альманах клинической медицины. 2019;47(8):733–9. doi: 10.18786/2072-0505-2019-47-070.

Поступила 19.11.2019, доработана 21.11.2019, принята к печати 26.11.2019, опубликована онлайн 09.12.2019

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

² ГБУЗ МО «Сергиево-Посадская районная больница»; 141301, Московская область, г. Сергиев Посад, Новоулицкое шоссе, 62А, Российская Федерация

Аппендикулярные новообразования встречаются редко и в большинстве случаев обнаруживаются случайно во время операции по поводу острого аппендицита или его осложнений [1]. Частота встречаемости первичного рака червеобразного отростка составляет сотые доли процента от всех удаленных червеобразных отростков [2]. Обычно пациент поступает в хирургическое отделение с подозрением на аппендицит или его осложнение (аппендикулярный инфильтрат), мукоцеле или грыжу. У женщин наибольшие трудности возникают при дифференциальной диагностике с опухолью яичников. Жалобы пациентов неспецифические, проявляются в виде дискомфорта и тянущей боли в правой половине живота. Диагностические мероприятия при такой клинической картине не всегда помогают достоверно провести дифференциальный диагноз. Достаточно часто рак червеобразного отростка диагностируется после оперативного лечения по результатам гистологического исследования удаленного аппендикса. Чаще всего выявляется нейроэндокринная опухоль, значительно реже – аденокарцинома, которая, как и рак ободочной кишки, обладает выраженным инвазивным ростом, имеет лимфогенный и имплантационный пути метастазирования, распространяется на расположенные рядом органы брюшной полости и малого таза, а также может осложняться карциноматозом брюшины.

Методы медицинской визуализации в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний аппендикса имеют достаточно ограниченное применение. Рентгенография органов брюшной полости лишь позволяет исключить кишечную непроходимость из дифференциально-диагностического ряда. При анализе изображений, полученных при ультразвуковом исследовании (УЗИ), компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), не наблюдается достоверных признаков рака червеобразного отростка. При обнаружении расширенного и заполненного содержимым аппендикса на КТ или МРТ органов брюшной полости требуется настороженность в отношении опухоли червеобразного отростка.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение

Пациентка Н. 58 лет впервые поступила в хирургическое отделение Сергиево-Посадской районной больницы в июле 2018 г. по экстренным показаниям с жалобами на ноющую, давящую боль внизу живота,

в большей степени справа, без иррадиации. Признаков диспепсии не отмечала. Из анамнеза известно, что заболела остро за два дня до обращения, когда отметила нарастающие боли в животе без видимых причин. Лихорадки не было. Объективно: при пальпации живот не напряжен, болезненный в правой подвздошной области. При анализе лабораторных данных (общий анализ крови, мочи) при поступлении в крови выявлено повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 24 мм/ч, в остальном без особенностей. При осмотре гинеколога в области придатков справа пальпировалось образование до 5 см в диаметре, умеренно болезненное; заподозрено образование правого яичника, назначен анализ крови на СА-125, который составил 5,9 Ед/мл (в пределах нормальных значений). За время нахождения в стационаре проводилось обследование (в том числе УЗИ органов брюшной полости и малого таза), в результате которого было установлено наличие инфильтрата в правой подвздошной области, в остальном без особенностей. По данным ректороманоскопии заподозрен спаечный процесс в брюшной полости. В качестве уточняющего метода была выполнена КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным введением контрастного препарата, по результатам которой выявлено образование в правой подвздошной области с нечеткими контурами, примерными размерами 30 × 36 × 42 мм, границы которого было трудно дифференцировать от прилежащих петель слепой и подвздошной кишки, правых придатков матки. Данное образование было расценено как аппендикулярный инфильтрат правой подвздошной области. За время наблюдения в стационаре отмечено ускорение СОЭ до 58 мм/ч, в остальном по лабораторным показателям без особенностей. После проведения курса консервативной терапии в течение 15 дней, стабилизации клинических (уменьшение инфильтрата в размерах в 2 раза по данным УЗИ) и лабораторных данных пациентка выписана на амбулаторное наблюдение с диагнозом «аппендикулярный инфильтрат». Оперативное лечение было отложено в связи с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

