

MEZENTER KİSTİNİN SEBEP OLDUĞU BİR BARSAK TIKANMASI VAKASI

Dr. Ömer KARAHAN *, Dr. Yüksel TATKAN *,
Dr. Engin GÜNEL **, Dr. Mustafa ŞAHİN ***

ÖZET

Mezenterik kistler benign, uniloküler veya multiloküler yapıda, nadir görülen lezyonlardır. Nadir olmalarına karşılık bilhassa çocuklarda ölümcül komplikasyonlara sebep olabilmektedirler. Bu yazıda 3 aylık bir bebekte jejunumda basıya bağlı tıkanma oluşturan bir mezenter kisti vakası sunulmuştur.

SUMMARY

A Case of Intestinal Obstruction Due to Mesenteric Cyst

Mesenteric cysts are uncommon, benign, unilocular or multilocular cysts. Although these are rarely in population, they may present with potential life-threatening complications especially in children. In this article a case of jejunal obstruction due to mesenteric cyst in a 3 month-old infant was described.

GİRİŞ

Mezenterik kistlerin ilk olarak 1507 yılında bir otopsi esnasında görüldüğü ve 1880 yılında ilk cerrahi tedavinin Tillaux tarafından gerçekleştirildiği bildirilmektedir. Mezenterik kistler asemptomatik olabileceği gibi, karında distansiyon, ağrı ve kitle gibi belirti ve bulgular oluşturabilirler (1, 2, 3, 4). Ayrıca bu kistlerin barsak tıkanması, kist içine kanama, kalsifikasyon gibi komplikasyonlarla ortaya çıkması da mümkündür.

Bu makalede 3 aylık bir bebekte jejunum tıkanması oluşturan mezenter kisti vakası sunulmakta ve bu konu gözden geçirilmektedir.

VAKA TAKDİMİ

M.A. 3 aylık, erkek (Prot. No: 627) iki gündür karında şişkinlik bulunduğu ve kakasını yapamadığı ifade edilerek acil servisimize getirilen hasta tetkik ve tedavi için Genel Cerrahi Kliniği'ne yatırıldı.

