

Intraabdominal tümörlerin nadir bir nedeni: Mezenterik kistli 21 hastanın analizi

A rare cause of intraabdominal tumors: An analysis of 21 patients with mesenteric cyst

Akın Önder¹, Murat Kapan¹, Zülfü Arıkanoglu¹, İbrahim Aliosmanoğlu¹, Mehmet Hanifi Okur², Hakan Önder³, İlhan Taş¹

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

³ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Amaç: Mezenterik kistler nadir görülen intraabdominal tümörlerdir. Bu çalışmada mezenterik kistlere ait klinik bulguların, patolojik özelliklerin ve uygulanan cerrahi yaklaşımların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 1985 - Aralık 2010 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahisi Kliniklerinde cerrahi uygulanan mezenterik kistli 21 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastalarımızın 16'sı (%76.2) kadın, 5'i erkek (%23.8) olup, ortalama yaşları 32.62±22.19 (4-79) yılıdır. En sık başvuru şikayeti abdominal kitle ve ağrı idi. Mezenterik kistler sıklıkla ince barsak mezenteriyer yerleşimli idi (%61.9). Kistin boyutları 4-25 cm arasında değişmekteydi. Hastalara uygulanan en sık cerrahi girişim enüklasyondur (%90.5). On yedi (80.9) hastada histopatolojik tanı kistik lenfanjiom ile uyumluydu. Ortalama hastanede yatış süresi 5.29±2.28(2-11) gün idi. Postoperatif morbidite oranı %33.3 olup, en sık görülen komplikasyon yara enfeksiyonuydu. Postoperatif dönemde mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Fizik muayenede düzgün sınırlı kitle palpe edilen ve görüntüleme yöntemleriyle intraabdominal kistik kitle saptanan karın ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mezenterik kist göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler; Mezenterik kist, karın ağrısı, palpabl kitle, cerrahi giriş

ABSTRACT

Objectives: Mesenteric cysts are rare intraabdominal tumors. In this study, we aimed to investigate the clinical findings, pathological features and surgical approaches of mesenteric cysts.

Materials and methods: Between January 1985 - December 2010 at Dicle University Medical Faculty General Surgery and Pediatric Surgery Department, 21 patients with mesenteric cyst were retrospectively analyzed.

Results: Sixteen patients (76.2%) were women and 5 (23.8%) were men, with a mean age of 32.62 ± 22:19 (4-79) years. The most common symptoms were abdominal mass and pain. Mesenteric cysts were often located on the small bowel mesentery (61.9%). Cyst sizes ranged from 4-25 cm in diameters. The most common performed surgical procedures in patients were enucleation (90.5%). The histopathological diagnosis was confirmed as cystic lymphangioma in 17 (80.9%) patients. The mean length of hospital stay was 5.29 ± 2.28 (2-11) days. Postoperative morbidity rate was 33.3% and the most common complication was wound infection. There was no postoperative mortality.

Conclusion: When physical examination revealed a palpable mass with regular margins and intraabdominal cystic mass is detected with imaging techniques, mesenteric cyst should be considered in differential diagnosis in patients presenting with abdominal pain. *J Clin Exp Invest* 2011; 2 (4): 380-383

Key words: Mesenteric cyst, abdominal pain, palpabl mass, surgery

GİRİŞ

Mezenterik kistler (MK) nadir görülen intraabdominal tümörlerdir.¹ Genellikle intestinal mezenterde yerleşirler, ancak orijinleri net değildir.² İlk defa 1507'de Anatomist Benevial tarafından 8 yaşında bir ço-

cukta otopsi esnasında MK tanımlanmıştır. Tillaux 1880 yılında ilk olarak MK'yi cerrahi olarak çıkartmıştır.³ Pean ise 1883 yılında MK' de marsupilizasyonu tariflemiştir.¹ Mezenterik kistler asemptomatik olabilecekleri gibi karın ağrısı, distansiyon gibi şikâyetlere ve akut karına neden olabilir.⁴ Görüntüleme

Yazışma Adresi /Correspondence: Akın Önder

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 21280, Diyarbakır, Türkiye Email: draonder@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 19.10.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 01.12.2011

Copyright © Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

yöntemleri tanıda önemlidir.^{5,6} Kesin tanı cerrahi spesimenin histopatolojik incelenmesi ile konulur.^{5,6} Bu çalışmada, MK'lere ait klinik bulguların, patolojik özelliklerin ve uygulanan cerrahi yaklaşımların irdelemesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1985 - Aralık 2010 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahisi Kliniklerinde cerrahi uygulanan MK tanılı 21 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalarda yaş, cinsiyet, başvurma sırasındaki semptomlar, semptomların süresi, radyolojik görüntüleme bulguları [abdominal ultrasonografi (Usg) ve abdominal tomografi (BT)], lokalizasyon ve büyüklüğü, uygulanan cerrahi yöntemler, hastanede yatış süresi, morbidite ve mortalite oranları kaydedildi. Travmatik, parazitik, inflamatuvar ve pankreatik kistli hastalar çalışma dışında bırakıldı.

