

## BENİĞN KİSTİK MEZOTELYOMA

Dr. Turgay Çetin, Dr. Ünal Arslan, Dr. Haydar Yalman

Sosyal Sigortalar Kurumu, Göztepe Hastahanesi 3. Cerrahi Servisi-İSTANBUL

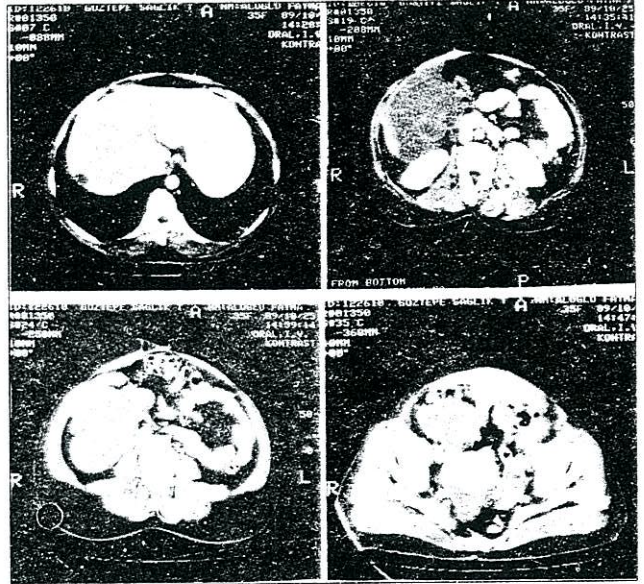
### GİRİŞ:

Benign kistik mezotelyoma, peritonun nadir görülen bir tümördür. Aynı bir antite olarak tanınması çok yavaş gelişmiş, mezoteliyal orijini yeni ultrastrüktürel çalışmalar sonunda ileri sürülmüştür (1). Geçmişte lezyon kistik lenfanjioma ile veya farklı kliniği olmasına rağmen diffüz mezotelyoma ile hatta musin oluşturan adenokarsinoma ile bile karıştırılmıştır (3,4). Plaut, daha sonraları Rhind ve Wright, ve diğerleri bu lezyonları tanımlamışlar ve mezoteliyal orijinli olduklarını ileri sürmüşlerdir (2,3,4).

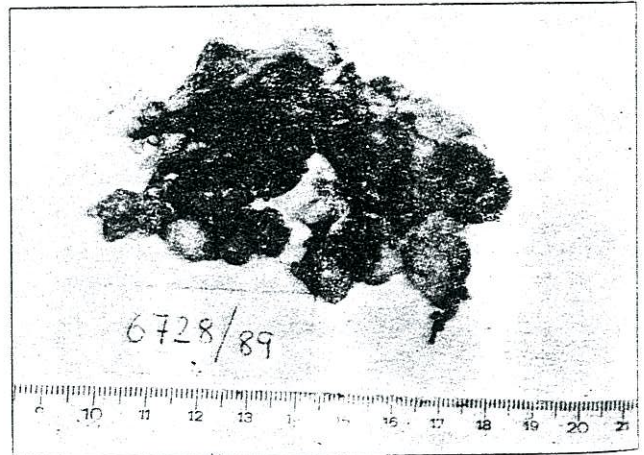
### OLGU

F.A. 1955 doğumlu kadın hasta (SSK Göztepe Hast. 3. Cerrahi Kliniği, Prot. No: 26982) 11.9.1989 da karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, halsizlik şikayetleri ile müracaatı üzerine tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Şikayetleri yaklaşık 1 senedir devam etmekte olup tıbbi tedavilere cevap vermemiş. Özgeçmişinde, beş yıl önce sol over kisti nedeni ile operasyon geçirdiği tesbit edildi. Yapılan fizik muayenede batın distandü, alt kadrantlarda eski operasyon skartrisi gözlemlendi. Palpasyonla tüm kadrantlarda hassasiyet, sağ üst ve alt kadrantlarda değişik büyüklüklerde kitleler palpe edildi. Diğer sistem muayenelerinde özellik bulunamadı. Laboratuvar tetkiklerinde orta derece anemi ile sedimantasyon saatte 65 mm. bulundu. Diğer rutin ve biokimyasal tetkiklerde patoloji bulunamadı. Casoni-Weinberg testleri negatifti. Akciğer grafisi ve EKG de özellik bulunmadı. Batın ultrasonografik tetkikinde karaciğer sağ lob ön kenara yakın 13x10 cm. boyutlarında multiloküle kistik kitle, medialde ise çok sayıda 4-5 cm. çaplarında kistik yapılar izlenmiş, kistik lezyonların douglasta kadar yayıldığı tesbit edilmiştir. Batın bilgisayarlı tomografik tetkikinde multikistik kitlenin sağ parakolik bölge boyunca cranio-caudal 24 cm. uzunlukta olduğu, yer yer kalsifikasyonlar gösterdiği, lobule konturlu ve ince cidarlı olduğu görüldü. Ayrıca douglasta, her iki over üzerinde en büyüğü 3 cm. çaplarında diğer kistik kitleler tesbit edildi (Resim 1). Hastaya 13.9.1989 da yapılan

laparatomide, karaciğer subdiyafragmatik resessustan douglasta kadar omentum ve peritoneal yüzeyleri tutan çok sayıda çapları 0.5 cm. ile 10 cm. arasında multiloküle, cidarı şeffaf, içleri berrak seröz mayi ile dolu çok sayıda irili ufaklı kistik lezyonlar tesbit edildi. Büyük kistler rezeke edildi, omentumdan biyopsi alındı (Resim 2). Yapılan histopatolojik inceleme sonucu (SSK Göztepe Hastanesi, Patoloji Lab. Prot. No:6728/1989) Benign Kistik Mezotelyoma teşhis edildi.



