

Laparoskopik Mezenter Kist Eksizyonu: Olgu Sunumu

Adem Karataş, Faik Özçelik, Kağan Karabulut, Kağan Zengin

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ABSTRACT

Laparoscopic excision of mesenteric cyst: Case report

Mesenteric cysts (MC) are rare intra-abdominal tumors which are usually asymptomatic. MC are found incidentally by laparotomy or by radiological investigations. In symptomatic cases common clinical presentations include abdominal pain and painless abdominal mass. The incidence of occurrence in adults is 1:100000. Although they can occur through whole mesentery, most MC occurs on ileum and right colon mesentery. The treatment is surgical. Surgical treatment is total resection of cyst by conventional or laparoscopic surgery. Circulatory failure can occur in the affected intestinal segment depending on the cyst size and location after excision which may lead to segmental resection as done in our case.

Key words: Mesenteric cyst, laparoscopy, treatment

Bakırköy Tıp Dergisi 2006;2:66-67

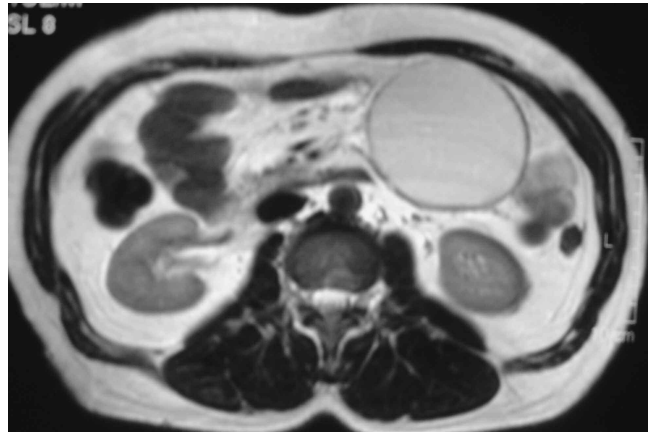
GİRİŞ

Mezenter kistleri (MK) nadir görülen batin içi kitlelerdir (1). Erişkinlerde sıklığı 1:100000'dir. Genellikle asemptomatik seyrederekler. Asemptomatik olgularda tanı başka bir nedenle yapılan laparotomi, laparoskopi ve radyolojik incelemeler sonrası ortaya konulur (2). Semptomatik olguların en sık klinik prezentasyonu karın ağrısı veya ağrısız karın içi kitlelerdir (3). Bu çalışmada jejunum yerleşimli mezenter kist nedeniyle laparoskopik kist eksizyonu ve laparoskopik yardımcı kısmi ince bağırsak rezeksiyonu uygulanan olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU

52 yaşında erkek hasta üç aydır karında hareketle yer değiştiren kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol alt kadranda ele gelen hareketli, düzgün sınırlı kitle dışında özellik saptanmadı. Rutin biokimya testleri ve tümör markerleri normal, kist hidatik serolojisi negatif olarak bulundu. Karın ultrasonografisinde (USG)

sol alt kadranda lokalize 9x8,5 cm'lik anekoik kistik oluşum saptandı. Karın manyetik rezonans (MR) incelemesinde proksimal jejunum mezosunda 8,5x7,5x7 cm boyutlarında uniloküle, uniform kalınlıkta, fibröz kapsüle sahip kistik kitle saptandı (Resim 1). Hastaya tanısız laparoskopi (TL) yapılmasına karar verildi. Ameliyat öncesi hazırlıkları takiben göbek altından girilen 10mm'lik trokar ile yapılan TL'de sol alt kadranda proksimal jejunum mezosunda 9x4x4 cm'lik, üst sınırı jejunum lümenine 1 cm mesafede kistik kitle saptandı. Sağ alt kadrandan 1 adet 10mm'lik trokar ve sol alt kadrandan da 1 adet 5 mm'lik trokar girildi. Kist manüpülasyonunu kolaylaştırmak için içeriği aspire edildi. MK'e Ligasure (Valleylab,



Resim 1. Kistin MR görüntüsü

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Adem Karataş
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-414-3000/22698

Elektronik posta adresi / E-mail address: dradem@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 15 Mayıs 2006 / May 15, 2006

Kabul tarihi / Date of acceptance: 31 Mayıs 2006 / May 31, 2006

Boulder, Colorado) yardımı ile laparoskopik total kistektomi yapıldı. Kistektomi sonrasında kist duvarına komşu olan 15 cm'lik jejunum ansında beslenme bozukluğu saptandı. Bunun üzerine göbek altındaki 10 mm'lik trokar yeri vertikal olarak 4 cm genişletildi. Kist batin dışına alındıktan sonra dolaşımı bozulan barsak ansı batin dışına alındı. Kısmi ince barsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası 4. günde oral alıma başlanan hasta 6. günde taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelemesi sonucu mezenter psödökisti olarak geldi.

