

Gastrointestinal sistemin konjenital nadir görülen kistik lezyonların histopatolojik ve klinik değerlendirmesi

Histopathological and clinical evaluations of congenital rare cystic lesions of the gastrointestinal tract

Saadet Alan

Gönderilme tarihi:06.04.2019

Kabul tarihi:30.07.2019

Özet

Amaç: Gastrointestinal sistem kaynaklı konjenital kistler oldukça nadir görülmektedir. Mezotelyal/omental kistler, lenfanjiomlar, enterik duplikasyon kistleri, Meckel divertikülü, omfalomezenterik duktus kisti gastrointestinal kaynaklı konjenital kistler olarak tanımlanır. Gastrointestinal sistemden köken alan kistik kitleler, farklı klinik ve histopatolojik özellikler göstermektedir. Kistik kitleler genellikle asemptomatik olup rastlantısal olarak saptanmakta veya komplikasyon geliştiğinde acil operasyona alınmaktadır. Operasyon öncesinde benign kistler ile neoplastik kitleleri ayırt etmek için radyolojik yöntemler kullanılmaktadır. Kesin tanı için ise histopatolojik inceleme gerekmektedir. Bu çalışmada, intraabdominal gastrointestinal sistem kaynaklı konjenital benign kistik lezyonların klinik, histopatolojik özellikleri ve ayırıcı tanıları birlikte değerlendirilmiştir.

Gereç ve yöntem: Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı arşivi taranarak mide, ince-kalın bağırsak ve mezenter-omentumdan köken alan gastrointestinal sistem kaynaklı neoplastik olmayan 55 olgu çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Olgular yaş, cinsiyet, klinik bulgular, yerleşim yeri, histopatolojik özelliklerine göre değerlendirildi. Gastrointestinal sistem kaynaklı kistik lezyonlar içerisinde en sık Meckel divertikülü (n:33) görüldü. Daha sonra olguların görülme sıklığına göre mezotelyal/omental kistler (n:8), kistik lenfanjiomalar (n:7) ve duplikasyon kistler (n:6) ve omfalomezenterik duktus kistler (n:1) sıralandı. Olgularda en sık şikayet, karın ağrısıydı.

Sonuç: Kistlerin kökeni ne olursa olsun spesifik tiplendirme, lezyonların histopatolojik olarak değerlendirmesi (epitele sahip olup olmayışı, epitelin tipi) ile yapılmaktadır. Gastrointestinal sistem yerleşimli kistler ile ilgili en önemli sorun, bazen bu kistlerin neoplastik nitelik taşıyan kitlelerden veya parazite bağlı kistlerden ayırt edilememesidir. Fizik muayenede düzgün sınırlı kitle palpe edilen ve görüntüleme yöntemleriyle intraabdominal kistik kitle saptanan, karın ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda farklı gelişimsel nitelikler taşıyan kistik kitleler göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mezotelyal/omental kistler, kistik lenfanjiom, duplikasyon kisti, Meckel divertikülü, omfalomezenterik duktus kisti.

Alan S. Gastrointestinal sistem kaynaklı konjenital nadir görülen kistik lezyonların klinik ve histopatolojik değerlendirmesi. Pam Tıp Derg 2019;12:509-516.

Abstract

Purpose: Congenital cysts originating from the gastrointestinal tract are very rare. The mesenteric-omental cysts, lymphangioma, enteric duplication cysts, Meckel diverticulum/omphalomesenteric duct cysts are defined as congenital cysts of the gastrointestinal origin. Cystic masses originating from gastrointestinal system have different clinical and histopathological features. Cystic masses are usually asymptomatic and are detected incidentally or operated urgently when complications occur. Preoperative radiological methods are used to differentiate benign cysts and neoplastic masses. Histopathological examination is required for definitive diagnosis. In this study, the clinical, histopathological features and differential diagnoses of the intraabdominal congenital benign cystic lesions originating from the gastrointestinal system were evaluated.

Materials and methods: The archives of the Department of Pathology were reviewed and 55 cases which were non-neoplastic lesions originating from the stomach, small-large intestine and mesenteric-omentum were included in the study.

Result: The cases were evaluated according to age, sex, clinical findings, location, and histopathological features. Meckel diverticulum (n:33) was the most common cystic lesion originating from the gastrointestinal tract. Mesothelial/omental cysts (n:8), cystic lymphangiomas (n:7), duplication cysts (n:6) and omphalomesenteric duct cysts (n:1) were seen according to the incidence of the cases. Abdominal pain was the most common cause of complaints.

Conclusion: Whatever the origin of cysts, specific typing is indicated by histopathological evaluation of lesions (whether epithelium is present, type of epithelium). The most important problem with cysts located in the gastrointestinal tract is that these cysts sometimes cannot be differentiated from neoplastic masses or parasitic cyst. Cystic masses with different developmental characteristics should be considered in the differential diagnosis

of patients presenting with abdominal pain, palpated mass in the physical examination and intraabdominal cystic masses detected on radiological imaging.

Key Words: Mesothelial/omental cysts, lymphangioma, duplication cysts, Meckel diverticulum, omphalomesenteric duct cyst.

