

Çocukluk Çağında Nadir Görülen İntraabdominal Kist

Rare Cause of Intraabdominal Cyst in Childhood: Case Report

Dr. Havva ERDEM,^a
Dr. Ümran YILDIRIM,^a
Dr. Ali Kemal UZUNLAR,^a
Dr. İsmet ÖZAYDIN^b

^aPatoloji AD,

^bGenel Cerrahi AD,
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Düzce

Geliş Tarihi/Received: 17.02.2011

Kabul Tarihi/Accepted: 25.05.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Havva ERDEM
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji AD, Düzce,
TÜRKİYE/TURKEY
drhavvaerdem@hotmail.com

ÖZET Mezenter kistleri, çocuklar ve yetişkinlerde nadir görülen intraabdominal tümörlerdendir. Bağırsakların mezosundan kaynaklanırlar. Histopatolojik olarak benignidler. Basit mezenterik kistler, lenfanjiyom, hemanjiyom, pankreatik psödokist, endometrioma, asit, peritoneal inklüzyon kisti (kistik mezotelyoma), kistik mezenterik pannikülit, hidatik kist, kistik teratom, mezenterin ürogenital kistinden ayırımı gerekli olabilir. Kistin tamamen enükleasyonu, malign transformasyon ihtimali ve rekürrensi önlemek için tercih edilmelidir. Bu olguda, klinik olarak maligniteyi taklit eden, karın ağrısı ile gelen 14 yaşında kız çocuğu sunuldu. Yaşamı tehdit edici komplikasyonlara nadiren yol açmalarına karşın, karında kitle nedeni ile başvuran çocuklarda mezenter kistleri de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mezenterik kist; tanı, ayırıcı; çocuk

ABSTRACT Mesenteric cysts are rare intraabdominal tumors found both in adults and children. They are located in the bowel mesentery. They are histologically benign. Simple mesenteric cysts need to be distinguished from lymphangiomas, hemangiomas, pancreatic pseudocysts, endometriomas, loculated ascites, peritoneal inclusion cysts (cystic mesothelioma), cystic mesenteric panniculitis, hydatid cysts, cystic teratomas and urogenital cysts of the mesentery. Complete enucleation of these cysts is considered the procedure of choice, to prevent complications, recurrence and possible malignant transformation. We report an 14-year-old girl presented with abdominal pain clinically mimicking malignancy. Having rare potential life-threatening complications, mesenteric cysts should be kept in mind in child cases presenting as an abdominal mass.

Key Words: Mesenteric cyst; diagnosis, differential; child

Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2011;18(2):100-3

Mezenterik kist (MK)'ler, erişkinde 1/100 000, çocukluk çağında ise 1/20 000 oranında görülen nadir intraabdominal tümörlerdir.¹⁻⁴ Yerleşim yeri, öncelikle ileal sonra jejunal olmak üzere, %80 oranında ince bağırsak mezenteridir. %20 oranında ise kolon mezenterinden kaynaklanır.^{2,3}

MK, embriyogenik ve gelişimsel, travmatik veya akkiz, neoplastik, enfektif ve dejeneratif olmak üzere dört gruba ayrılarak incelenebilir.⁵ Solid komponent içermezler. Bu kistler çoğunlukla benign natürlü olup malign transformasyonları oldukça nadirdir. %3 oranında de novo veya kademeli olarak malign transformasyon gösterebilirler.⁶ Boyutları 3-25 cm arasında değişir.²⁻⁷

MK'ler için ilk tedavi seçeneği enükleasyon-
dur. Bazen parsiyel bağırsak rezeksiyonu gerekebi-
lir. Kist çok büyükse ve birçok intraabdominal
yapılar ile yakın bağlantılı ise internal veya ekster-
nal marsupializasyondan kaçınılmalıdır çünkü
yüksek morbidite riski vardır.⁸

Komplet rezeksiyondan sonra rekürrens oranı
genellikle düşüktür. %0 ile %7 arasında değişir.⁹
Retroperitoneal yerleşimli inkomplet eksize edil-
miş kistlerin rekürrens oranı ise anlamlı olarak
daha yüksektir.^{9,10}

