

Çocuklarda İleusun Nadir Nedeni: Mezenter Kisti Torsiyonu

A Rare Cause of Ileus in Children: Torsion of the Mesenteric Cyst

Tamer SEKMENLİ¹, İlhan ÇİFTÇİ¹, Zehra Esin ÇELİK²

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye



ÖZET

Mezenter kisti abdominal kitlelerin nadir nedenlerinden biridir. Karakteristik klinik bulgu vermemesi ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinin spesifik olmaması nedeniyle tanı koymak güçtür. Genellikle komplike olmamış olgularda abdominal distansiyonla kendini gösterir.

1.5 yaşında erkek hasta 2 gün öncesinde başlayan karın ağrısı safralı kusma şikayetlerinin devam etmesi üzerine tedavi için kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede abdominal distansiyonu olan hastanın, ayakta direkt karın grafide multipl, keskin hava sıvı seviyeleri olup, distalde gaz yoktu. Hasta operasyona alındı. 10x10cm çapında büyük bir mezenter kist torsiyonu nedeniyle mevcut kliniğin oluştuğu görüldü, komşuluğundaki meckel divertikülüyle birlikte bu mesafedeki iskemik ans çıkarıldı ve ileal segment uç uca anastomoz yapıldı. Postop 4. günde beslenen hastanın 6. gün sorunsuz taburcusu edildi.

Komplike olmamış mezenter kistlerini ultrasonda bağırsaklardan ayırt etmek oldukça zordur. Karın şişkinliği ile gelen ve olası karın içi sıvı artışı nedenleri saptanmayan hastalarda mezenter kistini ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Görüntüleme ultrason ve tomografi katkı sağlar. Ek anomali olabileceği unutulmamalıdır. Cerrahi eksizyon tedavi için yeterlidir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, İleus, Mezenter kist, Torsiyon

ABSTRACT

Mesenteric cyst is a rare cause of abdominal mass and is difficult to diagnose because of the lack of characteristic clinical findings and the nonspecific radiological follow-up methods. The initial manifestation is usually abdominal distension in uncomplicated cases.

A 1.5-year-old male patient was admitted to our clinic with complaints of abdominal pain that had started two days earlier together with ongoing bilious vomiting for the last two days. On physical examination, multiple cavities with definite air-fluid levels were seen but no gas was present in the distal bowel despite the abdominal distension. Surgery verified the presence of a large 10x10 cm mesenteric cyst torsion and an accompanying Meckel's diverticulum. The ischemic bowel loop at this area was resected and an end-to-end anastomosis performed for the ileal segments. The case was able to tolerate oral feeding on the 4th post-operative day and was discharged with no complaints on the sixth day.

It is difficult to distinguish uncomplicated mesenteric cysts from normal intestines on USG. Mesenteric cysts should be considered in differential diagnosis in patients admitted with complaints of abdominal distension where the reason for the increased intra-abdominal fluid is unknown. USG and tomography can be helpful in the follow-up. Additional abnormalities should also be taken into account, and surgical excision is sufficient for treatment.

Key Words: Children, Ileus, Mesenteric cysts, Torsion

GİRİŞ

Mezenter kisti abdominal tümörlerin nadir nedenlerinden olup, bu tümörlerin yaklaşık %90'ı yaşamın ilk yıllarında tanı almaktadır (1). Karakteristik klinik ve radyolojik bulgularının olmaması nedeniyle tanı koymak güçtür. Genellikle komplike olmamış

ogularda karın çapında artışla kendini gösterir. Etiyoloji'de en fazla kabul gören kistlerin mezenter içinde ektopik lenfatiklerin, lenfatik sistemle ilişki kuramaması sonucu oluştuğunu öne süren teoridir (2).

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Tamer SEKMENLİ

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
E-posta: dr_sekmenli@hotmail.com

Geliş tarihi / Received : 16.06.2014

Kabul tarihi / Accepted : 27.08.2014

DOI: 10.12956/tjpd.2014.98

Mezenter kisti (MK) nadir intraabdominal tümörlerden olup 27.000 ile 250.000 hastane başvurusundan yalnızca birinde görülür (3-5). Assidi taklit ederek karın şişkinliğine neden olabilir. Benevlenal'in ilk defa 1507'de yayınladığı mezenterik kist olgusundan sonra yaklaşık 800 olgu bildirilmiştir (6). Bağırsakların mezosundan kaynaklanırlar ve histopatolojik olarak benignidirler. Birçok olgu, komplikasyona neden olmadıkça asemptomatik kalır. Yazımızda dev mezenter kisti olan 18 aylık bir erkek çocuğu sunulmakta ve konu ile ilgili literatür bilgileri gözden geçirilmektedir.