Alan S. Histopathological and clinical evaluations of congenital rare cystic lesions of gastrointestinal tract. Pam Med J 2019;12:509-516.

Giriş

Gastrointestinal sistem (GIS) kaynaklı kistlerin etyopatogenezi, histopatolojik ve klinik özellikleri önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir. Kitleler çoğunlukla tesadüfen saptanırlar. Kitlenin lokalizasyonu, boyutu ve komşu organlarda bası etkisine bağlı olarak; karın ağrısı, erken tokluk, bağırsak tıkanıklığı, ateş vb. bulgular görülebilir [1, 2]. Fizik muayenede abdominal distansiyon ile kitle palpe edilebilir. Radyolojik değerlendirmede X-Ray ve abdominal ultrasonografi ilk tercihtir. Sonrasında kitlelerin organlarla ilişkilerinin belirlenmesi ve detaylı incelenmesi için bilgisayarlı tomografi veya magnetik rezonans görüntüleme kullanılır [1]. Gastrointestinal sistem kaynaklı kistler; mezotelyal/omental kistler (MK), kistik lenfanjiomalar (KL), enterik duplikasyon kistleri (DK), Meckel divertikülü (MD) ve omfalomezenterik kistlerdir [1, 2]. Çocuk ve yetişkinlerde nadir görülen neoplastik olmayan kitlelerdir. Yaşamı tehdit edici komplikasyonlara nadiren yol açarlar. Kistin tam olarak çıkarılması, malign dönüşüm ihtimali ve tekrarlamasını önlemek için tercih edilmektedir [3, 4]. Karında kitle nedeni ile başvuran hastalarda konjenital kistler akılda tutulmalıdır.

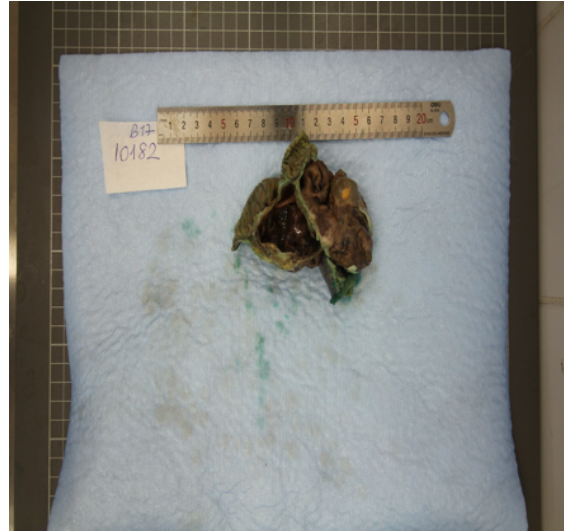
Gereç ve yöntem

Çalışma için etik kurul izni alındı. Gastrointestinal sistem kaynaklı intra-abdominal yerleşimli (mide, ince-kalın bağırsak, mezenter-omentum) 55 kistik kitle çalışmaya dahil edildi. Yaş, cinsiyet, klinik semptom, yerleşim

yeri, histopatolojik bulgularına göre olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmamızda olguların yaş ortalaması ve yaş dağılımı 19,54 (1-82)'tü. Olguların 16'sı (%29,10) kadın, 39'u (%70,90) erkekti. Toplam 55 kistik kitleden 33'ü (%60) Meckel divertikülüydü. Daha sonra olguların sayısı ve görülme oranları sırasıyla; mezotelyal/omental kistler 8 (%14,54), kistik lenfanjiom 7 (%12,72), duplikasyon kisti 6 (%10,90) (Resim 1), omfalomezenterik duktus kisti 1 (%1,8)'di (Tablo 1). Karın ağrısı en sık şikayet sebebi olup, 42 olguda bildirildi. Diğer belirtiler şişkinlik, abdominal distansiyon, bulantı, kusma, kabızlık ve ateşti.

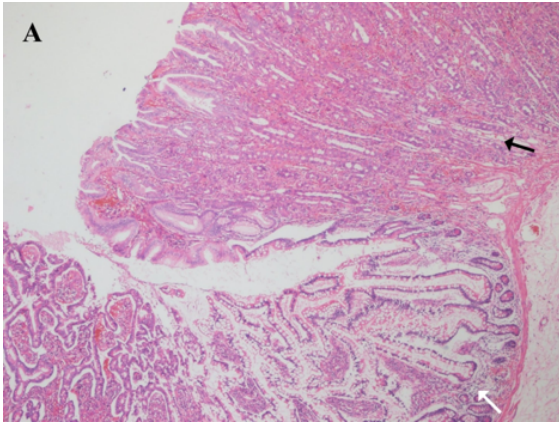


Resim 1. İleal duplikasyon kisti.

