

## Dev Peritoneal Mezotelyal Kist: Literatür Eşliğinde Olgu Sunumu

Giant Peritoneal Mesothelial Cyst: Case Report and Review of the Literature  
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ

Başvuru: 14.01.2015  
Kabul: 10.02.2015  
Yayın: 13.03.2015

Bariş Sarıcı<sup>1</sup>, Vural Soyer<sup>1</sup>, Asım Onur<sup>1</sup>, Abuzer Dirican<sup>1</sup>, Bülent Ünal<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

Mezenterik kistler (MK) çok iyi prognoza sahip, nadir görülen genellikle benign karakterde intraabdominal kistik kitlelerdir. Bir kaç mm ile 40 cm arasında değişir. Belli boyuta gelinceye kadar asemptomatik olması ve spesifik bir semptomunun olmamasından dolayı preoperatif doğru tanı koymak gecikebilir. Bu yazımızda, karın ön duvarındaki peritondan kaynaklanan basit bir MK olgusu sunuldu. Elli bir yaşında erkek hasta 4-5 aydır devam eden karında şişlik ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulamasında önemli bir özelliğe rastlanmadı. Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Bilgisayarlı abdomen tomografisinde yaklaşık 12x10x11,5 cm boyutta, hafif yoğun içerikli ve düzgün sınırlı kistik lezyon görülüyordu. Kist hidatik serolojisi negatif geldi. MK ön tanısı ile göbek üstü median kesi ile laparotomi yapıldı ve eksplorasyonda sol üst kadran karın ön duvarı ve diyafragma üzerindeki pariyetal peritondan kaynaklı yaklaşık 12 cm çapında kistik lezyon olduğu görüldü. Total eksize edildi. Histopatolojik tanı multiloküle peritoneal inklüzyon kisti olarak rapor edildi. Karın ön duvarından kaynaklı peritoneal basit MK'ler oldukça nadir görülmekle beraber intraabdominal kistik kitle düşünülen hastaların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** *Peritoneal Kist, Tanı Tedavi*

### Giriş

Mezenterik kistler (MK) çok iyi prognoza sahip, nadir görülen ve benign karakterde intraabdominal kistik kitlelerdir. İnsidansı yaklaşık her 250,000 hastane başvurusunda 1 gibi çok düşüktür<sup>1,2</sup>. Hastalar çok çeşitli ve nonspesifik klinik semptomlarla başvurabilirler. Bunun nedeni bu tümörlerin çoğunlukla başka hastalıklar nedeni ile yapılan taramalar sırasında ya da başka nedenlerle yapılan laparotomiler sırasında tesadüfen bulunmasındandır. Nadir görülmesi ve spesifik bir semptomunun olmamasından dolayı preoperatif doğru tanı koymak zordur. Bu çalışmada, sol üst kadran karın ön duvarı ve diyafragma üzerindeki pariyetal peritondan kaynaklı dev peritoneal basit MK olan ve total eksize edilmiş şekilde tedavi edilen bir erkek hastayı literatür eşliğinde sunmayı

### Abstract

Mesenteric cysts (MC) are rare and commonly benign intra-abdominal mass that has a very good prognosis. The cyst size ranges from a few centimeters to 40 cm. And the lack of specific symptoms and rarity of MC, correct pre-operative diagnosis may be delayed until it reaches a certain size. A case of simple mesenchymal cyst that was arising from the peritoneum in the anterior abdominal wall, is presented due to rare localization. A 51-year-old man with abdominal pain and associated distention, during the previous 4-5 months, without other symptoms, admitted to our clinic. His past medical history was unremarkable. The laboratory examination were unremarkable. Abdominal computerized tomography imaging showed a cystic mass of 12x10x11,5 cm that was properly limited with light-intensive content. Hydatid cyst was negative serology. Midline laparotomy was performed with a presumptive diagnosis of mesenteric cyst. Cystic lesion, about 12 cm in diameter, was observed arising from parietal peritoneum on the left upper abdominal wall during the exploration. Radical excision of the cyst was performed. Histopathological diagnosis was multiloculated peritoneal inclusion cyst. Although, peritoneal simple mesenchymal cysts arising from the anterior abdominal wall is very rare, in the differential diagnosis of patients, it should be kept in mind.