OLGU SUNUMU

1.5 yaşında erkek hasta 2 gün öncesinde başlayan karın ağrısı, safralı kusma şikayetlerinin devam etmesi üzerine tedavi için kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede karın distansyonu olan hastanın, ateşi 37.5°C, Kan basıncı 100/60mmHg, nabızı 80'di. Ayakta direkt karın grafisinde keskin hava sıvı seviyeleri olup, distalde gaz yoktu (Şekil 1). WBC: 6300 CRP:118 olan hastanın diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Çekilen ultrasonda ileus lehine bulgular olduğu rapor edildi. Medikal tedavi ile rahatlamayan olgu operasyona alındı, terminal ileumdan 30 cm proksimalde yaklaşık 10x10cm'lik ebatta 360 derece kendi etrafında torsiyone olmuş mezenter kisti ve kist lokalizasyonuna 5 cm mesafede Meckel Divertikülü tespit edildi (Şekil 2,3). Bu mesafedeki bağırsak anısı iskemik görünümdeydi, kist detorsiyone edilip, 5 cm proksimalindeki Meckel'i de içine alacak şekilde iskemik bağırsak segmenti rezeke edildi, ileal segment uçuca anastomoz yapıldı. Postop 4. günde beslenen hasta 6. gün sorunsuz taburcu edildi.

Histopatolojik incelemede mezenter kisti lehine geldi, proksimaldeki Meckel benzeri dokunun mikroskopisinde ektopik mide mukozası izlenmediği rapor edildi (Şekil 4,5).

TARTIŞMA

MK son derece nadir görülen benign kistik lezyonlardır. MK, karında şişkinlik, tekrarlayan karın ağrısıyla ya da karında kitle nedeniyle semptom verebilir. Diğer taraftan bizim olgumuzda olduğu gibi, torsiyona bağlı bağırsak obstrüksiyonu, rüptür, komşu organlara bası gibi komplikasyonlarla da karşımıza çıkabilir (7,8). MK'li olguların dörtte üçü erkek olup tüm yaş gruplarında görülebilir(9). Çok nadir de olsa tam çıkarılmamış MK'nın yıllar sonra adenokarsinoma dönüştüğü literatürde belirtilmiştir (10). Mezenter kistleri doudenumdan rektuma kadar tüm bağırsak mezosunda yerleşebilir. Yerleşim yeri, %80 oranında ince bağırsak mezenteridir. %20 oranında ise kolon mezenterinden kaynaklanır (3).

Obstrüksiyon yapmamış MK'lerinin ultrasonda bağırsak görünümüne benzediğinden, radyologlarca da normal bağırsakla karıştırılabilmektedir. Tomografide mezotelyal ve enterik kistler



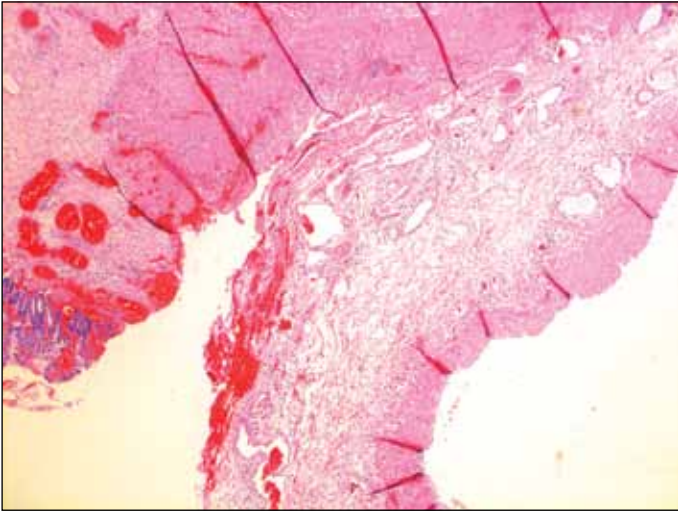
Şekil 1: Ayakta direkt karın grafide keskin hava sıvı seviyeleri.



