

Mezenterik Kistik Lenfanjiom: BT Bulguları

Ali Türk¹, Özlem Saygılı¹, Tuğrul Örmeci², Ulaş Can², Serpil Yaylacı³

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

³Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Abdominal lenfanjiomlar oldukça seyrek görülen kistik lezyonlar olup en sık ince barsak mezenterinde yerleşim gösterir. Asemptomatik olabileceği gibi akut ya da kronik karın ağrısı ve distansiyon gibi nonspesifik semptomlar görülebilir. Ultrasonografi ile lezyonun kistik karakteri belirlenilemle beraber kompleks anatomik ilişkilerinin saptanabilmesi için BT ve MRG gereklidir. Çalışmamızda çok kesitli BT incelemesinde insidental olarak saptanan, ince barsak mezenterinde lokalize kistik lenfanjiom olgusunun bulguları sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: mezenter, kist, lenfanjiom, BT

MESENTERIC CYSTIC LYMPHANGIOMA: CT FINDINGS

ABSTRACT

Abdominal lymphangiomas are rare cystic lesions most commonly located in the small bowel mesentery. They may be asymptomatic or present with a variety of nonspecific abdominal symptoms including acute or chronic abdominal pain and distension. Although ultrasonography may show its cystic nature, CT and MRI are necessary to show its complex anatomic relationships. Here we report a case of cystic lymphangioma located in the small bowel mesentery incidentally diagnosed with multislice CT.

Key words: mesentery, cyst, lymphangioma, CT

Giriş

Abdominal lenfanjiomlar oldukça seyrek görülen intraabdominal kistik lezyonlar olup en sık ince barsak mezenterinde yerleşim gösterir. Lenfatik damarlardaki gelişimsel defektlere bağlı venöz damarlarla uygun bağlantılar oluşturamayı kör sonlanan lenfatik keselerin proliferasyonuna ve dilatasyonuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Klinik bulgu ve semptomları nonspesifik olup kronik ya da akut karın ağrısı, distansiyon ve ele gelen kitle en sık görülen semptomlardır. Çalışmamızda insidental olarak saptanan asemptomatik mezenterik lenfanjiom olgusunun çok kesitli bilgisayarlı tomografi (ÇKBT) bulguları, lenfanjiomların bu lokalizasyonda ender görülmesi nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Olgu

Sol yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 27 yaşındaki erkek hastanın tüm batin US incelemesinde sol böbrek üst kaliksinde 5 mm çaplı kalkül ve minimal pelvikaliektazi saptandı. İdrar tah-

lilinde bol eritrosit saptanan olguda fizik muayenede sol kosto-vertebral açısı hassasiyeti mevcuttu. Sol üreter taşı şüphesi ile üriner sistemin daha detaylı incelenmesi amacıyla tüm batin BT incelemesi istenen olguda oral kontrast kullanılmaksızın intravenöz (IV) kontrast madde enjeksiyonu sonrasında ÇKBT cihazı ile tüm batin BT incelemesi gerçekleştirildi.

Bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol üreter taşı yanısıra insidental olarak 5x4.7x3.4 cm boyutlarında, mezenter kökünde lokalize, komşu intestinal anslarla herhangi bir ilişkisi izlenmeyen lobüle konturlu, IV kontrast madde tutulumu göstermeyen kistik lezyon saptandı (Resim 1,2). Laparoskopik olarak total çıkartılan lezyonun makroskopik incelemesinde en büyüğü 3 mm çaplı, lümeni sarı-beyaz renkli sıvı ile dolu çok sayıda kistik yapı izlendi. Mikroskopik incelemede adipoz doku içerisinde ileri derecede genişlemiş düz kas tabakası belirgin lenfatik vasküler boşluklar bulunan lezyonun histopatolojik tanısı mezenterik lenfanjiom olarak bildirildi.