После коррекции заболевания сердечно-сосудистой системы и стабилизации состояния в мае 2019 г. поступила в хирургическое отделение Сергиево-Посадской районной больницы в плановом порядке для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения. Активных жалоб не предъявляла. В лабораторных анализах при поступлении СОЭ до 25 мм/ч, в остальном без особенностей. Контроль уровня СА-125 повторно не проводился. В плане дообследования выполнена колоноскопия под внутривенной седацией, эндоскоп введен на 30 см в нижнюю треть сигмы, дальше пройти технически не удалось, сигмовидная кишка фиксирована. В осмотренных

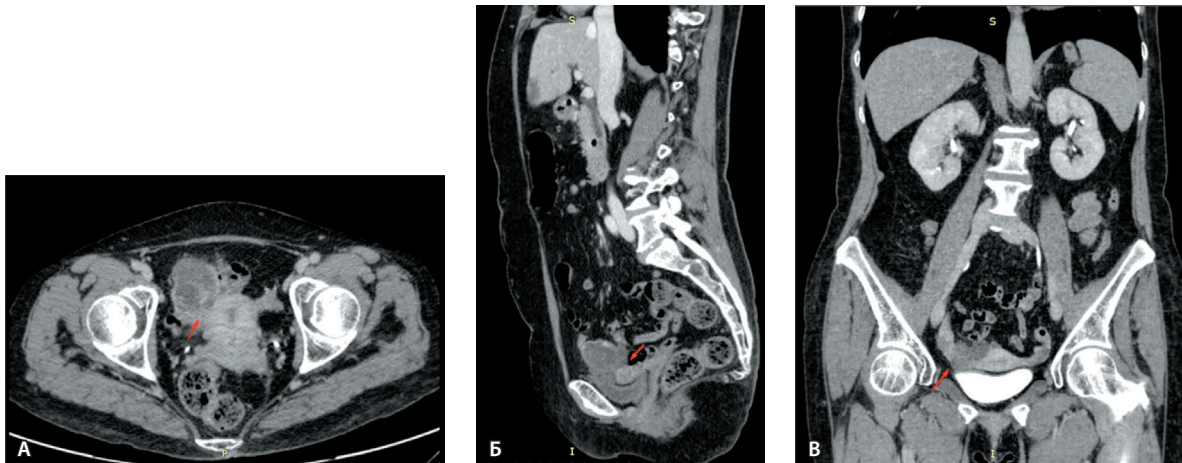


Рис. 1. Компьютерные томограммы органов брюшной полости и малого таза (мягкотканное окно) с внутривенным контрастированием. **А** – аксиальная проекция (отсроченная фаза), **Б** – реконструкция в сагиттальной проекции (венозная фаза), **В** – реконструкция в корональной проекции (отсроченная фаза). В проекции правых придатков матки лоцируется дополнительное объемное образование неправильно округлой формы с нечеткими неровными контурами с утолщенными стенками, накапливающимися контрастный препарат по патологическому типу. Стрелкой отмечено взаимоотношение образования с маткой в разных плоскостях

отделах органической патологии не выявлено. Заподозрены спаечный процесс в брюшной полости, долихо сигма.

При контрольном УЗИ органов брюшной полости, малого таза отмечено наличие инфильтрата в полости малого таза за мочевым пузырем, имеющего связь с кишкой, был заподозрен неопластический процесс. Выполнена контрольная КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным введением контрастного препарата. Исследование вызвало трудности в формулировании заключения у врача-рентгенолога районной больницы, было отмечено, что в полости малого таза определяется объемное образование, связанное с дном и правым ребром тела матки, которое прилежит к петлям тонкой кишки, а также к правой наружной подвздошной артерии. Было заподозрено образование толстой кишки, исследование направлено на консультацию в Центр второго мнения в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

С учетом мнения эксперта выявлено следующее: в полости малого таза в проекции правых придатков матки определяется дополнительное объемное образование неправильно округлой формы с нечеткими неровными контурами со следующими примерными размерами: фронтальный – 4,8 см, передне-задний – 4,7 см, вертикальный – 3,5 см. Образование преимущественно пониженной плотности, стенки его утолщены. При внутривенном контрастном усилении зафиксировано умеренное накопление контрастного препарата центральной частью патологического образования к отсроченной фазе, однако дельта накопления контраста между нативной и отсроченной фазой не

превышала 11 ед. НУ. Стенки образования значительно накапливали контрастный препарат от нативной фазы к отсроченной с разницей в плотности до 58 ед. НУ. Образование интимно прилежало к верхушке слабо наполненного мочевого пузыря в правых отделах (границы между ними четко не прослеживались), а также ко дну матки, правому яичнику, маточной трубе и петлям тонкой кишки. Кроме того, к образованию интимно прилежал неравномерно утолщенный до 18 мм по короткому диаметру типично расположенный извитой червеобразный отросток, который в дистальных отделах был подпаян к образованию.

