Sağlık
Hekimler Birliği Vakfı
Türkiye Klinikleri

Cilt 2 Sayı 2 Nisan 1991
Vol 2 No 2 April 1991

Dr. Gürkan ERSOY

GASTROENTERO HEPATOLOJİ

Süleyman YALÇIN	77	Editörden Selam
M.Emin CANER ve Ark.	78	Savary-Gilliard Bujileri ile Özofagus Darlıklarının Dilatasyonu
Nadir KAYA ve Ark.	84	"Heliobacter Pylori" Saptanmasında kültür, Gram Boyama, Üreaz ve Histoloji
O.G. DEMİR ve Ark.	88	IBS, Duodenum Ülserli Gruplarda ve Normallerde Mide Boşalma Özellikleri
O. ÖVÜNÇ ve Ark.	93	Postop. Üst GIS Endoskopilerinde Artık Nonabsorbabl Sütür Materyali
Hülagu KARGICI ve Ark.	98	Sıçanlarda Kolon Anastomoz İyileşmesine Erken Postop. Kemoterapinin Etkisi
Atilla ÖKTEN ve Ark.	100	Gastroenterolojide Laparoskopinin Değeri (3000 Vak'a Nedeniyle)
Gürkan ERSOY ve Ark.	105	Mezenter Kistleri
Ali GÖREN ve Ark.	109	Enteral ve TPN Uygulanan Malnutrisyonlu Hastalarda Prealbumin
Sadık TOP ve Ark.	117	Tüberküloz Peritonitin Erken ve Ayırıcı Tanısı için Spesifik ve Sensitiv Bir Test
Kerim GÜLER ve Ark.	122	22 Mantar İntoksikasyonu Vakasının Klinik, Laboratuar Özellikleri ve Tedavi
Atilla ÖKTEN ve Ark.	126	Ekstrahepatik Kolestaz (348 Vakanın Değerlendirilmesi)
Semra SÖKÜCÜ ve Ark.	130	Süt Çocukluğu Dönemi Kolestazlı Hastalarımızda Etyolojik Dağılım
Belgin EFE ve Ark.	135	Diabetes Mellituslu Hastalarda Hepatit B Virusüne İlişkin Serolojik Bulgular
Ertuğrul ERTAŞ ve Ark.	139	İskemi ve Reperfüzyon Sonrası Karaciğer Dokusunda Malondialdehid Değeri
Fuat ATALAY ve Ark.	143	Karaciğer Hidatik Kistinde Cerrahi Tedavi Yöntemleri
Orhan YALÇIN ve Ark.	149	Elektif Kolesistektomilerde Nazogastrik Tüpün Yeri
	151	Editöre Mektuplar

The Turkish Journal of Gastroenterohepatology

Mezenter Kistleri

MESENTERIC CYSTS

Dr.GürkanERSOY*, Dr.N.Zafer UTKAN*, Dr.Şehsuvar GÖKGÖZ*, Dr.Mehmet OĞUZ**

*Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Uyg. ve Araşt. Hast. Genel Cerrahi ABD,
**Gazi Üniv. Tıp Fak. Uyg. ve Araş. Hast. Genel Cerrahi ABD

ÖZET

Batın içinde yer kaplayan tümörler arasında mezenter kistleri küçük bir yer işgal etmektedir. Fizik muayenede batında yavaş büyüyen, ağrısız, mobil, düzgün kenarlı bir kütle tesbit edilirse akla getirilmelidir. Ultrasonografi ve komputerize tomografi tanıda yardımcı ise de kesin tanı ameliyat sonrası patolojik inceleme ile konur. İdeal tedavi kistin cerrahi olarak eksizyonudur.

Bu yazımızda kliniğimizde teşhis ve tedavi ettiğimiz bir vaka dolayısıyla hazırladığımız derleme yazısını sunmaya çalışıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Mezenter kisti, Abdomen kisti, Penfanjiomatöz kist.

