

Mezenterik Duplikasyon Kisti ***Mesenteric Duplication Cyst***

Bartu Badak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Öz: Duplikasyon kistleri nadir görülen ve gastrointestinal sistemde herhangi bir yerde oluşabilen konjenital anomalilerdir. Daha sıklıkla kanama, ileus, volvulus, perforasyon gibi komplikatif hadiselerle veya laparotomi esnasında insidental olarak saptanırlar. Bu yazımızda mezenterik duplikasyon kistine bağlı ileus semptomları oluşan 54 yaşında bayan hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: duplikasyon, kist, perforasyon

Badak B. (201X). *Mezenterik Duplikasyon Kisti, Osmangazi Tıp Dergisi*
Doi:10.20515/otd.340160

Abstract: Duplication cysts are rare and congenital anomalies that may develop anywhere along the gastrointestinal tractus. More often they determined with complicative events as bleeding, ileus, volvulus, perforation or incidentally during laparotomy. In this writing we present a 54 years old female patient with the symptoms of ileus due to mesenteric duplication cysts.

Keywords: duplication, cyst, perforation

Badak B. (201X). *Mesenteric Duplication Cyst, Osmangazi Journal of Medicine*
Doi:10.20515/otd.340160

1.Giriş

Duplikasyon kistleri gastrointestinal sistemin nadir görülen, mezenterde yerleşen, retroperitona uzanmayan, belirgin bir endotelial yapısı ve mezotelial hücre örtüsü bulunmayan konjenital bir malformasyondur (1). Gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesinde görülebilmekle beraber en sık yerleşim gösterdikleri bölge ileumdur (2). İnsidansı kabaca 100000 olguda 1 olarak kabul edilen bu kistler sıklıkla yaşamın ilk bir yılında görülürler (3). Kanama, ileus, perforasyon gibi komplikasyonlarla kendini gösterebilmekle beraber, erişkinlerde sıklıkla laparotomi esnasında insidental olarak da saptanırlar. Ektopik mide mukozası ve pankreas dokusu içerebilirler (3).

Bu yazıda ileus semptomları ile kliniğimize başvuran 54 yaşında bayan hasta literatürler eşliğinde sunulmuştur.

2.Olgu

54 yaşında bayan hasta kliniğimize karın ağrısı, karında şişkinlik, bulantı ve konstipasyon şikayetleriyle başvurdu. Hastanın anamnezinden bu şikayetlerin yaklaşık 1 aydır var olduğu ve buna yönelik laksatif tedavi aldığı öğrenildi. Medikal tedaviden fayda sağlayamayan hastanın şikayetlerinin son 2 günde şiddetlenmesi üzerine kliniğimize başvurmuş olduğu

öğrenildi. Hastanın herhangi bir yandaş hastalığı, kronik ilaç kullanımı ve geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Soygeçmişinde önemli bir özellik bulunmamaktaydı. Hastanın muayenesinde özellikle sol üst kadranda hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Akut batın bulguları yoktu. Barsak sesleri hipoaktifti. Hastaya karın ağrısına yönelik ilk olarak tüm abdomen ultrasonografi çekildi. Ultrasonografi sonucu “sol alt kadranda jejunal anslar komşuluğunda yerleşimli, yaklaşık 4×4 cm boyutta, düzgün sınırlı kapsül formasyonu gösteren heterojen iç yapıda yüksek ve düşük ekojeniteli alanlar içeren, doppler incelemede belirgin vaskularitesi izlenmeyen nodüler oluşum” izlenmesi üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar bulguları, tümör markerlar da dahil olmak üzere normaldi. Hastaya tüm abdomen bilgisayarlı tomografi planlandı. Oral alımı kapatılan hastaya çekirtilen tomografi sonucu “sol alt kadranda, L4 vertebra seviyesinde, jejunal anslar komşuluğunda, olasılıkla jejunal anslardan köken alan, aksiyel bakıda 44×43 mm boyutta, düzgün sınırlı, belirgin kapsül formasyonu gösteren, duvar kalınlığı ve kontrastlanmasında artışın izlendiği içerisinde yüksek dansitede seviyelenme veren görünümün izlendiği kistik yapı izlenmiş olup öncelikle enfekte-hemorajik? mezenterik kist” (Resim 1-2) olarak raporlanması sonucu hasta elektif şartlarda operasyona hazırlandı.



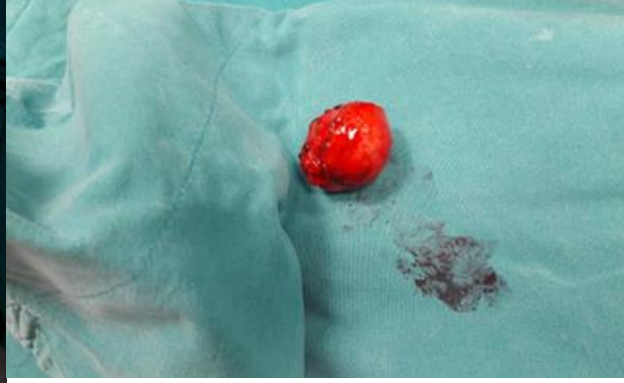
Resim 1-2. Ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi görüntüleri

Göbek altı median kesi uygulanan hastanın yapılan eksplorasyonunda proksimal ileal ansların mezosunda yaklaşık 4×4 cm'lik ovoid kistik kitle gözlemlendi (Resim3).

