

Mezenter kistleri

Serdar SANDER, Nüvit SARIMURAT, Ergun ERDOĞAN, Cenk BÜYÜKÜNAL,
Nur DANIŞMEND, O. Faruk ŞENYÜZ, Daver YEKER
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Çocuk yaş grubunda nadir görülen patolojilerden olan mezenter kistlerinin klinik ve cerrahi özelliklerini belirlemek amacıyla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Kliniği'nde 1983-1991 tarihleri arasında tedavi edilmiş 12 olguya ait kayıtlar yeniden gözden geçirilmiştir. Olguların 7'si erkek, 5'i kız, yaş ortalamaları 2.9 olup, en sık semptomlar bulantı/kusma ve karın ağrısı, 4'ünde şilöz kisti bulunan olgulardan 7'sinde rezeksiyon gerekmiş, 5'inde ise kist enükleasyonu yapılmıştır. Postoperatuar 9. günde iskemik nekroz ile yeniden ameliyat edilen bir olgu ile, postoperatif 23. günde konservatif tedaviye yanıt veren brid ileusu atağı geçiren bir olgu dışında tüm olgular komplikasyonsuz olarak iyileşmiştir.

Anahtar kelimeler: Mezenter kistleri

Mezenter kistleri ilk olarak 1507'de Benivieni tarafından bir otopside saptanmış, ilk formal tanımları 1842'de Rokitansky tarafından yapılmış ve mezenter kisti nedeniyle ilk başarılı rezeksiyonu 1880'de Tallaux yapmıştır⁽¹⁾.

Literatürde bildirilen olguların yaklaşık % 25'i 10 yaşın altında⁽²⁾, bunların ise ancak % 5.5'i 1 yaşın altında⁽³⁾ olup, yol açtıkları komplikasyonlar çocuk yaş grubunda erişkinlere oranla daha sık görülmektedir. Volvulus, torsiyon, kanama, gastrointestinal perforasyon, üriner obstrüksiyon, rüptür gibi komplikasyonlar sıklıkla yeterli tanısal tetkik yapılamadan acil girişim gerektirdiğinden, özellikle deneyimsiz cerrahları hazırlıksız yakalayarak morbidite hatta mortaliteyi arttırabilmektedir.

Adres: Serdar Sander,
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Summary

Mesenteric cysts

Mesenteric cysts are uncommon pathologies of infancy and childhood. This is a retrospective study of 12 children with mesenteric cysts which were treated in the Department of Pediatric Surgery of Cerrahpaşa Medical Faculty during 1983-1991 period.

7 of 12 cases were male and 5 were female, the mean age is 2.9 years. The most common symptoms were nausea, vomiting and abdominal pain. The most common clinical finding was palpabl abdominal mass. 8 of the cysts were serous and 4 were chylous. In 5 cases the cysts enucleated and in 7 segmenter resection and anastomosis of the adjacent intestine was performed.

1 patient had undergone a reoperation because of ischemic bowel necrosis and other patient had intestinal obstruction which was treated medically on 23th. postoperative day. Early and late postoperative period was uneventful in other cases.

Key words: Mesenteric cysts

Gereç ve Yöntem

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Kliniği'nde Ocak 1983-Mayıs 1991 tarihleri arasında cerrahi tedavi görmüş 12 mezenter kisti olgusuna ait kayıtlar retrospektif olarak yeniden incelenmiştir.

Bulgular

Olguların 7'si erkek (% 58.3), 5'i kız (% 41.6) olup yaş ortalamaları 2.9'dur ve 8 olguda seröz (% 66.6), 4 olguda şilöz (% 33.3) kist saptanmıştır. Kistler 8 olguda ileal, 3 olguda jejunal ve 1 olguda kolonik lokalizasyonludur.

En sık semptomlar bulantı/kusma ve karın ağrısı, en sık bulgu ise palpabl abdominal kitle olup mezenter kistleri için spesifik olan herhangi bir belirti ya da bulguya rastlanmamıştır (Tablo 1).

Tablo I: Bulgu ve belirtiler.