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991, 2: 105-108

SUMMARY

Mesenteric cysts occupy a small portion of the tumoral masses which are located in the abdomen. It must be remembered when being aware of a mobile, slowly growing nontender, round mass in the abdomen during physical examination. Altough ultrasonography and computed tomography are helpful in diagnosis, the real one is obtained with post-operative pathological examination. The optimal treatment consists of complete enucluation of the cyst.

Here in this article, we planned to present a review of the subject on account of a case, diagnosed and treated in our own department.

Key Words: Mesenteric Cyst, Abdominal Cysts, Lymphangiomatous cysts.

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 2: 105-108

Mezenter kistleri batın içinde yer kaplayan, nadir görülen tümöral oluşumlardandır (1-15). İlk defa İtalyan anatomist Benevieni (1) tarafından bir otopside tarif edilmiş, ilk başarılı ameliyatı Tillaux (4) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çeşitli hastane kayıtlarına göre 30000 ile 150000 hastane başvurusunda bir görülmektedir. Literatürde bugüne kadar toplam 600-700, 1950 yılından beri ise toplam 57 yeni vaka bildirilmiştir (4,6,7,10). Kliniğimiz de ise bugüne kadar sadece bir vaka teşhis edilerek ameliyat edilmiştir.

Geliş Tarihi: 22.1.1991 **Kabul Tarihi:** 30.3.1991

Yazışma Adresi: Dr.Gürkan ERSOY
Mehmet Paşa Mh. 1.Sok. 10/5
58040 SİVAS

Oluş Mekanizması

Mezenter kistlerinin oluşumu hakkında fikir birliği yoktur. Caropreso ve ark. (1) kistlerin gelişimsel bir anomali olduğunu ve muhtemelen travma veya lenf düğümlerinin dejenerasyonuna sekonder olarak geliştiğini iddia etmektedirler. Oluş mekanizması hakkındaki diğer görüşler konjenital olarak bozuk olan lenfatik sistemin büyümeye devam etmesi, embriyolojik gelişme esnasında yaprakların birleşmemesi şeklindedir (1,4,11,14,16,17). Bu görüşlere rağmen torasik kanal deneysel olarak tıkandığı zaman bile kist oluşturulamamıştır (1).

Sınıflama

Mezenter kistlerinin oluşumu ve gelişimi hakkındaki bilgilerin azlığı sınıflamada da

güçlüklere yol açmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan sınıflama kist duvarının histopatolojik özelliklerine göre yapılanıdır (1,9,10,16,17).

Patolojik Anatomi

Mezenter, karın arka duvarından başlayarak barsaklara uzanan birbirine sıkıca yapışık iki adet periton yaprağından oluşmuş bir yapıdır. Bu katlar arasında bağ dokusu, yağ, lenfatikler, kan damarları ve kas lifleri bulunmaktadır. İşte buraya yerleşmiş kistler, mezenter kisti olarak tarif edilir (1). Histopatolojik olarak selim kistlerde kist duvarı endotel ile çevrili olup fibröz bantlar içermektedir (6,7).

Mezenter kistleri duedonum'dan rektum'a kadar olan kanalın herhangi bir yerinde bulunabilir. Vakaların %50'si ince barsaklarda, bunlarında %25'i ileum mezenterinde bulunmaktadır. Kolondaki en sık yerleşimi ise sigmoid, sonra transvers kolon mezosudur (Tablo 1) (1,2,4,9,14).

Mezenter kistleri boyutları, 1-2 cm boyutlarında olabildiği gibi tüm batını da doldurabilir. Genellikle yuvarlak olup üni veya mültiloküler yapıda olabilirler. Literatürde 75 ml'den 7-8 Lt'e kadar sıvı içeren kistler bildirilmiştir. Kist sıvısı seröz, hemorajik, şilöz veya pürülan karakterde olabilip sıvının özgül ağırlığı 1007 ile 1020 arasında değişmektedir (1,4,6,7,13).