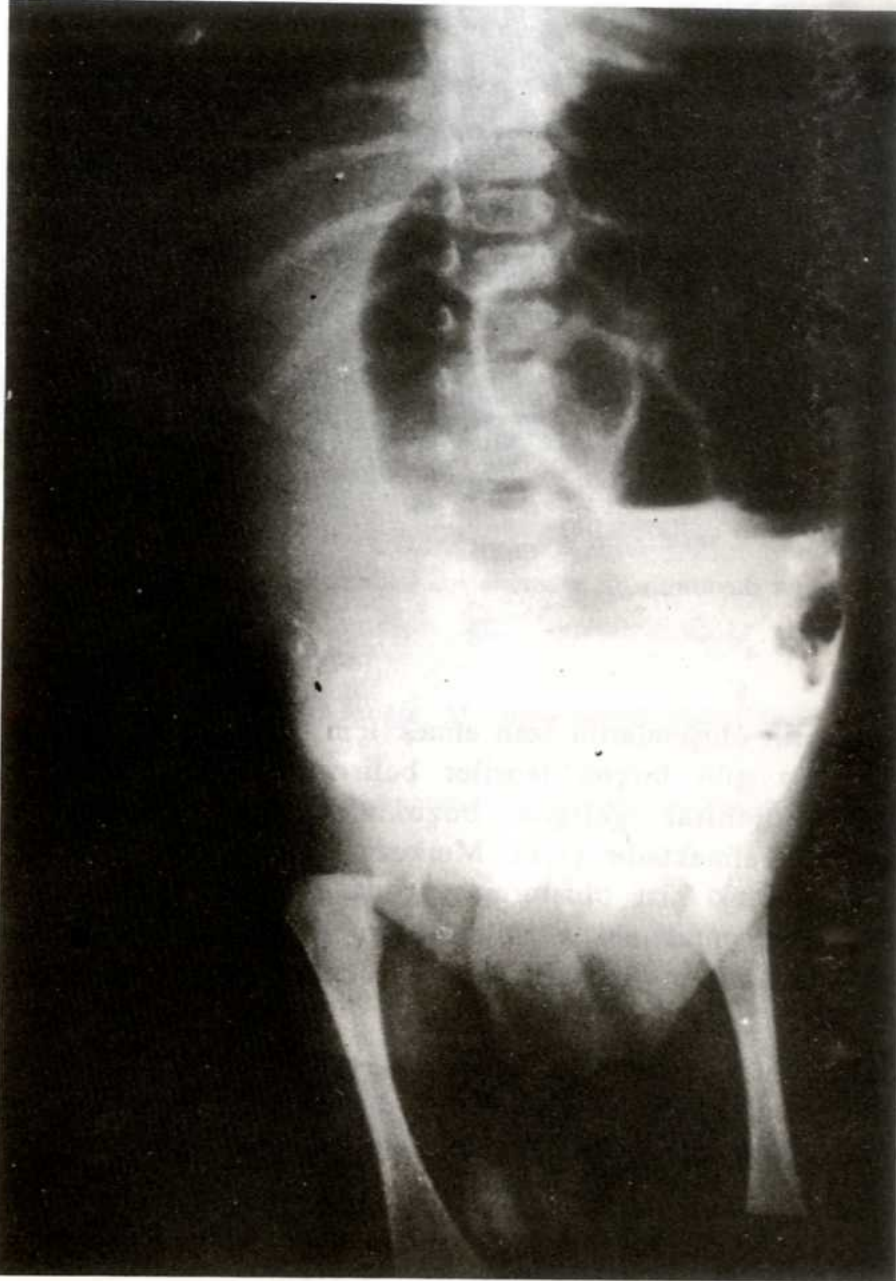
Genel durum iyi, Nb: 120/dk, boy: 68 cm, ağırlık: 5700 gr, karın distandü görünümde olup, palpasyonla hassasiyet ve defans yoktu. Göbek sağ yanında düzgün yüzeyli, bilhassa horizontal planda hareket ettirilebilen, distansiyon sebebiyle hudutları tam belirlenemeyen yuvarlak kitle saptandı. Karında yaygın timpanizm mevcuttu. Dinlemekle barsak sesleri artmış, tuşe rektalde rektum boş ve diğer tuşe bulguları normal idi. Diğer sistemlerin muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsaklara ait yaygın sıvı-gaz seviyeleri görüldü. (Resim 1). Lavman barite ile çekilen kolon grafileri normal idi. Ultrasonografik inceleme karında fazla miktarda gaz bulunması nedeni ile bilgi vermedi. Barsak tıkanması düşünülerek 25.1.1989 günü hastaya laparotomi yapıldı. (Ameliyat No: 65). Treitz Ligamanından 30 cm uzaklıkta jejunum mezosuna yerleşmiş 10 x 5 x 4 cm ebatlarında kist saptandı. Kistin uzun kenarı jejunum

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahisi A.B.D. Öğr. Üyesi

** S.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.B.D. Araş. Gör.

*** S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Araş. Gör.

duvarıyla komşu olup bu kısımda dıştan basıyla jejunum pasajını engellemiştir. Kist uniloküler, içindeki sıvı süt renk ve kıvamında idi. Kistin enükleasyonu mümkün olmadı. 10 cm'lik jejunumu içine alacak şekilde rezeksiyon yapılarak kist yerleştiği mezenter ile birlikte çıkarıldı. Barsak devamlılığı uç-uca tek planda jejunojejunostomi yapılarak sağlandı. Postoperatif üçüncü günde hastada konvülsiyonlar görüldü. Çocuk Hastalıkları Kliniği ile işbirliği yapılarak medikal yolla tedavi edildi. Postoperatif 15. gün şifa ile taburcu edildi.



RESİM I

Hastanın ayata direkt karın grafisi

Çıkarılan materyalin histopatolojik tetkikinde (Patoloji No: 327) kist sıvısında nadir epitel hücreleri görüldü. (Class I) İnce barsak mukozasında yer yer lenfoplasmositer infiltrasyon mevcuttu. Diğer kesitlerde yer yer tek katlı yassı epitelle döşeli fibröz kist duvarı (mezenterik kist) saptandı (Resim 2).