В заключении предполагалось объемное образование в области правого яичника и маточной трубы, проводилась дифференциальная диагностика рака яичника и маточной трубы с мукоцеле аппендикса (рис. 1).

Пациентка оперирована, в малом тазу обнаружен воспалительный инфильтрат, в который вовлечены задняя стенка мочевого пузыря, тонкая кишка, верхушка червеобразного отростка. В ходе оперативного вмешательства инфильтрат отделен от задней стенки мочевого пузыря без нарушения целостности его стенки. При дальнейшем осмотре визуализирована верхушка червеобразного отростка с признаками хронического воспаления, которая была утолщенной, плотной, с инвазией в стенку тонкой кишки на расстоянии 50 см от слепой кишки. Просвет тонкой кишки был сужен наполовину. Патологических лимфатических узлов в брыжейке тонкой кишки по ходу правой ободочной кишки и толсто-тонкокишечных сосудов не определялось. Ситуация расценена как воспалительный процесс с периабсцессом и инвазией в тонкую кишку.

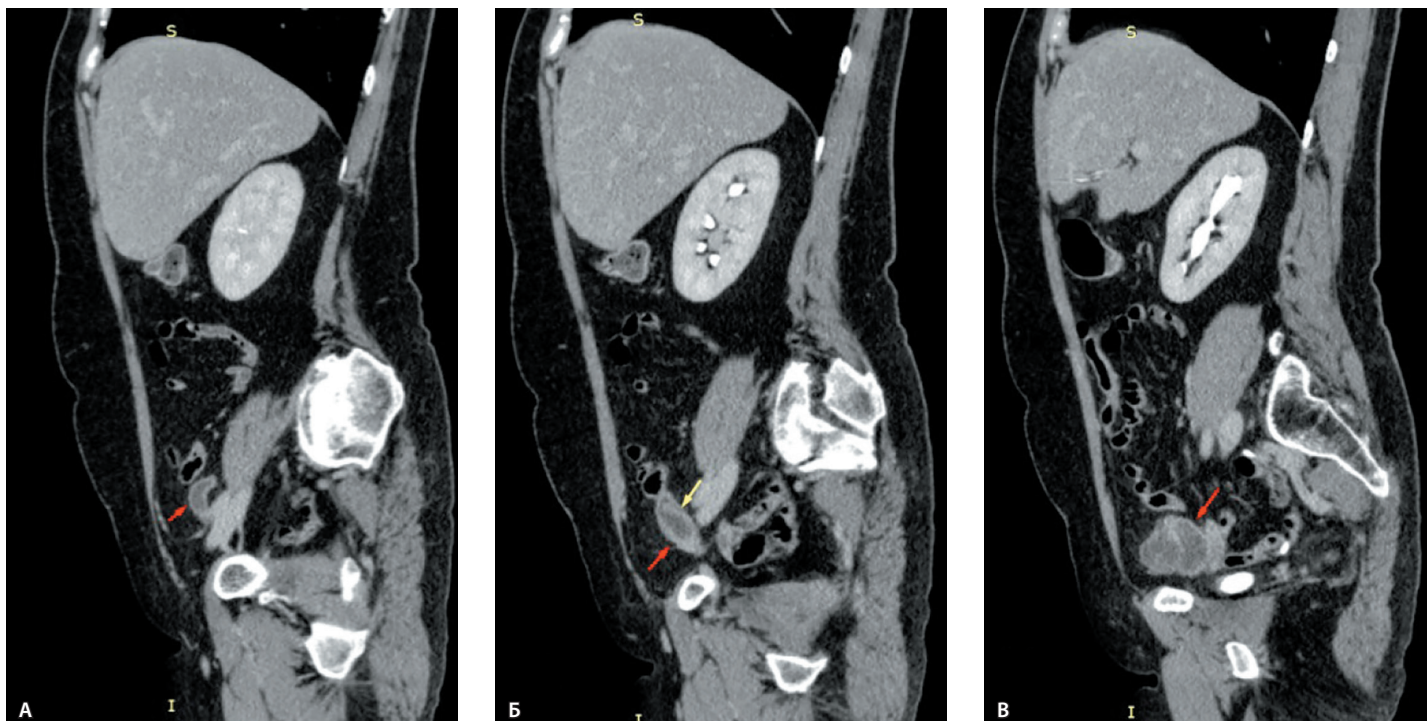


Рис. 2. Компьютерные томограммы органов брюшной полости и малого таза (мягкотканное окно) с внутривенным контрастированием. Реконструкции в сагиттальной проекции, отсроченная фаза контрастирования. На уровне средней трети аппендикса задняя стенка его неравномерно утолщена, инфильтрирована с визуализацией внутрипросветного мягкотканного образования. Демонстрирование хода червеобразного отростка (красная стрелка) в верхней (А), средней (Б) и нижней (В) третях. Мягкотканый внутрипросветный компонент отмечен желтой стрелкой (Б)

Выполнены резекция тонкой кишки единым блоком и аппендэктомия.

По результатам гистологического исследования выявлена слизистая аденокарцинома (G1) червеобразного отростка с прорастанием в стенку подвздошной кишки до слизистой оболочки.