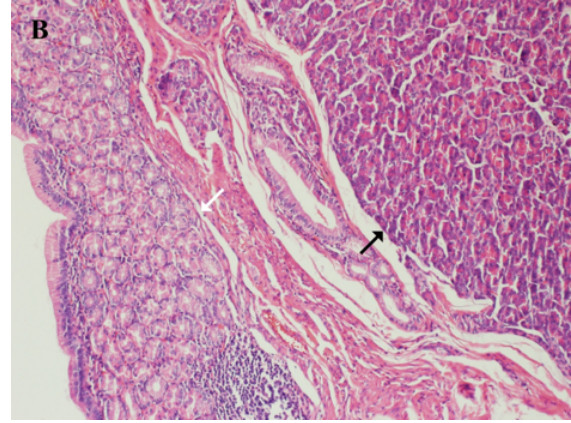
Tablo. Konjenital intrabdominal kistlerin cinsiyet, yaş, boyut ve lokalizasyon açısından dağılımları.

Konjenital kistler	Olgu sayısı	Cinsiyet K/E	Yaş ortalaması, (yaş aralığı)	Boyut	Lokalizasyon
Meckel divertikülü	33	6/27	12,57 (1-49y)	3,8 cm (1,2-8 cm)	İleum
Mezotelyal/ omental kistler	8	4/4	38,2 (5-82y)	5,4 cm (0,5-10 cm)	İleum: 1 Çıkan kolon:6 İnen kolon:1
Lenfatik Kistler	7	4/3	18,3 (9-28)	5,7 cm (5-9 cm)	İleum: 7 İleum: 4
Duplikasyon kistleri	6	2/4	4,2 (2-7y)	6,3cm (3,5-8,5cm)	Mide: 1 Duodenum: 1
Omfalomezenterik duktus kisti	1	0/7	-	1,7 cm	İleum-umblikus

Meckel divertikülü ileum yerleşimliydi. Histopatolojik olarak MD tanısı alan 33 olgudan 14'ünün duvarında heterotopik gastrik mukoza (Resim 2A), 5'inde heterotopik pankreas parankimi, 2'sinde hem gastrik mukoza, hem de pankreas parankimi (Resim 2B) görüldü. Olguların 11'inde hemoraji ve ülserasyon mevcuttu. Bu olguların sadece 4'ünde gastrik mukoza, 1'inde pankreas parankimi izlendi. İnflamasyon 6 olguda eşlik etmekteyken bu olguların 5'inde hemoraji ve ülserasyonda birlikteydi.

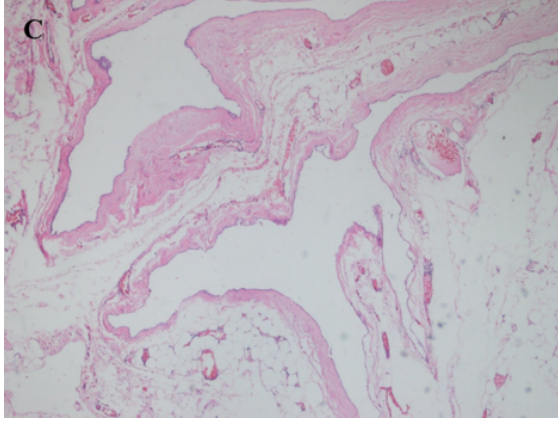


Resim 2A. Meckel Divertikülü; heterotopik mide (siyah ok) ve pankreas dokusu (beyaz ok); Hematoksilen&Eozin, X4BBA).

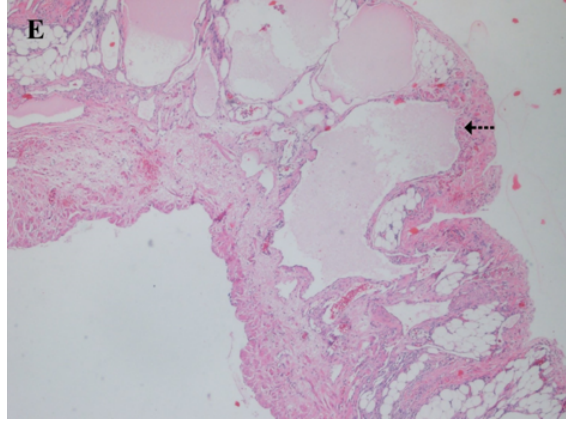


Resim 2B. Meckel Divertikülü; heterotopik mide (beyaz ok) mukozası ve ülserasyon alanı (siyah ok; Hematoksilen&Eozin, X10BBA).

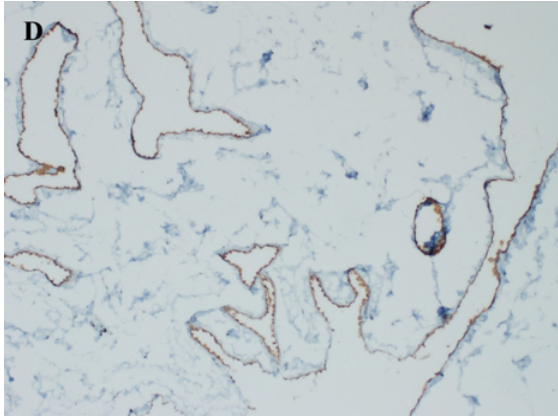
Mezotelyal/omental kistlerin 6'sı çıkan kolonda, 1'i ileumda, 1'i inen kolon komşuluğunda görüldü. Tek/multioküle görünümde, ince duvarlı kistik kitleler içerisinde seröz kıvamda sıvı mevcuttu. Mikroskopik olarak; kuboidal epitelle döşeli fibröz kist duvarı izlendi (Resim 2C). Kas tabakası ve lenfoid agregat görülmedi. İmmünohistokimyasal olarak olgularda keratin, vimentin, Hector Battifora mesothelial-1 (HBME-1) (Resim 2D), Wilms tumor 1 (WT1), thrombomodulin (CD141) ve kalretinin gibi bir veya birkaç belirteç ile pozitiflik izlendi.



