

Mezenterik Kist; 17 Olgunun Analizi

Mesenteric Cyst: Analysis of 17 Cases

Ebubekir Gündeş, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Halil İbrahim Taşcı, Celalettin Vatansev

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Özet

Mezenterik kistler nadir görülen intra-abdominal tümörlerdir. Bu çalışmada mezenterik kistlere ait klinik bulguların, patolojik özelliklerin ve uygulanan cerrahi yaklaşımların irdelenmesi amaçlanmıştır. Kliniğimizde 2005-2012 yılları arasında mezenter kisti nedeni ile ameliyatı yapılan 17 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastalarımızın 11'i (%65) kadın, 6'sı erkek (%35) olup, ortanca yaş 32 (17- 70) idi. Hastalarımızda klinik olarak en sık başvuru şikâyeti karın ağrısı ve abdominal kitle idi. Mezenterik kistleri en sık ince barsak mezenterisi yerleşimliydi (%70,5). Kist boyutları 2-25 cm arasında değişmekteydi. Hastalara uygulanan en sık cerrahi girişim enüklasyondur (%76). İki hastada cerrahi alan enfeksiyonu ve bir hastada anastomoz kaçağı tespit edildi ve bu hastaya loop ileostomi açıldı. Ortalama hastanede yatış süresi 8(2-17) gündü. Postoperatif dönemde mortalite gözlenmedi. Mezenter kistleri nadir görülen karın içi kitlelerdir. Karın boşluğu içerisinde değişik lokalizasyonlarda görülebilirler. Tanı genellikle radyolojik olarak konur. Total eksizyon sonrası nüks oranı düşük olup prognoz iyidir. Laparoskopik rezeksiyon tercih edilen bir yöntem olabilir ancak malign vakalarda rezeksiyonun tam olduğundan emin olunmalı ve kist perfore edilmemelidir.

Abstract

Mesenteric cysts are rare intra-abdominal tumors. The goal of this study is to analyze the clinical symptoms and the pathological features of mesenteric cysts and the surgical approaches. The data of 17 patients who had surgeries because of mesenteric cysts between 2005 and 2012 at our clinic were evaluated retrospectively. Eleven (65%) of our patients were female, while six (35%) were male and the median age was 32 (17-70). The most frequently seen clinical presenting complaint of our patients was abdominal pain and abdominal mass. The mesenteric cysts were most frequently located in the small intestine mesentery (70.5%). The cyst sizes varied between 2 and 25 cm. The most frequently performed surgical procedure was enucleation (76%). While surgical site infection was seen in two patients, anastomosis leak was seen in one and this patient had loop ileostomy. The mean period of hospitalization was 8 (2-17) days. No mortality cases were seen in the post-op period. Mesenteric cysts are rare intra-abdominal masses. They can be seen in different localizations within the abdominal cavity. Patients are generally diagnosed by radiological methods. The rate of recurrence is low following total excision and it has a good prognosis. Although laparoscopic resection is a preferred method, physicians should secure total resection in malign cases and the cyst should not be perforated.

Anahtar kelimeler: Mezenterik kist, cerrahi, karın ağrısı

Key words: Mesenteric cyst, surgery, abdominal pain

GİRİŞ

Mezenterik kist (MK) nadir intraabdominal tümörler olup 27.000 ile 250.000 hastane başvurusundan yalnızca birinde görülür (1- 3). Genellikle intestinal mezenterde yerleşirler, ancak orijinleri net değildir (3). Genelde asemptomatik seyrederek. Karakteristik klinik ve radyolojik bulgularının olmaması nedeniyle tanı aşamasında zorluklar yaşanabilir (4, 5). Ameliyat sırasında insidental olarak da karşılaşılabılır. Hastaların kliniği kistin boyutları, lokalizasyonu, içeriği ve komplike olup olmadığına göre değişir (5). Bu kistler çoğunlukla benign karakterde olup olguların %3'ünden azında maligndir. (3). Batın içi kitlelerin ayırıcı tanısında nadir görülmesine rağmen MK de akla gelmelidir. Mezenterik kistin tedavisi, rekürrensi ve malign transformasyonu engellemek amacıyla total eksizyon yapılmalıdır (2, 3). Bu çalışmada kliniğimizde opere edilen on yedi hastadaki altı yıllık deneyimimizi sunmayı amaçladık.