Учитывая расхождение данных КТ, оперативного вмешательства и гистологического исследования, мы ретроспективно проанализировали данные предоперационной КТ органов брюшной полости и малого таза.

В дополнение к вышеописанному следует отметить, что стенки червеобразного отростка в средней и нижней трети были неравномерно утолщены и значительно накапливали контрастный препарат, максимально в отсроченную фазу (дельта накопления составила не менее 48 ед. НУ).

На уровне средней трети червеобразного отростка наблюдалась неравномерно утолщенная инфильтрированная задняя его стенка с визуализацией внутрипросветного мягкотканного образования. Границы между нижней третью червеобразного отростка и дополнительным объемным образованием не выявлено (рис. 2).

Обсуждение

Выявление опухолей червеобразного отростка представляет собой сложную диагностическую задачу во всем мире. Нейроэндокринные новообразования аппендикса встречаются достаточно редко и в большинстве случаев имеют благоприятный прогноз, но могут рецидивировать спустя продолжительное время с момента обнаружения; диагностируются случайно при аппендэктомии [3]. Иногда злокачественное новообразование червеобразного отростка удается выявить с помощью колоноскопии: описан случай, в котором опухоль лоцировалась у отверстия червеобразного отростка, по результатам гистологического исследования был установлен перстневидноклеточный рак аппендикса [4]. Аденокарцинома червеобразного отростка также чаще выявляется случайно во время операции по поводу острого аппендицита, и верифицировать ее возможно только при гистологическом исследовании. Однако если проявлять онкологическую настороженность в отношении данного заболевания, необходимо поставить его в дифференциальный ряд с другими наиболее часто встречающимися



Основы дифференциальной диагностики аппендикулярного инфильтрата, рака яичников, рака червеобразного отростка