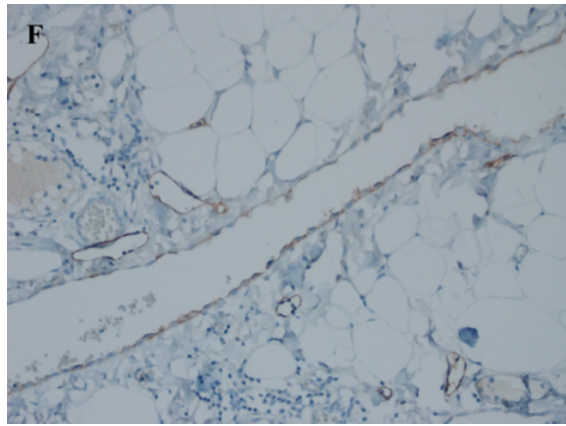
Resim 2C. Mezenterik kist duvarı; tek sıralı yassı epitelle döşeli (Hematoksilen&Eozin, X4BBA).



Resim 2E. Lenfanjiom duvarında çok sayıda dilate lenfatikler (kesikli siyah ok; Hematoksilen&Eozin, X4 BBA).



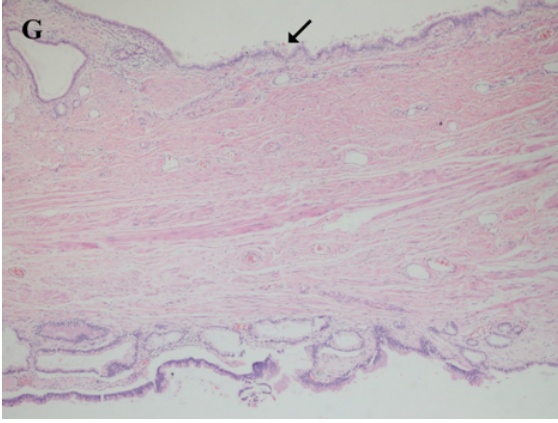
Resim 2D. Mezotelyal/omental kist duvarında HBME-1 ile mezotelyal epitel hücrelerinde boyanma, X20 BBA.



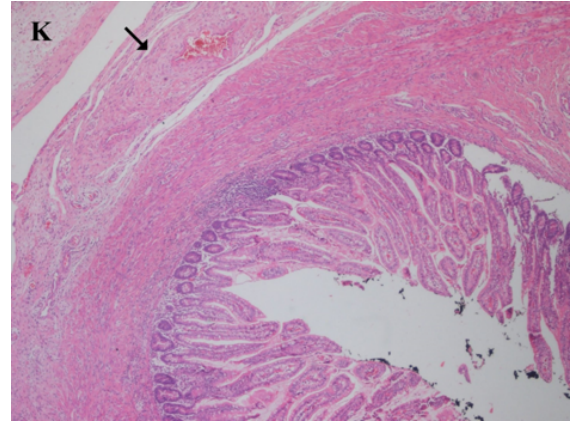
Resim 2F. Lenfanjiomda epitel hücrelerinde D2-40 ile boyanma, X20 BBA.

Kistik lenfanjiom olgularının tamamı ileum yerleşimliydi. Makroskopik olarak; yuvarlak, düzgün dış yüzeyli, fluktuasyon hissi alınan tek/multioküle kistik kitleler şeklinde rapor edilmişlerdi. Kist ince cidarı yapıda olup içerisinde çoğu zaman bulanık akıcı kıvamda sıvı görüldü. Mikroskopik incelemede basıklaşmış endotel ile döşeli kist duvarında düz kas tabakası ve yer yer lenfoid agregatlar izlenmekteydi (Resim 2E). İmmünohistokimyasal olarak olgularda CD31 ve/veya D2-40 (Resim 2F) ile endotel hücrelerinde boyanma izlendi.