Tartışma

Mezenterik lenfanjiomlar oldukça seyrek görülen intraabdominal kistik lezyonlar olup hastane kabullerinin 1/100000-250000'



Şekil 1. İntravenöz kontrastlı BT incelemesinde mezenterde 5x4.7x3.4 cm boyutlu, komşu intestinal anslarla herhangi bir ilişkisi izlenmeyen, vasküler yapıları kısmen çevreleyen, lobüle konturlu, kontrast madde tutulumu göstermeyen hipodens lezyon saptandı.

ini oluşturur (1). Lenfanjiomların %80'i 5 yaş altı çocuklarda görülür (2). Yerleşim yeri olarak %95'i boyun ve aksiller bölgede görülürken, %5'i mezenterde, retroperitonda, abdominal organlarda, akciğer ve mediastende görülür (3). Etiyolojisi konusunda farklı teoriler olmakla beraber lenfatik damarlardaki gelişimsel defektlere bağlı venöz damarlarla uygun bağlantılar oluşturamamaya bağlı olduğu düşünülmektedir. Lenfanjiomlar ince duvarlı kistik lezyonlar olup birbiriyle ilişkili makroskopik kistlerden (kistik lenfanjiom= kistik higroma) ya da mikroskopik kistlerden (kavernöz lenfanjiom) oluşur. Kistler şilöz, seröz ya da hemorajik karakterde olabileceği gibi bunların karışımını da içerebilir. Histolojik olarak dilate lenfatik kanalları çevreleyen endotel hücrelere benzer hücrelerle kaplanmış olup lenfatik boşluklar proteinöz eosinofilik bir sıvıyla doludur (3,4).

Mezenterik lenfanjiomlarda klinik bulgu ve semptomlar nonspesifik olup asemptomatik olabileceği gibi hastalar kronik ya da akut karın ağrısı, distansiyon ve ele gelen kitle gibi şikayetlerle başvurabilir. Kist içi kanamaya ya da torsiyona bağlı akut karın ağrısı görülebileceği gibi büyük kistler komşu barsak anslarını komprese ederek parsiyel ya da komplet obstrüksiyon oluşturabilir. Lezyonlar çoğu kez küçük boyutları nedeniyle semptom vermediğinden bizim olgumuzda olduğu gibi başka nedenlerle yapılan radyolojik incelemelerde insidental olarak saptanırlar (3,5)

Sonografik olarak lenfanjiomlar multiloküle, anekoik ya da ekojen debri içeren kistik lezyonlar olarak görülür. ÇKBT bu lezyonların lokalizasyonunun doğru şekilde belirlenmesi ve karakterizasyonu açısından oldukça faydalı olup yüksek uzaysal çözünürlüğü ve multiplanar rekonstrüksiyonları sayesinde komşu intestinal yapılarla ve damarlarla ilişkisini ayrıntılı olarak ortaya koyabilmektedir. Lezyonun kompleks anatomik ilişkilerinin belirlenmesi preoperatif değerlendirmede oldukça önemlidir. Bazı olgularda İV kontrastlı BT'de kist duvarında ve septalarda kontrast tutulumu bildirilmiştir. Bizim olgumuzda kistde periferik ya da sep-



Şekil 2. BT incelemesinde dansitesi ortalama 5.2 HU olan lezyon kistik karakterdeydi.

tal kontrastlanma saptanmadı. İV kontrastlı BT'de lezyon içerisinden geçen mezenterik vasküler yapılar belirginleşerek bizim olgumuzda da görüldüğü gibi septal kontrastlanmayı taklit edebilmektedir. Lezyon sıvı içeriği nedeniyle genellikle düşük atenuasyon değerlerine sahip olup homojen hipodens görülmeyle beraber kist içeriğine bağlı olarak atenuasyon değerleri sıvı-yağ arasında değişebilmektedir. Bizim olgumuzda BT'de 5.2 HU dansitesi ile lezyon tipik kistik karakterdeydi.

MRG'de sinyal özellikleri sıvı içeriğine bağlı T1 A serilerde hipo, T2 A serilerde hiperintens olup kanama ya da enfeksiyon varlığında BT atenuasyon değerleri ve MR sinyal paterni değişerek lezyon solid lezyonları taklit edebilir (3,5). Bu tür olgularda radyolojik incelemelerin lezyonun karakterizasyonu açısından etkinliği oldukça sınırlıdır.

