

Travmatik Dev Omentum Psödokisti

Dr. K. Bahri ATEŞ, Dr. Fuat ATALAY, Dr. Gökhan GEDİKOĞLU,
Dr. Aytaç GÖKÖZ, Dr. Gülay TEMUÇİN

Özet: *Omentum ve mezenter kistleri çok nadir görülen patolojilerdir. Trauma sonrası çok hızlı büyüyerek tüm karını dolduran, assit ön tanısı ile kliniğimize ileri tetkik için gönderilen ve klinik, ultrasonografik bulguları ile ilginç olan bir omentum psödokisti olgusunu sunuyoruz.*

Summary: *TRAUMATIC GIANT OMENTAL PSEUDOCYST*

Omental and mesenteric cysts are pathologies that are seldom encountered. A case of omental pseudocyst, that quickly enlarged following a trauma and filling all abdomen, that was sent to our clinic with the diagnosis of ascites for further diagnostic examination having interesting clinical and ultrasonographic findings is presented.

Anahtar Kelimeler: Omentum, Psödokist Ultrasonografi

Key words: Omentum, Pseudocyst, Ultrasonography

Omentum kistleri son derece nadir görülür. Genellikle sessiz seyirli olup, kitle etkisi veya kompikasyonlar sonucu belirti verirler. Büyüklükleri birkaç santimetreden, tüm karın boşluğunu dolduracak kadar olabilir (1). Tanıda ultrasonografi büyük bir üstünlüğe sahiptir (2).

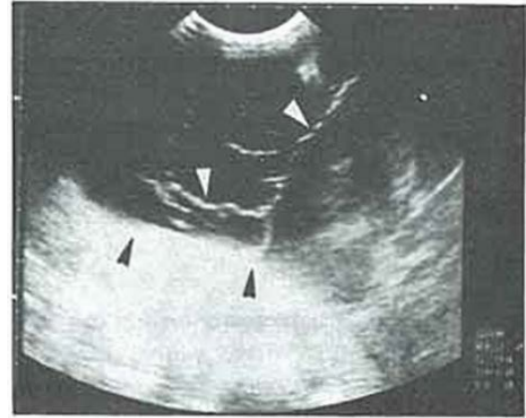
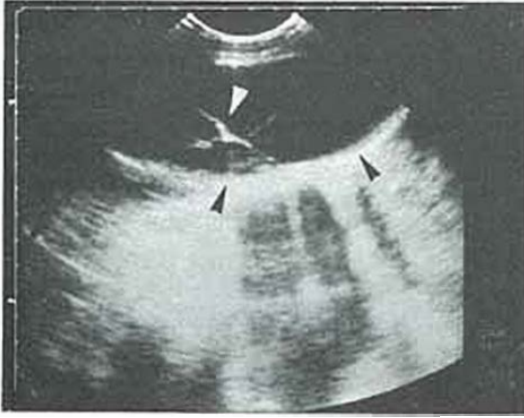
OLGU SUNULUŞU

Bir başka hastaneden assit ve intestinal obstrüksiyon bulguları ile ileri tetkik için kliniğimize sevk edilen 17 yaşında erkek hasta hastaneye yatırılarak yoğun bakım ünitesinde izleme altında. İki ay öncesine kadar sağlıklı imiş. Karnına tekme ile vurulmasından sonra göbek çevresinde karın ağrısı başlamış. Bir aydır karnında hızla artan şişlik olmuş. İki hafta önce kusmaları başlamış. Ağızdan sıvı ve gıda alamaması sonucu bitkinleşen hasta yatırıldığı klinikte parenteral elektrolit ve

glukoz solüsyonları verilmiş. Kliniğimize yatırılmasında yapılan fizik muayenede genel durumu bozuk olup, kalp vuruşu 112/dk düzenli, arteriyel kan basıncı 80/60 mmHg, dil kuru, deri turgor tonusu azalmış, karın ileri derecede gergindi. Laboratuvar tetkiklerinde; Hb 10.9 g/dl, BK 7900 mm³, periferik yayma normal, eritrosit sedimentasyon hızı 47 mm/st, BUN 48 mg/dl, kreatinin 1.7 mg/dl, Na 125 mEq/L, idrarda aseton (++) , diğer biokimye tetkikleri normaldi. Abdominal ultrasonografide tüm karın boşluğunu dolduran, içerisinde eko bantları olan kistik oluşum görüldü (Resim 1). Barsaklar arkaya doğru itilmiş, her iki böbrekte pelvikaliseal dilatasyon vardı. Parasentezde açık sarı, hafif bulanık sıvı geldi, tetkikinde; dansite 1020, protein 3.1 g/dl, glukoz 85 mg/dl, LDH 119 U/L, ADA 7 U/L (N 15U/L), rivalta (+), direk ARB (-), kültürde üreme olmadı, sitolojide malign hücre görülmedi.

