

Erişkin Mezenter Kistleri

MESENTERIC CYSTS IN ADULTS

Dr. Orhan ALİMOĞLU, Dr. Mustafa ŞAHİN,
Dr. Adem AKÇAKAYA, Dr. Atilla KARAKELLEOĞLU, Dr. Bülent KAYA

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1.Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ÖZET:

Amaç: Erişkinlerde mezenter kist olgularını değerlendirmek.

Durum Değerlendirmesi: Mezenter kistleri nadir görülen intra-abdominal lezyonlardır ve görülme sıklığı 1/100.000-1/290.000 arasında bildirilmektedir. Sıklıkla ince barsak mezenterinde lokalize olmakla birlikte, duodenumdan rektuma kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilirler. Kistler genellikle asemptomatiktir. İnsidental olarak veya karın içi kitle bulguları ile tanı konulur. Nadir olarak intestinal obstrüksiyon, rüptür veya kanama komplikasyonları ile ortaya çıkabilirler.

Yöntem: 1995-2002 yılları arasında opere edilen mezenter kist olguları retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, şikayet, tanı yöntemi, kist lokalizasyonu, uygulanan cerrahi yöntem ve postoperatif komplikasyon açısından değerlendirildi.

Çıkarımlar: Belirtilen süre içinde mezenter kisti olan 9 hasta opere edildi. Hastaların 7'si kadın 2'si erkek olup yaş ortalaması 52 (33-70) idi. Hastaların 6'sı karında şişlik ve karın ağrısı, 1'i alt gastrointestinal kanama bulguları, 1'i kabızlık, 1'i akut karın şikayeti ile hastaneye başvurdu. Hastaların 7'sine ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi, 1'ine sadece ultrasonografi uygulanmış olup kistik lezyonlar tarif edilmiştir. Bir olguda da rüptüre kist acilde laparotomi esnasında tespit edildi. Kistlerin 5'i kolon mezosunda 4'ü ince barsak mezosunda lokalize idi. Kistlerin 7'sine enükleasyon, 1'ine eksizyon ve 1'ine kisti içine alan ince barsak rezeksiyonu uygulandı. Kistlerin en küçüğü 5x4x4 cm en büyüğü 18x18x12 cm çapında olup ortalama 12.4x10.9x9.2 cm çapında idi. Postoperatif bir hastada yara enfeksiyonu gözlenmiş olup mortalite görülmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 5.6 gün olarak tespit edildi.

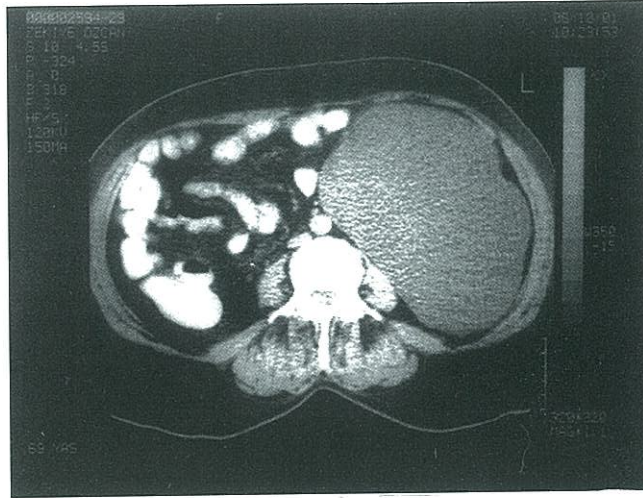
Sonuç: Mezenter kistleri değişik klinik bulgularla ortaya çıkabilirler. Mezenter kistlerinin tedavisinde enükleasyon güvenli ve yeterli tedavi şeklidir.

