

Dev Mezenterik Kisti Taklit Eden Fallop Kisti: Olgu Sunumu

Giant Mesenteric Cyst Mimicking Fallopian Cyst: A Case Report

Erol Aksoy¹, Metin Ercan¹, Tahsin Dalgıç¹, Muhammet Kadri Çolakoğlu¹, Murat Ulaş¹, Erdal Birol Bostancı¹

¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi:

Dr. Erol Aksoy

Türkiye Yüksek İhtisas

Eğitim ve Araştırma

Hastanesi,

Gastroenteroloji Cerrahi

Kliniği Ankara-Türkiye

Tel: +90 533 6490665

E-mail:

aksoyerol77@yahoo.com

Özet

Mezenterik kist intraabdominal yerleşimli benign bir lezyondur. Mezenterik kist sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde görülür. Genellikle asemptomatiktir, ancak akut veya kronik karın ağrısı ile de karşımıza çıkabilir. Fallop tüpü kistleri ise sıklıkla benign natürde rastlanan pür kistleridir. Hem mezenterik hem de fallop tüpü kistlerinin tanısında abdominal ultrasonografi (USG) ve/veya bilgisayarlı tomografi (BT)'den yararlanılır. Dev boyutlara ulaştıklarında kistin kökenini preoperatif tetkiklerle ayırt etmek güç hale gelebilir. Burada fallop kistini taklit eden dev mezenterik kist sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Mezenterik kist, kolon mezosu, fallop kisti

Abstract

Mesenteric cyst is a benign lesion which localized intraabdominal site. Mesenteric cysts are seen most frequently in children and young adults. It's usually asymptomatic, but can manifest with acute or chronic abdominal pain. Fallopian tube cysts are commonly seen benign nature. Abdominal ultrasonography (USG) and / or computed tomography (CT) is utilized in diagnosis of both the mesenteric cysts and the fallopian tube cysts. Distinguish the origin of the cyst may become difficult with the preoperative examination when they reached gigantic dimensions. Herein, a giant mesenteric cyst mimicking fallopian cyst is presented.

Keywords: Mesenteric cyst, mesocolon, fallopian cyst

Giriş

Mezenterik kist intraabdominal yerleşimli benign bir lezyondur. İnsidansı 1/10.000'den azdır. İlk defa 1507 yılında İtalya'da Florentina'lı anatomist Benevieni tarafından 8 yaşındaki bir çocuğun otopsi sırasında tanımlanmıştır (1). İlk başarılı cerrahi rezeksiyon ise 1880 yılında Tillaux tarafından yapılmıştır. Günümüze dek literatürde bildirilen olgu sayısı yaklaşık 1.000 kadardır (2). Mezenterik kist sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde görülür. Genellikle asemptomatiktir, ancak akut veya kronik karın ağrısı ile de karşımıza çıkabilir (3). Fallop tüpü kistleri ise sıklıkla benign natürde rastlanan pür kistleridir ve esasen iki ana grupta incelenir. Bunlar fimbrial kistler ve paratubal (Morgagni) kistleridir. Genellikle küçük, içi enfekte olmayan sıvı ile dolu kistlerdir. Hem mezenterik hem de fallop tüpü kistlerinin tanısında abdominal ultrasonografi (USG) ve/veya bilgisayarlı tomografi (BT)'den yararlanır. Preoperatif dönemde hem yerleşim yeri hem de natürleri itibariyle klinikte çok sık karışan klinik tablolara yol açmazlar. Ancak dev boyutlara ulaştıklarında kistin kökenini preoperatif tetkiklerle ayırt etmek güç hale gelebilir. Semptomatik kitlelerde tedavi cerrahidir. İdeal cerrahi tedavisi mezenterik kistin barsak mezosu ile birlikte ve/veya izole olarak eksizyonudur. Fallop kistlerinde ise çoğunlukla takip yeterli olur. Uygun vakalarda oral kontraseptifler kullanılabilir. Ancak boyut artışı görülen durumlarda ameliyat gerekir.

Yazımızın amacı sigmoid kolon mezosundan kaynaklanan dev bir mezenterik kist nedeniyle ameliyat edilen ve patolojik incelemede fallop tüpüne sekonder dev kist olarak rapor edilen bir olguyu sunarak literatür bilgilerini gözden geçirmektir.