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 13.0 programı kullanıldı. Kantitatif veriler, ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi.

BULGULAR

Hastalarımızın 16 (%76.2)' si kadın, 5 (%23.8)' i erkek olup, ortalama yaşları 32.62 ± 22.19 (4-79) yılıdır. Hastalarımızda klinik olarak en sık başvuru şikâyeti abdominal kitle ve ağrı idi. Semptomlar ortalama 4.33 ± 1.91 (1-8) aydan beri mevcuttu. En sık yerleşim lokalizasyonu ince barsak mezenteriydi (%61.9). Hastalarımıza ait demografik ve karakteristik klinik bulgular Tablo 1'de gösterildi. Olgularımızda mevcut kistlerin en büyük çapı 25 cm, en küçük çapı ise 4cm'di (Resim 1). Uygulanan en sık cerrahi girişim enüklasyondur (%90.5). On yedi (%80.9) hastada saptanan kistik lenfanjiom en sık histopatolojik tanıydı. Hastalara uygulanan cerrahi yöntemler ve histopatolojik tanıları Tablo 2'de gösterildi. Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri 5.29 ± 2.28 (2-11) gündü. Olguların 5'inde postoperatif yara enfeksiyonu, 1'inde paralizik ileus ve 1'inde atelektazi olmak üzere toplam 7 hastada (%33.3) postoperatif morbidite gözlemlendi. Yara yeri enfeksiyonu drenaj ve antibiyotikle tedavi edildi. Atelektazi, solunum egzersizi ve medikal tedavi ile düzeldi. Paralizik ileus, konservatif tedavi ile iyileşti. Olgularımızda postoperatif dönemde mortalite gözlemlenmedi.



Resim 1. Pankreas inferiorundan başlayıp sağ alt kadranı dolduran 25x23x5 cm boyutlarında düzgün konturlu, sıvı dansitesinde, belirgin kontrastlanma göstermeyen mezenter orjinli kistik lezyon.

Tablo 1. Hastaların demografik ve karakteristik klinik bulguları

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Yaş (yıl) | 32.6 \pm 22.2 (4-79) |
| Cinsiyet | |
| Kadın, n(%) | 16 (76.2) |
| Erkek, n(%) | 5 (23.8) |
| Semptomlar | |
| Abdominal kitle ve ağrı, n(%) | 13 (61.9) |
| Abdominal distansiyon, n(%) | 4 (19) |
| İnsidental, n(%) | 3 (14.3) |
| Kitle ve kusma | 1 (4.8) |
| Semptomların süresi (ay) | 4.33 \pm 1.91(1-8) |
| Lokalizasyon | |
| İnce barsak, n (%) | 13(61.9) |
| Kolon, n (%) | 8(38.1) |
| Görüntüleme Yöntemleri | |
| USG, n(%) | 21(100) |
| BT, n(%) | 9(42.9) |
| Hastanede yatış süresi (gün) | 5.29 \pm 2.28(2-11) |

USG: Ultrasonografi, BT: Bilgisayarlı tomografi

Tablo 2. Uygulanan cerrahi işlemler ve histopatolojik tanımlar

| Cerrahi işlemler | |
|---------------------------|-----------|
| Enüklasyon, n(%) | 19 (90.4) |
| Eksizyon+ anastomoz, n(%) | 1 (4.8) |
| Marsupilizasyon, n(%) | 1 (4.8) |
| Histopatolojik tanımlar | |
| Kistik lenfanjiom, n (%) | 17(80.9) |
| Şilöz kist, n (%) | 2(9.5) |
| Enterik kist, n (%) | 1(4.8) |
| Dermoid kist, n (%) | 1(4.8) |

Tablo 3. Mezenterik Kistlerin histopatolojik özelliklerine göre sınıflandırılması

| | |
|--|---|
| 1 Lenfatik kökenli kistler | - Basit lenfatik kist - Lenfanjiom |
| 2 Mezotelyal kökenli kistler | - Basit mezotelyal kist - Benign kistik mezotelyoma - Malign kistik mezotelyoma |
| 3 Enterik kökenli kistler | - Enterik kist - Enterik duplikasyon kist |
| 4 Ürogenital kökenli kistler | |
| 5 Matür kistik teratom (Dermoid kistler) | |
| 6 Psödokistler | - Enfeksiyöz kistler - Travmatik kistler |