Критерий	Аппендикулярный инфильтрат	Рак яичников	Рак червеобразного отростка
1. Клинико-анамнестический фактор	Осложняет течение острого аппендицита, проявляется на 2–4-е сутки от начала основного заболевания	Обращение в основном на поздних стадиях с неспецифическими жалобами на слабость, утомляемость, одышку, а также боли и увеличение живота в размерах, снижение темпа диуреза, запоры. Уточнение анамнеза – рак яичников у родственников, злокачественные новообразования других локализаций, нарушение менструальной функции	Неспецифические жалобы на боли в животе, иногда – в правой поясничной области, редко – на наличие пальпируемого образования
2. Данные физикального обследования, общие принципы	В зависимости от вида инфильтрата: плотный – можно пропальпировать, рыхлый – при осмотре обнаружить затруднительно. У пациентов с рыхлым инфильтратом в большинстве случаев выявляется положительный симптом Щёткина – Блюмберга [6]	При бимануальном ректовагинальном исследовании возможно пропальпировать объемное образование в проекции придатков матки, при распространенном процессе тело матки с опухолево-измененными придатками пальпируется единым конгломератом	Исходя из особенностей расположения отростка и связанных с ним изменений можно при бимануальном влагалищном исследовании пропальпировать объемное образование, однако такая диагностика специфичной не является. При осложнениях рака атипично расположенного отростка (псевдомиксоматоз) образование можно пропальпировать, в том числе и в правой поясничной области
3. Диагностика			
3.1. Лабораторные методы	Специфических маркеров нет (косвенные признаки – определение уровня лейкоцитов с нейтрофилами в общем анализе крови как показателя эндогенной интоксикации)	Определение уровня СА-125 (не обладает адекватной специфичностью и чувствительностью при скрининге) [7]	Специфических маркеров нет (косвенные признаки – определение уровня лейкоцитов с нейтрофилами в общем анализе крови для исключения эндогенной интоксикации; повышение СОЭ)
3.2. Лучевые методы			
3.2.1. УЗИ органов брюшной полости, малого таза	Эффективно только при типичной локализации аппендикса. Позволяет визуализировать инфильтрат в правой подвздошной области, а также уточнить особенности строения рыхлого и плотного инфильтрата, дифференцировать их между собой при трудностях физикального обследования. Предоставляет возможность исследовать аппендикс (при рыхлом инфильтрате, при плотном – затруднительно)	При исследовании органов малого таза возможно выявление дополнительных объемных образований в проекции яичников, представленных солидным, кистозно-солидным компонентом, одно- или двусторонних, с наличием перегородок и папиллярных разрастаний, с определяемым при ЦДК кровотоком	Позволяет определить локализацию инфильтратов – в правой подвздошной области, в полости малого таза исходя из расположения аппендикса, а может не позволить определить изменений вовсе
3.2.2. КТ органов брюшной полости, малого таза с внутривенным контрастированием	Для дифференциальной диагностики плотного инфильтрата с опухолью, уточнения локализации червеобразного отростка (чаще располагается в центре инфильтрата)	Более детальная оценка контура образования, степени вовлеченности в процесс соседних органов и тканей, уточнение наличия вторичных изменений в органах брюшной полости, брюшине, лимфоузлах, костях скелета. Уточнение объемов асцита при его наличии	Уточнение расположения червеобразного отростка, его размеров, формы, контуров, накопления контрастного препарата его стенками, дополнительных образований, с ним связанных, взаиморасположения отростка с соседними органами и тканями, связи его с брюшиной. Однако данные параметры не всегда могут быть выявлены и достоверно трактованы
3.2.3. МРТ органов малого таза	Не является методом выбора	Метод выбора: позволяет исследовать внутреннюю структуру образования, выявить прямые и косвенные критерии злокачественности объемного образования яичников	Нет данных
3.3. Диагностическая лапароскопия	Направлена на поиск червеобразного отростка и его изменений – в частности, диагностика острого аппендицита, осложненного развитием рыхлого инфильтрата, в сомнительных случаях; проведение дифференциальной диагностики с гинекологической патологией, верификация изменений у пациентов с избыточной массой тела	После УЗИ, МРТ органов малого таза при выявлении критериев злокачественности объемного образования яичников, используется для срочного гистологического исследования удаленных придатков или биопсийного материала, а также для определения сопутствующей патологии, степени резектабельности опухоли [8]	Недостаточно данных, имеет смысл при невозможности установления другими методами локализации аппендикса и изменений, происходящих с ним

КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, УЗИ – ультразвуковое исследование, ЦДК – цветное доплеровское картирование



патологическими состояниями в этой области. Большое значение имеет расположение червеобразного отростка. В нашем случае он занимал нисходящее положение, при ретроспективном анализе данных КТ удалось отследить его ход и сопоставить изменения с результатами гистологического заключения. Следует также принимать во внимание в большинстве случаев достаточно высокую степень ослизненности рака аппендикса.

В литературе описан случай, когда у пациента с жалобами на наличие опухолевого образования в правой поясничной области, впоследствии распространившегося на правую подвздошную область и боковую стенку живота, при люмботомии забрюшинно справа была обнаружена полость, заполненная желеобразными массами, с наличием затеков к пупку и в область малого таза. При гистологическом исследовании выявлена аденокарцинома со слизеобразованием. Когда в раннем послеоперационном периоде была проведена лапароскопия, не выявившая аппендикс в брюшной полости, заподозрено его забрюшинное расположение и выставлен диагноз рака забрюшинно расположенного червеобразного отростка, осложнившегося псевдомиксоматозом забрюшинного пространства [5].

