

Mezenterik Kisti Taklit Eden Dev Over Kistinin Laparoskopik Yaklaşım ile Tedavisi

Orhan VELİ*, Güvenç DİNER*, Ramazan DAVRAN**, İbrahim YETİM*, Dilek BENK ŞİLFELER***, Akın AYDOĞAN*

* Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi AD

** Mustafa Kemal Üniversitesi Radyoloji AD

*** Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Özet

Mezenterik kistler batin içinde yer kaplayan nadir bir patolojidir. Over kistleri ise mezenterik kistlere göre daha sık karşılaşılan bir patolojidir. Overin kistik lezyonları sıklıkla folikül kisti, korpus luteum kisti, endometrioid kist ve seröz kistadenom kaynaklıdır. Bu olguda mezenter kistiyle karışan dev over kistinin laparoskopik yaklaşımla tanı ve tedavisi tartışılmıştır.

Olgu 18 yaşında bayan ve bekardı. Yaklaşık 1 yıldır karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri olan hastanın, fizik muayenesinde batında abdominal distansiyonu ve tüm kadrantlarda derin palpasyonda minimal hassasiyeti vardı. Biyokimyasal tetkiklerinde ve tümör belirteçlerinde patolojik değer saptanmadı. Batın ultrasonografisinde batin sağ kadranı dolduran ve orjini saptanamayan yaklaşık 23x9 cm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Abdominal bilgisayarlı tomografide over kaynaklı olmadığı düşünülen 23x9 cm büyüklüğünde mezenterik kist olarak rapor edildi. Hastaya hem diagnostik hem de tedavi amaçlı laparoskopik cerrahi planlandı. Dev kistin over kaynaklı olduğu görüldü. Kist içeriği aspire edilerek total eksizyonu yapıldı. Postoperatif herhangi bir problemi olmayan hasta 2. gün taburcu edildi.

Laparoskopik yaklaşımın avantajları göz önünde bulundurularak, batin içindeki kistik kitleler büyük boyutlarda olsa bile ayırıcı tanı ve tedavide laparoskopik öncelikli olarak düşünülmesi gereken bir yöntemdir.

Anahtar sözcükler: Batın içi dev kist, ayırıcı tanı, laparoskopik tedavi

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Orhan Veli

Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi AD

GSM: 0532 341 74 40

e-posta: veliorhan@hotmail.com

Abstract

The treatment of giant ovarian cyst which mimics mesenteric cysts with laparoscopic approach

Mesenteric cyst are rare intraabdominal pathologies when compared with over cysts that are seen more frequently. Ovarian cystic lesions are usually originated from follicul cyst, corpus luteum cyst, endometrium cyst and seras cystadenom. In this case report, we discussed the giant ovarian cyst which mimic mesenteric cyst and treated with laparoscopic approach.

The patient was an 18 years old single woman who had an abdominal pain and distension for approximately 1 year period. The physical examination of the patient included abdominal distention and minimal tenderness with deep palpation. Biochemical studies and tumor markers were normal. Abdominal ultrasonography revealed a 23 x 9 cm cystic lesion which located of right side of abdomen. Computerized tomography determined a 23 x 9 cm lesion which was reported to be a mesenteric cyst and excluded ovarian pathology. For diagnostic and curative management, we planned laparoscopic surgery, the procedure revealed that the giant cyst was originated from ovary. After the aspiration of the internal components of the cyst, total excision was performed. Patient was discharged on postoperative day 2. uneventfully.

Laparoscopic surgery should be the first step of differential diagnosis and treatment, even the intraabdominal cystic masses are large in size.

Key Words: Intraabdominal giant cyct, differential diagnosis, laparoscopic treatment.

Giriş

Mezenterik kistler batın içinde yer kaplayan nadir bir patolojidir. İnsidansı 1/20000 ile 1/100.000 arasında değişmektedir. Genellikle asemptomatik seyredeler ve çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. İleri derecede büyüdülerinde abdominal distansiyon, karın ağrısı ve bası semptomlarına neden olurlar.

Over kistleri ise mezenterik kistlere göre daha sık karşılaşılan bir patolojidir. Overin kistik lezyonları sıklıkla folikül kisti, korpus luteum kisti, endometrioid kist ve seröz kistadenom kaynaklıdır. Boyutları genellikle 4-5 cm civarında olsa da bazen çok daha büyük boyutlara ulaşabilirler. Over kistlerinin boyutları büyüdükçe tanıda mezenterik kistler ile karışma olasılığı artar.

Hem mezenterik, hem over kistlerinin tanısında abdominal ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme yararlı radyolojik tetkiklerdir.