TARTIŞMA

MK'ler hayatın her döneminde görülebilmeye rağmen sıklıkla hastaların çoğunluğu 4. dekadadır (4). Genelde asemptomatik seyrederek. Asemptomatik olgularda tanı başka bir nedenle yapılan laparotomi/laparoskopi ve radyolojik inceleme (karın USG, BT, MR) sırasında rastlantısal olarak konur. Semptomatik olgular karın içi kitle veya karın ağrısı ile başvurmakla beraber sık olmamakla beraber intestinal tıkanıklık, hidronefroz, alt ekstremitelerde lenf ödem bulguları, kist içine hemoraji veya akut karın tablosu ile başvurabilirler (1,5). Karın içi kitle %50 olguda bulunur (1).

MK'ler doudenumdan rektuma kadar tüm barsak mezosunda yerleşebilir. Sıklıkla sağ kolon ve ileum mezosunda yerleşim gösterir. Histopatolojik olarak 6 gruba ayrılır; 1) lenfatiklerden köken alan hilar kistler ve lenfanjioimlar, 2) mezotelden köken alan benign veya malign mezotelyal kistler, 3) enterik kistler, 4) ürogenital kistler, 5) dermoid kistler ve 6) travmaya veya enfeksiyonlara sekonder gelişen psödökistler (5). Bizim olgumuzda kistin patolojisi proksimal jejunum mezosunda yerleşimli mezenterik psödökist olarak saptandı.

Karın USG, bilgisayarlı tomografisi tanı için yeterlidir. Lokalizasyona ve büyüklüğüne dair daha iyi bilgi edinmek için MR kullanılabilir (5). MK'ler genellikle benign oluşumlardır. Malignite riski %3 kadardır (6). Bizim olgumuzun histopatolojik incelemesi benign karakterli MK olarak saptandı.

MK tedavisi kistin total eksizyonudur. 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 göz önünde tutulmalıdır (7). MK laparoskopik eksizyonu ilk kez MacKenzie ve ark. tarafından 1993 yılında yapılmıştır (8). Literatürde konvansiyonel cerrahi ile yapılan MK eksizyon sonrası mortalite oranı %0-8 oranında bildirilmiştir. MK eksizyonuna barsak rezeksiyonu eklendiğinde mortalite oranı %3-15'e kadar çıktığı bildirilmiştir (2). Ancak literatürde laparoskopik MK eksizyonu sonrasında mortalite ve morbidite bildirilmemiştir (3). Bizim olgumuzda kist eksizyonu laparoskopik olarak tamamlandı. Eksizyon sonrası ince barsak ansının dolaşımının bozulması üzerine laparoskopik yardımcı kısmi ince bağırsak rezeksiyonu ve uc uca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon ile karşılaşmadı.

Sonuç olarak batin içi kitlelerin ayırıcı tanısında nadir görülmesine rağmen MK de akla gelmelidir. Tedavisi kistin cerrahi olarak eksizyonudur. Eksizyon işlemi sonrası barsak ansının dolaşımı değerlendirilmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi teknik olarak mümkünse gerekli ek işlemler laparoskopik olarak tamamlanmalıdır. Deneyimli ellerde ekzisyon laparoskopik olarak hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. Aust N Z J Surg 1994; 64:741-744.
2. Brentano L, Faccini P, Oderich GS. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. Surg Laparosc Endosc 1998; 8: 402-403.
3. Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. Am Surg 1987; 53: 58-60.
4. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. Arch Surg 1984; 119: 838-842.
5. Huis M, Balija M, Lez C, Szerda F, Stulhofer M. Mesenteric cysts. Acta Med Croatica 2002; 56: 119-124.
6. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 1986; 203: 109-112.
7. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. Surg Endosc 1999; 13: 937-939.
8. MacKenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. J Laparoendosc Surg 1993; 3: 295-299.