Olgu Sunumu

Herhangi bir şikayeti olmayan 33 yaşında bayan hastada, rahim içi araç kontrolü için başvurduğu kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılan transvaginal USG'de; her iki adneksiyel alanı içine alarak uterus ile mesane arasını dolduran, mesaneyi basılayan, orta hatta karaciğer komşuluğuna kadar uzanım gösteren, anteriorda karın ön duvarının hemen altında izlenen, posterior sınırında barsak anslarının baskılayan yaklaşık 21x25 cm boyutlarında ince partiküller içeren ince cidarlı kistik lezyon saptanmıştır. Hastanın overlerinde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Abdominopelvik BT'de, supraumbilikal düzeyden başlayıp, uterus superior komşuluğuna uzanan, karının her iki yanına uzanan, ince duvarlı, iyi sınırlı, çevre barsak anslarını basılayan, 26x25x11 cm boyutlarında kistik kitle lezyonu saptanmıştır. Yapılan incelemeleri sonucunda jinekolojik bir cerrahi girişim düşünülmeden hasta gastroenteroloji cerrahisi polikliniğine refere edilmiş. Fizik muayenesinde karınında hassasiyet ve rebound olmayan hastada kitle palpe edildi (Resim 1).

Resim 1. Abdominal BT'de kistin görünümü

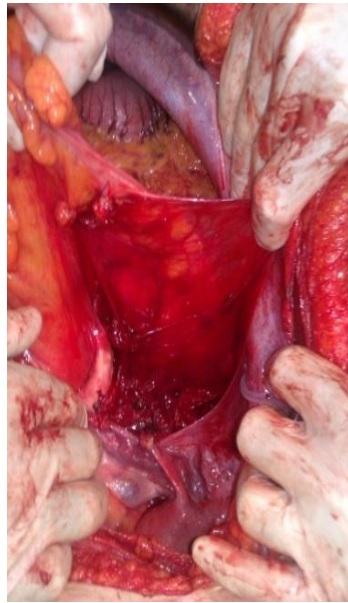


Hemogram, biyokimya ve tümör belirteç sonuçları normal idi. Bu bulgularla intraabdominal kist nedeni ile ameliyata alınan hastada, sigmoid kolon mezosundan köken almış düzgün sınırlı, ince bir

kapsüle sahip, yaklaşık 30 cm çapında mezenterik kist saptandı. Kist kapsülüne zarar vermeden total olarak eksize edildi (Resim 2, 3, 4).



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.

Tartışma

Paraovariyan veya paratubal kistler adneksiyal kitlelerin %10'unu oluşturur (4). Genellikle asemptomatikler ve çoğunlukla müdahaleye gerek kalmadan takip edilirler. Nadiren karın ağrısı, boyutta hızlı büyüme, hemoraji, torsiyon ve rüptür nedeni olurlar. Literatürde dev boyutlara ulaşan vakalar bildirilmiştir ve bu boyutlara ulaşmalar bile asemptomatik kalabilirler. Malignite olasılıkları oldukça düşüktür ancak borderline vakalar bildirilmiştir (5).

Mezenterik kist benign lezyon olup genellikle asemptomatiktir. Kist sıklıkla görüntüleme yöntemleri sırasında tasadüfen saptanır. Bazen karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, anorexia ve barsak alışkanlığında değişiklik gibi semptomlar verebilir. Walker ve Putnam klinik semptomların ortaya çıkmasında kistin yerleşim yerinin önemli olduğunu belirtmişleridir (3). Kist çapı büyüdükçe çevre organlara bası, kistin rüptürüne bağlı karın ağrısı, hemoraji, enfeksiyon gibi bulgular ve volvulus görülebilir. Literatürde mezenterik kiste bağlı jejunal volvulus vakası bildirilmiştir (6).

Bizim olgumuzda kist tesadüfen, kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılan USG kontrolünde saptanmış ve jinekolojik patoloji düşünülmeyle klinikimize refere edilmiştir. Bu boyuttaki bir kistin kaynak aldığı esas merkezi preoperatif tetkiklerle saptamak klinisyen için zorlayıcı olabilir. Mezenterik kistler bir kaç cm'den 40 cm çapa kadar ulaşabilirler (7). Aynı şekilde fallop tüpü kistleri de dev boyutlara ulaşabilir. Olgumuzda USG'de kistin çapı yaklaşık olarak 25 cm idi.

