

Erişkinde Nadir Bir İleus Nedeni: Dev Mezenterik Kistik Lenfanjioma

Giant Cystic Lymphangioma of the Mesentery Causing Ileus in an Adult: A Rare Case

¹Yrd.Doç.Dr. Nazif ZEYBEK

¹Uzm.Dr. Zafer KILBAŞ

¹Yrd.Doç.Dr. Fahrettin YILDIZ

²Yrd.Doç.Dr. Altay Tolga ŞENTÜRK

³Yrd.Doç.Dr. İnanç GÜVENÇ

¹Prof.Dr. Yusuf PEKER

¹GATA Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

²GATA Tıp Fakültesi Patoloji AD

³GATA Tıp Fakültesi Radyoloji AD

Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(2):36-38.

Özet

Mezenterik kistik lenfanjiyoma çocukluk çağının nadir rastlanan benign tümörlerindedir. Erişkinde rastlanması alışılmamış değildir. 29 yaşında erkek hasta yemeklerden sonra belirginleşen karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde karında distansiyon mevcuttu ancak kitle palpe edilmedi. Tomografi ile batin sol üst kadrından başlayan ve pelvise uzanan 22x20 cm ebatlarında kistik kitle saptandı. Ameliyat sırasında kistik kitle beraberindeki 25 cm'lik incebarsakla birlikte unblok olarak rezekte edildi. Histopatolojik inceleme ile 'Mezenterik kistik lenfanjiyoma' olarak değerlendirildi. Klinik olarak tesadüfen saptanmış ve tamamen asemptomatik olabileceği gibi, yaşamı tehdit eden komplikasyonlarla ve akut batin tablosu ile de karşımıza gelebilir. Spesifik radyolojik görünümü yoktur. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde tanısı çoğu zaman yapılamamaktadır. Radikal cerrahi rezeksiyonla prognozu mükemmeldir. Tanıda en önemli faktör, akut batin tablosuyla başvuran hastalarda akla getirilmesidir.

Anahtar kelimeler: Mezenterik kist, Mezenterik kistik lenfanjiyoma, Abdominal lenfanjiyoma, Akut batin

Abstract

Mesenteric cystic lymphangiomas (MCLs) are rare benign tumours of abdomen and it is usually diagnosed in pediatric patients. It is very rare that an adult presents with cystic mesenteric lymphangioma. A 29-year-old man presented with ongoing abdominal pain, nausea and vomiting. On physical examination, there was distension on whole abdomen, but no palpable mass was detected. Computed tomography showed that there was a huge cystic mass, with the size of 22x20 cm, originating from ileal mesentery and the cystic mass was extending till pelvis. Cystic mass was resected with the adjacent, approximately 25 cm, ileal segment. Histopathologic examination revealed the cystic lymphangioma of the mesentery. The clinical presentation is diverse, ranging from an incidentally discovered, asymptomatic abdominal cyst to life-threatening abdominal catastrophes. Preoperative diagnosis is often impossible, since it has not a characteristic clinic presentation and radiologic imaging. Prognosis is perfect after complete resection. The most important factor in diagnosis is to keep the disease in mind in the evaluation of patients presenting with acute abdomen.

Keywords: Mesenteric cysts, Mesenteric cystic lymphangioma, Abdominal lymphangioma, Acute abdomen

Giriş

Benign bir lenfatik doku tümörü olan Mezenterik Kistik Lenfanjiyomanın etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Çocukluk çağında nadiren rastlanan bu tümörlerin yaklaşık olarak %80-90'ı yaşamın ilk yıllarında tanı almaktadır (1). Bu nedenle yetişkin yaşlarda oldukça az sıklıkta karşılaşılmaktadır. Erişkin dönemde ve akut batin tablosu ile görülmesi ise alışılmamış değildir. Bu çalışmada akut batin tablosu ile karşılaştığımız 'Mezenterik kistik lenfanjiyoma' olgusundan elde ettiğimiz çıkarımı literatür eşliğinde paylaşmayı amaçladık.

Olgu

Yaklaşık bir aydır zaman zaman karın ağrısı, karında şişkinlik ve kilo kaybı yakınmalarının devam ettiğini belirten 29 yaşındaki erkek hasta, son üç gündür gaz-gayta çıkaramama ve kusma şikayetlerinin gelişmesi üzerine acil kliniğine müracaat etti. Hikayesinden 17 yıl önce 'Eksploratris laparotomi + Meckel divertikül ektizyonu' ameliyatı geçirdiği öğrenilen hastanın aile hikayesinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde barsak sesleri alınamadı, karında distansiyon ve hassasiyeti mevcuttu. Palpasyonda ele gelen kitle tespit edilmedi. Rutin biyokimyasal ölçümleri normal sınırlarda tespit edilen hastanın hemogramında lökositoz ($20200/\text{mm}^3$) tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi (BT) ile, batin sol üst kadrından başlayan ve genişleyerek pelvise kadar uzanan, pelvis düzeyinde ve orta batin bölümünde karını boşluğu tama yakın dolduran, lobüle konturlu, ancak düzgün sınırlı, içerisinde kalsifik septasyonlara ait lineer ve nodüler görünümde multiple kalsifik odaklar bulunan, 24x18x9 cm boyutta kistik lezyon saptandı (Resim 1). Hasta ileus tablosu nedeniyle ameliyata alındı. İntraoperatif gözlemlerde, treitzden itibaren 150. cm'de ince barsak mezenterinden köken alan ve mezenterde ileri derecede yapışık tomografide tespit edilen boyutta, yumuşak kıvamlı, fluktuasyon veren septalı kistik kitle saptandı. Septaların içerisinde sarı-berrak renkte şilöz vasıfta mayı olduğu görüldü.

