

ŞİLÖZ MEZENTER KİSTLERİ

Dr. Mustafa ALTINDAL x

Dr. Dr. Ali EMRE (xx)

Dr. Mete KESİM (xxx)

ÖZET

Bu yazıda 3 yaşında bir çocukta akut mekanik intestinal obstrüksiyon tablosuyla ortaya çıkan bir şilöz mezenter kisti vakası takdim edilmekte ve ilgili kaynaklar gözden geçirilmektedir.

GİRİŞ

Mezenter kistleri nadir karın içi tümörlerindedir. İlk kez 1507 yılında otopsi bulgusu olarak açıklanmış, sonraki yıllarda daha çok tek tek vakalar halinde bildirilmiştir. (10) Mezenter kistleri ender görüldüklerinden karın içi tümörlerin ayırıcı tanısında gözden kaçabilir. Bunun sonucu olarak yetersiz tanı ve tedavi nedeniyle bazı vakalarda istenmeyen sonuçların doğmasına neden olabilirler. Olayın klasik tablosunu ortaya koymak için birçok çalışmalar yapılmasına rağmen bugün dahi tanı çoğunlukla ameliyat sırasında konmaktadır.

Bu yazıda intestinal obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilen ve ameliyat bulgusu olarak barsak pasajını tıkadığı saptanan bir mezenter kisti vakası takdim edilmekte ve ilgili kaynakların ışığı altında konu tartışılmaktadır.

VAKA

K.İ., Prot. No: 6850/6855 1,5 yaşında erkek hasta.

Hasta iki gündür gaz gaita çıkaramama, bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleri ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim dalı polikliniğine getirildi. Bu tarihten bir hafta önce 5-6 gün süreli ishal ve kusması olduğu ailesi

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araşt. Görev. Erzurum
(xx) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Çapa/İstanbul Doç.
(xxx) A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim dalı öğretim üyesi. Doç.

tarafından açıklanan hastanın yapılan muayenesinde ileri derecede olduğu, turgor-tonusun azalmış, sıvı ve elektrolit kaybı nedeniyle şok eğilimi içinde bulunduğu saptandı. Karın muayene sinde distansiyon ve hassasiyet tesbit edildi. Rektal tuşede ampullanın boş olduğu, eldivene kan bulaşmadığı müşahade edildi. Barsak sesleri hiperaktif ve metalik vasıfta idi. Ayakta çekilen direkt karın grafisinde akut mekanik intestinal obstriksiyonu hatırlatan yaygın hava-sıvı seviyeleri mevcuttu.

Laboratuar muayenelerinde 13600/mm³ lokositoz dışında önemli bir özellik yoktu. İntüsepsiyon nedeniyle oluşmuş bir akut karın bir akut mekanik intestinal obstriksiyon tanısı ile hastanın ameliyatına karar verildi. Karın eksplorasyonunda ileum mezosunda, barsak duvarını mezenterik yüzden sıkıştıran ve lümeni dıştan bası ile tıkmış bulunan 10x10 cm boyutlarında lobulasyon gösteren kistik oluşum tesbit edildi. (Resim 1)



Resim : 1 Mezenter kistinin ameliyat esnasında görünümü

Mezenter kisti olduğu düşünülerek eksizyonuna karar verildi. Ancak lokalizasyonu ve ileumla sıkı ilişkisi yönünden sadece kistektomin olanaksız olduğu, ilgili barsak bölümünün de beraber çıkarılması gerektiği müşahade edilerek 20 cm lik bir ileum urvesi ile kist total olarak çıkarıldı. Barsağın devamlılığı ileo-ileostomi ile sağlandı. Olayısız geçen bir ameliyat sonrası devreyi takiben hasta kontrol edilmek üzere çıkarıldı. Piyesin patolojik incelemesi şilöz mezenter kisti tanısını doğruladı. (Ata. Ün. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı. Porot. No: B-296-83)

TARTIŞMA

1897 yılında Moynihan'ın cerrahide görülebilecek nadir olaylardan biri olarak vasıflandırdığı mezenter kistleri gerçekten ender olmalarına karşın hemen her cerrahın seyrekte olsa karşılaştığı bir antitedir. İlk kez tarif edildiği 1507 yılından 1850 yılına kadar tüm vakalar otopsi bulgusu olarak bildirilmiştir. (5) İlk başarılı kist eksizyonu 1880 de Til laux tarafından yapılmıştır. 1950 de yapılan bir araştırma 36 seneyi kapsamakta, bu zaman zarfında mayo kliniğine başvuran hastaların 174 ünün mezenter kisti vakası olduğu bildirilmektedir. Bu kistlerin sadece 9u şilöz kist olarak tesbit edilmiştir (6).