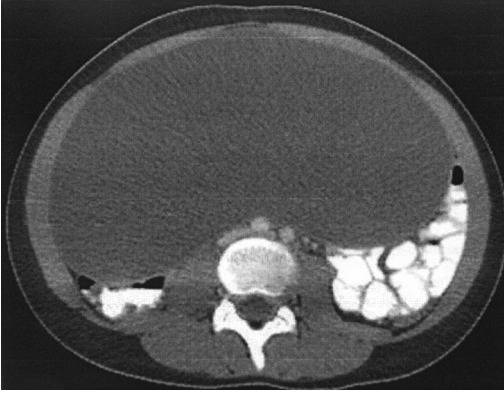
Her iki lezyonda da uygun cerrahi tedavi komplet eksizyondur. Seçilmiş vakalarda la-

paroskopik rezeksiyon günümüzde sıkça uygulanmaktadır. Olgumuzu overdeki kistik lezyonun büyük boyutundan dolayı mezenterik kist ile ayırıcı tanısını tartışmak ve cerrahi tedavide laparoskopik yaklaşımın yerini irdellemek amacıyla sunduk.

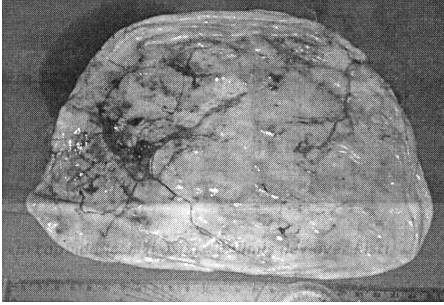
Olgu

Olgu 18 yaşında bayan, bekar ve virgoydu. Yaklaşık bir yıldır karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri olan hasta başvurduğu bir dış merkezden karın içi kistik lezyon ön tanısı ile hastanemize yönlendirildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde batında abdominal distansiyon ve tüm kadranlarda derin palpasyonda minimal hassasiyet vardı. Periton irritasyon bulguları saptanmadı. Biyokimyasal tetkiklerinde ve tümör belirteçlerinde (CA 19-9, CA 125, CEA) patolojik değer saptanmadı.

Batın US'de batın sağ alt kadranı dolduran ve orjini saptanamayan yaklaşık 23x9 cm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Tüm batın



Resim 1. Dev over kisti ameliyat öncesi BT görüntüsü



Resim 2. 23 cm çapında içeriği aspire edilmiş dev over kisti

BT'de over kaynaklı olmadığı düşünülen 23x9 cm büyüklüğünde mezenterik kist ile uyumlu lezyon olarak rapor edildi (Resim 1).

Hastaya genç yaşta olması, malignite bulgularının olmaması nedeniyle hem diagnostik hem de tedavi amaçlı laparoskopik cerrahi planlandı. Batında kiste en uzak olduğu düşünülen sol üst kadrandan veress iğnesi girilerek pnömoperitonum sağlandıktan sonra aynı yerden 10 mm'lik trokar ve kamera girildi. Eksplo-rasyonda batın sağ alt ve üst kadranda lokalize dev kist görüldü. Sol alt kadrandan 5 mm'lik trokar girildi. Kist içerisinden yaklaşık 3500-4000 cc kadar berrak özellikte mayi aspire edildi. Kist içi tamamen boşaltıldıktan sonra kist cidarının etraf dokulara yapışıklığının olmadığı ve sağ overden kaynaklandığı gözlemlendi. Peroperatif Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültas-

yonu istendi. Daha sonra sol üst kadrandan 5 mm ve sağ alt kadrandan 10 mm'lik iki trokar daha girildi. Kist pedikülü ligasure kullanılarak overden ayrıldı ve total olarak batın dışına alındı (Resim2). Kanama kontrolünü takiben Doğuglus'a silikon dren yerleştirilerek operasyona son verildi. Postoperatif 1. günde dren çekilerek oral gıda başlandı. Hasta postoperatif 2. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Olgunun yapılan patolojik incelemesi seröz kistadenom olarak rapor edildi.

Tartışma

Over kistlerinin çoğu non-neoplastik tiptedir. Over kistlerinin spontan regrese olacağına dair bir çok yayın olsa da bu kistlerin bir kısmı persiste kalıp büyümektedir. Over kistleri 7-8 cm üzeri boyutlarda mezenter kistleriyle daha çok karışmaktadır. Kistin batın içindeki kitlesel etkisine yönelik semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Over kistlerinde kist içine hemoraji gelişebilir ve rüptüre olup periton içine yayılım görülebilir. En sık görülen kistik patolojiler folikül kistleri, korpus luteum kistleri, endometrioma (çukolata kisti), seröz kistadenomlar ve kistik teratomlardır. Over kistlerinin tedavisinde aspirasyon ve laparoskopik eksizyon son dönemlerde sıklıkla kullanılmaktadır. Buradaki olgumuzda da dev bir over kisti laparoskopik yaklaşımla eksize edilmiş ve patoloji sonucu seröz kistadenom olarak gelmiştir.

Kleppinger 1978'de over kistlerinin laparoskopik aspirasyonuna yönelik kriterlerini belirledi. Buna göre; 35 yaş altı asemptomatik hasta, 4-8 cm boyutunda kist, uniloküler, unilateral, düzgün yüzeyli, ince duvarlı, laparoskopi ışığında berrak transillüminasyon veren, görünüm olarak benign kistlerde laparoskopik aspirasyon ve eksizyon yapılabileceğini bildirdi (1).