Наиболее часто в повседневной работе хирурги, гинекологи, а вместе с ними и специалисты лучевой диагностики при наличии объемного образования в правой подвздошной области и правых отделах полости малого таза дифференцируют аппендикулярный инфильтрат и объемные образования правого яичника. Основы

дифференциальной диагностики этих состояний с учетом онкологической настороженности в отношении рака аппендикса приведены в таблице.

Заключение

Дифференциальная диагностика рака червеобразного отростка затруднительна по разным причинам, главной из которых признается очень низкая встречаемость данной патологии и, соответственно, ее недостаточная изученность.

На примере вышеописанного клинического случая мы продемонстрировали тактику ведения пациента с инфильтратом в правой подвздошной области в районной больнице, выявили недочеты на этапе медицинской визуализации и проанализировали ошибки на некоторых этапах лучевой диагностики. Таким образом, считаем необходимым при подозрении на инфильтрат в правой подвздошной области, в правых отделах малого таза при проведении компьютерной томографии органов брюшной полости, малого таза с внутривенным введением контрастного препарата внимательно оценивать состояние червеобразного отростка, описывать все изменения в его проекции. При неясности рекомендованы дополнительные методы исследования, в частности, магнитно-резонансная томография органов малого таза, брюшной полости с динамическим внутривенным контрастным усилением. Онкологическая настороженность в плане заболеваний червеобразного отростка при неопределенности клинико-инструментальных данных должна присутствовать постоянно. ©

Дополнительная информация

Согласие пациента

Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации и материалов компьютерного томографического исследования в журнале «Альманах клинической медицины».

Финансирование

Работа проведена без привлечения дополнительного финансирования со стороны третьих лиц.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов

Г.А. Сташук – концепция и план статьи, поисково-аналитическая работа, редактирование текста, утверждение итогового варианта текста рукописи; С.Э. Дуброва – консультирование исследования, сбор и обработка материала, анализ полученных данных, анализ литературы, редактирование текста; Д.Я. Смирнова – обсуждение и описание клинического наблюдения, оформление рисунков компьютерного томографического исследования и таблицы, поиск и анализ литературы, обработка исходного материала, редактирование текста. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Литература / References

1. Karande GY, Chua WM, Yiin RSZ, Wong KM, Hedgire S, Tan TJ. Spectrum of computed tomography manifestations of appendiceal neoplasms: acute appendicitis and beyond. Singapore Med J. 2019;60(4):173–82. doi: 10.11622/smedj.2019035.
2. Asare EA, Compton CC, Hanna NN, Kosinski LA, Washington MK, Kakar S, Weiser MR, Overman MJ. The impact of stage, grade, and mucinous histology on the efficacy of systemic chemotherapy in adenocarcinomas of the appendix: Analysis of the National Cancer



Data Base. Cancer. 2016;122(2):213–21. doi: 10.1002/cncr.29744.

3. Lousberg L, Collignon J, Detry O. Appendiceal neuroendocrine neoplasms: incidentaloma or something we should worry about? *Curr Opin Gastroenterol*. doi: 10.1097/MOG.0000000000000597. Forthcoming 2019.
4. Nakajima Y, Kajiwara A, Sakaki M, Otoyama Y, Nishihara S, Suzuki N, Usami T, Nakatani S, Wang T, Yoshida H. Primary appendiceal signet ring cell carcinoma: a case report. *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. 2019;116(11):927–33. Japanese. doi: 10.11405/nisshoshi.116.927.
5. Поддубская ЕВ, Комов ДВ, Хайленко ВА, Нечипай АМ, Цихисели ГР, Нечушкин МИ, Суцхирина МЛ, Морозова СЮ. Рак черве-

образного отростка. Вопросы диагностики и лечения. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 1992;3(1):50–5. [Poddubskaya EV, Komov DV, Khailenko VA, Nechipay AM, Cihisely GR, Nechushkin ML, Suschikhina ML, Morozova SYu. Cancer of Vermiform Process. Diagnosis and Treatment Problems. *Journal of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center*. 1992;3(1):50–5. Russian.]

