

Κύστη μεσεντερίου (Παρουσίαση 1 περίπτωσης)

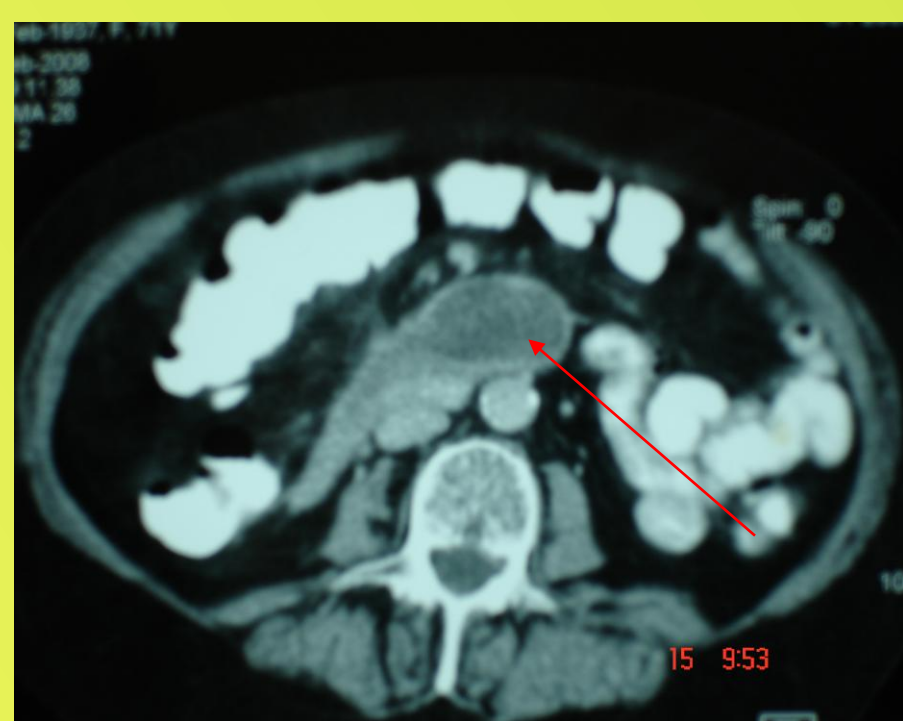
Φ. Κωδωνάς, Γ. Γεωργίου, Ζ. Γεροντίτης, Σ. Βλατάκης

Π. Σαρόγλου, Ε. Βαραδά, Α. Χιώτης

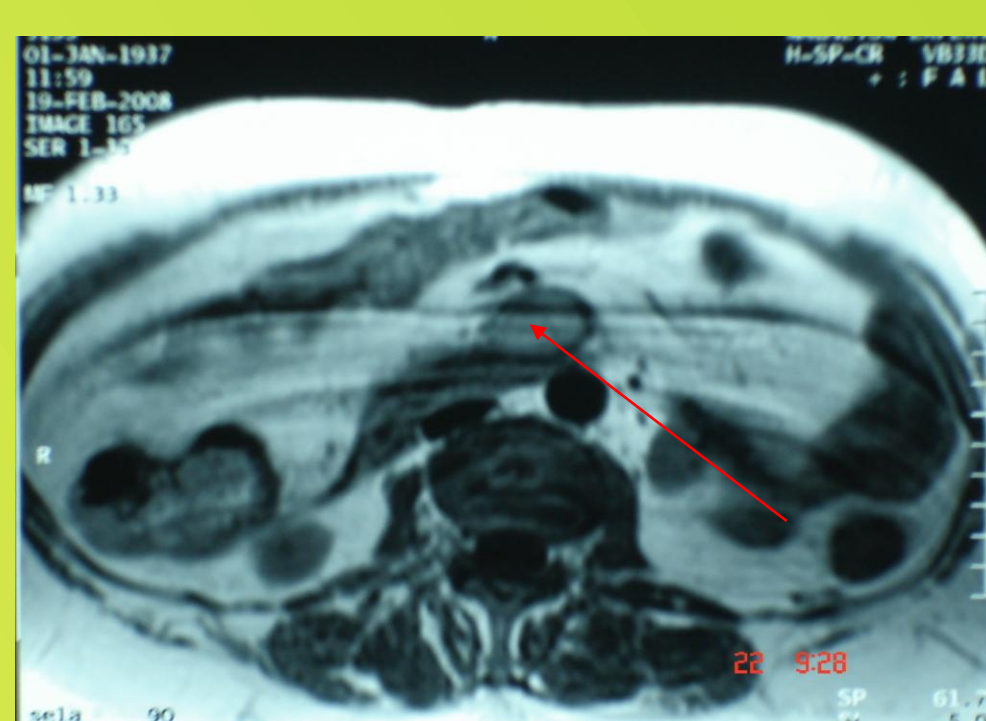
Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Ξάνθης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Οι κύστεις μεσεντερίου αποτελούν μια σπάνια ενδοκοιλιακή πάθηση, που είναι δυνατόν να παρουσιάσουν σοβαρές επιπλοκές. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με κύστη μεσεντερίου που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική μας, καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

