

Mezenterik kist: Karında şişkinliğin nadir nedeni

A rare cause of abdominal swelling: Mesenteric cyst

Ersan ÖZASLAN¹, Burçak KAYHAN¹, Tankut KÖSEOĞLU¹, Diğdem ÖZER²

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği¹, Ankara

Güven Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği², Ankara

Mezenterik kist, abdominal tümörlerin nadir nedenlerinden biridir. Karakteristik klinik ve radyolojik bulgularının olmaması nedeniyle tanısı oldukça zordur. Genellikle karında şişkinlik, karın ağrısı veya karında kitle ile kendini gösterir. Olguların %3'ünden azında maligndir. Assit ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır. Tedavisi cerrahi girişimdir. Burada, başarılı cerrahi eksizyon ile tedavi edilmiş iki mezenterik kist olgusu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Karın şişkinliği, mezenterik kist

Mesenteric cyst is one of the rarest abdominal tumors. The lack of characteristic clinical features and radiological signs may present great diagnostic difficulties. The cyst may present with diffuse abdominal swelling, abdominal pain or an abdominal mass. Malignant cysts occur in less than 3% of cases. It must be kept in mind in the differential diagnosis of obscure ascites. Surgery is the treatment of choice. Two cases of mesenteric cysts are presented who were treated successfully with surgical excision.

Key words: Abdominal swelling, mesenteric cyst

GİRİŞ VE AMAÇ

Diffüz karın şişkinliği, genellikle, obezite, gaz distansiyonu, irritabl barsak sendromu gibi benign durumlar veya asit gibi patolojik durumlardan kaynaklanmaktadır. Mezenterik kist ise, nadir abdominal tümörlerden biri olup assidi taklit ederek karın şişkinliğine neden olabilir. İlk defa Benvenial'in 1507'de yayınlanan mezenterik kist vakasından sonra (1), günümüze kadar 800'den fazla olgu bildirilmiştir (2). Mezenterik kistin nadir görülüşü, aslında biraz da, hakkındaki bilgi eksikliği ve sınıflandırmasındaki zorluklarla ilgilidir. Bu iki olgu sunumunda, nadir görülen mezenterik kistin, klinik uygulamalarda hatırlanması gerektiği vurgulanmaktadır.

OLGU 1

1988 yılı Şubat ayında, 18 yaşında bir erkek hasta, karın şişkinliği nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Hasta bundan önce, aynı yakınma sebebiyle başka bir sağlık merkezinde yatırılarak, etiyolojisi bilinmeyen asit tanısı almış. Burada hastaya parasentez uygulanmış ve ardından hızlı bir rekürrens gözlenmiş. Kliniğimize başvurusunda hastanın karın şişkinliği dışında herhangi bir ya-

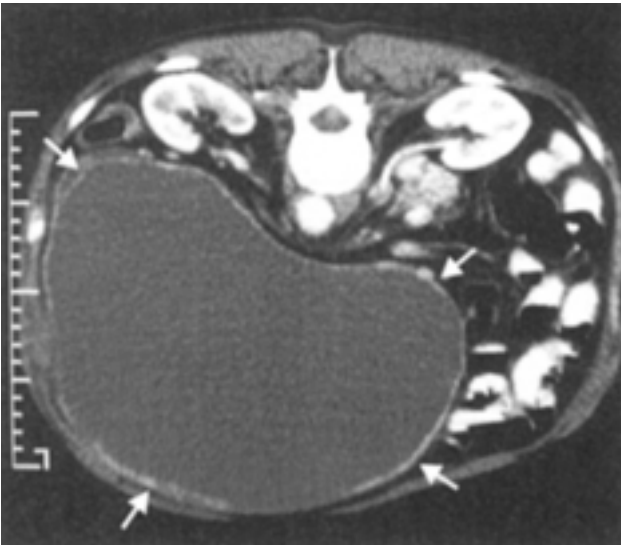
kınması bulunmamaktaydı. Özgeçmişinde ise önemli bir özellik saptanmamıştı.