Klinik

Mezenter kistlerinde klinik bulgular patognomik değildir. Mevcut semptomlar daha çok kistin boyutlarına, lokalizasyonuna ve komplikasyon gelişip gelişmediğine bağlıdır. Komplikasyonsuz vakalarda semptomlar muhtemelen kist kütlesinin çevreye yaptığı baskı sonucu ortaya çıkmaktadır (1,2,4,9,14,15,17,18).

Tablo 1. Mezenter Kistlerinde Lokalizasyon

Yeri	Görülme Sıklığı (% Olarak)
a) İnce barsak mezenteri	46.5
b) Sigmoid kolon mezenteri	15
c) Transvers kolon mezosu	11
d) Çekum mezenteri	8
e) Yeri tesbit edilemeyen	7.5
f) Retroperitoneal bölge	5
g) Çıkan kolon mezosu	2.5
h) Omentum	2
i) Apendix mezenteri	1.5
j) Gastrohepatik ligaman	0.5
k) Duedonum	0.5

En sık görülen belirti, batında yavaş yavaş büyüyen, yuvarlak, ağrısız, düzgün kenarlı, mobil bir kütlenin fark edilmesidir (5,6,9-12,14). Küçük çaplı kistlerin fizik muayenede fark edilmesi güçtür. Kütlenin çevreye yaptığı baskı sonucu karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, zayıflama, dışkılama alışkanlığında değişiklikler görülebilir (1,5,10,14). Eğer kist pelvis içinde ise mesaneye yapacağı baskı ile dizüri, pollaküri gibi idrar şikayetlerine, üreterlere yapacağı baskı sonucu hidronefroz'a yol açabilir (11). En sık görülen komplikasyonlar: İntestinal obstrüksiyon, volvulus sonucu gelişen gangren ve perforasyon sonucunda oluşan peritonit tablosu, kistin enfekte olması, kist içine kanama, kistin torsiyone olması sayılabilir (1,4,5,9,10,14). Peritonit gelişen vakalarda klinik tablo birden ağırlaşabilir, acil operasyon bulguları ve sonrasındaki patolojik tetkik sonucu teşhis kesinleşir. Mezenter kistleri en çok 4. dekadda ve kadınlarda daha sık görüldüğü iddia edilirken bazı yazarlara göre cinsiyet farkı yoktur (1,4,7,9,10,19). Akınola'nında (9) belirttiği gibi mezenter kisti siyah ırk'da yani Afrika toplumunda Avrupalılara oranla bilinmeyen bir sebeple daha sık görülmektedir. Caropreso (1,19) ise böyle bir etnik ayrılığın olmadığını iddia etmektedir.

Tanı

Mezenter kistlerinin patognomik klinik ve labaratuvar bulgusu olmadığı için kesin tanısı oldukça zordur. Bir hasta karnında yavaş büyüyen, ağrısız, düzgün sınırlı, mobil bir kütle ile müracaat ettiğinde hekimi şüphelendirmelidir. Radyolojik tetkikler bize ençok yardımcı olan tanı yöntemleridir. Kist duvarı kalsifiye olmadığı sürece ayakta direkt batın grafisi bize yardımcı olmaz (7). İntravenöz piyelografi ile mesane ve üreterlere olan bası gözlenebilir. Mide duodenum ve kolonun baryumlu grafileri ile ilgili organlar üzerine olan dıştan bası gösterilebilir (1,4,6,14,17). Çekilen selektif mezenter anjiografide avasküler bir kütle üzerinde yoğun damarlanmanın görülmesi tanıda yardımcı olabilir fakat pahalı ve invazif bir yöntem olması dolayısıyla kullanım alanı kısıtlıdır (6). Aksine ultrasonografi, kompüterize tomografi ve nükleer manyetik rezonans tetkiklerinin tanı değeri büyüktür (2,3,6,8,14,15,19). Fakat kesin tanı ancak ameliyatda konup, patolojik tetkik ile kesinleşir.