Anahtar kelimeler: Erişkin mezenter kistleri, enükleasyon

SUMMARY

Mesenteric cysts are uncommon intraabdominal tumors. The incidence of disease is between 1 per 100,000 and 290,000 general hospital admissions. They can occur anywhere along the gastrointestinal tract mesentery, although most commonly found in the small bowel mesentery. There are no pathognomonic signs or symptoms of the cysts. They may present with a partial intestinal obstruction associated with a palpable mass, rupture and hemorragia in the cyst. Between 1995 and 2002, 9 patients who underwent surgery for mesenter cysts were evaluated retrospectively. Sex, age, complaints, diagnostic modalities, location of cysts, surgical procedure and postoperative complications were evaluated. There were 7 females and 2 males and mean age was 52 years (Range 33 to 70). Presenting symptoms of 6 patients were abdominal pain and distention, 1 patient with gastrointestinal bleeding, 1 patient with constipation and 1 patient with acute abdomen. 7 patients had both abdominal ultrasonography and CT tests. 5 cysts were located in the colon mesentery, 4 cysts in the small bowel mesentery. 7 cysts underwent enucleation, 1 excision, 1 small bowel resection. The cysts ranged in size from 5x4x4 cm to 18x18x12 cm, with a mean of 12.4x10.9x9.2cm. There was 1 wound infection with no mortality. Enucleation of mesenteric cysts is effective and sufficient surgical modality.

Keywords: Adult mesenteric cysts, enucleation



Resim 1: Splenik fleksura mezosunda lokalize kistin bilgisayarlı tomografideki görüntüsü

Mezenter kisti ilk olarak 1507 yılında İtalyan anatomist Beneveni tarafından 8 yaşında bir kadavranın otopsisinde tanımlandığı bildirilmektedir (1). Daha sonraki yıllarda laparotomi esnasında tespit edilen mezenter kistleri, ilk olarak 1880 yılında Fransız cerrah Tillaux tarafından preoperatif mezenter kisti tanısı konmuş ve cerrahi olarak kist eksize edilmiştir (2).

Mezenter kistleri nadir görülen, sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde karşılaşılan intra-abdominal tümörlerdir. Mezenter kistlerinin çoğu ince barsak mezenterinde lokalize olmakla birlikte, duodenumdan rektuma kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilirler. Mezenter kistleri için patognomonik bir bulgu ve semptom yoktur. Kistler genellikle asemptomatiktir, insidental olarak veya karın içi kitle bulguları vererek tanıları konulur. Nadir olarak intestinal obstrüksiyon, rüptür veya kanama komplikasyonları ile ortaya çıkabilirler. Nadir görülmeleri nedeniyle ameliyat öncesi tanı oranı düşüktür (3,4,5,6,7). Mezenter kistleri intra-abdominal kitle ayırıcı tanısında düşünülmelidir ve kistlerin tedavisi cerrahi olarak eksizyondur (8,9).

Bu çalışmanın amacı hastanemizde opere edilen erişkin mezenter kist olgularının sonuçlarını sunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmada 1995-2002 yılları arasında SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesinde opere edilen mezenter kist olgularının hasta kayıtları ve ameliyat notları incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, şikayet, tanı yöntemi, kist loka-

lizasyonu, uygulanan cerrahi yöntem ve postoperatif komplikasyon açısından değerlendirildi.

SONUÇLAR

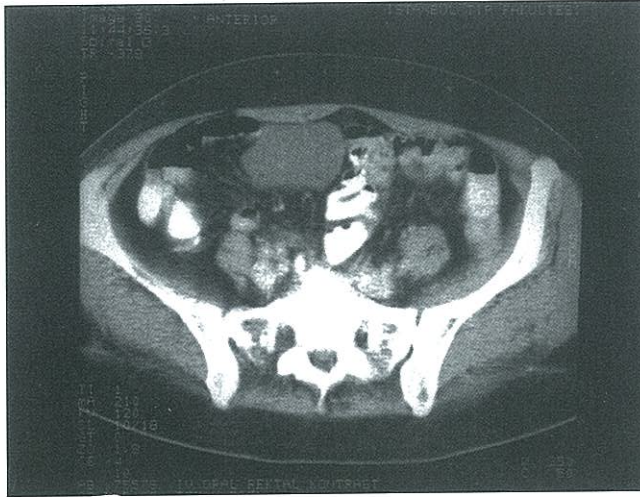
1995-2002 tarihleri arasında mezenter kisti olan 9 hasta opere edildi. Hastanemize başvuran hastalardaki insidans 1/220.000 bulundu. Hastaların 5'ine (%56) preoperatif tanı konuldu ve 4 hasta over kisti ile ameliyat öncesi ayırıcı tanı yapılamadı. Hastaların 7'si kadın 2'si erkek olup yaş ortalaması 52 (33-70) idi.