RESİM: 1- Batın bilgisayarlı tomografik incelenmesinde, karaciğer subdiyafragmatik resessustan başlayıp, cranio-caudal 24 cm. uzunlukta, pelvise kadar inen sağ parakolik resessusu doldurmuş, barsakları sol laterale itmiş, lobule konturlu, ince septasyonlarla ayrılmış multikistik kitlenin değişik seviyelerden kesit görüntüleri.



RESİM: 2- Omental biyopsi materyalinin makroskopik görünümü

## TARTIŞMA

Peritonu tutan mezoteliyal tümörler içerisinde kistik mezotelyomalar en nadir görülenleri olup bugüne kadar yayınlanan vaka sayısı 50 civarındadır (4). Weis ve arkadaşları tarafından incelenen 37 olgunun 31'i kadın, 6'sı erkek olup ortalama yaş kadınlarda 38, erkeklerde 47 dir (4). Vakamız da 34 yaşında kadın olup literatürle uygunluk göstermektedir. Etyolojileri tam olarak aydınlatılamamıştır. Asbestozisin malign mezotelyoma ile ilişkisi bilinmesine rağmen kistik mezotelyoma ile ilişkisi tesbit edilememiştir. Olgumuzda da böyle bir ilişki bulunamamıştır. Geçirilmiş pelvik operasyonlar, pelvik enfeksiyonlar ve endometriozisin etken olabileceği ileri sürülmüş, bu nedenle 37 vakanın analizinde %30 oranında geçirilmiş pelvik operasyon tesbit edilmiştir (4). Olgumuzda da beş yıl önce geçirilmiş bir pelvik operasyon mevcuttur. Kadınlarda doğum sayısı ile hastalık arasında bir ilişki bulunamamıştır (2). Lezyonların patogenezi açık değildir. Birçokları hastalığı neoplastik olarak tanımlarken, bazıları reaktif bir süreç olduğu ileri sürmektedir (4). Klinikte atipik karın ağrıları, batında kitle ele gelmesi, parsiyel intestinal obstrüksiyon belirtileri ile karşımıza çıkabilir, ancak nonspesifik olan bu belirtilerin kesin tanıda rolleri olmamıştır. Kesin tanı biyopsi ile konur (2). Bazen tesadüfen laparotomi, tüp ligasyonu sırasında, fıtık kesesi içinde bulunabilir (1,2,4). Olgumuzda ise esas şikayet karın ağrısı olup zaman zaman dispeptik yakınmalarla birlikte. Peritonun hemen her bölgesinde görülebilir, soliter, lokal veya diffüz yapıda olabilirler. Laparotomi esnasında görünüşleri karakteristiktir. Çok sayıda ince duvarlı ve transpa-

rent kistler batında parietal ve visseral peritonun serozal ve subserozal dokularına dağılmışlardır. Sıklıkla multikistik kitleler oluştururlar. Kistler bir kaç mm. ile bir kaç cm. arasında olup, berrak seröz sıvılar içerirler (1,2,3,4). Mikroskopide ödemli bir fibrovasküler stroma içerisinde dağılmış yuvarlak yada irregüler yapıda, değişik büyüklüklerde kistler görülür. Kistler düzleşmiş veya küboidal mezoteliyal hücrelerle çevrilmişlerdir (1,2,4). Klinik olarak benign olduğu iyi bilinen adenomatoid tümör ile peritonun malign mezotelyoması arasında bir borderline varyant olarak tanımlanmaktadır (4). Ayırıcı tanıda kistik lenfanjiomlar başta olmak üzere reaktif mezotelial proliferasyon, peritoneal inklüzyon kistleri, benign papiller mezotelioma, adenomatoid tümör, müller kanalı kistleri ovarial-ekstraovarial papiller ca.lar ve endometriozis düşünülmelidir (4). Prognoz iyi olup en uzun sağ kalım süresi 31 yıldır. Bildirilen 4 ölümden ikisi başka nedenlerden, biri tedaviyi kabul etmediğinden, biri ise hastalığın yayılımı sonucu olmuştur. Lezyon lokal ise total rezeksiyon, yaygın ise büyük kistlerin rezeksiyonu, diğerlerin takibi önerilmiştir (4). %26.7 oranında nüks bildirilmiştir (2). Kemoterapi ve radyoterapinin rolleri bilinmemekle birlikte, tümörün benign karakteri ve yavaş gelişmesi nedeniyle etkili olmadığı tahmin edilmektedir (2,4).

## KAYNAKLAR

1. Enzinger, F.M.: Soft Tissue Tumors, pp. 689-718, The C.V. Mosby Co., Toronto, 1988.
2. Katsube, Y., Mukai, K., Silverberg, S. G.: Cystic mesothelioma of the peritoneum. Cancer, 50: 1615-1622, 1982.
3. Moore, J. H., Crum, C. P., Chandler, J. G., Feldman, P.S.: Benign Cystic mesothelioma. Cancer, 45: 2395-2399, 1980.
4. Weiss, S. W., Tavassoli, F. A.: Multicystic mesothelioma, an analysis of pathologic findings and biologic behavior in 37 cases. Am. J. Surg. Pathol., 12 (10): 737-746, 1988.