TARTIŞMA

Mezenterik kistler nadir olup, insidansı 1/27.000 - 250.000 arasında belirtilmiştir.⁷ Omentum, mezenter ve retroperitoneal zarların tümü, aynı embriyolojik kökenden gelişmektedir. Karın arka duvarından uzanan ve iki tabaka halindeki periton yapraklarından oluşan bu yapılar; yağ doku, bağ doku ve sinir-kas dokusu içerirler. Abdominal organlara ait kan ve lenf damarlarını taşırlar. Bu dokular içinde oluşan kistler, mezenterik kist olarak tanımlanmaktadır.⁸ MK'ler 22-66 yaş aralığında gözükmesine rağmen, en sık 4. dekatta görülür.¹ Olguların %25'ni çocuklar ve %75'ni ise yetişkinler oluşturur.¹ Cinsiyet açısından

dan farklılık olmadığı ifade edilmesine rağmen,^{4,9} son yıllardaki kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^{2,10,11} MK'lerin tanısında patogonomik belirti ve bulgu mevcut değildir. Ameliyat sırasında insidental olarak da karşılaşılabılır. Hastaların kliniği kistin boyutları, lokalizasyonu, içeriği ve komplike olup olmadığına bağlı olarak değişkenlik gösteren karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık, diare, kilo kaybı, karında kitle, distansiyon ve komşu organlara baskıya bağlı ortaya çıkan çeşitli bulgular ile bazen torsiyon, enfeksiyon, hemoraji ve rüptür gibi çeşitli kiste ait komplikasyonlar nedeniyle hastaneye müracaat ederler.^{2,12-15} Bu bulgu ve belirtiler çoğu kez malign hastalıkları akla getirir.³ Semptomların başlangıcı ile hastaneye başvuru arasında geçen ortalama süre 1gün ile 12 ay arasında değişmektedir.^{1,10} Fizik muayene çoğu kez nonspesifiktir, ancak nadir olarak yatay pozisyonda karında mobil kitle palpe edilebilir.² Çalışmamızda ortalama yaş 32 yıl idi. %71.5'i erişkin ve %28.5'i ise çocuk idi. Kadın/erkek oranı ise 3.2/1 idi. Semptomlar ortalama 4 aydan beri mevcuttu. Hastalarımızın %61.9'unda karın ağrısı ve şişlik %19'unda abdominal distansiyon saptanırken, %14.3'ünde ise MK insidental olarak saptandı. Mezenterik kistlere ait komplikasyonlar nedeniyle cerrahi uygulanan hasta mevcut değildi. MK'lerin en önemli yerleşim yeri ince barsak mezenteri olmasına rağmen, duodenum ile rektum arasında herhangi bir yerde de bulunabilirler. Mezenterik kistler %80 oranında ince barsak mezenterinden, %20 oranında ise kolon mezenterinden kaynaklanırlar.¹⁶ Boyutları 3-25 cm arasında değişir.^{9,10} MK'ler solid komponent içermezler. Bu kistler çoğunlukla benign karakterdedir. Malign dejenerasyonlar oldukça nadir olup, sıklıkla sarkomlar şeklindedir.⁴ MK'lerin ayırıcı tanısında kalın barsak duplikasyon kistleri, urakus kisti, meckel divertikülü, jinekolojik ve retroperitoneal kistler, teratom, Wilms tümörü, lenfoma ve rabdomyosarkom düşünülebilir.^{11,17} Hastalarımızın %61.9'unda MK ince barsak mezenterinde yerleşmişken, %38.1'inde ise kalın barsak mezenterinde yerleşmişti. Mezenterik kistlerin en büyük çapı 25 cm idi.

Mezenterik kistlerin kesin teşhisi için spesifik testler mevcut değildir. Görüntüleme yöntemleri tanıda oldukça faydalıdır. Usg kitlenin yapısı, septasyon olup olmadığı, duvar kalınlığı, lokalizasyonunu ve büyüklüğü hakkında bilgi verir. BT ise MK'lerin yapısı hakkında Usg'e göre duyarlılığı daha fazla olup, MK'lerin lokalizasyonu ile beraber komşu yapılar ile ilişkisi hakkında da ayrıntılı bilgi verir.¹⁸ Hastalarımızın tamamına radyolojik tetkik olarak USG kullanılırken, 9 (%42.9) 'unda ise ek olarak BT'ye ihtiyaç duyuldu.