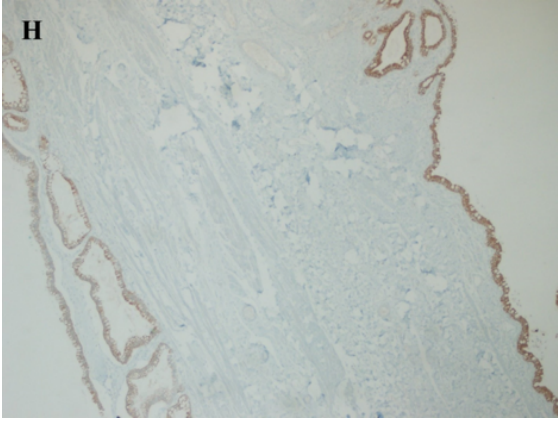
Duplikasyon kisti olgularının 4'ü ileumda, 1'i midede, 1'i duodenumda yerleşti. Duplikasyon kistleri makroskopik olarak köken aldığı organa bitişik, lümenleri ayrı, ortak duvarı paylaşan tübüler yapılar veya unioküle görünümde kistler şeklinde izlendi. Kesitlerinde mukoid kirli beyaz renkte materyal görüldü. Kistlerin duvarında ödem, hemoraji, düzensiz erozyon ve ülser alanları izlendi. Mikroskopik olarak; kuboidal, kolumnar, silli epitelle döşeli mukoza, submukoza ve muskularis propria ve vasküler yapılar izlendi (Resim 2G). Kistlerin 2'sinde mukozada ülserasyon, hemoraji, inflamatuvar hücreler izlendi. İmmünohistokimyasal olarak CK7, CK20 ile ince bağırsak çevresindeki enterik duplikasyon kistlerinde boyanma izlendi (Resim 2H).



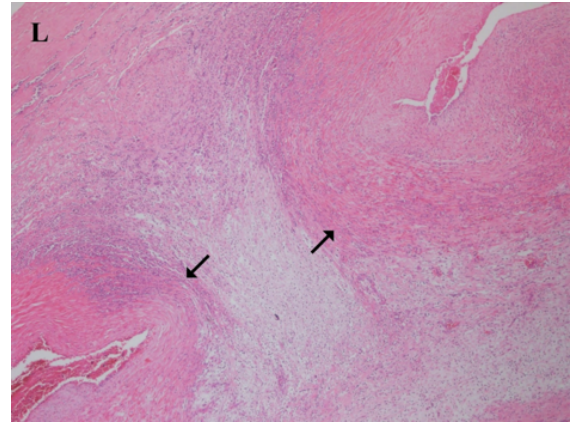
Resim 2G. Enterik duplikasyon kisti; incebarsak duvarında ortak duvarı bulunan duplikasyon kist alanı (siyah ok; Hematoksilen&Eozin, X4 BBA).



Resim 2K. İleum duvarında omfalomezenterik duktus kalıntısına ait kalın duvarlı vasküler yapılar (siyah ok; Hematoksilen&Eozin, X4 BBA).



Resim 2H. Enterik duplikasyon kistinde CK7 ile incebarsak epitelinde boyanma, X4 BBA.



Resim 2L. Omfalomezenterik duktusa kalıntısına ait kalın duvarlı vasküler yapılar (siyah ok; Hematoksilen&Eozin, X4 BBA).

Omfalomezenterik duktus kisti olgusu; yedi yaşında erkek hastanın doğumdan beri umblikus çevresinde kanlı-mukuslu akıntı şikayeti mevcuttu. Operasyonda umblikustan ileuma uzanan fibrovasküler bant izlendi. Makroskopik olarak; 1,7 cm uzunluğunda 0,7 cm çapında sirküler görünümde bağırsak segmentinden oluşmaktaydı. Mikroskopik olarak; ileum mukozası ile döşeli çevresinde çift sıralı düzenli kas tabakası içeren ince bağırsak segmentinin duvarında 3 adet kalın duvarlı omfalomezenterik duktusa ait damar yapıları mevcuttu (Resim 2K-2L).

Tartışma

Mezenterik ve mezotelyal/omental kistler nadir görülen intraabdominal kitlelerdir. İnsidansı, erişkinlerde yaklaşık 1:100,000, pediatrik yaş grubunda 1:20,000'dir [1]. İlk olgu 1507'de sekiz yaşındaki bir çocuğun otopsi sırasında İtalyan patolog Antonio Benivieni tarafından tarif edilmiştir. Mezenterik ve mezotelyal/omental kistler sıklıkla beyaz ırkta görülür [4, 5]. Mezenterik ve mezotelyal/omental kistlerin etyopatogenizi ile ilgili olarak birçok teori vardır. Bunlar konjenital malformasyonla büyümenin devam etmesi, lenfatik dokunun yanlış yerleşmesi, travmaya sekonder oluşabileceği, lenf düğümlerinin dejenerasyonu, mezenter yapraklarının uygun şekilde kaynaşmaması gibi durumlardır. Bu

