

Asendan Kolon Mezo Kaynaklı Dev Mezenterik Kistin Laparoskopik Rezeksiyonu

92

Mehmet Tolga KAFADAR¹
Mehmet Ali KIRŞAN²

GİRİŞ

Mezenterik kist, abdominal tümörlerin nadir nedenlerinden biridir. Klinik ve radyolojik olarak karakteristik bulgularının olmaması nedeniyle tanısı zordur. Mezenter kistleri erişkinlerde 1/100.000 oranında görülen, uniloküler veya multiloküler, iç yüzeyleri tek sıralı endotel ile döşeli fibröz duvarları olan, şilöz, seröz veya hemorajik sıvı içeren benign kistlerdir. Olguların %3'ünden azında malignite görülür. Kistler çoğunlukla multiloküler yapıları ile anormal boyutlara erişebilirler. İnce barsak mezosu veya mezokolonun herhangi bir yerinden kaynaklanabildiği gibi, %50 olguda kistlerin özellikle ileumdan kaynaklandığı saptanmıştır. Seröz sıvı içeren kistlerin mezokolondan, şilöz sıvı içeren kistlerin ise ince barsak mezenterinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Makroskopik değerlendirmede bu kistlerin pankreas psödokis-

tinden veya enterik duplikasyon kistinden ayırımının yapılması gerekir. Ayırıcı tanıda mutlaka assit akılda tutulmalıdır (1). Tüm vakaların yaklaşık 1/3'ü 15 yaşın altındaki çocuklarda görülüyorsa da, her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Mezenter kistleri asemptomatik kalabileceği gibi, karın ağrısı, abdominal distansiyon, intestinal obstrüksiyon, kist içine kanama, volvulus gibi komplikasyonlar ile de başvurabilirler. Semptomlar karakteristik olmayıp, kistin lokalizasyonuna ve boyutuna bağlıdır. Yumuşak, mobil ve hassas olmayan bir kitle, en çok rastlanan fizik muayene bulgusu olmasına karşın, yaklaşık %55-60 hastada bu bulgular gözlenmiştir. Komşu barsakta dıştan baskıyla gelişen intestinal obstrüksiyon en sık karşılaşılan komplikasyondur. Travmaya veya erozyona bağlı gelişen kist içine kanama, hastada ağrıya ve kitlede ani büyümeye neden olabilir. Tedavisi cerrahi girişimdir. Klasik laparotomi veya minimal invazif cerrahi yöntem ile kistin komplet cerrahi eksizyonu tercih edilen tedavi seçeneğidir (2). Bu yazıda, laparoskopik yöntemle rezeke edilen, 21x17 cm boyutunda, asendan kolon mezodan kaynaklanan dev mezenter kisti sunulmaktadır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, drtolgakafadar@hotmail.com

² Uzman Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır, mehmetalibilge@hotmail.com

Literatürde başarılı laparoskopik yaklaşımlarla ilgili farklı çalışmalar bildirilmiştir (8,9). Bazı hastalarda kistin barsağa veya damarlarına çok yakın olması nedeniyle barsak rezeksiyonu gerekebilmektedir. Olgumuzda cerrahi işlem olarak laparoskopik yöntem tercih edilmiş olup, herhangi bir barsak segmentinin rezeksiyonuna gerek duyulmamıştır. Başarıyla tamamlanan işlem sonrasında kitle eski C/S skarından batın dışına alınmıştır. Postoperatif dönemde nadiren komplikasyonlar gelişmektedir. Mezenterik kistlerde rekürrens oranı düşüktür ve %0-13.6 arasında değiştiği bildirilmektedir (10).

SONUÇ

Mezenter kistleri nadir görülse de, intraabdominal kitle ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdırlar. Kistlerin tedavisi cerrahi eksizyondur. Yaşamsal tehlike oluşturabilecek komplikasyonlara nadiren neden olan mezenter kistleri zamanında saptanır ve uygun cerrahi tedavileri yapılırsa, uzun dönem sonuçları oldukça iyidir. Minimal invaziv bir teknik olarak laparoskopik cerrahi bu tür karın kistleri için alternatif ve güvenli bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Batool T, Ahmed S, Akhtar J. A giant lymphatic cyst of the transverse colon mesentery. APSP J Case Rep. 2010;1(1):7.
2. Antunes M, Pizzol D, Schiavone M, et al. Giant mesenteric cyst: Successful management in low-resource setting. Int J Surg Case Rep. 2020;70:185-187.
3. Guraya SY, Salman S, Almaramhy HH. Giant mesenteric cyst. Clin Pract. 2011;1(4):e108.
4. Bang GA, Tolefac P, Fola O, et al. Giant sixteen kilogram lymphangioma mesenteric cyst: An unusual presentation of a rare benign tumour. Int J Surg Case Rep. 2019;59:94-96.
5. Kambakamba P, Lesurtel M, Breitenstein S, et al. Giant mesenteric cystic lymphangioma of mesocolic origin in an asymptomatic adult patient. J Surg Case Rep. 2012;2012(6):4.
6. Ma A, Ayre K, Wijeyekoon S. Giant mesenteric cyst: a rare cause of abdominal distension diagnosed with CT and managed with ultrasound-guided drainage. BMJ Case Rep. 2012;2012:bcr0220125916.
7. Shimura H, Ueda J, Ogawa Y, et al. Total excision of mesenteric cysts by laparoscopic surgery: report of two cases. Surg Laparosc Endosc. 1997;7(2):173-6.
8. Polat C, Ozaçmak ID, Yücel T, et al. Laparoscopic resection of giant mesenteric cyst. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2000;10(6):337-9.
9. Ciulla A, Tomasello G, Castronovo G, et al. Laparoscopic treatment of mesenteric cysts. Report of two cases. Ann Ital Chir. 2008;79(1):63-5.
10. Al-Harfoushi R, Stevenson L, Binnie N. Mesenteric cyst: drained and marsupialised laparoscopically avoiding enterectomy. BMJ Case Rep. 2012;2012:bcr0120125540.