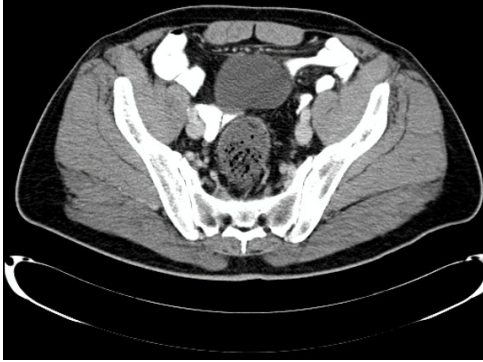
GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 2006-Ocak 2012 tarihleri arasında kliniğimizde cerrahi uygulanan MK'lı 17 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalarda yaş,

cinsiyet, başvurma esnasındaki semptomlar, radyolojik görüntüleme bulguları [abdominal ultrasonografi (USG) ve abdominal tomografi (BT)], kistin lokalizasyonu ve büyüklüğü, uygulanan cerrahi yöntemler, hastanede yatış süresi, morbidite ve mortalite oranları çalışmada incelenen parametrelerdi. Tüm hastalarda tanı aşamasında klinik öykü, fizik muayene, radyolojik yöntemlerden yararlandı.

BULGULAR

Hastalarımızın 11'i (%65) kadın, 6'sı erkek (%35) olup, ortalama yaş 32 (17-70) idi. Başvuru şikâyetleri; 9'unda karın ağrısı, 5'inde karında ele gelen kitle ve 2 hastada ise asemptomatik idi. Kist baskısına bağlı bir hasta ileus nedeniyle acil servisten yatırıldı. Yapılan karın muayenelerinde 8 hastada palpabl kitle, 4 hastada distansiyon, 2 hastada hassasiyet ve 1 hastada intestinal obstrüksiyon mevcuttu. Bir hastada muayene bulgusu normaldi. İleus tanısı ile acil servisten yatırılan hasta dışında tüm hastalar elektif şartlarda opere edildi. Operasyon öncesinde tüm hastalardan batın ultrasonografisi, 13 hastadan kontrastlı BT (Şekil 1) istendi. USG 8 (%47) ve BT ise 11 (%84) hastada tanı preoperatif dönemde kondu.



Şekil 1. Mezenterik kistin BT (Bilgisayarlı tomografi) görüntüsü.



Şekil 2. Çıkarılan mezenterik kistin makroskobik görünümü

Hastalarımıza ait demografik ve karakteristik klinik bulgular Tablo 1'de gösterildi. Mezenter kistlerin 12'si ince barsak mezenteri, 2'si sigmoid kolon, 2'si transvers kolon ve 1'i ise çıkan kolon mezosu yerleşmişti. Kist boyutları 2-25 cm arasında değişmekteydi. 25cm boyutundaki kistli hastada ileus tablosu mevcuttu. Uygulanan en sık cerrahi girişim 13 (%76) hasta ile enükleasyondu (Şekil 2). Enükleasyon üç hastada laparoskopik yapıldı. Dört hastaya ise laparotomi ile yerleştiği barsak segmenti ile beraber eksizyon ve anastomoz işlemi uygulandı. Operasyon esnasında hiçbir hastada kist perforasyonu olmadı. Ancak kist boyutu büyük olan olgularda kist içeriği kontrollü olarak boşaltıldı. Böylece cerrahi işlem kolaylaştırılmış oldu. Histopatolojik incelemede çıkarılan mezenter kistlerinin tümünün benign olduğu tespit edildi. Operasyon bulguları Tablo 2'de özetlenmiştir. Hastanede yatış süresi ortalama 8(2-17) gün olup iki hastada cerrahi alan enfeksiyonu, bir hastada da anastomoz kaçağı gelişti. Cerrahi alan enfeksiyonu saptanan hastalar antibiyotik ve günlük pansumanlar ile tedavi edildi. Anastomoz kaçağı tespit edilen hastaya loop ileostomi açıldı. Hastalar düzenli olarak üç yıl boyunca takip edildi ve nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