Hastaların 6'sı karında şişlik ve ağrı, 1'i alt gastrointestinal kanama bulguları, 1'i kabızlık, 1'i akut karın şikayeti ile hastaneye başvurdu.

Hastaların 7'sine ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT), 1'ine sadece USG uygulanmış olup görüntülenme ile kistik lezyonlar tarif edilmiştir. Bir olguda rüptüre kist acilde laparotomi esnasında tespit edildi. Hastaların 7'sinde kistler multilokule idi ve kist içerikleri 5'inde şilöz, 3'ünde ise seröz nitelikte idi.

Kistlerin 5'i kolon mezosunda (Resim 1) 4'ü ince barsak mezosunda (Resim 2) lokalize idi. Kistlerin 7'sine enukleasyon (Resim 3), 1'ine eksizyon ve 1'ine kisti içine alan ince barsak rezeksiyonu uygulandı. Kistlerin en küçüğü 5x4x4 cm en büyüğü 18x18x12 cm çapında olup ortalama çap 12.4x10.9x9.2 cm idi. Hastaların 1'ine taşlı kronik kolesistit nedeniyle kolesistektomi ve 1'ine umbilikal herni onarımı aynı seansta uygulandı.

Postoperatif bir hastada yara enfeksiyonu (ince barsak rezeksiyonu uygulanan gastrointestinal



Resim 2: Terminal ileum mezosunda lokalize kistin bilgisayarlı tomografideki görüntüsü

kanama şikayeti ile müracaat eden hasta) izlenmiş olup lenfatik fistül ve mortalite görülmedi.

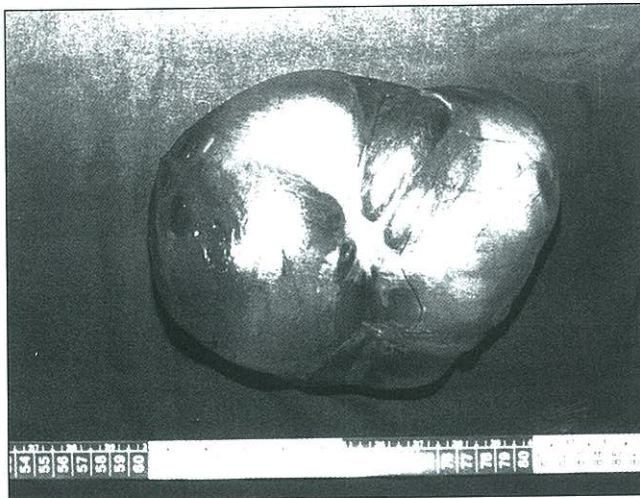
Ortalama hastanede kalış süresi 5.6 gün olarak tespit edildi. Kistlerin mikroskopik incelemelerinde fibrotik duvar içeren iç yüzü mezotelle döşeli yer yer basıklaşmış, tek sıralı epitelle döşeli kistik yapılar izlendi. Bu bulgular mezenter kist ile uyumlu olarak yorumlandı. Hastaların 6'sına (%67) telefonla ulaşıldı ve şikayetleri olmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Mezenter kistlerinin etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Dört farklı etiyojisi belirtilmektedir; 1) Drenajı olmayan ektopik

lenfatiklerin proliferasyonu (9), 2) Travma, neoplasia, veya enfeksiyon sonucu lenfatik drenajın bozulması (10, 11), 3) Embriyolojik hayatta mezenter yapraklarının tam olarak kapanmaması veya lenfatik drenajın venöz sistem ile birleşmemesi (11), 4) Lenfnodlarının dejenerasyonu sonucu gelişmesi (12). Etiyojisi ne olursa olsun lenfatik drenajın bozulması lenfatik akımın birikmesine ve kist oluşmasına yol açar bu da kist içeriğinin çoğunlukla şilöz olması ile sonuçlanır.