Lezyon wedge şekilde çıkarıldıktan sonra mezenterde oluşan açıklık primer onarıldı. (Resim4). Herhangi major bir komplikasyonla karşılaşılmadı.



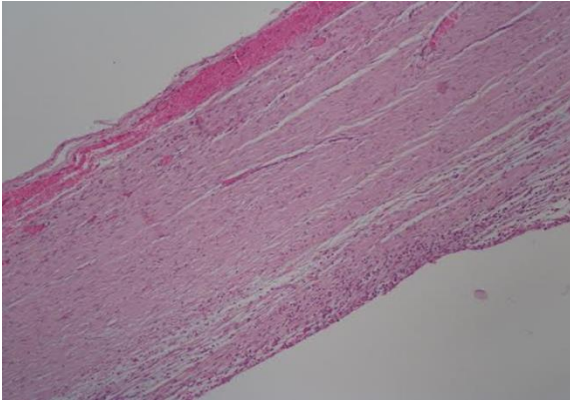
Resim 3. Eksplorasyon bulgusu



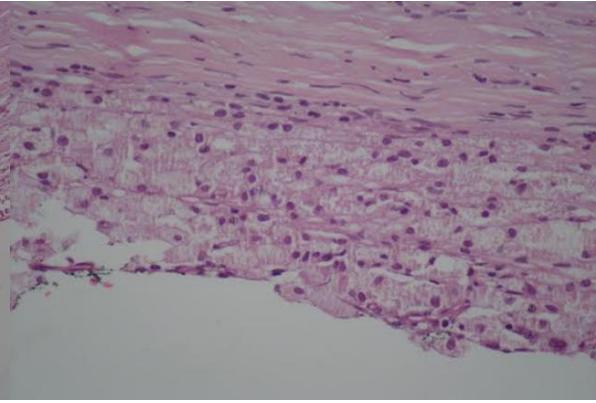
Resim 4. Duplikasyon kisti

Ameliyat sonrası birinci günde oral alım başlanan hasta ertesi gün şifa ile taburcu edildi. Hastanın histopatolojik inceleme

sonucu ‘konjesyone fibröz kist; duplikasyon kisti’ olarak raporlandı. (Resim 5-6)



Resim 5. Epiteli olmayan fibröz kist duvarı (HE×400)



Resim 6. Kist yüzeyinde köpüksü histiyositler (HE×100)

3. Tartışma

Duplikasyon kistleri gastrointestinal sistemde ağızdan anüse kadar herhangi bir bölgede bulunabilen, etyolojisinde primitif bağırsağın solid evresinin rekanalizasyonunda defekt, parsiyel çiftleşme, fetal barsak divertikülünün persistansı gibi teorilerin öne sürüldüğü nadir bir konjenital anomalidir (2). Bu gelişimsel anomali en sık ileumda görülmekle beraber; özefagus, duodenum ve rektum ileumu takip ederler. Çekum duplikasyon kistleri oldukça nadirdir (3). Kistin duvarında gastrik, skuamöz, transizyonel epitely, pankreas dokusu ve ganglion hücreleri gibi ektopik dokular bulunabilir (3). Bizim olgumuzda ektopik doku izlenmedi. Erişkinlerde sıklıkla asemptomatik olan bu kistler genelde insidental olarak saptanırlar. Yerleşim yerlerine bağlı olmak üzere; kanama, ileus, torsiyon, rüptür, enfeksiyon, üriner

obstrüksiyon gibi komplikasyonlar oluşturabilirler (2). Olgumuzda hastada ileus semptomları başlamakta idi. Yaklaşık %3 oranında malignite (sarkom, lenfanjiosarkom) riski olan bu hastalarda Inoue ve Nakamura (4) malignite gelişen olguları inceleyerek kist zemininde gelişen malignitelerin en sık (%67) kolon ve rektumda saptandığını bildirmişlerdir. Malignite gelişimine kist içerisindeki gastrik dokunun veya sekresyon stazının sebep olduğu düşünülmektedir (4).

Teşhisinde baryumlu çalışmalar, ultrasonografi ve tomografinin sıklıkla kullanıldığı mezenterik duplikasyon kistlerinin tedavisi mevcut potansiyel komplikasyonların önlenmesi ve malignite riski nedeniyle cerrahidir (5).

4.Sonuç

Batın içinde saptanan kistik oluşumlar nadir ve genellikle asemptomatik de olsalar dikkatlice değerlendirilmeli ve her ne kadar duplikasyon kistleri cerrahi olarak eksize edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wrenn Jr. EL, Hollabaugh RS: Alimentary tract duplications. In: Ashcraft KW (ed). Pediatric Surgery, 2th edition, Saunders, New York, 2000;(2): 527-39.
2. Robert G, Holcomb G, Sidney F. Duplications of the alimentary tract. Pediatrics 1952;9: 449-68.
3. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: Clinical, pathologic, etiologic and radiologic considerations. Radiographics 1993; 13: 1063-80.
4. Inoue Y, Nakamura H: Adenocarcinoma arising in colonic duplication cysts with calcification: CT findings of two cases. Abdom Imaging 1998;23(2): 135-7.
5. Martins JL, Cury EK, Petrilli AS; Martins ECS, Neto G. Cecal duplications causing a disappearing abdominal mass in an infant. J Pediatr Surg 2001; 36(10): 1581-3.
6. Kibayashi K, Sumida T, Shojo H, Tokunaga O. Unexpected death due to intestinal obstruction by a duplication cyst in an infant. Forensic Science International 2007; 173: 175-7.