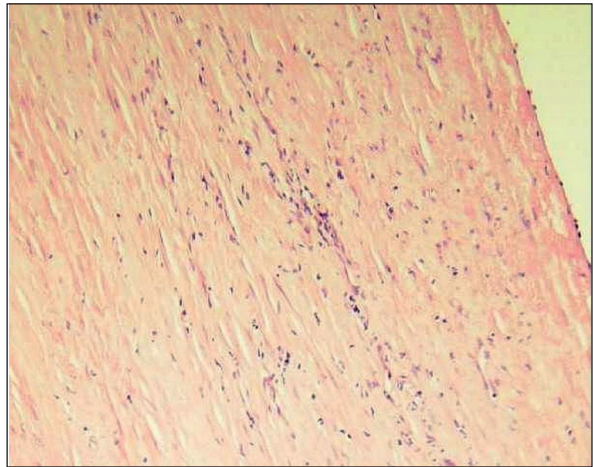
OLGU SUNUMU

On dört yaşında, kız çocuk, son günlerde artan
karın ağrısı şikâyeti ile genel cerrahi polikliniğine
getirildi. Hastaya yapılan fizik muayenede, karında
hassasiyet mevcuttu. Radyolojik incelemede, bilgi-
sayarlı tomografi (BT) ile retroperiton yerleşimli,
12x8 cm çapında, kistik görünümde kitle lezyonu
olduğu şeklinde rapor edildi. Biyokimyasal değer-
lendirmede özellik izlenmedi. Hasta operasyona
alındı. Retroperiton yerleşimli kistik kitle kom-
plet rezeksiyon edildi. Kitlenin sağ kolik arterden ve sağ ko-
londan disseke edilememesi sebebi ile sağ hemiko-
lektomi yapıldı. Kitle, solid ve sert kıvamlı
göründüğü için öncelikle malignite ve/veya kistik
lezyon ön tanıları ile patoloji bölümüne gönderildi.
Makroskobik incelemede, 500 g ağırlığında, 17 cm
uzunlukta, 6 cm genişlikte kolektomi materyali ile
birlikte kolon mezosuna oturmuş, makroskobik
olarak kolon duvarını infiltrate etmeyen, 12x8x8 cm
ölçülerde, açık kahverengi, fluktuasyon vermeyen,
kapsül bütünlüğü korunan solid kitle izlendi. Kit-
leye yapılan kesitlerde, iç yüzeyinin septalı- multi-
loküler olduğu ve içerisinden çamur benzeri
materyal boşaldığı izlendi (Resim 1). Sert kıvamın
sebebinin çamur benzeri materyal olduğu düşü-
nüldü.

Mikroskobik değerlendirmede, yüzey epiteli-
nin genellikle dökülmüş olduğu, bazı alanlarda ba-
sıya uğramış epitelle döşeli olduğu, kist duvarında
hemosiderin yüklü makrofajlar ve fibrin içerdiği iz-
lendi (Resim 2). Stromada ödem, hemosiderin
yüklü makrofajlar, konjesyone vasküler yapılar ve
yer yer follikül oluşturmuş mononükleer iltihabi
hücreler mevcuttu. Dış yüzeye yakın nötrofil var-



RESİM 1: Yüzeysel septalı- multiloküler ve içerisinden çamur benzeri materyal boşalan kitle lezyon.

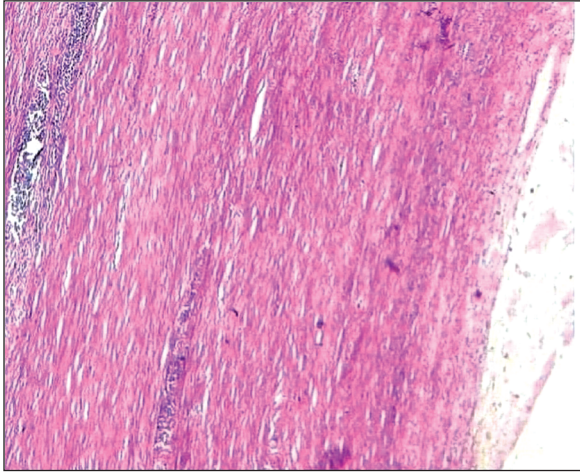


RESİM 2: Kist duvarında dökülmüş, tek tük basıklaşmış epitel (H&E x100).

lığı da dikkati çekti. Bu bulgularla olgunun mezen-
terik kist olduğu ve travmatik orijinli olabileceği
(epitelin genellikle olmadığı ve çok az kısımda ba-
sıklaşmış epitel içerdiği, kronik inflamatuvar deği-
şiklikler içerdiği için) ve reaktif değişiklikler
içerdiği şeklinde değerlendirildi. Herhangi bir ma-
lign transformasyon ya da paraziter kistik lezyon-
lar açısından bulguya rastlanmadı. Yapılan
histokimyasal boyamada Periyodik Asit Shift (PAS)
ile herhangi bir etkene ait pozitif boyanma izlen-
medi (Resim 3).