Erişkin mezenter kistleri nadir görülen lezyonlardır. Görülme sıklığı 1/102.500 ile 1/290.000 arasında bildirilmektedir (13,14). Çalışma süresi içinde çocuk hastalar hariç tutulduğunda hastanemize başvuran hasta sayısı 1.986.015 idi ve kistlerin insidansını 1/220.000



Resim 3: Enükle edilmiş mezenter kist piyesi

olarak tespit ettik. Erişkinlerde her iki cinste eşit oranda görüldüğünü bildiren yayınlar olmakla birlikte kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalarda mevcuttur ve 40-50 yaş arasında pik yapmaktadır (3,8,15). Bizim çalışmamızda hastaların %78'i kadın idi ve yaş ortalaması 52 idi.

Mezenter kistleri, duodenumdan rektuma kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülmekle birlikte, en sık lokalize olduğu yer ince barsak mezenteri olarak bildirilmektedir ve genellikle multilokuledirler (3,10,15,16). Bizim çalışmamızda kistlerin en sık lokalize olduğu yer kalın barsak mezenteri idi (%56). Bu yönü ile literatür bilgileri ile farklılık arz ediyordu.

Mezenter kistleri için patognomonik bir bulgu ve semptom yoktur. Ameliyat öncesi %25 olguda tanı konulabilmektedir. Karın ağrısı ve dolgunluk hastaların %50'sinde bulunur ve özellikle bu semptomlar uzun süre devam ediyorsa mezenter kisti düşünülmelidir (3,11,17,18). Mezenter kistleri genellikle asemptomatiktir, insidental olarak ameliyat esnasında, abdominal USG esnasında veya karın içi kitle bulgu vererek tanıları konulur (9,11,16). Nadir olarak rüptür (19), intestinal obstrüksiyon (20), kist içi kanama (9), torsiyon (21) gibi komplikasyonlar şeklinde ortaya çıkabilirler.

Mezenter kistlerinin tanısında USG önemli bir modalitedir. USG kistik lezyon tarif etmede etkili olmakla birlikte orijini hakkında yeterli bilgi verememektedir (22). BT ikinci seçilecek yöntemdir ve kistin orijin aldığı organ ayırımında önemlidir. Örneğin lezyonu pankreasta, böbrekte veya overden kaynaklanmadığını göstererek daha doğru tanı konulabilmektedir (12). Bu çalışmadaki hastaların çoğuna hem USG hem de BT uygulanmıştır ve hastaların %56'sına doğru preoperatif tanı konulmuştur.

Ayırıcı tanıda over kisti, pankreas pseudokisti, teratom, kistik mezotelyoma, kistik düz kastümörü, kist hidatik, endometriosis, hemanjioma ve omentum kisti düşünülmelidir (4,11,23).

Mezenter kistlerin kesin tedavisi cerrahidir (1,10,24). Aspirasyon, enükleasyon, rezeksiyon ve marsüpiyalizasyon kullanılan cerrahi tekniklerdir. Marsüpiyalizasyon, parsiyel kist eksizyonu ve aspirasyondan sonra %50'den fazla nüks bildirilmektedir. Mezenter kistinin tedavisinde uygulanacak en doğru tedavi şekli kistin enükleasyonudur. Eğer bu yapılamıyorsa, kist lokalize olduğu barsak kısmı ile birlikte

çıkarılmalıdır böylece nüks önlenmiş olur (3,4,10,11,15,25). Bu çalışmadaki kistlerin çoğuna enükleasyon uygulandı. Günümüzde mezenter kistlerin cerrahi tedavisi minimal invazif teknik ile başarılı bir şekilde yapılabilmektedir (26,27).

Çok nadirde olsa mezenter kistlerinde karsinom veya sarkom gelişebilmektedir (8,11). Malignite insidansı %3 oranında bildirilmektedir, fakat malignleşmenin benign kisten mi yoksa primer mi olduğu bilinmemekle birlikte (3), selim kisten malign tranformasyon olabileceği bildirilmiştir (28). Kist cidarında fokal kalınlaşma, sınırlarının düzensiz olması ve solid komponentin olması durumunda malignite düşünülmelidir. Malign olgularda lokalizasyona göre intestinal rezeksiyon yapılmalıdır (8).