Yrd.Doç.Dr. Nazif ZEYBEK, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi AD.
Adres: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi AD. 06018 ANKARA
Tlf: 0312 304 50 14 E-mail: nzeybek@hotmail.com

Geliş Tarihi: 23.10.2009 Kabul Tarihi: 01.12.2009

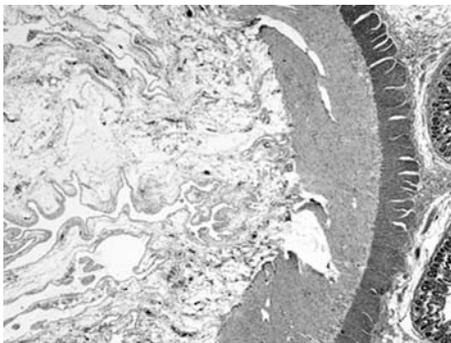


Resim 1. Kistik kitlenin tomografik görüntüsü. Kitlenin ince barsakta deplasmana yol açtığı ve özellikle orta batin bölümünde tüm abdomeni kapladığı görülmektedir.

Kitle intestinal segmentlerde deplasmana ve baskısıyla pasaj tıkanıklığına neden olmaktadır. Sitolojik inceleme ve kültür amaçlı alınan örnekten malignite saptanmadı. Kistik kitle beraberindeki yaklaşık 25 cm'lik ince barsak segmenti ile birlikte unblok olarak çıkarıldı (Resim 2). İnce barsaklara uç uca anastomoz uygulandı. Histopatolojik incelemede kist iç yüzünde gri-beyaz, sarı renkli birbirlerine ince uzanımlar yapan ağimsı lifler (multilokülasyon) saptandı. Olgu patolojik incelemede 'Lenfanjiyoma' olarak değerlendirildi (Resim 3). Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde taburcu edildi.



Resim 2. Rezeksiyon materyali: İnce barsak mesenterinden köken alan dev kistik kitle ve beraberinde rezekte edilmiş barsak segmenti.



Resim 3. Lezyon incebarsak serozasının hemen komşuluğunda büyük lenfatik kanalları içermektedir. Kist endotel hücreleri ile döşelidir (H&E x4).

Tartışma

Mezenterik kistik lenfanjiyoma cerrahi pratiğimizde, özellikle yetişkinlerde çok nadiren görülür ve insidansı akut batin nedeniyle hastaneye yatırılan hastalar içinde 1/100.000 civarındadır (2). Olgu sunumlarının derlenmesi ile yapılan bir çalışmada Erkek/ Kadın oranı 6:4 olarak bildirilmiştir³. Lokalizasyon olarak en sık görüldüğü yerler; %70.5 oranında ince barsak mezenterinde ve %26.2 oranında mezokolonda belirlenmiştir (3). Travma, inflamatuvar süreç ve radyoterapiye bağlı lenfatik injüriler ile lenfatik dokuların lokal dejenerasyonu gibi faktörler etiolojide suçlanmakla birlikte, hastalığın etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Sıklıkla çocukluk çağında görülmesi nedeniyle, lenfatik sistemin konjenital malformasyonu sonucu geliştiği ileri sürülmektedir (4).

Olgumuzun 17 yıl önce yapılan eksplorasyonunda lenfanjiyoma düşündürecek bulgu saptanmaması ve ilk ameliyatından öncesinde travma hikayesi bulunmaması nedeniyle; etiyojik faktör olarak, geçirilmiş cerrahiye bağlı lenfatik obstrüksiyonun neden olabileceğini düşündük. Mezenterik kistik lenfanjiyoma olgularının kliniği değişkenlik gösterir. Hiçbir semptom göstermeden başka amaçla yapılan bir radyolojik inceleme sırasında tesadüfen saptanabileceği gibi, akut batin tablosu ile de karşımıza gelebilir (5,6). Mezenterik kist genellikle karın ağrısı, bulantı, kusma ve kabızlık gibi gastrointestinal semptomlara neden olabilir. Semptomlar kistin büyüklüğüne, lokalizasyonuna ve torsiyon, rüptür, kanama gibi komplikasyonların gelişmesine bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Çocuklarda en sık akut karına sebep olma şekli, istestinal obstrüksiyondur (7).

Olgumuzda ileus tablosunun, dev mezenterik lenfanjiyomanın barsaklarda deplasmana ve kitle etkisiyle baskı yapmasına bağlı geliştiği ameliyat sırasında tespit edilmiştir.