**Keywords:** *Peritoneal cyst, Treatment Diagnosis*

amaçladık.

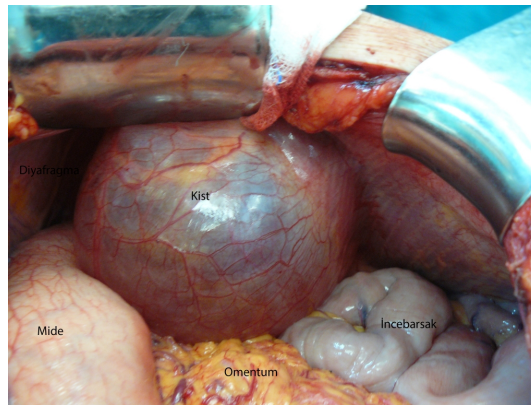
## Olgu Sunumu

Elli bir yaşında erkek hasta 4-5 aydır devam eden karında şişlik ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulamasında önemli bir özelliğe rastlanmadı. Fizik muayenesinde vital parametreler normaldi ve batın sol alt kadranda ele gelen, hareketli ve düzgün sınırlı kitle dışında özellik saptanmadı. Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sol üst kadranda batın ön duvarından kaynaklı, splenik fleksura komşuluğundan başlayarak inferiora doğru uzanan komşu bağırsak segmentleri ve pankreas gövde ve kuyruğuna bası yapan, yaklaşık 12x10x11,5 cm boyutta, hafif yoğun içerikli ve düzgün sınırlı kistik lezyon görülüyordu (Şekil 1).



Şekil 1 : Abdominal BT'de kistik lezyon

Kist hidatik serolojisi negatif geldi. Hastaya laparotomi yapılmasına karar verildi. Göbek üstü median insizyonla batına girildi. Karnın eksplorasyonunda batın sol üst kadranda 11-12. kostalar hizasında karın ön duvarı ve diyafragma üzerindeki pariyetal peritondan kaynaklı ve yaklaşık 12 cm çapında kistik lezyon olduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 2 : Kistin intraoperatif görüntüsü

Kistik içeriğin batın içerisine perforasyonunu önlemek için lezyonun içi aspire edildi ve yaklaşık 750 cc açık renkli kistik sıvı boşaltıldı. Kist sıvısından sitolojik çalışma için örnek alındı. Kist duvarı damar mühürleme cihazı yardımı (LigaSure Atlas™ 20 cm Hand Switching) ile total olarak eksize edildi. Hasta postoperatif 2. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Alınan sıvı örneğinin sitolojik inceleme sonucu asellüler materyal olarak

rapor edildi. Çıkarılan kistin patolojik incelemesi sonucu ise multiloküle peritoneal inklüzyon kisti olarak rapor edildi.