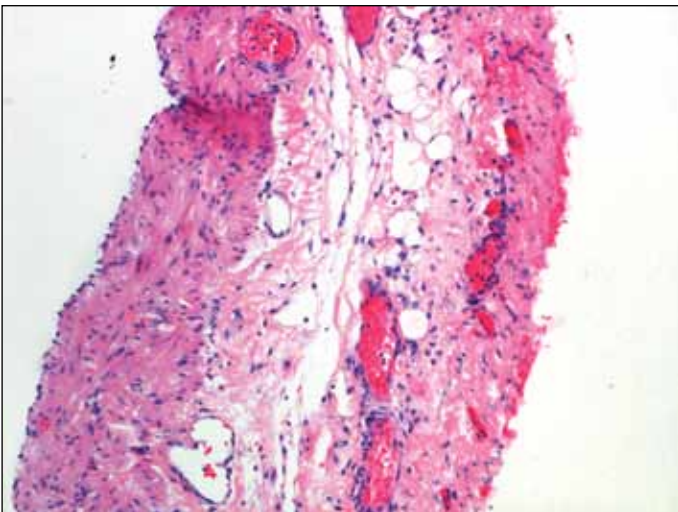
Şekil 2: Torsiyone olmuş mezenter kisti.



Şekil 3: Mezenter kist proksimal lokalizasyonunda 5 cm mesafede Meckel divertikülü.



Şekil 4: Bağırsak serozasına bitişik kist duvarı (HE x5).



Şekil 5: Meckel divertikülü olarak düşündüğümüz dokuda ektopik mukoza epiteli görülmedi, kist iç yüzeyinin basıklaşmış epitelle döşeli olduğu görülmekte (HE x20).

Tablo I: Histopatolojik olarak Mezenterik Kistler (12).

| |
|---|
| 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). |

ince duvarlı ve anekoik görülür. Lenfanjiomlar ise tomografide belirgin duvar yapısı olmadan, mezenter yerleşimli ve multioküler olarak görülür. Baryumlu çalışmalarda sıklıkla ince bağırsak mukozasındaki değişikliklerden ve basılardan tespit edilir (11).

Histopatolojik özelliklere göre mezenterik kistler 6 gruba ayrılmaktadır (12) (Tablo I). Genellikle bu 6 gruptan en sık lenfatik ve mezotelyal kökenli olanlarla karşılaşılmakta, kist içeriği şilöz, seröz bazende hemorajik olabilir.

Seröz sıvı içeren kistlerin mezokolondan, şilöz sıvı içeren kistlerin ise ince bağırsak mezenterinden kaynaklandığı bildirilmektedir (13,14). Mezenterik kistik lenfangiomaların tanısında genellikle ultrasonografi yeterli olmasına rağmen karın tomografisinde kullanılmaktadır. Kistik teratom, müsinöz kistadenom, bronkojenik kist, over kistleri, nonpankreatik pseudokist ve komplike assid gibi diğer asemptomatik karın içi kitleler ile karışma potansiyelleri mevcuttur (15).

Literatürde mezenter kistine jejunal atrezinin eşlik ettiği olgu sunumu olmasına rağmen (16), biz mezenter kistine eşlik eden meckel divertikülünü elektronik taranabilen literatürde tespit edemedik. Onun için bu birliktelik çocuklarda, literatürde ilk örnektir. Biz meckelin iskemik jejunal hatta yakın olduğundan dolayı mezenterik kistle beraber Meckel divertikülünü rezekt ettik.

Mezenter kistlerinin tedavisinde genellikle küçük ve klinik bulgu vermeyen kistlerin klinik muayene ve ultrasonografi ile takibi önerilmektedir (11). Son zamanlarda baş boyun bölgesi başta olmak üzere karın içi lenf anjiomlarında dahil OK-432, Bleomisin ve İnterferon gibi kimyasal ajanların kullanımıyla da başarılı sonuçlar bildirilmiştir (14,17,18)