Sonuç olarak, intraabdominal kitle ayırıcı tanısında nadirde olsa, erişkinlerde mezenter kisti olabileceği düşünülmelidir. Mezenter kistleri değişik klinik bulgularla ortaya çıkabilirler ve enükleasyon güvenli ve yeterli tedavi şeklidir.

KAYNAKLAR

1. Swartley WB: Mesenteric cysts. *Ann Surg* 1927; 85:886-896.
2. Tillaux PJ: Cyste du mesentere un homme: ablation par la gastromie: quersion. *Revue de Therapeutiques Medico-Chirurgicale Paris* 1880; 47:479.
3. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR: Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986; 203:109-112.
4. Şahin M, Arab A, Erbilin M, Ertaş E, Aydın NE, Saraç K: Transvers kolon mezosunda lokalize mezenter kisti. *Olgu Sunumu. Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1995; 9:244-245.
5. O'Driscoll RC, Salerno JC, Quartrell AC, Fletcher HS: A mesenteric cyst in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129:588-590.
6. Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL: Mesenteric cysts. *Am Surg* 1987; 53:58-60.
7. Schwarzman MI: Calcified mesenteric cyst mimicking obstructing ureteral calculus. *Urology* 1987; 29:227.
8. Tykka H, Koivuniemi A: Carcinoma arising in a mesenteric cyst. *Am J Surg* 1975; 129:709-711.
9. Mollitt DL, Ballantine TV, Grosfeld JL: Mesenteric cysts in infancy and childhood. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 147:182-184.
10. Vanek VW, Phillips AK: Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg* 1984; 119:838-842.
11. Beahrs OH, Judd ES, Dockerty MB: Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am* 1950; 30:1081-1096.

12. Egozi EI, Ricketts RR: Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg* 1997; 63:287-290.
13. Judd ES, Crisp NW: Proc Staff Meet Mayo Clinic 1932; 7:555.
14. Vaughn AM, Lees WM, Henry JW: Mesenteric cysts. *Surgery* 1948; 23:13-19.
15. Daly JM, Adams JT, Fantini GA, Fischer JE: Abdominal wall, omentum, mesentery, and retroperitoneum. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC. *Principles of Surgery*. New York: McGraw-Hill, 1999:1551-1584.
16. Burnett WE, Rosemond GP, Bucher RM: Mesenteric cysts. Report of three cases, in one of which a calcified cyst was present. *Arch Surg* 1950; 60:699-706.
17. Parsons EO: True proliferating cystic lymphangioma of the mesentery. *Ann Surg* 1936; 103:595-604.
18. Warfield JO: A study of mesenteric cysts. *Ann Surg* 1932; 96:329-339.
19. Vlazakis SS, Gardikis S, Sanidas E, Vlachakis I, Charissis G: Rupture of mesenteric cyst after blunt abdominal trauma. *Eur J Surg* 2000; 166:262-264.
20. Karahan Ö, Tatkan Y, Günel E, Şahin M: Mezenter kistinin sebep olduğu bir barsak tıkanması vakası. *S.Ü. Tıp Fak Dergisi* 1989; 5:228:231.
21. Namasivayam J, Ziervogel MA, Hollman AS: Case report: volvulus of a mesenteric cyst – an unusual complication diagnosed by CT. *Clin Radiol* 1992; 46:211-212.
22. Chou YH, Tiu CM, Lui WY, Chang T: Mesenteric and omental cysts: an ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointest Radiol* 1991; 16:311-314.
23. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE: Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg* 1985; 120:1266-1269.
24. Caropreso PR: Mesenteric cysts: a review. *Arch Surg* 1974; 108:242-246.
25. Hardin WJ, Hardy JD: Mesenteric cysts. *Am J Surg* 1970; 119:640-645.
26. Vu JH, Thomas EL, Spencer DD: Laparoscopic management of mesenteric cyst. *Am Surg* 1999; 65:264-265.
27. Polat C, Ozacmak ID, Yucel T, Ozmen V: Laparoscopic resection of giant mesenteric cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000; 10:337-339.
28. Bury TF, Pricolo VE: Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:2085-2087.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr.Orhan ALİMOĞLU
Kazım Karabekir Mah. Hekimsuyu Cad.
Dostluk Sit. D1 Blok. D:13 Küçükköy
34080 Gaziosmanpaşa, İSTANBUL