Mezenterik kistlere erişkinlerde 1/100.000 oranında rastlanılır ve her yaşta görülse de 4. dekatta daha sık görülür. Yaklaşık yarısı asemptomatiktir. Kist çapı 5 cm'yi aştığı taktir-

de semptomların görülmesi daha sıktır. En sık semptomlar karın ağrısı, abdominal distansiyon, bulantı, kusma ve konstipasyondur. Literatürde mezenter kistlerle ilgili bugüne kadar yaklaşık bine yakın olgu bildirilmiştir (2).

Mezenter kistlerin orjini lenfatik, mezotel ve enterik kaynaklı olabilir. Basit lenfatik ve mezotelyal kistlerin çoğu konjenitaldir. Bazı mezenterik kist tipleri geçirilmiş pelvik cerrahi, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriozis gibi sebeplerle ilişkilendirilmiştir. Mezenter kistleri genellikle ileum mezosundan köken alsa da mezenterin herhangi bir bölümünden kaynaklanabilir. Mezenterik kistlerin yaklaşık %3'ü malign olarak bildirilmiştir. Malign potansiyel daha çok mezotel kaynaklı malign kistik mezotelyomada görülür.

Mezenter ya da over kaynaklı batın içi büyük kistik lezyonlarda radyolojik tetkikler kistin nereden orjin aldığı bilinmesinde faydalıdır. Ultrasonografi ve BT tanı amaçlı kullanılan en sık tetkiklerdir. Ultrasonografi ile kitlenin orjini ve solid kistik ayrımı yapılabilir. Bilgisayarlı tomografi ise kist içeriğinin yapısını, komşu organlarla ilişkisini ve köken aldığı yapıyı daha iyi belirler. Son dönemlerde manyetik rezonans görüntüleme, multipl görüntüleme kapasitesiyle yumuşak doku planlarını daha net gösterdiğinden BT'den daha üstündür. Özellikle boyutları ileri derecede büyümüş kistlerde orjini saptamada radyolojik tetkikler nadiren yeterli olmayabilir. Bizim olgumuzda da tüm abdominal BT'de kistin mezenter orjinli olabileceği ifade edilmiştir. Ancak yapılan eksplorasyonda dev kistin overden kaynaklandığı saptanmıştır.

Mezenterik kistin laparoskopik cerrahi ile eksizyonu ilk olarak 1993 yılında Mackenzie ve ark. (3) tarafından başarılı bir şekilde yapılmıştır. Bundan sonraki dönemlerde mezenter kaynaklı kistlerin tedavisinde laparoskopi giderek yaygınlaşmıştır. Özellikle laparoskopik yaklaşımın

daha küçük insizyon, daha az postoperatif ağrı, daha az analjezik ihtiyacı, daha az hospitalizasyon gereksinimi, daha çabuk işe dönüş gibi avantajlarının olması bu yaklaşımın tercih sebebi olmasına neden olmuştur. Laparoskopi ile tedavi edilemeyen olgularda laparotomi ile komplet eksizyon yapılmalıdır.

Batın içi dev kistik lezyonlar mezenter veya over kaynaklı olabilir. Radyolojik tanı metodları kistlerin orjinini tespit etme açısından yardımcıdır. Özellikle boyutları ileri derecede büyümüş kistlerde orjin belirlemede karışıklıklar olabilir. Laparoskopik yaklaşım hem tanı hem de tedavi amaçlı tercih edilmelidir. Laparoskopinin yapılamadığı durumlarda laparotomi ile eksizyon yapılmalıdır.

Biz de olgumuzda batın içi orjinin net belli olmaması ve BT'de daha çok mezenterik kaynaklı düşünülmesi, hastanın bayan olması nedeniyle over kaynaklı olabileceği düşünülmesiyle, öncelikli olarak diagnostik amaçlı laparoskopik yaklaşımı tercih ettik. Hasta yaşının genç olması ve öncelikli olarak benign patoloji düşünülmesi laparoskopik yaklaşımı tercih etmemizin sebebi olmuştur. Bu tür vakalarda malignite şüphesi varlığında ya da laparoskopik yaklaşım ile tanının doğrulanması durumunda laparotomiye geçmekten kaçınılması gerektiği kanaatindeyiz.

Sonuç olarak laparoskopik yaklaşımın avantajları göz önünde bulundurularak, batın içindeki kistik kitleler büyük boyutlarda olsa bile ayırıcı tanı ve tedavide laparoskopi öncelikli olarak düşünülmesi gereken bir yöntemdir.

Kaynaklar

1. Kleppinger RK. Ovarian cyst fenestration via laparoscopy. J Reprod Med. 1978 ;21:16-9
2. Guzmán Valdivia Gómez G. Mesenteric cyst. A review. Rev Gastroenterol Mex. 2003;68:235-8.
3. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. J Laparosc Surg. 1993 ;3:295-9.