

İNCE BARSAK MEZANTERİ LENFANGİOMU

Dr.Fikret Karaca*
Dr.Burçin Kutlay**
Dr.Ayhan Kızıl***
Dr.Hasan Doğruyol****
Dr.Sevil Özçetin*****

ÖZET

İnce barsak mezanteri lenfangiomları çok nadir görülürler⁹. Jhonson ve Hammer Mayo kliniğinde yaptıkları bir araştırmada bir milyon hastadan yedisinde bu hastalığa raslamışlardır⁵. Nemirovskaya 1960-1970 yılları arasında on adet ince barsak lenfangiomuna rastlanıldığını kaydetmişlerdir⁹.

Mezanter lenfangiomları genellikle 1-5 yaşları arasında görülür. Bu yaş gurubunda insidans % 73 olarak gösterilir⁴. Keller'e göre bu oran % 50-60 arasındadır⁵. Biz kliniğimizde 60 yaşlarında bir kadın hastada bu hastalığı tesbit ettik ve nadir görüldüğü için yayınlanmasını uygun bulduk.

SUMMARY

Lymphangioma of the small intestine mesentery are rarely seen. In Mayo Clinic, Jhonson and Hammer reported the incidence of this disease as 7/million. Nemirovskaya reported 10 cases during 1960-1970.

Usually the mesentery lymphangiomas are encountered between 1-5 years of age. In this age group, the incidence was shown to be % 73. According to Keller, this ratio is %50-60.

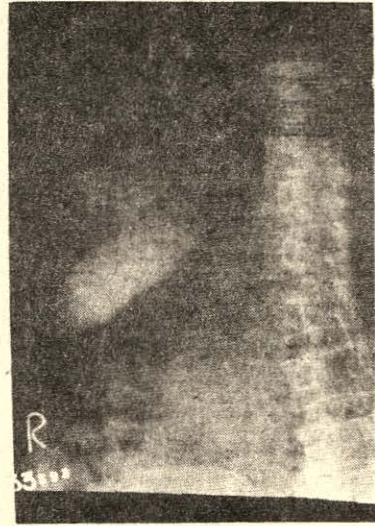
-
- * Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Profesörü ve Kürsü Başkanı
 - ** Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniği Uzman Asistanı
 - *** Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniği Uzman Asistanı
 - **** Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Klinik Asistanı
 - ***** Bursa Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Asistanı

We encountered this disease in a 60 years old woman and wanted to present it, since it is rare in this age group.

Hastamız Ş.İ., 56 yaşında, kadın (Prot.No.33539). Kliniğimize 16.4.1976 tarihinde sağ hipokondriumdaki şiddetli ağrı şikayeti ile müracaat eden hasta kontrol altında bulundurulmak için yatırıldı. Hastanın bu ağrısı dokuz aydan beri zaman zaman meydana geliyormuş ve sağ hipokondriumdan başlayan bu şiddetli ağrı sağ regio kalikaya yayılıyor ve sırta da vuruyormuş. Ağrı özellikle yağlı, yumurtalı, kızartmalı yemeklerden sonra daha sık olarak meydana geliyormuş; fakat mevsimler ile ilgisi yokmuş. Hastada kliniğimize yatmadan evvel kolik renalden şüphelenilerek İ.V.P. yapılmış ve sağ böbrek üstü kaliste intramural taş görülmüş. Resim 1-2. Görülen bu taş intramural olduğu için hastanın bu şiddetli ağrısını meydana getiremeyeceği kabul edildi.



Resim - 1



Resim - 2

Klinik muayenede: İnspeksiyonda sağ kolikanın sola göre biraz kabarıklık olduğu görüldü. Palpasyonla batında bir kitle palpe edilmedi. Karaciğer kosta kavsini 1,5 parmak geçiyordu. Sağ hipokondrium derin palpasyonda ağrılı bulundu. Splenomegali yok.

LABARATUAR BULGULARI

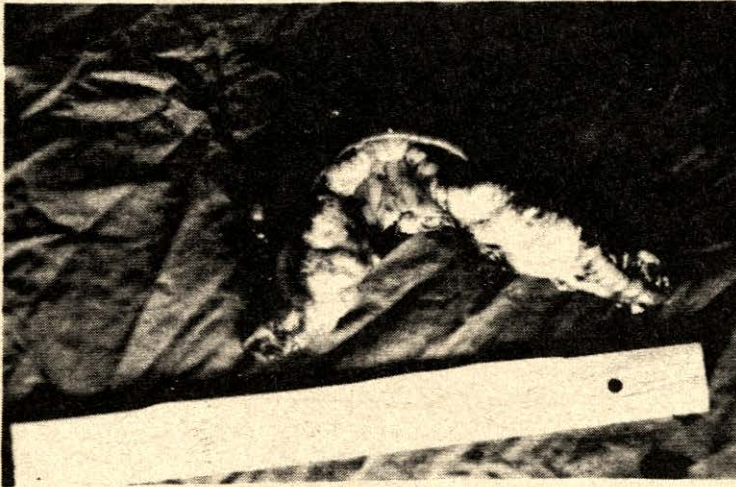
Kan : A Rh-Kanama müd. 1'35", pıhtılaşma müd. 4'. E.395000, L. 6450, Hb, %13 gr., Htc.38, Sd.1 saatte 8 mm, 2 saatte 23., %105

mg., üre %45 mg., kreatin %1,3 mg., prot. %6,2 gr., al. %3,5 gr., gl.%2,7gr., timoll, 2Ü., çinko sülfat 8,4 Ü , total lipit 460 mg., kol.265mgr., total bil.%0,5mg., Al.Fos.2,7B.Ü., As. Fos.0,12B.Ü., S.G.O.T. 8Ü., S.G.P.T. 3 Ü., L.D.H.226 Ü/lt. İdrar: Dansite 1024, şeker (-), aseton (-), Alb (-), bl (-), Ürobilinojen (-), her sahada 4-6 kalsiyum oksalat kristali, 4-6 epitel, 2-4 lok., 1-2 eritrosit.