Mezenter kisti insidansının 1/30.000 ila 1/250.000 arasında olduğunu söylemek hastalığın seyrek görüldüğü hakkında fikir vermeye yetecektir. (8) bildirilen vakaların yarısından fazlası yetişkin yaşlarda olup sadece 1/4 ü 10 yaşın altındadır. (10). Mezenter kistleri her iki cinstede görülme sine rağmen kadınlarda daha sok görüldüğü gözlenmiştir. (4)

Mezenterden kaynağını alan şilöz kistler şu şekilde sınıflandırılır.

a-Embriyonik ve gelişimsel kistler

b-Traumatik veya akkiz kistler

c-Neoplastik kistler

d-Enfeksiyöz veya degeneratif kistler (3)

Kistin boyutları birkaç cm den tüm karın boşluğunu doldurabilecek büyük lüğe kadar değişebilir. Vakamızda tesbit ettiğimiz şilöz kistin boyutları 10x10 cm idi. Literatürde içinde 8 l. sıvı bulunan kistler bildirilmiştir (10).

Mezenter kistleri karın boşluğunun duodenumun 2. kısmından rektuma kadar hemen her yerinde bulunabilirler. (8) En fazla raslandığı lokalizasyon ince barsak, özellikle ileum mezosudur. Bazanda retroperitoneal bölgede yerleşebilirler (6).

Mezenter kistlerinin içerdiği sıvı hemen her zaman temiz veya hafif hemorajiktir. Bu şilöz sıvının bakterial büyümeye ve pütrifikasyona engel olduğu ileri sürülmüştür. Bu bakteriostatik etkinin nedeni açıklanmış değildir (10). Kistin mikroskopik incelenmesinde kist kavitesinde bir endotelial döşemenin olduğu, duvarında düz adele, bağ dokusu, yağ dokusu elemanları ve histiositlerin bulunduğu görülür. Bu durum endoteli olmayan travmatik kistlerden ayırmada önemli bir noktadır. (11)

Hastaların başvuru nedeni çoğunlukla karında ağrıdır. Hastamızda olduğu gibi bazı hastalar intestinal obstriksiyon ilede başvurabilirler. Burnett (4) tarafından bildirilen 200 vakalık bir seride başvuru nedini % 81,5 oranında karın ağrısı, % 58 oranında karında kitle, %45 oranında da bulantı kusmadır. Daha

az oranda intestinal obstriksiyon, volvulus, kanama ve rüptür başvuru nedeni olabilmektedir. Barsak duvarının kist tarafından erezyonuna bağlı hematozezi nadir olmakla birlikte görülebilmektedir.

Bazanda kist laparotomi sırasında raslantı eseri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların dışında çok değişik şekillerde ortaya çıktığı bildirilmiş mezenter kisti vakası mevcuttur.

Mezenter kistlerinin ayırıcı tanısında kitlenin lateral hareketinin her nekadâr önemli olduğu söylenmişse de tanı çoğunlukla ameliyatta konmaktadır. Bununla beraber bazı kistler radyolojik olarak görülür, ultrasonografik olarak tanınabilirler. Ancak bunlardada tanıya varmak güçtür. Bears ve arkının (3) 9 vakalık serilerinde sadece birinin ameliyat öncesi tanısı konabildiği bildirilmiştir.

Vakamız yaşının küçüklüğü, akut mekanik intestinal obstriksiyon bulgularının tam tıkanmayı akla getirecek derecede belirgin bulunuşu ve karında distansiyon nedeniyle herhangi bir kitlenin palpe edilemeyişi nedeniyle ameliyat öncesi devrede mezenter kisti olarak yorumlanmamıştır. Mezenter kistleri her nekadâr intestinal obstrüksiyon nedeni olabiliyorsa da literatürde genellikle bildirilen tablo kolik tarzında ağrıya neden olan parsiyel intestinal oklüzyondur. (13) Hastamız bu nedenle farklılık arz etmektedir.