Kitlenin laparoskopik olarak çıkartılması ile ilgili özellikle erişkinlerde başarılı sonuçlar bildirilmiştir (19). MK'da geleneksel yaklaşım drenaj, enüklasyon ve marsupilyasyondur. Drenaj uygulanan kistlerde nüks oranı yüksektir. Çevre organlara yapışıklık göstermediklerinden dolayı enüklasyon uygulanabilse de, çocuklarda tercih edilen asıl tedavi yöntemi, özellikle büyük kistlerin söz konusu olduğu durumlarda kistin mezosu ile beraber ilişkide olduğu bağırsak parçası da çıkartılıp rezeksiyon anastomoz uygulanmasıdır. Bu rekürrensi ve malign transformasyonu önlemeye yardımcı olur. Bu yapılmazsa kitlenin tekrarlaması söz konusu olabilir (14,21,22). Böyle yapılarak kistin bulunduğu bağırsak mezosundaki diseksiyonu önleyerek vasküler komplikasyonların da önüne geçilmiş olur.

Sonuç olarak, yaşamı tehdit edici komplikasyonlara nadiren yol açmalarına karşın, semptom vermese de karında izah edilmeyen sürekli şişkinliklerde ve yaşlarına göre karın çapında belirgin artışı olan hastalarda, mezenter kistlerini ayırıcı tanıda hatırlamak, gelecekteki olası komplikasyonların önlemesine yardımcı olacaktır. Ek anomali olabileceği unutulmamalı ve tedavi planlaması bu şekilde yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Hanagiri T, Baba M, Shimabukuro T, Hashimoto M, Takemoto H, Inoue A, et al. Lymphangioma in the small intestine: Report of a case and review of the Japanese Literature. *Surg Today* 1992;22:363-7.
- Feins Nr, Raffensperger JG: Cystic hygroma, lymphangioma and lymphedema. In Raffensperger JG (eds). *Swenson's Pediatric Surgery*. 5th ed. Connecticut: Appleton&Lange, 1990:172-3.
- Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994;64:741-4.
- Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987;53:58-60.
- Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg* 1986; 203:109-12.
- Beahrs OH, Judd ES Jr, Dockerty MB. Chlous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am* 1950; 30:1081-96.
- 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.
- Walker AR, Putnam TC. Omental, mesenteric and retroperitoneal cysts. A clinical study of 33 new cases. *Ann Surg* 1973;178:13-9.
- Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987;53:58-60.
- Bury TF, Pricolo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994;89:2085-7.
- Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, Dachman AH, Hjerstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: Histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987;164:327-32.
- de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000;17:323-8.
- Ulman I, Herek O, Ozok G, Avanoglu A, Erdener A. Traumatic rupture of mesenteric cyst: A life-threatening complication of a rare lesion. *Eur J Pediatr Surg* 1995;5: 238-9.
- Konen O, Rathaus V, Dlugy E, Freud E, Kessler A, Shapiro M, et al. Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol* 2002;32:88-94.
- Muramori K, Zaizen Y, Noguchi S. Abdominal lymphangioma in children: Report of three cases. *Surg Today* 2009; 39: 414-7.
- Pandey A, Gangopadhyay A, Sharma S, Upadhyaya V, Kumar V. Jejunal atresia presenting with mesenteric cyst in a neonate: A case report. *Cases J* 2008;23;1:57.
- Rha SE, Byun JY, Kim HH, Shin JC, Ahn HY, Kim DC, et al. Prenatal sonographic and MR imaging findings of extensive fetal lymphangioma: A case report. *Korean J Radiol* 2003; 4: 260-3.
- Muir T, Kirsten M, Fourie P, Dippenaar N, Ionescu GO. Intralesional bleomycin injection (IBI) treatment for haemangiomas and congenital vascular alformations. *Pediatr Surg Int* 2004;19:766-73.
- Sichel JY, Udassin R, Gozal D, Koplewitz BZ, Dano I, Eliashar R. OK-432 therapy for cervical lymphangioma. *Laryngoscope* 2004; 114:1805-9.
- Varadarajulu S, Arnoletti JP. Laparoscopic assistance for endoscopic resection of early stage esophageal cancer (with video). *Gastrointest Endosc* 2008;68:181-3.
- Gunel E, Çağlayan F, Gundogan A. Nadir görülen karında kitle nedeni: Mezenter kisti. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 1996;5:74-6.
- İlce Z, Erdogmus B, Aslener, A, Yazıcı B. Çocuklarda nadir görülen jejunal mezenterik kistik lenfanjiom. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2006;15:80-2.