## Tartışma ve Sonuç

Omentum, mezenter ve retroperitoneal zarların tümü aynı embriyolojik kökenden gelişir. Karın arka duvarından uzanan ve iki tabaka halindeki periton yapraklarından oluşan bu yapılar; yağ doku, bağ doku ve sinir-kas dokusunu içerirler. Abdominal organlara ait kan ve lenf damarlarını taşırlar. Bu dokular içinde oluşan kistlere MK denir<sup>3</sup>. MK ilk defa 1507'de bir anatomist olan Benevendi tarafından kadavra serileri üzerinde tanımlanmıştır. Patofizyolojisinde lenfatik obstrüksiyon, abdominal travma ve bazı lenf nodlarının lokal dejenerasyonu suçlansa da en çok kabul gören görüş; lenfatik sistem ile bağlantısı olmayan mezodaki ektopik lenfatiklerin benign proliferasyonu sonucu geliştiğidir<sup>4,6</sup>. Duodenumdan rektuma kadar tüm gastrointestinal sistem mezosunun herhangi bir yerinde olabilir<sup>7</sup>. En sık ince bağırsak mezosunda (%70) ve ince bağırsakların da ileal segmentinde (%50-60) daha fazla oranda görülmektedir<sup>8,9</sup>. MK, tek ya da multiple sayıda, bir ya da daha fazla yerde lokalize, içeriğinde kan, şilöz ya da enfekte sıvı bulunabilir. Bir kaç mm ile 40 cm arasında herhangi bir boyutta görülebilir<sup>9</sup>. Herhangi bir yaş grubunda görülebilir ancak en sık 40 ile 70 yaş arasında görülebilse de, literatürde <10 yaş olan vakalar da mevcuttur<sup>6</sup>. Bizim çalışmamızda, sunulan hasta 51 yaşında idi. Son dönemlerdeki yayınlarda MK'nın her ne kadar kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğüne dair bilgiler olsa da genellikle kadın ve erkekte eşit oranda görülme sıklığı vardır<sup>10,11</sup>.

Hastaların kliniği, kistin boyutları, lokalizasyonu, içeriği ve komplike olup olmadığına bağlı olarak değişkenlik gösterir. MK tanısı için spesifik ve tanı koydurucu bulgu ya da semptom yoktur. İlk bulgu sıklıkla intermittan karın ağrısı (%82) ve abdominal distansiyona neden olan palpabl kitledir (%61)<sup>12-15</sup>. Diğer bulgular arasında bulantı-kusma (%45), kabızlık (%27), diare (%6), kilo kaybı ve komşu organ basısına bağlı görülen bulgular ile bazen torsiyon, enfeksiyon, hemoraji ve rüptür gibi kiste ait komplikasyonlar görülebilir<sup>15</sup>. Komplike olan vakalarda akut karın bulguları görülür. Hastamızda da yine uzun zamandır devam eden karın ağrısı ve şişlik dışında herhangi bir semptom yoktu. Bu bulgular ile başvuran bir hastada çoğu zaman bir malignite de akla gelmelidir. MK %40 oranında başka nedenlerle yapılan laparotomiler sırasında tesadüfen saptanır. Semptomlar genellikle kist çapı >5 cm olduğunda ortaya çıkmaktadır<sup>16</sup>. Bu tür şikayetlerle gelen bir hastanın ayırıcı tanısında kalın barsak duplikasyon kistleri, urakus kisti, Meckel divertikülü, jinekolojik ve ürogenital kistler, Wilms tümörü ve rabdomyosarkom da akıldan çıkarılmamalıdır. Ayrıca ülkemiz gibi kist hidatiğin yaygın olduğu bölgelerde serolojik testlerle kist hidatik ekarte edilmelidir. MK tanısında abdominal ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) teknikleri son derece kullanışlıdır. Bu yöntemler kistin karakteri, boyutu, lokalizasyonu, çevre yapılara olan yakınlığı ve kist duvarı hakkında fikir verir.