teorilerde birden fazla etyolojik mekanizmanın mezenterik kistlerin gelişiminde rol alabileceği ileri sürülmektedir [4, 5]. Mezenterik kistler, etiyolojileri ve patolojik özellikleri ile altı grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar lenfatik, mezotel/omental, enterik, ürogenital kökenli kistler ile dermoid kistler ve pankreas dışı psödokistlerdir [6-8, 10]. Mezenterik kistler dördüncü dekatta ve kadınlarda hafif artış göstermektedir [4-6]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak mezotelyal kistler, kadınlarda ve dördüncü ve beşinci dekatta görülmüştür. Mezenterik ve mezotelyal/omental kistler çoğunlukla ileum ve sağ kolonda bulunurlar. Kolon ve rektumda daha az oranda görülürler. Nispeten asemptomatik başlangıçlı, yavaş büyüyen ve uzun seyirlidirler. Genellikle tesadüfen tespit edilirler. Kist büyümeye başlayınca iç organ basısına bağlı olarak semptomlar ortaya çıkar. Olgularımızda en sık görülen semptom, karın ağrısı ve şişkinliktir. Ek olarak distansiyon, ishal, hematokezya, kabızlık, hipoproteinemi, intussusepsiyon gibi yakınmalar görüldü. Operasyon öncesinde akut apandisit, ince bağırsak tıkanıklığı veya divertikülit gibi yanlış tanılarına sebep olur. Nadiren rüptür, torsiyon veya bağırsak tıkanıklığı gibi komplikasyonlar ortaya çıktığında semptomların şiddeti artar [7, 8]. Mezenterik ve mezotelyal/omental kistlerin %60'ı ince bağırsak mezenterinde, %24'ü kalın bağırsak mezenterinde ve %14,5'i retroperitondan köken almaktadır [10, 11]. Olgularımızda mezenterik kistlerin 10'u ince bağırsak mezenterinde, 5'i kalın bağırsak mezenterinde yerleşmişti. Şiddetli karın ağrısı olan iki olguya torsiyon tanısıyla cerrahi girişim uygulandı. Mezotelyal/omental kistler radyolojik görüntüleme genellikle kolaylıkla tanımlanabilen, bir duvarı olmayan, sıvı dolu bir boşluk şeklinde izlenir. Bu kistlerde lenfanjiomların aksine, iç septasyonları görülmez [4]. Bununla birlikte, bu tür kistik intraabdominal kitlelerin örtüşen görüntüleme özellikleri göz önüne alındığında, kesin tanının rezeksiyon materyalinde histopatolojik olarak yapılması gerekir. Çalışmamızda mezenterik kistler histopatolojik olarak değerlendirilmiş ve ayrımı yapılan mezotelyal/omental kistlerin çoğu çıkan kolon komşuluğunda, kistik lenfanjiomların tamamı ince bağırsak duvarında yerleşmişti. Her iki kistik oluşumda makroskopik olarak; yuvarlak, düzgün dış yüzeyli, fluktuasyon hissi alınan tek/multioküle kistik kitleler şeklinde raporlanmışlardı. Kistler ince cidarlı yapıda olup çoğu zaman içerisinde seröz veya şilöz kıvamda

sıvı mevcuttu. Mezotelyal/omental kistler yassı-kuboidal epitelle döşeli fibröz kist duvarına sahipti. Bir kısmında mezotel hücrelerinde proliferasyon sonucu tabaka artışı izlendi. Kistik lenfanjiomlar basık tek sıralı epitelle döşeli olup, duvarında lenfoid agregatlar ve kas tabakası içermekteydi. İmmünohistokimyasal olarak mezotelyal/omental kistlerde, mezotelyal belirteçler ile pozitif boyanma görüldü. Kistik lenfanjiomlarda endotel hücreleri F VIII, D2-40 ve HBM45 pozitif boyanma gösterildi. Literatürde rapor edilen olgularda ayırıcı tanı histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular ile yapılmaktadır [12].

Enterik duplikasyon kistleri; nadir konjenital anomalilerdir ve 1/4,500 otopsi serisinde bildirilmiştir [13-15]. İlk olarak 1733'te Calder enterik duplikasyon vakası bildirmiştir [14]. Her iki cinsiyette eşit sayıda görülmekte iken bazı serilerde erkeklerde biraz daha fazla görülmektedir [15-17]. Bu seride ise olguların tamamı yedi yaş altı olup, erkeklerde 2 kat fazla izlenmiştir. Enterik duplikasyon kistleri olguların yarısında başka malformasyonlar ile birlikte (en sık vertebra defektleri). Genellikle asemptomatik olup ağrı, rektal kanama ve intestinal obstrüksiyon görülebilir. Orofarinksten anüse gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünden kaynaklanabilir. Köken aldığı alana bağlı foregut, midgut ve hindgut olarak sınıflandırılabilir [13, 18]. DK sıklıkla ileum ve daha sonra mide, duodenumda görüldü.

Enterik duplikasyonlar; kistik, tübüler veya mikst olabilir [13]. Olgularımızda DK en sık ileum lokalizasyonunda kistik, tübüler morfolojide görüldü. Duplikasyon kistleri komşu bağırsak segmentiyle kan dolaşımını paylaşır. Bu durum kitlenin güvenli rezeksiyonu için güçlük oluşturur. Laboratuvar bulguları spesifik değildir, ancak beraberinde anemi görülebilir. Anemi heterotopik gastrik mukoza nedeniyle kist duvarında kanamaya sekonder oluşur [13, 19]. Olguların 2'sinde mukozada ülserasyon, hemoraji, inflamasyon görüldü. Olgularımızda kist epiteli kuboidal, kolumnar ve silyalı epitelle döşeliydi. Duvarı komşuluğundaki organa ait ortak submukoza ve kas tabakasından oluşmaktadır.