Yapılan fizik incelemede; vücut ısısı 37.2 °C, kan basıncı 125/80 mmHg, nabız 84 atım/dk idi. Karın muayenesinde diffüz abdominal şişlik mevcuttu. Sarılık, karında hassasiyet, umbilikal şişlik veya damarsal genişlemeler yoktu. Laboratuvar incelemede; hemoglobin:14.9 gr/dl, hematokrit: %43.5, trombosit: 206.000/mm³, lökosit: 5900/mm³, periferik yayma normal, eritrosit sedimentasyon hızı: 15mm/saat; ALT: 18 U/L (5-40), AST: 22 U/L (8-33), GGT: 34 U/L (5-40), ALP: 221 U/L (91-258), total bilirubin: 1.0 mg/dl (0.1-1.2), direk bilirubin: 0.3 mg/dl (0-0.3). Koagülasyon profili normal sınırlarda ve viral hepatit serolojik testleri negatifti. Abdominal ultrasonografide, tüm karın boşluğunu dolduran, karaciğeri yukarı iten, barsakları sıkıştıran, hipoekoik, homojen yapıda, dev kist gösterildi. Bilgisayarlı tomografide bu lezyonun mezenterik kist olduğu doğrulandı. Bundan sonra cerrahi tedavi uygulanarak kist eksize edildi. Operasyonda yaklaşık 7 litre kadar, koyu kahve renkli kist sıvısı boşaltıldı. 2 yıl önce yapılan son kontrolde hastanın genel durumu iyiydi ve rekürrens bulgusu yoktu.

OLGU 2

2003 yılı Şubat ayında, 58 yaşında bir erkek hasta, 2 yıldır süregelen, karında şişkinlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Genel durumu oldukça iyi olan hastanın başka hiçbir yakınması yoktu. Özgeçmişinde operasyon, travma, sarılık, hepatit, alkol kullanım anamnezi bulunmazken, hipertansiyon nedeniyle uzun süreden beri kalsiyum kanal blokleri kullandığı öğrenildi.

Yapılan fizik incelemede; vücut ısısı 37.5 °C, kan basıncı 135/85 mmHg, nabız 78 atım/dk. idi. Karın muayenesinde abdominal aşırı şişkinlik dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 14.9 gr/dl, hematokrit: %43.5, trombosit: 206.000/mm³, lökosit: 5900/mm³, periferik yayma normal, eritrosit sedimentasyon hızı: 15mm/saat, ALT: 18 U/L (5-40), AST: 22 U/L (8-33), GGT: 34 U/L (5-40), ALP: 221 U/L (91-258), total bilirubin: 1.0 mg/dl (0.1-1.2), direk bilirubin: 0.3 mg/dl (0-0.3). Viral hepatit serolojik testleri negatif, koagülasyon testleri normal sınırlardaydı. Abdominal ultrasonografide; karın içi organları sıkıştırarak tüm abdomeni dolduran, hipoeoik, homojen bir kist gözlemlendi. Bilgisayarlı tomografide bu yapının mezenterik kist ile uyumlu olduğu belirlendi (Resim 1). 15 kg ağırlığındaki bu mezenterik kist, herhangi bir komplikasyon olmadan cerrahi olarak çıkarıldı. Patolojik inceleme ile lezyonun benign mezenterik kist olduğu teyit edildi.



Resim 1. Dev mezenterik kistin bilgisayarlı tomografideki görünümü (ok işaretli)

TARTIŞMA

Mezenterik kist, 27,000 ile 250,000 hastane başvurusundan yalnızca birinde görülür (3). Olguların %75'i erişkin, %25'i ise çocuk olup tüm yaş gruplarında rastlanabildiği bildirilmiştir (2). Mezenterik kistin tanımlanması ve sınıflandırmasında bazı karışıklıklar bulunmaktadır. Omentum, mezenter ve retroperitoneal zarların tümü, aynı embriyolojik kökenden gelişmektedir. Karın arka duvarından uzanan, iki tabaka halindeki periton yapraklarından oluşan bu yapılar; yağ doku, bağ doku ve sinir-kas dokusu içerir, abdominal organlara ait kan ve lenf damarlarını taşırlar. Bu dokular içinde oluşan kistler, mezenterik kist olarak tanımlanmaktadır (4). Mezenterik kistler histopatolojik özelliklerine göre 6 gruba ayrılmaktadır (5).