Omentum veya mezenter kisti ön tanısı ile laparotomi uygulandı. Karın boşluğunu doldu-

TYTH Gastroenteroloji Kl.



Resim 1: Ultrasonografik incelemede aşağı abdominal transvers (a) ve sol paramedian longitudinal (b) kesitlerde 1yı sınırlı, içerisinde eko bantları (beyaz oklar) ve posterior duvarda akustik güçlenme (siyah oklar) olan anekoik kistik oluşum görülmektedir.

ran, pariyetal peritona sıkıca yapışık kist görüldü (Resim 2). Diseksiyon sırasında perforan olan kistten 7 litre mayi boşaltıldı. Kist içinde fibrin bantlar vardı. Kistin arka ve yan duvarı barsaklara yapışık. Keskin diseksiyon ile kist duvarının büyük bir kısmı çıkarılarak barsaklar serbestleştirildi. Apendektomi yapılarak operasyon sonlandırıldı.

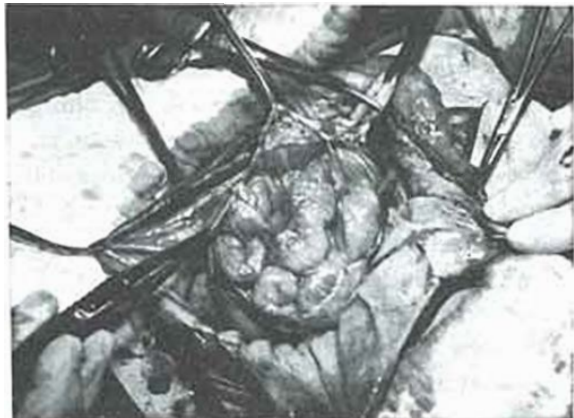
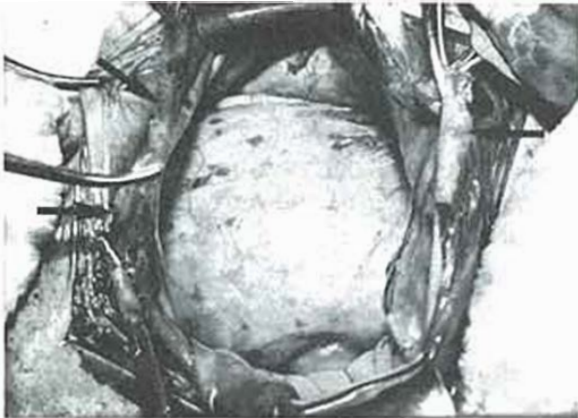
Herhangi bir epitel veya endotel tabakası içermeyen kist duvarının patolojik değerlendirmesinde fibröz bantlar arasında mononükleer hücre infiltrasyonu görüldü (Resim 3).

Postoperatif 10. günde intestinal obstrüksiyon bulgularının ortaya çıkması üzerine relaparo-

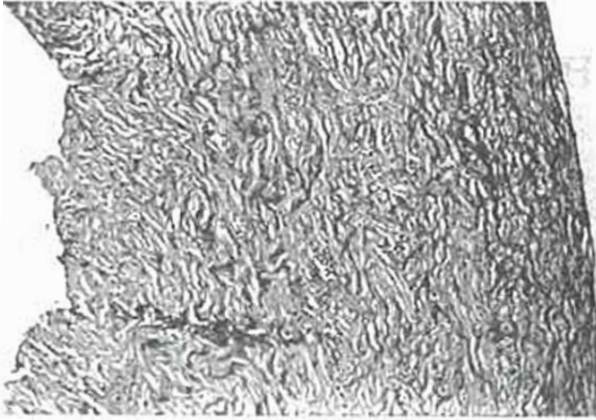
tomi uygulandı. Yaygın yapışıklıklar ve sol parakolik bölgede infekte hematoma vardı. Yapışıklıklar çözüldü, hematoma drene edildi. Postoperatif dönemde hasta eski kilosunu kazandı, 10 aylık izlem süresinde sorunu olmadı.

TARTIŞMA

Omentum ve mezenter kistlerinin 30.000 ile 250.000 hastane yatışında bir görüldüğü rapor edilmiştir (1,3). Caropreso'nun yayınlanmış 200 mezenterik kist olgusunu topladığı yeniden gözden geçirme (review) yazısında omental kistler olguların yüzde ikisini teşkil etmektedir (4). Yayınlanmış tüm olgulara bakıldığında ise mezenterik kistler omental



Resim 2: Operasyon sırasında tüm karın boşluğunu dolduran kist açıldıktan sonra ön duvarı (ok işaretli) ve barsakların üzerini örten arka duvarı görülmüyor (a). Arka duvarın diseksiyonu ile barsaklar serbestleştiriliyor (b).