RESİM II

Fibröz kist duvarının bir alanında tek katlı epitel görülmektedir. HIE x 100

TARTIŞMA

Mezenterik kistlerin oluşumlarını izah etmek için parazitik, neoplastik, infeksiyöz ve lenfatik obstrüksiyon gibi birçok teoriler belirtilmiştir. Ençok kabul gören teori lenfatik sistemin konjenital gelişim bozukluğunu ve ektopik lenfatik doku proliferasyonunu esas almaktadır (1,2). Merkezi lenfatik sistemle bağlantısı olmayan lenfatik sıvının birikerek kist oluşturması veya afferent ve efferent akımlar arası dengesizlik bulunması muhtemel görülmektedir. Kist muhtevasının genellikle şilöz olması, yeni doğanlarda sık görülmesi bu teoriyi destekleyici olarak değerlendirilmektedir (1, 2).

Yayınlanan mezenter kisti vaka sayısının 1978'e kadar 700-750 kadar olduğu kaydedilmektedir. Bir merkezde 40 yılda 11, bir diğerinde 50 yıldan fazla sürede 28 bebek ve çocukta mezenter kisti tesbit edildiği bildirilmektedir (1, 2).

Mezenter kistleri asemptomatik olabileceği gibi karında distansiyon, ağrı, bulantı, kusma, palpabl, düzgün, hassas olmayan, mobil kitle gibi belirti ve bulgulara sebep olabilmektedir (1, 2, 3, 4).

Düz karın grafilerinde gazsız, homojen ve sıvı yoğunluğunda bir imaj, bazen de kalsifikasyon bulunabilir. Kontrast gastrointestinal sistem grafilerinde organlarda yer değiştirme, barsak lümeninde sıkışma ve daralma kaydedilen bulgulardandır (1, 4). Ultrasonografi ile mezenter kistlerinin belirlenebileceği, ancak diğer karın içi kistik hadiselerinden ayrılması gerektiği vurgulanmaktadır (1).

Mezenter kistleri komşu barsağa baskı veya kist çevresinde volvulusa sebep olarak barsak tıkanması yapabilmektedirler. Bundan başka travma veya erozyona bağlı kist içine kanama, kalsifikasyon, kist rüptürü, üriner sistemde obstrüksiyon ve kistin malign dejenerasyonu gibi komplikasyonlar da bildirilmektedir (2, 4).

Bizim vakamız barsak tıkanması tablosuyla getirilmiştir. Preoperatif olarak tıkaçıcı sebepler arasında mezenter kisti de düşünülmesine rağmen ele gelen mobil kitle dışında kisti teyit edici muayene ve labratuvar bulgusu saptanamamıştır. Operasyonda jejunuma baskı yaparak tıkanma oluşturan unilokule, şilöz sıvı ihtiva eden mezenter kisti bulunmuştur.

Mezenter kistinin tedavisinde tercih edilecek yaklaşım kistin tamamen çıkartılmasıdır. Mümkünse kistin enükle edilerek çıkartılması, değilse birlikte barsağında rezeke edilmesi önerilmektedir. %22-50 oranında ölüm görülen eski serilerin bulunmasına karşılık son dönemlerde hiç ölüm bulunmayan seriler bildirildi (1, 2, 4).

Bizim vakamızda kisti barsağa zarar vermeden çıkarmak mümkün olmamıştır. Bu sebeple kist barsak rezeksiyonu ile çıkartılabilmektedir. Postoperatif cerrahi komplikasyon görülmeyen hastamız medikal problemleri giderildikten sonra şifa ile taburcu edilmiştir.

Nadir de olsa hayati tehlike oluşturan komplikasyonları bulunan mezenter kistinin vaktinde tesbit ve uygun tedavisi mükemmel sonuç vermektedir (1). Bunun için ağrı sebebi olan, mobil, çocukluk çağı karın kitlelerinde mezenter kisti de hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Colodny, A.H.: Mezenteric and Omental Cysts. Welch, K.J., Randolph, J.G., Ravitch M., O'Neill A.J., Rowe M.I. Pediatric Surgery, 4th ed. , Volume 2, Chicago, Year Book Medical Publishers Inc. 921-925, 1986.
2. Mollitt, D.L., Ballantine, T.V.N., and Grosfeld, S.L.: Mesenteric Cysts in Infancy and Childhood, Surg. Gynecol. Obstet. 147: 182-184, 1987.
3. Tireli, M., Duman, A., Canbeyli, B., Ağaoglu, M.: İnce Barsak Mezenter Kistleri, Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi 6(3): 717-723, 1978.
4. Walker, A.R., Putman, T.C.: Omental, Mesenteric and Retroperitoneal Cysts, A clinical study of 33 new cases, Ann. Surg., 178: 13, 1973.