Belirti/Bulgu	Olgu Sayısı	%
Bulantı-kusma	9	75
Palpabl abdominal kitle	8	66.6
Karın ağrısı	7	58.3
Karın distansiyonu	4	33.3
Ateş	3	25
Asemptomatik	1	8.3

Direkt radyolojik tetkiklerde 9 olguda herhangi bir özellik bulunamamış, 2 olguda intestinal obstrüksiyon bulguları saptanmış, 1 olguda ise mide gaz gölgesinde öne+yukarıya itilme görülmüştür. Preoperatif dönemde 6 olguda abdominal US yapılmış, bunların tümünde batında kistik kitle saptanmış olmasına karşın sadece 3 olguda tanı olarak mezenter kisti belirtilmiştir. Rutin laboratuvar değerlerinde herhangi bir özellik saptanmamıştır.

Ameliyat kararı 7 olguda abdominal kitle, diğer 5 olguda ise akut batın nedeniyle alınmıştır. 7 olguda tek, 5 olguda multipl olan kistlerin tümünün multiloküler olduğu saptanmış ve 4 olguda kiste bağlı volvulus görülmüştür.

Kist enükleasyonu ancak 5 olguda mümkün olmuş, diğer 7 olguda ise segmenter rezeksiyon gerekmiştir. Bu olgulardan 6'sında primer anastomoz, volvulusa bağlı yaygın iskemi ve nekroz bulunan birinde ise enterostomi yapılmıştır. Bu olgu postoperatuvar 9. günde stomada nekroz ve toksemi ile yeniden ameliyat edilmiş, stoma proksimal ve diastalinde yeni nekroz alanları saptanmış ve rezeksiyon+primer anastomoz uygulanmıştır. Yine rezeksiyon yapılmış bir başka olguda taburcu edildikten sonra-postoperatif 23. günde brid ileusu gelişmiş, ancak konservatif tedaviye yanıt alınmıştır.

Tüm olgular ortalama 11.9 günlük (6-48) hospitalizasyon sonrası sorunsuz şekilde iyileşmişlerdir.

Tartışma

Mezenter kistlerinin kökeni parazitik, neoplastik, inflamatuvar, dejeneratif, enfeksiyöz ya da gelişimsel olabilir (1). Çoğunun squamöz epitelle örtülü olması embriyonik retroperitoneal lenf kesesi ile ilişkili lenfatik boşluklardan kaynaklanabileceklerini düşündürmektedir. Bazı olguların geç ortaya

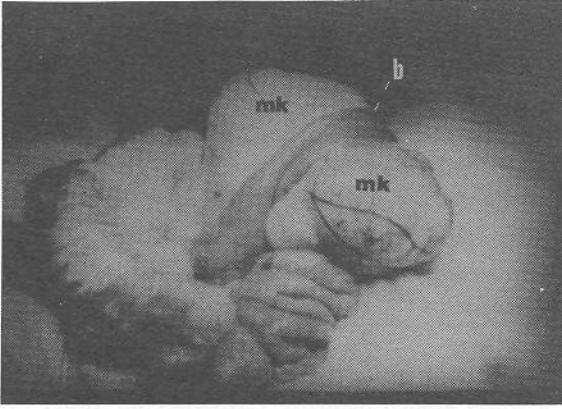
çıkmaları ve hızlı büyüme göstermeleri tümünün lenfanjiomatöz oluşumlar olmadığına delildir. Kolon mezenterindeki kistlerin ise mezokolon ve parietal peritonun birleşmelerinde hatalardan kaynaklandıkları öne sürülür (4). Kist duvarı genellikle içeriği rahatça görülecek kadar ince olup bazı olgularda epitele rastlanmamakta ve bu durum epitelin kistin genişlemesi sırasında haraplanmasıyla açıklanmaktadır (4).