MK tedavisinde temel amaç nüks oranını çok düşük tutmak<sup>17</sup> ve malign transformasyonu engellemektir<sup>18</sup>. Nüks ve malign transformasyondan kaçınmak için seçilecek en iyi tedavi seçeneği total kist eksizyonudur. MK için ilk başarılı eksizyon operasyonu 1880'de Tillaux tarafından gerçekleştirilmiştir<sup>19</sup>. MK total eksizyondan sonra nüks oranı yaklaşık %0 ile %7 arasındadır. Retroperitoneal yerleşimli, inkomplet eksize edilmiş kistlerin nüks oranı ise daha yüksektir<sup>20,21</sup>. Sunulan vakada da kist total olarak eksize edilmiştir. Kistin boyutu, lokalizasyonu ve cerrahın deneyimi cerrahi yöntem kararını etkiler. Literatürde laparoskopik olarak başarılı şekilde tedavi edilmiş olgular olsa da<sup>22</sup> açık teknik önerilmektedir. Bizim hastamızda da kistin lokalizasyonu, hastada kalp pili olması ve bipolar koter kullanma zorunluluğundan dolayı laparoskopik yöntem yerine açık cerrahi tercih edilmiştir. Cerrahi uygulama sırasında, maligniteyi ekarte etmek ve komplikasyonları önlemek için bazen komşu organ rezeksiyonları gerekebilir. Tüm bunlara rağmen cerrahi tedavi dışındaki diğer tedavi yöntemleri (basit drenaj, marsupializasyon (internal drenaj) ve kistin delinmesi vb.) düşük etkinliklerinin olması ve buna karşılık yüksek komplikasyon riskinden dolayı çok tercih edilmemelidir. Radikal olarak kistektomi mümkün olmayan durumlarda diğer tedavi seçenekleri düşünülmelidir.

Sonuç olarak, peritoneal basit MK'ler oldukça nadir görülmekle beraber intraabdominal kitle düşünülen hastaların ayırıcı tanısında akla gelmelidir ve tedavi total eksizyon olmalıdır.

## Kaynaklar

1. Miliras S, et al. Mesenteric cyst of the descending colon: report of a case. *Acta Chir Belg.* 2006;106:714-6.
2. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric cyst. *ANZ J Surg.* 1994;64:741-4.
3. Vanek VW, Philips AK. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. *Arch Surg.* 1984;119:838-42.
4. Richard RR, et al. Mesenteric and omental cysts. *Pediatr Surg.* 2006;6:1399-1406.
5. SavianoMS, Fundaro S, Gelmini R, et al. Mesenteric cystic neof ormation: Report of two cases. *Surg Today.* 1999;29:174-7.
6. Sato M, Ishida H, Komatsuda T, et al. Mesenteric cyst: sonographic findings. *Abdom Imaging.* 2000;25:306-10.
7. Mihmanli I, et al. Radiological workup in mesenteric cysts: Insight of a case report. *J Clin Imaging.* 2001;25:47-9.
8. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric Cyst. *Aust N Z J Surg.* 1994;64:741-4.
9. Sahin DA, et al. Laparoscopic enucleation of mesenteric cyst: case report. *Mt Sinai J Med.* 2006;73:1019-20.
10. Chou YH, et al. Mesenteric and omental cysts: An ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointest Radiol.* 1991; 16: 311-4.
11. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg.* 1984; 119: 838-42.
12. De Perrot M, et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000; 17: 323-8.
13. Caropreso PR, Mesenteric cysts: A review. *Arch Surg,* 1974;108:242-6.
14. Prakash A, et al. Early management of mesenteric cyst prevents catastrophes: a single centre analysis of 17 cases. *Afr J Paediatr Surg.* 2010;7:140-3.
15. O'Brien MF, Winter DC, Lee G, Fitzgerald EJ, O'Sullivan GC Mesenteric cysts-a series of six cases with a review of the literature. *Ir J Med Sci* 1999;168:233-6.
16. Shamiyeh R, Rieger P, Schrenk W Way and role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 1999;13:937-9.
17. Morrison CP, Wemyss-Holden SA, Maddem GJ. A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 2002; 16: 215-20.
18. Tykka H, Koivuniemi A. Carcinoma arising in a mesenteric cyst. *Am J Surg* 1975; 129: 709-11.
19. Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst e an unusual presentation. *J Pediatr Surg.* May 1998;33:792-3.
20. Tan JJ-Y, Tan K-K, Chew S-P. Mesenteric cysts: An institution experience over 14 years and review of literature *World J Surg* 2009;33:1961-5.
21. Shamiyeh A, Rieger R, Schrenk P, Wayand W. Role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. *Surg Endosc* 1999;13:937-9.
22. Huis M, Balija M, Lez C, Szerda F, Stulhofer M Mesenteric cysts. *Acta Med Croatica* 2002;56:119-24.