Mezenter kistleri nadir görülen batin içi kitlelerdir (1). İlk defa Benevial'in 1507'de yayınlanan mezenterik kist vakasından sonra (2), günümüze kadar 800'den fazla olgu bildirilmiştir (3). Tillaux 1880 yılında ilk olarak MK'yi cerrahi olarak çıkartmıştır. (4) Pean ise 1883 yılında MK' de marsupilyasyon tariflemiştir (3). Erişkinlerde sıklığı 1/100000'dir (5). MK'ler hayatın her döneminde görülebilmese rağmen sıklıkla hastaların çoğunluğu 4. dekadadır (6). Mezenterik kist olgularının % 25'ini çocuklar, % 75'ini yetişkinler oluşturur. Cinsiyet farkı yoktur (3). Bizim çalışmamızda hastalarımızın 11'i (%65) kadın, 6'sı erkek (%35) olup, ortalama yaş 32 (17-70) olarak saptandı. Literatürden farklı olarak kadınlarda daha sık görüldüğünü tespit ettik. Genelde asemptomatik seyredeler. Asemptomatik olgularda tanı başka bir nedenle yapılan laparotomi/laparoskopi ve radyolojik inceleme sırasında rastlantısal olarak konur. Hastaların kliniği kistin boyutları, lokalizasyonu, içeriği ve komplike olup olmadığına bağlı olarak değişkenlik gösteren karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık, diare, kilo kaybı, karında kitle, distansiyon ve komşu organlara baskıya bağlı ortaya çıkan çeşitli bulgular görülebilir. Nadiren torsiyon, enfeksiyon, hemoraji ve rüptür gibi kist komplikasyonları ile acil durum oluşturabilir (7-8). Fizik muayene çoğu kez nonspesifiktir, ancak nadir olarak yatay pozisyonda karında mobil kitle palpe edilebilir (9). En sık hastaneye başvuru şikayetleri karın ağrısı (%55-82), karında kitle (%55-61) ve karında şişkinlik hissidir (%17-61)

Tablo 1. Hastalara ait demografik ve klinik özellikler

Özellikler	Sonuçlar
Ortalama yaş	32 (17-70)
Cinsiyet	Kadın 11 (%65) Erkek 6 (%35)
Semptomlar	Karın ağrısı 9 (%52) Ele gelen kitle 5 (%29) Asemptomatik 2 (%11.7)
Bulgular	Palpabl kitle 8 (%47) Abdominal Distansiyon 4 (%23) Abdominal Hassasiyet 2 (%11.7) İntestinal obstrüksiyon 1(%5.8)
Radyolojik tetkik	USG 8/17 (%47) BT 11/13 (%84)

Tablo 2. Operasyona ait bulgular

Mezenter Kist Yerleşimi		
İnce Barsak Mezenteri		12 (%70)
Sigmoid Mezokolon		2 (%11.7)
Transvers Mezokolon		2 (%11.7)
Çıkan Kolon Mezenteri		1 (%5.8)
Cerrahi İşlemler		
Laparatom	Enükleasyon	10 (%58.8)
	Eksizyon+Anastomoz	4 (%23)
Laparoskopi	Enükleasyon	3 (%17.6)
Komplikasyon	Cerrahi alan enfeksiyonu	2 (%11.7)
	Anastomoz kaçağı	1 (%5.8)