TARTIŞMA

MK'ler, intraabdominal tümörler arasında nadir
görülürler.⁴ İnsidansı, 1/100 000-1/250 000 olarak



RESİM 3: Kist duvarında fibrin ve stromada mononükleer iltihabi hücreler (PASx100).

rapor edilmiştir.⁶ MK, hayatın dördüncü deka-tında daha yaygın görülmekle birlikte çocuklarda da görülebilir.^{10,11} Çocukluk çağında bu oran 1/20 000'dir.¹ Genellikle her iki cinsiyette eşit olarak görülür.¹² Multipl kistler genellikle sık değildir ve uniloküler ya da multiloküler görülürler. Şilöz, seröz ve sık olmamakla birlikte hemorajiktirler.¹²

MK'lerin, ektopik lenfatiklerin benign proliferasyonu olduğu ya da embriyonik retroperitoneal lenf kesesi ile ilişkili lenfatiklerden geliştiği düşünülmektedir.^{12,13} Diğer ileri sürülen teorilerden bazıları; lenfatik tıkanıklık, embriyonik lenf kanallarının venöz sisteme bağlanmasında yetersizlik, mezenterik yaprakların füzyon defekti, travma, tümörler, lenf nodu dejenerasyonu ve bağırsak divertiküllerinin mezenterde kist olarak gelişimidir.^{7,14} Mezenter kistleri histopatolojik olarak değişik özelliklere sahiptir. Epitelsiz fibröz duvar varlığı travmatik orijinli mezenter kistini düşündürür.¹⁵ Bazılarında ise kisti döşeyici endotel ve epitel tabakası vardır. Kist iç yüzünü döşeyen tabakaya göre histopatolojik tipleri lenfatik, mezotelyal, enterik, ürogenital kökenli ya da pankreas dışı yalancı kistlerden olabilir.^{1,2} Kist duvarında düz kas tabakası da bulunabilir. Kistlerin içeriği şilöz, seröz veya hemorajik olabilir. Şilöz kistler sıklıkla ince bağırsak mezenteri ile ilişkilidir. Seröz kistler ise lenfatiklerin bir çeşit travması sonucu oluşmakta-

dır. MK olgularının %25'ini çocuklar, %75'ini yetişkinler oluşturur.

Kistler, retroperiton, mezokolon, omentumu takiben yaygın olarak ileum mezosu içerisinde lokalizedir. Karsinom ya da sarkom alanları içerisinde gelişebilirler.¹⁶⁻¹⁸ Radyolojik inceleme, kistik abdominal kitlelerde kistin çapı ve karakteri hakkında kolaylıkla fikir verebilir.¹⁸⁻²⁰

Çocukluk çağındaki MK'ler genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olduklarında nonspesifik karın ağrısı, bulantı, kusma, distansiyon görülebilir. Lökositöz, ateş, konstipasyon da eşlik edebilir. Bu semptomlar kistin çapına ve yerleşimine bağlıdır.²¹

Yaygın görülen komplikasyonlar, akut batın tablosu oluşturan rüptür, hemoraji ve obstrüksiyondur.²²

Intraabdominal kistik lezyonların ayırıcı tanısında, lenfanjiyom, pankreatik psödokist, hemanjiyom, endometriozis, asit, peritoneal inklüzyon kisti, kistik mezenterik pannikülit, hidatid kist, kistik teratom ve ürogenital kist düşünülmelidir.²³⁻²⁵

Basit MK, kas tabakasından yoksun fibröz tabakaya sahiptir. Epitel tabakası incelmıştır. Epitel tabakasının olmaması travmatik orijinli kistlerde görülür. Fibröz kapsül içerisinde kalsifikasyon ve kronik inflamatuvar değişiklikler görülebilir. Kistik lenfanjiyomların epitelü düz ve içsidedir. Duplikasyon anomalileri (enterojenik kist), intestinal epitelü bağlantılıdır. Ürogenital kistler, küboidal ya da kolumnar epitelü döşelidir.^{25,26} MK, ovarian doku implantlarından gelişebilir. Bu kistler, luteal hücrelerle döşelidir ve normal ovarian doku kist duvarı komşuluğunda lokalize olabilir. Kist hidatid duvarı, dış ve iç membrandan oluşur. Peritoneal inklüzyon kistleri, genellikle reproduktif yaştaki kadınlarda görülür. Mezotelyal kist üzüm salkımı görünümünde, periton yüzeyinde oluşur. Müsinöz ya da jelatinöz sıvı içerir. Mikroskobik olarak, papiller projeksiyonlar, adalar ya da tübüller oluşturmuş mezotelyal hücrelerle sıralanır. Bazen skuamöz metaplazi, hafif ya da orta derecede atipi olabilir. Mitoz görülmez. Gland formasyonu ya da vakuolize hücreler maligniteler açısından ayırıcı

tanı gerektirebilir. Nadir olarak malign mezotelyoma veya transformasyon gelişebilir.²³⁻²⁷

De Parrot ve ark., malign transformasyona uğramış 5 olgu bildirmişlerdir. Bu olguların ikisi enterik kistten, diğer ikisinin orjini belirsiz, birinin de müllerian kanal artıklarından geliştiğini tanımlamışlardır.¹ Bury ve ark., ilk olarak adenokarsinom içerisinde benign kist göstermişlerdir.¹⁵

Sunduğumuz olguda malign transformasyonu düşündürecek mikroskopik bulgular (atipi kriterleri) izlenmedi. Papiller ya da tübüler alanlar ya da

parazitik etkenlerin sebep olduğu kistik lezyonlara ait görüntü mevcut değildi.