Tipik kistik görünümdeki mezenterik lenfanjiomların ayırıcı tanısında multiloküle asit, enterik duplikasyon kistleri, enterik ve mezenterik kistler, mezothelial kistler, peritoneal inklüzyon kistleri, ekinokok kistleri ve psödokistler yer almakta olup ayırımı benzer görüntüleme bulguları nedeniyle zor olabilir. Radyolojik incelemelerde büyük mezenterik lenfanjiomlar multiloküle abdominal asitle karışabilir. Septaların varlığı ve bitişik intestinal anslarda kompresyon oluşturması asitten ayırımı sağlayan bulgulardır. Ayrıca parakolik oluk ve subhepatik alan gibi peritonun dependans reseslerinde ve mezenter yaprakları arasında sıvı bulunması asitten ayırımında yardımcı sekonder bulgulardır. Lenfanjiomların proliferatif ve invazif karakteri mezenterik kistlerden ayırımında yardımcıdır. Kistik mesothelioma, kistik spindle hücreli tümör ve kistik teratom ender olarak gözükmeyle beraber ayırıcı tanıda yer alan diğer lezyonlardır (5,6,7). Ülkemizde sık görülmesi nedeniyle kist hidatik ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (8). Kist hidatikte batin içerisinde karaciğer ve dalak gibi solid organlarda benzer kistik lezyonlar izlenebilmektedir. Ayırıcı

tanıda yol gösterici tüm bu özelliklere rağmen mezenterik kistik lenfanjiomlarda patognomonik radyolojik bulgular olmadığından kesin tanı histopatolojik değerlendirme ile konulur.

Küçük boyutlu ve asemptomatik lezyonların radyolojik takibi önerilmektedir. Semptomatik lezyonların mezenterik damarların arasına yerleşme gösterme eğilimi nedeniyle komplet eksizyonu bazı vakalarda oldukça zordur. Geniş bir tutulum alanı gösterdiği zaman rekürens önlemek için total kist eksizyonu ve ilişkili abdominal organlar ile barsak anslarının kısmi rezeksiyonu gerekebilir. Küçük boyutlu asemptomatik lezyonlarda ve cerrahi olarak çıkartılması mümkün olmayan büyük boyutlu lezyonlarda OK-432 ve Bleomisin gibi farmakolojik ajanlarla perkütan skleroterapi de tedavi yöntemi olarak uygulanabilmektedir (4,9). Olgumuzda küçük boyutları nedeniyle lezyon laparoskopik olarak total çıkartılmış ve takip incelemelerde rekürens saptanmamıştır.

Bu olguda görüldüğü gibi, ÇKBT yüksek uzaysal çözünürlüğü ve multiplanar görüntüleme özelliği ile insidental intraabdominal kistik lezyonların karakterizasyonu, komşu anatomik yapılarla ilişkilerinin belirlenmesi ve kontrast tutulum özelliklerinin ortaya konması açısından oldukça etkin bir görüntüleme metodudur.

Kaynaklar

1. Chim H, Chuwa E, Chau Y-P, Chow PK: Gastrointestinal: Mesenteric cystic lymphangioma. J Gastroenterol Hepatol 2006, 21:916.
2. Campbell WJ, Irwin ST, Biggart JD: Benign lymphangioma of the jejunal mesentery: an unusual cause of small bowel obstruction. Gut 1991, 32:1568.
3. Levy A, Cantisani V. Abdominal Lymphangiomas: Imaging features with Pathologic Correlation. AJR 2004;182:1485-1491.
4. Weeda VB, Booij KAC, Aronson DC: Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature. J Pediatr Surg 2008, 43:1206-1208.
5. Jain S, Upreti L, Bhargava SK. Mesenteric Lymphangioma - Diagnosis by Multislice Spiral CT. IJRI 2002;4:580
6. Lugo-Olivieri CH, Taylor GA. CT differentiation of large abdominal lymphangioma from ascites. Pediatr Radiol 1993; 23:129 –130
7. Vargas-Serrano B, Alegre-Bernal N, Cortina-Moreno B, Rodriguez-Romero R, Sanchez-Ortega F. Abdominal cystic lymphangiomas: US and CT findings. Eur J Radiol 1995; 19: 183-187.
8. Anadol AZ, Oğuz M, Bayramoğlu H, Edali MN. Lymphangioma of the spleen mimicking hydatid disease. J Clin Gastroenterol 1998; 26:309-311
9. Stein M, Hsu RK, Schneier PD, Ruebner BH, Mina Y: Alcohol ablation of a mesenteric lymphangioma. JVIR 2000, 11:247-250