(10). Bizde hastalarımızda hastaneye en sık başvuru nedeni olarak karın ağrısıydı. Muayenede en sık karında kitle saptadık. İki hastamız asemptomatik olup ve başka bir neden ile yapılan radyolojik inceleme rastlantısal olarak mezenter kisti saptadık. Çoğu kistin duvar tabakası tek katlı kuboidal veya kolonlar epitel hücreleri ile döşelidir. Bu tabaka bazen kist sıvısının basıncı ile gerilerek hasara uğrar. Sonuç olarak kist duvarına kronik inflamatuvar hücreler göç eder ve fibrokallojen doku oluşturur. Kist içeriği ise şilöz, seröz ve hatta hemorajik vasıfta olabilmektedir. Şilöz kistler genellikle ince barsak mezenterisi ile, seröz kistler mezokolon ile, hemorajik kistler ise travma ile ilişkilidir (11,12). Olgularımızın tamamında seröz karakterde kist sıvısı mevcuttur.

MK'ler doudenudumda rektuma kadar tüm barsak mezosunda yerleşebilir. Yerleşim yeri, öncelikle ileal sonra jejunal olmak üzere, %80 oranında ince barsak mezenteridir. %20 oranında ise kolon mezenterinden kaynaklanır (1). Histopatolojik olarak 6 gruba ayrılır; 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) (13). Hastalarımızda mezenterik kistlerin 12'si ince barsak, 5'i de kolon kaynaklı olduğu saptandı. Solid komponent içermezler. Bu kistler çoğunlukla benign natürlü olup malign dejenerasyonları oldukça nadirdir. Malignite yaklaşık %3 oranında görülür. Boyutları 3-25 cm arasında değişir (14). Malign dejenerasyonlar oldukça nadir olup, sıklıkla sarkomlar şeklindedir (15). Hastalarımızda kist boyutu ortalama 9 (2-25) cm olup tamamı benign karakterde idi. Kistlerde solid komponent saptanmadı. Etiyolojide, lenfatik sistem obstrüksiyonu veya ektopisi, travma ve idiyopatik nedenler düşünülmektedir (1).

USG kistin yapısı, septasyon olup olmadığı, duvar kalınlığı, lokalizasyonunu ve büyüklüğü hakkında bilgi verir. BT ise MK'lerin yapısı hakkında USG'ye göre duyarlılığı daha fazla olup, MK'lerin lokalizasyonu ile beraber komşu yapılar ile ilişkisi hakkında da ayrıntılı bilgi verir (16). Hastalarımızın tamamına radyolojik tetkik olarak USG kullanılırken, 13'ünde ise ek olarak BT'ye ihtiyaç duyuldu. BT 13 hastanın 11(%84)'inde operasyon öncesi tanı koydurdu. Siroz, tüberküloz, malinite gibi beklenen asit nedenleri ile tablo açıklanamıyorsa, ayırıcı tanıda mezenterik kist mutlaka hatırlanmalıdır. MK'ler genellikle benign oluşumlardır. Malignite riski %3 kadardır (3). Kesin tanı cerrahi spesimenin histopatolojik incelenmesi ile konulur (17,18). MK'lerin ayırıcı tanısında kalın barsak duplikasyon kistleri, urakus kisti, meckel divertikülü, jinekolojik ve retroperitoneal kistler, teratom, Wilms tümörü, lenfoma ve rabdomyosarkom düşünülebilir (12,19). Olgularımızın büyük kısmında preoperatif tanısı kondu. MK tedavisi kistin total eksizyonudur. MK'lerin konservatif tedavisinde herhangi bir fikir birliği oluşmamıştır. Eksizyon konvansiyonel veya laparoskopik cerrahi ile yapılabilir. Literatürde konvansiyonel cerrahide diseksiyonun zor olduğu olgularda basit aspirasyon, marsupiyalizasyon gibi yöntemler tanımlanmıştır. Ama bu yöntemler uygulandığında enfeksiyon, sinüs formasyonu oluşma riski ve yüksek nüks oranı gibi komplikasyonlar oluşmaktadır (20-22). MK laparoskopik eksizyonu ilk kez Mac-Kenzie ve ark. (21) tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Literatürde konvansiyonel cerrahi ile yapılan MK eksizyonu sonrası mortalite oranı %0-8 oranında bildirilmiştir. MK eksizyonuna barsak rezeksiyonu eklendiğinde mortalite oranı %3-15'e kadar çıktığı bildirilmiştir (5). Ancak literatürde laparoskopik MK eksizyonu sonrasında mortalite ve morbidite bildirilmemiştir (2-22). Hastalarımızın 10'una laparotomi ile enükleasyon, 4'üne ince barsak rezeksiyonu ile beraber kist eksizyonu ve 3'üne de laparoskopik enükleasyon yapıldı. Üç