Sonuç olarak, olguda cerrahi, tedavinin başlıca dayanağıdır.^{27,28} Komplet rezeksiyon nüks ve malign dönüşümü önlemek için gereklidir. Kist aspirasyonu, tanı koymak için kullanılabilir fakat tedavide, kistin enükleasyonu gereklidir. Böylece rekürrens ve malign transformasyon önenebilir. Segmental intestinal rezeksiyon, bağırsak duvarı ile yakın ilişkide olmaları dolayısıyla, bizim olgumuzda olduğu gibi bazen gerekebilir.

KAYNAKLAR

- de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000;17(4):323-8.
- Kwan E, Lau H, Yuen WK. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc* 2004;59(1):154-6.
- Doğan Artaş Z, Çelik H, Gürateş B, Aygen E, Artaş H, Yavuz A, et al. [Mesenteric cystic lymphangioma a mimicking the pelvic tumor: case report]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(2):129-32.
- Şahin G, Kotan Ç, Zeteroğlu Ş, Kamacı M, Güler A, Kahramanoğlu. İ. [Huge mesenteric cyst in perimenopause]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2006;16(1):33-5.
- Chou YH, Tiu CM, Lui WY, Chang T. Mesenteric and omental cysts: an ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointest Radiol* 1991;16(4):311-4.
- Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986;203(1):109-12.
- Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *Aust N Z J Surg* 1994;64(11):741-4.
- Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg* 1984;119(7):838-42.
- Balkan SM, Erdil A, Tüzün A, Güleç B, Kozak O. [Mesenteric cyst]. *Türk J Gastroenterol* 1999;10(2):176-7.
- Caropreso PR. Mesenteric cysts: a review. *Arch Surg* 1974;108(2):242-6.
- Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994;115(5):571-7.
- Bury TF, Pricalo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol* 1994;89(11):2085-7.
- Skandalakis JE, Gray SW, Ricketts RR. The lymphatic system. In: Skandalakis JE, Gray SW, eds. *Embryology for Surgeons*. 2nd ed. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins; 1994. p.891-7.
- Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg* 1997;63(3):287-90.
- Lee J, Song SY, Park CS, Kim B. Müllerian cysts of the mesentery and retroperitoneum: a case report and literature review. *Pathol Int* 1998;48(11):902-6.
- Akinola O, Adejuyigbe O, Dare F. Mesenteric cysts in Nigerians. *Cent Afr J Med* 1989;35(10):513-7.
- Guirao X, Maristany MT, Tous F, Asiaín JR, Sitges-Serra A. A giant abdominal bubble. *Eur J Radiol* 1990;10(1):42-3.
- Tykkä H, Koivuniemi A. Carcinoma arising in a mesenteric cyst. *Am J Surg* 1975;129(6):709-11.
- Stoupis C, Ros PR, Abbitt PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: imaging of cystic mesenteric or omental masses. *Radiographics* 1994;14(4):729-37.
- Fujita N, Noda Y, Kobayashi G, Kimura K, Watanabe H, Masu K, et al. Chylous cyst of the mesentery: US and CT diagnosis. *Abdom Imaging* 1995;20(3):259-61.
- Ekçi B, Ayan F, Gürses B. [Ruptured mesenteric cyst: a rare presentation after trauma]. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2007;13(1):74-7.
- Takeuchi K, Takaya Y, Maeda K, Maruo T. Peritonitis caused by a ruptured, infected mesenteric cyst initially interpreted as an ovarian cyst. A case report. *J Reprod Med* 2004;49(1):65-7.
- Clement PB. Tumors of the peritoneum. In: Fletcher CDM, ed. *Diagnostic Histopathology of Tumors*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2000. p.839-64.
- Harpaz N, Gellman E. Urogenital mesenteric cyst with fallopian tubal features. *Arch Pathol Lab Med* 1987;111(1):78-80.
- Johnson LA, Longacre TA, Wharton KA Jr, Jeffrey RB. Multiple mesenteric lymphatic cysts: an unusual feature of mesenteric panniculitis (sclerosing mesenteritis). *J Comput Assist Tomogr* 1997;21(1):103-5.
- Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion 186 cysts (co-called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989;64(6):1336-46.
- Miles JM, Hart WR, McMahon JT. Cystic mesothelioma of the peritoneum: report of a case with multiple recurrences and review of the literature. *Clev Clin Q* 1986;53(1):109-4.
- Burkett JS, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg* 1994;60(6):432-5.