1. Lenfatik kökenli kistler (Basit lenfatik kist ve lenfanjiom)
2. Mezotelyal kökenli kistler (Basit mezotelyal kist, benign kistik mezotelyoma, malign kistik mezotelyoma)
3. Enterik kökenli kistler (Enterik kist ve enterik duplikasyon kisti)
4. Ürogenital kökenli kistler
5. Matür kistik teratom (Dermoid kistler)
6. Psödokistler (Enfeksiyöz ve travmatik kistler).

Bunlar içinde en sık, lenfatik ve mezotelyal kökenli olanlarla karşılaşmaktadır. Kist içeriği ise şilöz, seröz ve hatta hemorajik vasıfta olabilmektedir.

Bizim olgularımızda da görüldüğü gibi, mezenterik kist sıklıkla asemptomatiktir. Karında şişkinlik ve ağrıya ya da kitle olarak kendini gösterebilir. Diğer yandan torsiyon, barsak obstrüksiyonu, kanama, enfeksiyon, rüptür ve komşu organlara baskı gibi komplikasyonlarla da karşımıza çıkabilir (6, 7). Nadiren malign transformasyon gösterdiği bildirilmiştir (8). Deneyimli radyologlar tarafından lezyonların %85'inin adı konmasına rağmen, ilk olguda görüldüğü gibi tanı gecikebilmektedir. Bu nedenle, siroz, tüberküloz, malinite gibi beklenen asit nedenleri ile tablo açıklanamıyorsa, ayırıcı tanıda mezenterik kist mutlaka hatırlanmalıdır. Bilgisayarlı tomografide (BT), mezotelyal ve enterik kistler ince duvarlı ve anekoik olarak görülür. Lenfanjiomlar ise, BT'de genellikle aşık duvar yapısı olmadan, yağ doku özelliğindedir. Mezenter yerleşimli ve multiloküle olarak izlenir. Baryumlu çalışmalarda sıklıkla incebarsak mukozasındaki anormallikler de tespit edilir (9).

Mezenterik kistin tedavisi, rekürrensi ve malign transformasyonu engellemek üzere, bütünüyle cerrahi eksizyondur. Her ne kadar literatürde laparoskopik yöntemle başarılı kistektomi olguları bildirilse de, açık cerrahi yöntemle total kistektomi daha fazla tercih edilmektedir (10).

Sonuç olarak; karın şişkinliği ile başvuran bir olguda, eğer olası assit nedenleri saptanmıyorsa, büyük mezenterik kist düşünülmelidir. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Prognoz, operasyona bağlı riskler gözardı edilirse, oldukça iyidir.

KAYNAKLAR

1. OH Bearhs, ES Judd, MB Dockerty. Chlous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am* 1950; 30: 1081-96.
2. RJ Kurtz, TM Heimann, AR Beck, et al. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986; 203: 109-12.
3. A Sardi, KJ Parikh, JA Singer, et al. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987; 53: 58-60.
4. VW Vanek, AK Philips. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119: 838-42.
5. M de Perrot, M Brundler, M Totsch, et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000; 17(4): 323-8.
6. A Walker, TC Putnam. Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts. A clinical study of 33 new cases. *Ann Surg* 1973; 178: 13-9.
7. ME Senocak, H Gundogdu, N Buyukpamukcu, et al. Mesenteric and omental cysts in children. Analysis of nineteen cases. *Turk J Pediatr* 1994; 36(4): 295-302.
8. TF Bury, VE Pricolo. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(11): 2085-7.
9. PR Ros, WW Olmsted, RP Jr Moser, et al. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164(2): 327-32.
10. D Dequanter, JC Lefebvre, P Belva, et al. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. *Surg Endosc* 2002; 16(10): 1493.