Omphalomezenterik duktus (OMD) ve Meckel divertikülü (MD); normalde bulunan fetal midgut ile yolk sakı bağlayan embriyolojik bir kesedir. Genellikle 5-9'uncu gebelik haftasında

kendiliğinden kapanır [20, 21]. Obliterasyon gerçekleşmezse fistül, enterokist, umblikustan ince bağırsağa uzanan fibröz bant veya Meckel divertikülü ile sonuçlanır. Omfalomezenterik duktus kalıntıları, çoğunlukla Meckel divertikülü olmaya eğilimli olmakla beraber daha nadir olarak omfalomezenterik duktus şeklinde kalır. Meckel divertikülü erken fetal hayatta primitif bağırsağı yolk saka bağlayan bir omfalomezenterik duktus kalıntısıdır. Fibröz bant ile beraber veya tek başına görülen Meckel divertikülleri tüm omfalomezenterik duktus anomalilerinin %90'ını oluşturur [20, 21]. Olgumuzda umblikus çevresinde mukuslu kanlı akıntı şikayeti mevcuttu. Histopatolojik olarak persistan omfalomezenterik duktus kalıntısı olarak rapor edildi. OMD'da anomalinin boyutu, yerleşim yeri, gastrointestinal sistem ile bağlantısı, yapıştığı yapıya basısı, heterotopik mukoza içerip içermemesi ve mezenterik vaskülaritesi önem arz etmektedir [21].

Meckel divertikülü (MD) ilk kez Fadricius Hildamus tarafından 1598 yılında tanımlanmıştır. Alman anatomist Johann Friedrich Meckel 1809'da yayınlandığı makalede embriyolojik ve patolojik özelliklerini tarif etmiştir [22]. GIS'in en sık görülen konjenital anomalisidir. Gerçek bir divertiküldür ve bağırsak duvarının antimezenterik sınırından kaynaklanır. Genel popülasyonun yaklaşık %2'sinde görülür. Erkeklerde, kadınlara göre 2 kat fazla görülür [23]. Bizim çalışmamızdaki olguların büyük çoğunluğu erkekti. Olguların tamamına yakını çocuk ve gençlerden oluşmaktaydı. Sadece bir olgu ileri yaşta tanı almıştı. Olgularımızın 14'ünde (%41) gastrik, 5'inde (%14,7) pankreatik parankim görüldü. İki olguda hem gastrik hemde pankreatik heterotopi mevcuttu. Literatürde olguların %2'sinde semptom görülmektedir. Tüm yaşam boyu komplikasyon oranı yaklaşık %4'tür [22, 23]. En sık rastlanan semptomlar; kanama, takiben bağırsak tıkanıklığı, divertikülit, intussusepsiyon, neoplazi ve perforasyondur [22, 24]. Olgularımızın 4'ünde (%11) perforasyon, 11'inde (%34) hemoraji ve ülserasyon, 6'sında (%17,6) inflamasyon görüldü.

Abdominal hastalıkların birçoğunda barsağın kistik lezyonlarındakine benzer bulgular izlenmektedir. Kistik kitleler semptomatik bulgular verdiğinde doğru tanı, özellikle cerrahi olguları ayırt etmek için önem kazanmaktadır.

Semptomatik olgularda ayırıcı tanıda sıklıkla; bilier kolik, akut pankreatit, akut gastroenterit, renal kolik, akut appendisit, ülser perforasyonu, anevrizma rüptürü, iç organ perforasyonları, over kist torsiyonu akla gelmektedir. Gastrik ve duodenal duplikasyon olguları pankreas başı neoplastik kitleleri ile sıklıkla karışmaktadır. Terminal ileum enfeksiyöz, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, vaskülit gibi pek çok hastalıkta sıklıkla tutulur.

Sonuç olarak, kistlerin kökeni ne olursa olsun kesin tanı, histopatolojik olarak konmaktadır. Karın ağrısı ile başvuran, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleriyle intraabdominal düzgün sınırlı kistik kitle saptanan olgularda ayırıcı tanıda farklı gelişimsel nitelikler taşıyan kistik kitleler akılda tutulmalıdır. İntraabdominal konjenital veya edinsel kistler ile ilgili en önemli sorun, bu kistlerin bazen neoplastik nitelik taşıyan kistlerden veya parazite bağlı kistlerden ayırt edilememesidir. Histopatolojik değerlendirme sırasında aşırı inflamatuvar reaksiyon glandlarda reaktif proliferasyon ve yapısal distorsiyona neden olup yanlış malignite tanısına yol açabilir. Kist zemininde nadir olarak malign dönüşüm görülebilir.