Hastaya teşhis için laparotomi yapılmasına karar verildi ve 17.5.1976 günü cerrahi girişim uygulandı. Bu girişim esnasında ileoçekal birleşkeden 50 cm. proksimalde ileum mezozunda önemli, kalınlaşmış ve içlerinde jelatinö bir madde bulunan bir çok kist görüldü. Bu kistik hastalığa yakalanmış barsak bölümü rezeke edilerek çıkartıldı ve geride kalan uçlar uç uca anastomoz edildi, ameliyat sonrası komplikasyonsuz seyretti ve hasta 28.5.1976 günü şifa ile taburcu edildi.

KİTLENİN ANOTOMO-PATOLOJİK İNCELENMESİ

Makroskobik bulgular:30x5x5cm. uzunluğunda rezeke edilmiş ince barsak piyesi. Barsağın dış yüzünde mezoya bağlı olarak bulunan baştan başa sarı beyaz renkte, üzüm taneleri gibi irili ufaklı, içleri jelatino bir madde ile dolu kistler Resim 3.



Resim - 3

Mikroskobik bulgular: Submukozada ödem, içleri eritrositlerle dolu bol damar kesitleri mevcut Resim 4. Özellikle tarif edilen yapı serozada yağ ve bağ dokusu içerisinde de saptanmaktadır.

Teşhis: Kavernöz lenfangiom.



Resim - 4

TARTIŞMA

Lenf damarlarının selim tümörleri vücudun her yerinde meydana gelebilir, fakat en sık görüldükleri yerler boyun, aksilla, omuz ve kasık bölgeleridir¹⁰. Nadir durumlarda mediastinum, mezanter, omentum, retroperitoneal bölge, sakral bölge ve larankste de meydana gelir¹. Genellikle şu şekilde sınıflandırılırlar: 1- Basit ve kapiller lenfangiom, 2-Kavernöz lenfangiom, 3- Kistik higroma⁶. Bu sınıflandırma lenfatik mesafelerin büyüklüğüne göredir. Ayrıca bazı yazarlar lenfangiomları: A.Klasik tip, B.Lokalize tip diye sınıflandırmışlardır². Mezanter lenfangiomları tek tek, multipl bulunabilecekleri gibi, uniloküler veya multi loküler de bulunabilirler⁸. Genellikle serözite ihtiva ederler, çok sayıda yuvarlak hücre ve seyrek olarak dev hücre ihtiva ederler. Çoğunlukla yeni doğanlarda ve çocuklarda konjenital bir malformasyon sonucu meydana gelirler. Çoğunlukla asemptomatik seyirli dirler ve sıklıkla otopside teşhis edilirler.

Çoğunlukla genç bir çocukta ağrısız abdominal bir tümörün palpasyonu tek klinik bulgularıdır. Nadiren intermittent kolik şeklinde ağrı epizotları, kanama, enfeksiyon, rüptür, torsiyonla daha da şiddetlenebilen ağrıları bulunabilir. Ender olarak ilk tezahiri akut intestinal tıkanma olabilir⁷.

Muayenede tümör palpabl ve hatta görülebilecek şekilde

olabilir. Eger palpe ediliyorsa kitlenin bir plan üzerinde serbest olarak hakeketli olduğu görölür.

Tedavi lenfatik kistin cerrahi eksizyonudur. Bu eksizyon nadiren bir enükleasyon disseksiyonu şeklinde yapılabilir; fakat sıklıkla anjiamatöz mezanter ve bu mezantere tutunan barsak anısının çıkarılması icap eder. Daha sonra uç uca anastomoz mezanterin kapatılması işlemi yapılır⁸.

Bizim vakamızda ince barsakların ileri derecede kısalmış oldukları görölmüştür (3,5 metre). İnce barsak mezanteri afete uğramış kısmın dışında normaldir. Çıkarılan 50 cm. lik barsak anısının barsak fonksiyonlarında büyük bir bozukluk yapmayacağı aşıkardır. Vak'amızda hiç bir post operatif komplikasyon görölmemiştir.

KAYNAKLAR

1. DERİUGİNA, B.A. et al.: Lymphangioma of the larynx. Ushn nor Gorl. Bolezn. 33:1973.
2. EDWARDS J.M.PEACHEY, R.D. KINMONTH, J.B.: Lymphangiography and surgery in Lymphangioma circumscriptum. Brit.J.Surgery 59:56, 1970.
3. Farreli, W.J. and Grube, P.Amer.J.Surg.108:790, 1964.
4. Güttschalk, M.Brun's Beitr. Z.Klin.Chir. 216:673, 1968.
5. JHONSON and HAMMER, KELLER-SALLERAS V.GALFRE M.: Lyon Chir. 65:265, 1969.
6. J.B.Kinmonth-The Lymphatics Diseases, Lymphography and surgery: Edward Arnold Ltd. First published London 1972, 298.
7. Kohn L.N. et all. Lymphangioma of mesentery. S.Afr.J.Surg. II.115, 1973.
8. Maingot, R.Abdominal operations. Sixth edition Appleton-Century-Crofts. New-York. Vol II.1974, 1469
9. Nemirovskaya H.A., Lymphangioma of the smallintestine mesentery. Arkh Patol. 35:74, 1972.
10. Tai da Rocha Afoduj. Lymphangioma of the abdomen. West Afr. Med. J.21:137, 1972.