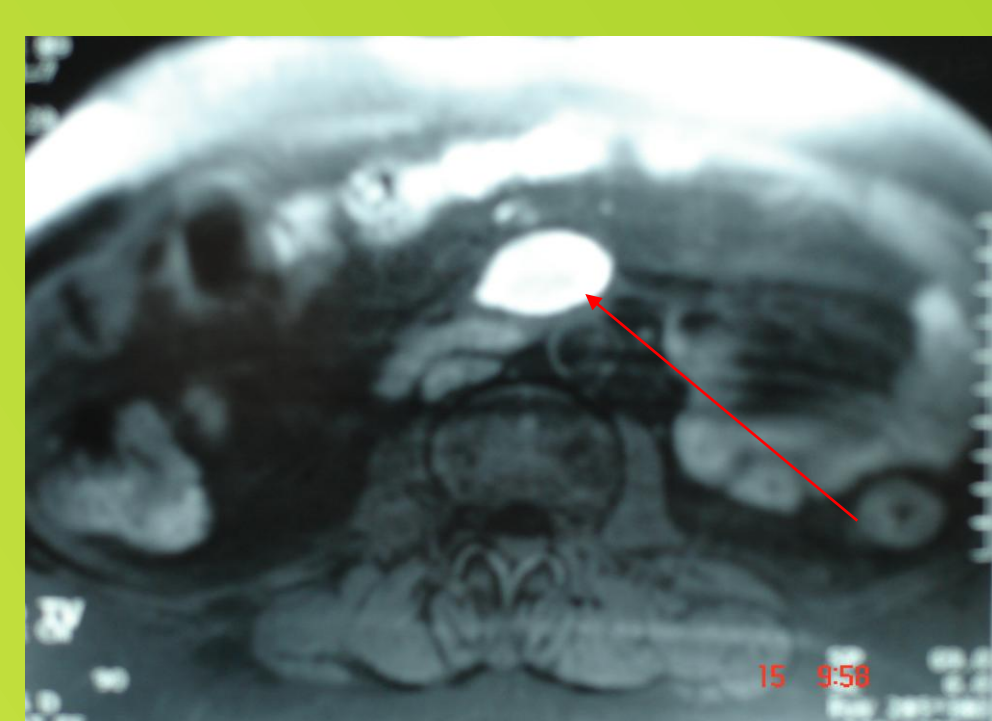
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα ηλικίας 69 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, λόγω άτυπου άλγους στο επιγάστριο με συνοδό ναυτία και τάση για έμετο, υποβλήθηκε σε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού, τα ευρήματα της οποίας ήταν φυσιολογικά. Ακολούθησε έλεγχος της κοιλίας με αξονική τομογραφία στην οποία διαπιστώθηκε η παρουσία κύστης διαμέτρου 6εκ.με γλωσσοειδή προσεκβολή στη ρίζα του μεσεντερίου, σε επαφή με την 3η μοίρα του 12δακτύλου (Εικ1). Πραγματοποιήθηκε στη συνέχεια έλεγχος του λεπτού εντέρου με βάριο χωρίς να διαπιστωθεί σχέση μεταξύ της κύστης και το ΓΕΣ. Η ασθενής παραπέμφθηκε στην Κλινική μας για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση. Ο συνήθης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, όπως και οι καρκινικοί δείκτες (CEA, aFP, CA 125, CA 19-9). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία στην οποία τα ευρήματα ήταν συμβατά με κύστη μεσεντερίου (χαμηλό σήμα στην T1 ακολουθία και υψηλό σήμα στην T2 ακολουθία) (Εικ.2,3)



Εικ.1 Αξονική τομογραφία όπου απεικονίζεται η κύστη (βέλος)



Εικ.2 T1 ακολουθία της μαγνητικής τομογραφίας με χαμηλό σήμα (βέλος)



Εικ.3. T2 ακολουθία της μαγνητικής τομογραφίας με υψηλό σήμα (βέλος)

Κατά την ερευνητική λαπαροτομία που ακολούθησε διαπιστώθηκε η ύπαρξη κύστης μεσεντερίου μεταξύ της 3ης μοίρας του 12λου και της 1ης μοίρας της νήστιδος. Διενεργήθηκε προσεκτική παρασκευή και πλήρης αφαίρεση της κύστης, χωρίς τραυματισμό των γειτονικών ιστών. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι επρόκειτο για απλή μεσοθηλιακή κύστη. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η πρώτη περιγραφή κύστης μεσεντερίου αποδίδεται στον Ιταλό ανατόμο Benevenni το 1507. Λεπτομερής περιγραφή μιας λεμφογενούς κύστης μεσεντερίου αναφέρεται το 1842 από τον Rokitansky. Η πρώτη επιτυχής εκτομή πραγματοποιήθηκε το 1880 από τον Tillaux, ενώ η πρώτη λαπαροσκοπική εκτομή από τον Mackenzie.