Çıkar İlişkisi: Yazar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Tiwari C, Shah H, Waghmare M, Makhija D, Khedkar K. Cysts of gastrointestinal origin in children: Varied presentation. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2017;20:94-99. <https://doi.org/10.5223/pghn.2017.20.2.94>
2. Ferrero L, Guanà R, Carbonaro G, et al. Cystic intra-abdominal masses in children. *Pediatr Rep* 2017;9:7284. <https://doi.org/10.4081/pr.2017.7284>
3. De Perrota M, Bründler M, Tötsch M, Morela P. Mesenteric cysts, toward less confusion? *Dig Surg* 2000;17:323-328. <https://doi.org/10.1159/000018872>
4. Aguirre SV, Mercedes Almagro M, Romero CA, Romero SS, Molina GA, Buenano RA. Giant mesenteric cyst from the small bowel mesentery in a young adult patient. *J Surg Case Rep* 2019;1:1-4. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjz002>
5. Tan J, Tan K, Chew S. Mesenteric cysts: An institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg* 2009;33:1961-1965. <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0133-0>

6. Chen J, Du L, Wang DR. Experience in the diagnosis and treatment of mesenteric lymphangioma in adults: A case report and review of literature. *World J Gastrointest Oncol* 2018;10:522-527. <https://doi.org/10.4251/wjgo.v10.i12.522>.
7. Navarro F, Schmieler E, Beversdorf W. Infarcted mesothelial cyst: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2017;30:155-158. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.11.013>
8. Stoupis C, Ros PR, Abbitt PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: Imaging of cystic mesenteric or omental masses, *Radiographics* 1994;14:729-737. <https://doi.org/10.1148/radiographics.14.4.7938764>
9. Ousadden A, Elboughdouti H, Ibnmajdoub KH, Harmouch T, Mazaz K, Aittaleb KA. Giant peritoneal simple mesothelial cyst: A case report. *J Med Case Rep* 2011;5:361. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-361>
10. Gündeş E, Çakır M, Tekin A, Taşçı Hİ, Vatansav C. Mezenterik kist; 17 olgunun analizi. *Selçuk Tıp Derg* 2013;29:105-107.
11. Yoon JW, Choi DY, Oh YK, Lee SH, Gang DB, Yu ST. A case of mesenteric cyst in a 4-year-old child with acute abdominal pain. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2017;20:268-272. <https://doi.org/10.5223/pghn.2017.20.4.268>
12. Suthiwartnarueput W, Kiatipunsodsai S, Kwankua A, Chaumrattanakul U. Lymphangioma of the small bowel mesentery: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2012;21:6328-6332. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i43.6328>
13. Liaqat N, Latif T, Khan FA, Iqbal A, Nayyar SI, Dar SH. Enteric duplication in children: A case series. *Afr J Paediatr Surg* 2014;11:211-214. <https://doi.org/10.4103/0189-6725.137327>
14. Lopez-Fernandez S, Hernandez-Martin S, Ramirez M, Ortiz R, Martinez L, Tovar JA. Pyloroduodenal duplication cysts: Treatment of 11 cases. *Eur J Pediatr Surg* 2013;23:312-316. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1333640>
15. Lund DP. Alimentary tract duplications. In: Coran AG, Caldamone A, Adzick NS, Krummel TM, Laberge JM, Shamberger R, eds. *Pediatric Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier 2012;1155-1163.
16. Ildstad ST, Tollerud DJ, Weiss RG, Ryan DP, McGowan MA, Martin LW. Duplications of the alimentary tract. Clinical characteristics, preferred treatment, and associated malformations. *Ann Surg* 1988;208:184-189. <https://doi.org/10.1097/00000658-198808000-00009>
17. Rasool N, Safdar CA, Ahmad A, Kanwal S. Enteric duplication in children: Clinical presentation and outcome. *Singapore Med J* 2013;54:343-346. <https://doi.org/10.11622/smedj.2013129>
18. Blank G, Königsrainer A, Sipos B, Ladurner R. Adenocarcinoma arising in a cystic duplication of the small bowel: Case report and review of literature. *World J Surg Oncol* 2012;10:55. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-10-55>
19. Sheikh MA, Latif T, Shah MA, Hashim I, Jameel A. Ileal duplication cyst causing recurrent abdominal pain and melena. *APSP J Case Rep* 2010;1:4.
20. Khan YA, Qureshi MA, Akhtar J. Omphalomesenteric duct cyst in an omphalocele: A rare association. *Pak J Med Sci* 2013;29:866-868. <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.293.3581>
21. Levy AD, Hobbs CM. From the archives of the AFIP. Meckel diverticulum: Radiologic features with pathologic Correlation. *Radiographics* 2004;24:565-587. <https://doi.org/10.1148/rg.242035187>
22. Abizeid GA, Aref H. Preoperatively diagnosed perforated Meckel's diverticulum containing gastric and pancreatic-type mucosa. *BMC Surg* 2017;11:36. <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0236-8>
23. Stone PA, Hofeldt MJ, Lohan JA, Kessel JW, Flaherty SK. A rare case of massive gastrointestinal hemorrhage caused by Meckel's diverticulum in a 53-year-old man. *W V Med J* 2005;101:64-66.
24. Yorganci K, Ozdemir A, Hamaloglu E, Sokmener C. Perforation of acute calculous Meckel's diverticulitis: A rare cause of acute abdomen in elderly. *Acta Chir Belg* 2000;100:226-227.

Bu retrospektif çalışmaya, İnönü Üniversitesi İnsan Yerel Kurulu'nun 19.02.2019 tarih ve 2019/04-14 karar sayısı ile onay alınmıştır.