Mezenterik kistlerde geleneksel cerrahi yaklaşım drenaj, enüklasyon ve marsupilizasyondur. Drenaj uygulanan kistlerde nüks oldukça siktir. MK'lere çevre organlara yapışıklık göstermediklerinden kolayca enüklasyon uygulanabilir. Bazen parsiyel barsak rezeksiyonu gerekebilir. Kist çok büyükse, birçok intraabdominal yapılar ile yakın bağlantılıysa yüksek morbidite riski göz önünde bulundurularak internal veya eksternal marsupilizasyondan kaçınılmalıdır. MK'lerin total eksizyonundan sonra nüks oranı genellikle düşük olup, %0 ile %7 arasında değişir. Retroperitoneal yerleşimli inkomplet eksize edilmiş kistlerin nüks oranı anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmektedir.^{2,3,5,10,19} Hastalarımızın %85'inde enüklasyon uygulanırken, 1'inde kolon mezozunda vasküler yapıları infiltre nedeniyle barsak ile beraber eksizyondan sonra uç-uç anastomoz, 1'inde de kistin büyüklüğünden ve çevreye yapışıklığından dolayı parsiyel eksizyon ve marsupilizasyon uygulandı. Hastalarımızın postoperatif 1 yıl takiplerinde nüks gözlenmedi.

Mezenterik kistler histopatolojik özelliklerine göre 6 gruba ayrılmakta olup Tablo 3' de gösterilmiştir.¹⁸ Bunlar içinde en sık, lenfatik ve mezotelyal kökenli olanlarla karşılaşılmaktadır. Kist içeriği şilöz, seröz ve hatta hemorajik vasıfta olabilmektedir. Hastalarımızın %70.9'unda histopatolojik incelemenin lenfanjiom kist olması literatür ile uyumlu idi. Hastalarımızda malignite gözlenmedi. Hastalarımızda postoperatif dönemde morbidite oranımız %33.3 idi. Komplikasyon gelişen hastalarımızın tamamı cerrahiye gerek duyulmadan, medikal tedavi ile şifa buldu. Hastalarımızda postoperatif dönemde mortalite gözlenmedi.

Sonuç olarak, mezenterik kistli hastalar sıklıkla karında ağrı ve kitle ile şikayetiyle hastaneye başvururlar ve kistler en sık ince barsak mezenterine yerleşirler. Tanı sıklıkla görüntüleme yöntemleriyle konulur. Uygun cerrahi yöntem total enüklasyon olup, histopatolojik inceleme sonuçları genellikle benignidir. Karında ağrı ve kitle ile başvuran hastalardan fizik muayenede düzgün sınırlı palpabl kitle saptandığında veya görüntüleme yöntemleriyle insidental olarak kistik lezyon saptandığında ayırıcı tanıda MK düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kurtz RJ, Heimann TM, Beck AR, Holt J. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986;203(1):109-12.
2. Ekçi B, Ayan F, Gürses B. Ruptured mesenteric cyst: a rare presentation after trauma. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2007;13(1):74-7.
3. O'Brien MF, Winter DC, Lee G, Fitzgerald EJ, O'Sullivan GC. Mesenteric cysts-a series of six cases with a review of the literature. *Ir J Med Sci* 1999;168(4):233-6.
4. Alwan MH, Eid AS, Alsharif IM. Retroperitoneal and mesenteric cysts. *Singapore Med J* 1999;40(3):160-4.
5. Dequanter D, Lefebvre JC, Belva P, Takieddine M, Vaneukem P. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. *Surg Endosc* 2002;16(10):1493-6.
6. Morrison CP, Wemyss-Holden SA, Maddern GJ. A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 2002;16(1):219-11.
7. Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987; 53(1): 58-60.
8. VW Vanek, AK Philips. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119(7): 838-42.
9. Burkett JS, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg* 1994;60(6):432-435.
10. Tan JJ-Y, Tan K-K, Chew S-P. Mesenteric cysts: An institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg* 2009 33(9):1961-5.
11. Büyükbayram H, Aldemir M, Yılmaz G, Kılınc N, Arslan A. Mezenterik kistler. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 2001;15(3): 172-5.
12. Luchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptured infected mesenteric cyst. *J Clin Gastroenterol* 2001;32(5):452-3.
13. Özdoğan M. Acute abdomen caused by a ruptured spontaneously infected mesenteric cyst. *Turk J Gastroenterol* 2004; 15 (2): 120-1.
14. Takeuchi K, Takaya Y, Maeda K, Maruo T. Peritonitis caused by a ruptured, infected mesenteric cyst initially interpreted as an ovarian cyst. A case report. *J Reprod Med* 2004;49(1):65-7.
15. Polat C, Tokyol C, Dilek ON. Strangulated umbilical hernia including a mesenteric cyst: a rare cause of acute abdomen. *Acta Chir Belg* 2003;103(3): 329-31.
16. Liew SCC, Gleen DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994, 64(11): 741-4.
17. Bury TF, Pricalo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(11): 2085-7.
18. de Perrot M, Brundler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000;17(4):323-8.
19. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 1999;13(9):937-9.