Στο 80-90% των περιπτώσεων αφορούν σε παιδιά, με ετήσια επίπτωση περίπου 1: 20000, ενώ στους ενήλικες η ετήσια επίπτωση είναι 1:106400. Η συχνότητα είναι η ίδια και στα δύο φύλα. Η κύστη μπορεί να είναι μονόχωρη ή πολύχωρη, κατά κανόνα καλοήθης (ποσοστό κακοήθειας 3%). Εντοπίζονται στο 70% των περιπτώσεων στο λεπτό έντερο και κυρίως στον ειλεό (50-60%).

Η αιτιολογία τους δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένη, συνήθως όμως είναι συγγενούς αιτιολογίας. Με βάση την ταξινόμηση του de Perrot, κατατάσσονται ανάλογα με την προέλευσή τους σε 6 κατηγορίες.

1) **Λεμφαγγειακή:** α) Απλή λεμφική κύστη, β) Λεμφαγγείωμα. 2) **Μεσοθηλιακή:** α) Απλή μεσοθηλιακή κύστη, β) Καλόηθες κυστικό μεσοθηλίωμα, γ) Κακόηθες κυστικό μεσοθηλίωμα. 3) **Εντερική:** α) Εντερογενής κύστη διπλασιασμού, β) Εντερική κύστη. 4) **Ουρογεννητική.** 5) **Ώριμο κυστικό τεράτωμα:** Δερμοειδής κύστη. 6) **Μη παγκρεατική ψευδοκύστη:** α) Τραυματική, β) Φλεγμονώδης.

Στα παιδιά οι κύστεις μεσεντερίου κατά κανόνα (80%) προκαλούν συμπτώματα, όπως κοιλιακό άλγος, ανορεξία και εμέτους. Στους ενήλικες είναι συνήθως ασυμπτωματικές και ανακαλύπτονται τυχαία μετά από απεικονιστικό έλεγχο της κοιλίας.

Η διάγνωση τίθεται κυρίως με το υπερηχογράφημα και την αξονική τομογραφία, στην οποία εντοπίζεται με ακρίβεια η βλάβη και εκτιμάται το μέγεθός της. Με τη μαγνητική τομογραφία είναι δυνατόν να διαπιστώσουμε το είδος της κύστης ανάλογα με το περιεχόμενο αυτής. Όταν αυτό το περιεχόμενο είναι ορώδες στις T1 ακολουθίες υπάρχει χαμηλό σήμα, ενώ στις T2 ακολουθίες υψηλό σήμα. Όταν το περιεχόμενο είναι χυλώδες ή αιμορραγικό το σήμα είναι υψηλό και στις T1 και στις T2 ακολουθίες.

Οι κυριότερες επιπλοκές που αναφέρονται είναι η ρήξη της κύστης, η αιμορραγία, ο αποφρακτικός ειλεός, η συστροφή και σπανιότερα η διαπύηση.

Η πλήρης εκτομή - εκπυρήνιση της βλάβης είναι η θεραπεία εκλογής (ανοικτά ή λαπαροσκοπικά). Άλλη αποδεκτή μέθοδος είναι η μαρσιποποίηση της κύστης, η οποία εφαρμόζεται στο 10% των περιπτώσεων. Η μερική εκτομή του τοιχώματος ή η αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης δεν είναι αποδεκτές μέθοδοι αντιμετώπισης, λόγω του αυξημένου ποσοστού υποτροπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dursun Ali Sahin, Gokhan Akbulut, Volkan Saykol, Osman San Cigdem Tokyol Osman Nuri Dilek. Laparoscopic enucleation of mesenteric cyst: A case report. The Mount Sinai Journal of Medicine 2006;7: 1019-1020.
2. Robert J Kurtz, Tomas M. Heimann, Robert Beck, James Holt. Mesenteric and Retroperitoneal Cysts. Ann Surg 1986; 203: 109-112
3. Phyllis R. Bishop, Michael J. Nowicki, Paul H. Parker. Radiological case of the month. Archives of Pediatrics & adolescent Medicine 2001; 155:413
4. de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? Dig Surg. 2000;17:323-328