Fizik muayenede abdominal distansiyon görülebilir. Batındaki mezenterik kistik lenfanjiyoma kitlesinin yumuşak olması, sıvı içermesi ve oldukça mobil olması nedeniyle; fizik muayenede, her zaman sınırları net bir kitle palpe edilemeyebilir. Ayrıca, eşlik eden ileus tablosu varsa, distansiyon nedeniyle kitle palpe edilemeyebilir. Olgumuzda da lenfanjiyomanın oldukça büyük boyutlara ulaşmasına rağmen palpasyonda ele gelmemesinin nedeni, aşırı distansiyon ve kistik kitlenin mezenter köküne yakın yerleşmesi olabilir.

Bazen kitle oldukça büyük boyutlara ulaşarak tüm abdomeni kaplayabilir ve içeriği nedeniyle ascites tablosu ile karıştırılabilir.

Ameliyat öncesi dönemde kesin tanıyı koymak çoğu zaman mümkün olmaz. Tanı genellikle eksplorasyon sırasında veya postmortem incelemelerle konur. Ultrasonografi şilöz içerikli kistik veya multikistik kitlenin saptanmasında ve bu tür hastaların takibinde oldukça etkilidir. BT de ilave olarak kitlenin boyutu, lokalizasyonu, komşu organ tutulumunu ve kistin komplikasyonlarını değerlendirmede ilave bilgiler verebilir (8).

Tanıda, ince iğne aspirasyon biyopsisi ile alınan örnekte, lenfoid hücreler içeren şilöz sıvının tespitinin yararlı olabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (9).

Bu tümörlerin en sık görülen komplikasyonları, rüptür, kanama ve obstrüksiyondur. Bu komplikasyonlar acil müdahaleyi gerektiren ve mortal seyredabilen akut batın tablosuna yol açar (10-12). Kistik lezyonlar şilöz, hemorajik veya berrak içeriğe sahip olabilir (13). Olgumuzda da şilöz, süt renginde içerik mevcuttu.

Mezenterik lenfanjiyomalar cerrahi olarak tedavi edilmelidir (5). Enüklüasyon veya bitişik ince barsağın birlikte rezeksiyonu tedavide uygulanacak alternatif cerrahi yöntemlerdir. Kistin tamamıyla cerrahi rezeksiyonla çıkarılması sonrası prognozu mükemmeldir (6). Malign transformasyon ihtimali nedeniyle mümkün olduğunca kistler tamamıyla çıkarılmaya çalışılmalıdır.

Sonuç olarak, mezenterik kistik lenfanjiyomanın erişkinde oldukça nadir görülmesi, spesifik radyolojik görünüm ve patognomonik bulgusunun olmaması nedeniyle, akut batınla gelen hastalarda hatırlanması tanı ve tedavide yanlıgıları azaltabilir.

Kaynaklar

1. Hanagiri T, Baba M, Shimabukuro T, Hashimoto M, Takemoto H, Inoue A. Lymphangioma in the small intestine: Report of a case and review of the Japanese literature. *Surg Today*. 1992;22:363-367.
- 2 Stopinski J, Stephan S, Staib I. Intra-abdominal cystic lymphangioma and mesenteric cysts as a cause of abdominal discomfort. *Langenbecks Arch Chir*. 1994;379:182-7.
3. Tsukada H, Takaori K, Ishiguro S, Tsuda T, Ota S, Yamamoto T. Giant cystic lymphangioma of the small bowel mesentery: report of a case. *Surg Today*. 2002;32:734-737.
4. Roisman I, Manny J, Fields S, Shiloni E. Intra-abdominal lymphangioma. *Br J Surg*. 1989;76:485-489.
5. Steyaert H, Guitard J, Moscovici J. Abdominal cystic lymphangioma in children: benign lesions that can have a proliferative course. *J Pediatr Surg*. 1996;31:677-80.
6. Freud E, Farkash U, Cassella R, Freire C, Zer M. Childhood retroperitoneal lymphangioma presenting following minor trauma. *Injury*. 1999;30:380-3.
7. Hebra A, Brown MF, McGeehin KM, Ross AJ. 3rd. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases. *South Med J*. 1993;86:173-6.
8. Cuttillo DP, Swayne LC, Cucco J, Dougan H. CT and MR imaging in cystic abdominal lymphangiomatosis. *J Comput Assist Tomogr*. 1989;13:534-6.

9. Sadola E. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery in an adult. *J Clin Ultrasound*. 1987;15:542-3.

10. Ricca RJ. Infected mesenteric lymphangioma. *NY State J Med*. 1991;91:359-361.

11. Porras-Ramirez G, Hernandez-Herrera MH. Hemorrhage into mesenteric cyst following trauma as a cause of acute abdomen. *J Pediatr Surg*. 1991;26:847-848.

12. Yoon HK, Han BK. Chronic midgut volvulus with mesenteric lymphangioma: a case report. *Pediatr Radiol*. 1998;28:611.

13. Pisano G, Erdas E, Parodo G, Martinasco L, Pomata M, Daniele GM. Acute abdomen due to rupture of mesenteric cysts. Observations on a clinical case and review of the literature. *Minerva Chir*. 2004;59:405-11.