Resim 3: Fibrokollajen kist duvarında fokal konjeksyon ve inflammatuar reaksiyon görülüyor (HEx 115).

kistlerden yaklaşık beş kat fazla görülmektedir (1). Etiyopatogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Gerçek kistler lenfatik sistemin konjenital veya sekonder obstrüksiyonları sonucu gelişir. Psödokistlerin yabancı cisim nekrozu, yağ nekrozu ve travma sonucu geliştiğine inanılmaktadır (5). Gerçek kistler psödokistlerden kist duvarını döşeyen epitel ile ayrılırsa da kist içi basınca bağlı olarak epitel tabakası silinmiş olabilir. Ros ve ark. bu lezyonları 5 gruba ayırmıştır; 1. Lenfanjioma 2. enterik duplikasyon kisti 3. enterik kist 4. mezotelyal kist 5. nonpankreatik psödokist (2).

Daha çok dördüncü dekada görülmekle beraber herhangi bir yaşta ortaya çıkabilirler (1,4). Genellikle sessiz seyirli olup, patognomonik bulguları yoktur. Karnın yavaş şekilde büyümesi ile veya rüptür, torsiyon, infeksiyon, kanama gibi bir komplikasyon sonucu farkedilirler. En sık görülen belirtileri karın

ağrısı, bulantı, kusma ve ishaldir (1,3,4). Kistin çevre dokulara basısı sonucu intestinal obstrüksiyon ve hidronefroz gelişebilir (6). Omentum kistleri mezenterik kistlerden farklı olarak çok ani büyüyebilir (7).

Radyolojik incelemelerde kistin karın içi oluşumlara yaptığı basıya ait bulgular görülür (1,2). Omental kistler ince barsakları arkaya doğru iter, mezenterik kistlerde ise ince barsaklar kisti çevreler (3). Omental ve mezenterik kistlerin tanısında ultrasonografi çok değerlidir. Ultrasonografik muayenede iyi sınırlı, içi boş kistik oluşumun posterior duvarında akustik güçlenme görülür. Kist içinde fibrin bantlara veya septalara ait eko bantları olabilir (8). Bunlar genellikle eski kanamalar sonucu gelişir. Kompüterize tomografi ile bu bantlar görülemez (3). Ultrasonografik olarak duvarın kalın görülmesi enterik duplikasyon kisti lehine bir bulgudur (2,3).

Olguların büyük kısmında preoperatif tanı yanlıştır. Cerrahi olarak kistin eksizyonu veya enükleasyonu tercih edilen tedavi yöntemidir. Çevre dokulara ileri derecede yapışıklık olan durumlarda kistin parsiyel eksizyonu ve gerekirse segmental barsak rezeksiyonu yapılabilir (3).

Travma sonrası çok hızlı büyüyerek intestinal obstrüksiyon, hidronefroz oluşturan; ultrasonografik, operatif, histopatolojik bulguları ile patognomonik olan bu omental psödokist olgusunu çok seyrek görülen bir patoloji olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Walker AR, Putnam TC: Omental, Mesenteric, and Retroperitoneal Cysts: A Clinical Study of 33 New Cases. *Ann Surg* 1973; 178: 13-9
2. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP, et al: Mesenteric and Omental Cysts: Histologic Classification with Imaging Correlation. *Radiology* 1987; 164: 327-32
3. Chou YH, Tiu CM, Lui WY, Chang T: Mesenteric and Omental Cysts: An Ultrasonographic and Clinical Study of 15 Patients. *Gastrointest Radiol* 1991; 16: 311-4
4. Caropreso PR: Mesenteric Cysts. *Arch Surg* 1974; 108: 242-6
5. Adams JT: Abdominal Wall, Omentum, Mesentery, and Retroperitoneum. In: Schwartz SI ed. *Principles of Surgery*. New York: McGraw-Hill Book Co, pp 1491-1524, 1989.
6. Ray KG, Hernandez RJ, Hillemeier C: Pseudoascites: unusual presentation of omental cyst. *Pediatr Radiol* 1990; 20: 560-1
7. Gordon MJ, Sumner TE: Abdominal Ultrasonography in a Mesenteric Cyst Presenting as Ascites. *Gastroenterology* 1975; 69: 761-4
8. Geer LL, Mittelstaedt CA, Staab EV, Gaisio G: Mesenteric Cysts: sonographic appearance with CT correlation. *Pediatr Radiol* 1984; 14: 102-4.