hastada operasyon sonrası komplikasyon görüldü. Mortalite izlenmedi.

Sonuç olarak mezenter kistleri nadir görülen karın içi kitlelerdir. Karın boşluğu içerisinde değişik lokalizasyonlarda görülebilirler. Tanı genellikle radyolojik olarak konur. Total eksizyon sonrası nüks oranı düşük olup prognoz iyidir. Laparoskopik rezeksiyon tercih edilen bir yöntem olabilir ancak malign vakalarda rezeksiyonun tam olduğundan emin olunmalı ve kist içeriğinin dökülmesi engellenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. Aust N Z J Surg 1994; 64: 741-4.
2. A Sardi, KJ Parikh, JA Singer, et al. Mesenteric cysts. Am Surg 1987; 53: 58-60.
3. RJ Kurtz, TM Heimann, AR Beck, et al. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 1986; 203: 109-12.
4. O'Brien MF, Winter DC, Lee G, et al. Mesenteric cysts-a series of six cases with a re-view of the literature. Ir J Med Sci 1999;168(4):233-6.
5. Brentano L, Faccini P, Oderich GS. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. Surg Laparosc Endosc 1998; 8: 402-3.
6. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. Arch Surg 1984; 119: 838-42.
7. Luchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptured infected mesenteric cyst. J Clin Gastroenterol 2001;32(5):452-3.
8. Polat C, Tokyol C, Dilek ON. Strangulated umbilical hernia including a mesenteric cyst: a rare cause of acute abdomen. Acta Chir Belg 2003;103(3): 329-31.
9. Ekçi B, Ayan F, Gürses B. Ruptured mesenteric cyst: a rare presentation after trauma. Turkish J Trauma Emerg Surg 2007;13(1):74-7.
10. Shimura H, Ueda J, Ogawa Y, et al. Total excision of mesenteric cysts by laparoscopic surgery: report of two cases. Surg Laparosc Endosc 1994; 7: 173-6.
11. Burkett JS, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. Am Surg 1994; 60: 432-5.
12. Bury TF, Pricolo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. Am J Gastroenterol 1994; 89: 2085-7.
13. Huis M, Balija M, Lez C, et al. Mesenteric cysts. Acta Med Croatica 2002; 56: 119-24.
14. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP, et al. Mesenteric and omental cysts. Histological classification with imaging correlation. Radiology 1987; 164: 327-32.
15. Alwan MH, Eid AS, Alsharif IM. Retroperitoneal and mesenteric cysts. Singapore Med J 1999;40(3):160-4.
16. de Perrot M, Brundler M, Totsch M, et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion? Dig Surg 2000; 17(4):323-8.
17. Dequanter D, Lefebvre JC, Belva P, et al. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. Surg Endosc 2002;16(10):1493-6.
18. Morrison CP, Wemyss-Holden SA, et al. A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts. Surg Endosc 2002;16(1):219-21.
19. Büyükbayram H, Aldemir M, Yılmaz G, ve ark. Mezenterik kistler. Çağdaş Cerrahi Derg 2001;15(3): 172-5.
20. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, et al. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. Surg Endosc 1999; 13: 937-9.
21. MacKenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, et al. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. J Laparoendosc Surg 1993; 3: 295-9.
22. Tan JJ, Tan KK, Chew SP. Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. World J Surg 2009; 33: 1961-5.