Hastalığın tedavisi her zaman cerrahidir. Ameliyat esnasında raslantı eseri olarak dahi bulunsa, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar gözönüne alınarak kistin eksizyonuna yönelik cerrahi girişim yapılmalıdır. (2,5,6,10,13) Cerrahi tedavi kistin eksizyonu, kistin persiyel barsak rezeksiyonu ile beraber çıkarılması, içe ve dışa marsupializasyonu şeklinde sınıflanabilir. Basit aspirasyon yüksek mortalite ve nükse neden olduğundan tercih edilmemelidir. marsupializasyon işlemlerinin, her ne kadar komplikasyonsuz seyreden vakalar bildirilmişse de, özellikle dışa yapılan marsupializasyon yapılan vakalarda sık görülen inatçı fistül nedeniyle tercih edilmemesi uygundur. Vakamız resimde de görüldüğü gibi barsak pasajını tıkayan ve enükleasyonu olanaksız bulunan bir lokalizasyon göstermekte idi. Bu nedenle kistin barsakla beraber çıkarılması en uygun girişimdi.

Burnett (4) tarafından yapılan bir çalışmaya göre marsupializasyon yapılan vakalarda 4, eksizyon yapılanlarda, % 7, barsak rezeksiyonu ile beraber kistin çıkarıldığı vakalarda % 16, aspirasyon yapılanlarda % 33 ve basit drenajda % 66 mortalite saptanmıştır.

Bugün mortalite oranları cerrahi tekniğin ve bakımın ilerlemesiyle eksizyonda % 0,8, barsak rezeksiyonunda %3-15 arasındadır. (9,12)

Mezenter kisti gibi benign ve basit görünümlü bir antitenin % 15 e kadar varan mortaliteye yol açabilmesi, konunun dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir. Komplikasyona neden olmadan cerrahi tedavinin zamanında yapılması istenmeyen sonuçları önleyecektir.

SUMMARY

THE CYLOUS CYSTS OF MESENTERY

IN this article, a case of Chylous Mesenteric cyst in a 3-year-old boy is presented, and relevant literature reviewed.

KAYNAKLAR

- 1-Adams, J. T: Tumors of the Mesentery. "Principles of Surgery", Ed. S. Schwartz, 3 rd. Pp. 1447-1449, Mc Graw-Hill Company New-York 1979.
- 2-Altman, P.R., Randolph, J. HG, Anderson, K.D.: Mesenteric Cysts. "Principles of Surgery"Ed. S. Schwartz, 3rd. Pp. 1647 McGraw-Hill Company, New-York 1979
- 3-Beahrs, O.H., Judd, E.S. Jr. Dockerty, M.B.: Chylous Cysts of The Abdomen Surg. Clin. North Am. 30:1081, 1950
- 4-Burnett, We.E., Rosemund, G.D.: Mesenteric Cysts. Arch, Surg. 60:699, 1950
- 5-Caropreso, P.R. Mesenteric Cysts. Arch. Surg. 108:242,1974.
- 6-Dalaker, K.: Chylous Cysts of the Mesentery of the Trasvers Kolon. Acta Chir. Scan. 145: 207, 1979
- 7-Hardin, W.J., Hardy, J.D.: Mesenteric Cysts. Am. J. Surg. 119: 640 1970.
- 8-Hardin, W.J. Mesenteric Cysts. "Rhoads Text Book of Surger -Ed. J.H. Hardy, 5 th. Ed. pP. 1293-1294, Lippincot Company Philadelphia, 1977.
- 9-Kurtzweg, F.T. Daron, P.B., willamson, J.W. Danna, S.J., Johnson J.F.: Mesenteric Cysts. Am. Surg. 40: 462.1974.
- 10-Kurtzweg, F.T.: Mesenteric Cysts. "'Christophers Text Book of Surgery". Ed. D.C. Sabiston, Jr. 11 th. Ed., P.P. 875-887, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1977.
- 11-Oh, C. Danese, C.A. Dreiling, D.A. Mesenteric cyst,s, Arch. Surg. 94:790, 1967.
- 12-Snches, R.E., Condon, H.E. Passard, E.J. Mesenteric Cysts, Am. Surg. 36: 378, 1970.
- 13-Tykka, H., Koivuniemi, A.: Carcinoma Arising in a Mesenteric Cyst. Am.J. Surg. 129:709, 1975.