Mezenterik kistin etyolojisi hala net olarak ortaya konulamamıştır. Mezenterik lenfatiklerin dejenerasyonu veya konjenital anomali sonucunda geliştiği üzerine tartışmalar vardır. Daha önce geçirilmiş pelvik cerrahi, travma, pelvik inflamatuvar hastalık veya neoplazi gibi çeşitli etyolojik faktörlerin sonucunda gelişebilir (2). Mezenterik kist histolojik olarak lenfatik, mezotelyal, enterik, ürogenital, dermoid kist veya pseudokist orjinli olabilir. Gastrointestinal sistemde duodenumdan rektuma kadar her yerde görülebilir. Sıklıkla %66 ince barsak mezenterisi ve %33 kalın barsak mezenterisinde (genellikle sağ kolon) görülür. 162 vakalık bir seride hastaların %60'ında ince barsak mezenterisi, %24'ünde kalın barsak mezenterisi ve %14.5'inde retroperitoneumda bulunmuştur (1). Sıklıkla tek lezyon olmakla birlikte, multiple lezyonlar şekilde de görülebilir. Uniloküler veya multiloküler olabilir. Kist içeriği seröz, şilöz, hemorajik veya enfektif vasıfta olabilir (8).

Fallop tüpü kistleri ise peritonun mezotelyal kılıfından veya parametonefrik veya mezonefrik kalıntılardan köken alır. Histolojik olarak tek tabaka kolumnar veya düz epitelden oluşurlar. Malignite olasılıklarının %2-3 olduğu bildirilmiştir (9). Morgagni kistleri genellikle 1 cm'den küçük olurken paratubal kistler daha büyük boyutlara ulaşabilir. Bu boyutlardaki tubal kistlerin kistadenoma, adenofibroma, lenfanjioma, ependimoma, kistik leiomyoma gibi diğer paraovariyan kistik kitleler ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir.

Kistin tanısında abdominal USG ve BT yeterli olur. Şenocak ve arkadaşları'nın çalışmasında deneyimli bir kişi tarafından yapılan abdominal USG'nin tanı için

yeterli olduğu belirtilmiştir.¹⁰ Şüpheli vakalarda BT ile tanı doğrulanabilir. İntravenöz kontrast madde enjeksiyonu ile birlikte yapılan BT görüntüleri kistin lokalizasyonu, boyutu ve kistin natürü hakkında daha fazla bilgi verir. Oral kontrastlı BT’de ise kistin barsak ile ilişkisi saptanabilir. Bizim olgumuzda da abdominal USG’de kistik lezyon saptanıp, çekilen BT’de kistin lokalizasyonu, çevre organlarla ilişkisi teyit edildi. Ancak kistin yerleşim yeri ve dev boyutlarda olması nedeni ile preoperatif değerlendirmede orjini hakkında net bilgi elde edilemedi.

Pelvisten kaynaklanan ve orjini belirlenemeyen büyük kistler jinekolojik kökenli olabilir. Bu tip kistleri ameliyat edecek cerrahlar jinekolojik girişim gerekebileceğini de akılda tutmalı ve multidisipliner müdahale için gerekli önlemleri almalıdır.

Kaynaklar

1. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* 1986;203:109-12.
2. Jain V, Demuro JP, Geller M, Selbs E, Romero C. A case of laparoscopic mesenteric cyst excision. *Case Rep Surg.* 2012;2012:594095.
3. Walker AR, Putnam TC. Omental, mesenteric, and retroperitoneal cysts: a clinical study of 33 new cases. *Ann Surg.* 1973;178:13-9.
4. Kiseli M, Caglar GS, Cengiz SD, Karadag D, Yılmaz MB. Clinical diagnosis and complications of paratubal cysts: review of the literature and report of uncommon presentations. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285:1563-9.
5. Alaoui FZ, El Fatemi H, Chaara H, Melhouf MA, Amarti A. Borderline paratubal cyst: a case report. *Pan Afr Med J.* 2012;13:53.
6. Olivera S, De Escalante B, Morandeira A, Val-Carreres P, Castillo MC, Castiella T. Partial jejunal volvulus due to a mesenteric cystic lymphangioma. *An Sist Sanit Navar.* 2010;33:323-6.
7. Ousadden A, Elbouhaddouti H, Ibnmajdoub KH, Harmouch T, Mazaz K, Aittaleb K. A giant peritoneal simple mesothelial cyst: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;10;5:361.
8. Gon S, Majumdar B, Bhattacharyya A, Das TK, Chatterjee I. Infarction of a polyp within a mesenteric cyst: An unusual presentation as an acute abdomen. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2010;15:70-1.
9. Stein AL, Koonings PP, Schlaerth JB, Grimes DA, d'Ablaing G 3rd. Relative frequency of malignant parovarian tumors: should parovarian tumors be aspirated? *Obstet Gynecol.* 1990;75:1029-31.
10. Senocak ME, Gündoğdu H, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. Mesenteric and omental cysts in children: Analysis of nineteen cases. *Turk J Pediatr.* 1994;36:295-302.