Tablo 2. Mezenter Kistlerinde Ayırıcı Tanı

a)	Over kistleri
b)	Enterik kistler
c)	Pankreas kistleri (Konjenital veya psödokistler)
d)	Böbrek kist veya tümörleri
e)	Dalak kistleri
f)	Dermoid kistler
g)	Kist hidatik
h)	Mezenterik lipomalar
i)	Hidronefroz
j)	Saplı uterus fibromaları
k)	Safra kesesi hidropsu
l)	Retroperitoneal tümörler
m)	Barsak tümörleri
n)	Periapendiküler apse
o)	Abdominal aort anevrizması
p)	Invaginasyon
r)	Pneumatosis cystoides intestinalis
s)	Batında asit

Ayırıcı Tanı

Batında yer kaplayan tümöral kütleler ile yapılmalıdır (Tablo 2) (10,14).

Tedavi

Mezenter kistlerinin tek tedavisi cerrahidir. Eğer laparatomi esnasında tesadüfen teşhis edilirse de müdahele edilmesi uygundur; çünkü ileride intestinal veya ürogenital obstrüksüyon, peritonit gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Elektif ameliyatlarda barsak temizliği yapılmalıdır; çünkü kist kolon veya ince barsaklara yapışık ise rezeksiyon gerekecektir. Enfekte bir kist söz konusu ise profilaktik antibiotik baskısı uygun olur (1,4).

Uygulanacak cerrahi yöntem hastanın genel durumu, kistin lokalizasyonu ve çevre dokular ile olan ilişkisine göre planlanmalıdır (1,2,4-6,11,12,14-16,18).

a) Enükleasyon: İdeal tedavidir, çevre dokulara zarar vermeden kütle total olarak çıkarılır.

b) Kistin eksizyonu ve kısmi barsak rezeksiyonu: Eğer kütle barsaklara yapışık, ayırmak mümkün değilse yapıştığı barsak segmenti ile birlikte rezeke edilir (1,5,6,10,14-16,18).

c) Marsupializasyon: Kistin lokalizasyonu veya yapısı dolayısıyla uygulanacak başkaca bir yöntem kalmaz ise marsupializasyon tek çaredir ve genellikle sigmoid kolon mezosunda lokalize kistlerde kullanılır çünkü burada disseksiyon güçtür ve enfeksiyon riski yüksektir. Buna bir alternatif de kistin kısmi rezeksiyonu ve kist boşluğunun fenol ile koterize edilmesi olabilir ki bunun çocuklarda entoksikasyona yol açabileceği unutulmamalıdır (1,4,6).

Ameliyat mortalitesi, ameliyat ve anestezi teknikleri geliştikçe düşmüşdür, bunda uygulanan cerrahi yöntem de etkili olabilmektedir. Caropreso'ya göre (1) %22-50 arasında değişen mortalite, Vanek'e göre enükleasyon uygulanan vakalarda %0-8, enükleasyon ve barsak rezeksiyonu uygulanan vakalarda %3-15 arasında değişmektedir.

Bu bilgilerin ışığı altında kliniğimize ait vakayı değerlendirirsek:

Hasta H.S., 25 yaşında, bayan, protokol no-190737, iki aydır karnında gittikçe büyüyen bir sertlik yakınmaları ile kliniğimize tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Batın muayenesinde sol üst kadranda 10-12 cm çapında, düzgün kenarlı, palpasyonla hafif ağrılı, mobil bir kütle tesbit edildi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde ve ayakta direkt batın grafisinde bir özellik yoktu. Baryumlu kolon grafisinde kolona dıştan bası olduğu görüldü. Ultrasonografik tetkik'de mezenter kisti olarak rapor edilince hasta elektif şartlarda operasyona alındı. Eksplorasyonda jejunum mezenterinde jejunum ansını yapışık kist tesbit edildi. Kist ve 20 cm'lik ince barsak eksize edilerek, primer anastomoz yapıldı. Patolojik inceleme sonucu mezenter kisti olarak rapor edildi (No-128/85). Hasta post-op 10.gün şifa ile taburcu edildi (20).