6. Майстренко НА, Ромащенко ПН, Ягин МВ. Аппендикулярный инфильтрат: диагностика и лечебная тактика. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2016;175(5):57–62. doi: 10.24884/0042-4625-2016-175-5-57-62. [Maistrenko NA, Romashchenko PN, Yagin MV. Appendiceal mass: diagnostics

and treatment strategy. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2016;175(5):57–62. Russian. doi: 10.24884/0042-4625-2016-175-5-57-62.]

7. Nebgen DR, Lu KH, Bast RC Jr. Novel Approaches to Ovarian Cancer Screening. *Curr Oncol Rep*. 2019;21(8):75. doi: 10.1007/s11912-019-0816-0.
8. Хаджимба АС. Показания к диагностической лапароскопии на различных этапах лечения больных раком яичников. Сибирский онкологический журнал. 2016;15(6):61–5. doi: 10.21294/1814-4861-2016-15-6-61-65. [Khadzhimba A.S. Indications for diagnostic laparoscopy in various stages of treatment of patients with ovarian cancer. *Siberian journal of oncology*. 2016;15(6):61–5. Russian. doi: 10.21294/1814-4861-2016-15-6-61-65.]

Appendiceal cancer: the differential diagnosis of a clinical case

G.A. Stashuk¹ • S.E. Dubrova¹ • D.Ya. Smirnova²

The primary appendiceal cancer is one of the rarest malignancies. Its counts for 0.5% of all colon cancer and does not exceed few bips in all surgically removed appendices. The disease does not have specific signs. It can imitate acute appendicitis, its complications, or a disease of uterine appendages. The appendiceal cancer is commonly diagnosed during pathomorphological investigation after surgery. A clinical case of a 58-year-old female patient with a tumor of the appendix is presented in the paper. Initially the tumor was thought to be an appendicular infiltrate. During the patient's second hospitalization a differential diagnosis between a uterine appendages tumor and appendicular mucocele was performed. The histological examination identified mucosal adenocarcinoma (G1) of the appendix with invasion into the ileum wall. With the full range of radiation diagnostics that provides additional information to clinical assessment and laboratory

work-up it is challenging even for practitioners to diagnose the disease. Despite the rare frequency of appendiceal cancer, it should be included into the list for differential diagnosis. The paper presents the basics of the differential diagnosis with special emphasis on the awareness of this disease. The knowledge of specifics of its pre-operative diagnosis could be useful to practitioners.

Key words: appendiceal cancer, appendicular infiltration, ovarian cancer

For citation: Stashuk GA, Dubrova SE, Smirnova DYa. Appendiceal cancer: the differential diagnosis of a clinical case. *Almanac of Clinical Medicine*. 2019;47(8):733–9. doi: 10.18786/2072-0505-2019-47-070.

Received 19 November 2019; revised 21 November 2019; accepted 26 November 2019; published online 9 December 2019

Galina A. Stashuk – MD, PhD, Head of the Department of Roentgenology No. 2; Professor, Chair of Radiation Diagnostics, Postgraduate Training Faculty; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1058-0611>. E-mail: stashukmoniki@mail.ru

Sofia E. Dubrova – MD, PhD, Radiologist, Department of Roentgenology; Assistant, Chair of Radiation Diagnostics, Postgraduate Training Faculty; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8809-1629>. E-mail: dubrova.sofya@gmail.com

Daria Ya. Smirnova – MD, Radiologist, Department of Roentgenology²; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0128-7977>

✉ 62A Novouglichskoe shosse, Sergiyev Posad, Moscow Region, 141301, Russian Federation. Tel.: +7 (496) 540 12 03. E-mail: d-ya-sm@yandex.ru

Informed consent statement

The patient has voluntarily signed his informed consent for the publication of his personal medical information and computed tomography data in the *Almanac of Clinical Medicine*.

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests.

Authors' contributions

G.A. Stashuk, the paper concept and design, literature search and analysis, text editing, approval of the final version of the manuscript; S.E. Dubrova, advice on the study, data collection and management, analysis of the results, literature analysis, text editing; D.Ya. Smirnova, description and discussion of the clinical case, preparation of the computed tomography images and table, literature search and analysis, data management, text editing. All the authors have made their significant contributions into the study conduct and article writing, have read and approved the final version of the manuscript before the publication.

¹Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIK); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation

²Sergiyev Posad Regional Hospital; 62A Novouglichskoe shosse, Sergiyev Posad, Moscow Region, 141301, Russian Federation