Kist içeriği seröz, kanlı ya da şilöz olabilir. Şilöz içeriğin komşu bağırsak laktealleri ile direkt ilişkiden kaynaklandığı veya bu sütsü görünüm kist duvarının yağlı dejenerasyonuna bağlı olduğu şeklinde iki ayrı görüş ileri sürülmektedir. Kistler duodenumun 2. kütasından rektuma kadar herhangi bir lokalizasyonda olabilir ve sıklıkla multilokülerdirler. En sık ileal düzeyde görülmektedirler. Bazı olgularda periton boşluğunda serbest halde bulunan ve mezenter ile damarlı bir bağlantı göstermeyen sferik kistler şeklinde de saptanmaktadır (4). Kist sıvısı şilöz kistlerde plazmanın yaklaşık 1/3'ü kadar protein içerirken, seröz kistlerde protein düzeyi plazmanın biraz altında bulunmaktadır.

Ayrırcı tanıda over, omentum, pankreas ve duplikasyon kistlerinin düşünülmesi gerekmele birlikte özellikle acil ameliyat edilenlerde duplikasyon kistlerden ayırım ameliyatta bile güç olabilmektedir (5). Mezenter kistleri için spesifik herhangi bir semptom ve bulgu olmaması bu olgularda preoperatif kesin tanıdan çok intraoperatif karşılaşımları halinde doğru tutumun ne olacağı sorununu ön plana çıkarmaktadır.

Mezenter kistlerinde seçilecek tedavi kistin ortadan kaldırılmasıdır. Ancak damarlara sıkı yapışıklık nedeniyle çoğu kez basit enükleasyon yapılamamakta ve segmenter rezeksiyon gerekmektedir. Bu işlemlerin olanaksız olduğu durumlarda kistin periton boşluğuna drenajı da bir seçenektir ve yeniden sıvı birikimi olacağından basit aspirasyon önerilmemektedir. Periton boşluğuna drenaj yapılanlarda da teorik olarak giderek artan bir intraabdominal kolleksiyon gelişme riskinin bulunduğu unutulmalıdır.

Olgularımızdan birinde ileal düzeyde multiloküler, büyük ve tek bir kistin yanısıra uzun bir ileal seg-



Resim 1: Şilöz mezenter kisti
b: barsak ansı
mk: mezenter kisti

mentin mezo yaprakları arasında ve periton boşluğunda serbest şilus saptanmış, kistle birlikte segmenter rezeksiyon+anastomoz+batın drenajı yapılmış, mezo yaprakları arasındaki şilusa dokunulmamıştır. Postoperatif dönemde normal beslenmeyi takiben batın drenajından drenajın artmadığı görüldükten sonra dren alınmış ve hasta sorunsuz şekilde iyileşerek taburcu edilmiştir. Bu olguda postoperatif 4. ayda tekrarlanan batın US'de herhangi bir kolleksiyon ya da kiste rastlanmadığı bildirilmiştir (Resim 1).

Günümüzün gelişmiş tanı olanakları ve cerrahi tekniği mezenter kistlerine bağlı mortalite ve morbiditeyi hemen tamamen ortadan kaldırmış olup, bu olgularda başlıca sorun doğru tedavi seçeneklerinin bilinmesine indirgenmiş durumdadır.

Kaynaklar

1. Colodny AH: Mesenteric and omental cysts. Welch KJ et al (Eds): in "Pediatric Surgery", Vol:2, Fourth edition, Chicago, Year Book Medical Publishers Inc p:921, 1986.
2. Mollitt DL, Bellantine TVN and Grosfeld JL: Mesenteric cysts in infancy and childhood. Surg Gynecol Obstet 147:182, 1978.
3. Kovalivker M, Motovic A: Obstruction and gangrene of bowel with perforation due to a mesenteric cyst in a newborn J Pediatr Surg 22:377, 1987
4. Allen LH: Mesenteric, omental and retroperitoneal lymphatic cysts. Gray SW and Skandalakis JE (Eds) in "Embryology for Surgeons; the embryological basis for the treatment of congenital defects" Philadelphia, WB Saunders Company, p:709, 1972.
5. Özbal A, Altıntaş M, Büyükcinal C, Danişmend N, Yeşker D: Yenidoğan evresinde görülen komplike bir şilöz mezenter kisti olgusu. XVII. Türk Pediatri Kongresi Kitabı, İstanbul, Işık Ofset Matbaası s:331-335, 1979.