KAYNAKLAR

1. Caropreso PR, Pa H: Mesenteric cysts. Arch Surg, 1974, 108: 242-6.
2. Peters FTM, Rutgers EJT, Driessen WMM: Intraabdominal lymphangiomatous cysts in adults. Net J Med, 1987, 31: 152-7.
3. Phillips GWL, Senapati A, Young AE: Chylolomatic mesenteric cyst: A diagnostic appearance on computed tomography. Br J Radiol, 1988, 61: 413-4.
4. Sardi A, Parakh KJ, Singer JA, Minken SL: Mesenteric cysts. Am Surg, 1987, 53: 58-60.
5. Sanchez RE, Gordon HE, Passaro E: Mesenteric cysts. Am Surg, 1970, 36: 378-82.

6. Vanek VW, Phillips AK: Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. Arch Surg, 1984, 119: 838-42.

7. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE: Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. Arch Surg, 1985, 120: 1266-9.

8. Nakamura H, Hashimoto T, Akashi H, Mizimuto S: Distinctive CT findings of unusual mesenteric cysts. J Comput Assist Tomog, 1987, 11: 1024-5.

9. Akinola O, Adejuyigbe O, Dare F: Mesenteric cysts in Nigerians. Cent Afr J Med, 1989, 35: 513-7.

10. Calrola V, La Duca J: Mesenteric cysts. NY State J Med, 1987, 87: 177-9.

11. Hardin WJ, Hardy JD: Mesenteric cysts. Am J Surg, 1970, 119: 640-5.

12. Bumin O: Sindirim Sistemi Cerrahisi. Ankara, İlksan Matbaası Ltd Şti, 92, 1986.

13. Değerli Ü: Cerrahi Gastroenteroloji. İstanbul, Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, 474, 1984.

14. Eichelberger MR, Anderson KD, Radolph JG: Surgical conditions of the small intestine in infants and children. In: Surgery of the Alimentary Tract (Ed) Schackelford RT, Zuidema GD, Philadelphia, WB Saunders Company, pp 1986, 364-91.

15. Adams JT: Abdominal wall, omentum, mesentery and retroperitoneum. In: Principles of Surgery (Ed.) Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Singapore, Kim Hup Lee Printing Co Ltd, 1988, 1491-1524.

16. Rıfkınd K, Eng K, Ruoff M: Mesenteric cysts. Am J Gastroenterol 1974, 62: 540-4.

17. Geer LL, Mittelsteadt CA, Staab EV, Gasie G: Mesenteric cyst: Sonographic appearance with CT correlation. Pediatr Radiol 1984, 14: 102-4.

18. Kurtz RJ, Heimann TM, Beck AR, Holk J: Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg, 1986, 203: 109-12.

19. Caropreso P: Mesenteric cysts. NY State J Med, 1987, 87: 140-1.

20. Karslı Ş, Ersoy G, Utkan NZ, Gökgöz Ş, Oğuz M: Mezenter Kisti (Bir olgu nedeniyle). Sendrom dergisinde yayınlanmak üzere kabul edildi, 1991.

TIP EĞİTİMİNDE ÖNCÜ KURULUŞ
TÜRKİYE KLİNİKLERİ'NDEN

TIP ÖĞRENCİSİNDEN ÖĞRETİM ÜYESİNE KADAR
HER DÜZEYDE MESLEKTAŞIMIZA
HİTAP EDECEK YENİ BİR
DERGİ

TÜRKİYE KLİNİKLERİ

JİNEKOLOJİ & OBSTETRİK

Editör: Prof.Dr.Mülazım YILDIRIM