

NADİR BİR AKUT BATIN SEBEBİ: BENİGN KİSTİK MEZOTELYOMA*Mehmet Fatih YÜZBAŞIOĞLU¹, Harun ÇIRALIK², Betül KIZILDAĞ³***Özet**

Plevra ve periton yüzeyinden gelişen benign kistik mezotelyoma (BCM) ender rastlanan, daha çok kadınlarda görülen bir tümör olarak bilinmektedir. Hastaların öyküsünde çoğunlukla cerrahi bir girişim bulunmakta, patogenezi ve prognozu konusunda farklı tezler savunulmaktadır. Hastanemize karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma yakınmasıyla başvuran erkek hastada periton boşluğundaki kistik kitle, histopatolojik, histokimyasal ve immünohistokimyasal özellikleriyle "Selim kistik peritoneal mezotelyoma" olarak değerlendirilmiştir. BCM'nin tanısı laparoskopik olarak konulmuştur ve tedavisi gerçekleştirilmiştir.

Literatür gözden geçirilerek, hastalığın patogenezi, ayırıcı tanı ve prognozu irdelenmiş, ender rastlanması, olgunun erkek olması yanında, peritonda yerleşimli habis ve selim tümöral kitlelerden ayırd edilmesindeki önemi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kistik mezotelyoma, laparaskopi, periton

A Rare Acute Abdomen Reason: Bening Cystic Mesothelioma**Abstract**

Benign cystic mesothelioma, arising from the peritoneal surfaces is a rare tumor, seen particularly in women. Most of the patients have an abdominal operation in their history. There are different thesis on its pathogenesis and prognosis. Cystic mass in peritoneal space in a man, suffering from abdominal pain, lack of appetite, nausea and emesis is interpreted as "Multicystic peritoneal mesothelioma" according to its histopathologic, histochemical and immunohistochemical properties. We diagnosed the benign cystic mesothelioma with laparoscopy and treated it with laparoscopic approach.

Literature is reviewed, pathogenesis, differential diagnosis and prognosis of the lesion is discussed. The case is found worthy to be reported as it is a rare tumor and the patient is male. Its importance in the differential diagnosis of the other benign or malignant tumors of peritoneum is emphasized.

Key words: Cystic mesothelioma, laparoscopy, peritoneum

Benign kistik mezotelyomalar (BCM) nadir görülen bir lezyondur. Hastaların öyküsünde çoğunlukla patogenezi ve prognozu konusunda farklı tezler savunulmaktadır. BCM ilk kez 1979 yılında Mennemeyer ve Smith tarafından tanımlanmıştır¹. Multikistik peritoneal mezotelyoma, peritonun kistik mezotelyoması, peritonun multiokuler kisti, multikistik mezotelyoma ve multiokuler peritoneal inklüzyon kisti kullanılmış diğer isimlendirme şekilleri olmuştur. Multiple, ince duvarlı, frajil bir yapıya sahip olup batın içinde büyük kitleler oluşturabilmektedir.

Preoperatif tanısı genellikle güçtür. Ayırıcı tanıda sarkom, lenfoma ve Non Hodgkin lenfoma düşünülmelidir. Tedavi yöntemi olarak cerrahi yeterli görülmeyle beraber %50 oranında nüks bildirilmiştir. Sıklıkla yerleştiği yerler; overler, fallop tüpleri, kolon, cul de sac ve pelvis tabanıdır. Boyutları 0.3 cm ile 15 cm arasında değişebilmektedir.

Erkeklerde çok nadir olmakla birlikte her iki cinstede görülebilmektedir. Genellikle doğurgan kadınlarda görülmekte olup; 1998 yılından itibaren İngiliz literatüründe toplam 130 vaka bildirilmiştir. Bunlardan sadece 19'u erkek hastadır². Literatür gözden geçirilerek, ender rastlanması, olgunun erkek olması yanında, peritonda yerleşimli habis ve selim

tümöral kitlelerden ayırd edilmesindeki önemi nedeniyle sunulmuştur

OLGU SUNUMU

15 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve sağ alt kadranda hassasiyeti nedeni ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde, iki gündür iştahsızlık ve bulantı kusma mevcuttu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyeti mevcut olan hastanın barsak sesleri olağan, defans ve rebound yoktu. Akut apandisit ön tanısıyla hasta gözleme alındı. Yapılan tetkiklerinde Beyaz Küre 8800/mm³ ve granülosit %76 olması haricinde diğer rutin tetkikleri olağandı. Yapılan ultrasonografi (USG)'de; iliak vasküler yapıların iliopsoas kasını çaprazladığı alanın medial komşuluğunda yaklaşık 57x22x16 mm boyutlarında içerisinde septasyonları ve ince ekojeniteleri bulunan komplike görünümde sıvı koleksiyonu saptandı. Ayrıca iliak trasede ve mesane komşuluğunda multiple lenfadenopatiler (lap) görüldü. "Perfore apandisit?" olarak rapor edildi (Resim 1,2). Bir sonraki raporda ise "Kist hidatik?" denilerek appendiks normal ancak multiple lap tespit edildi. Hastanın gözleminde sağ alt kadranda ağrısı haricinde bulgu saptanmaması ve USG raporlarındaki

¹Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

²Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

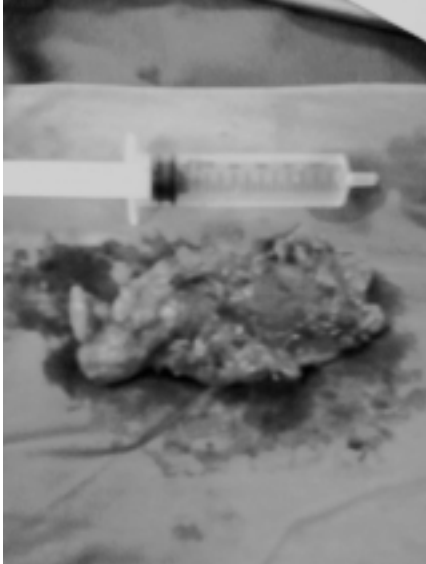
³Vatan Tıp Merkezi, Radyoloji, KAHRAMANMARAŞ



Resim 1. USG görüntüsü



Resim 2. USG görüntüsü



Resim 3. Operasyon ile çıkarılan kitle

birbirinden farklı bilgiler nedeniyle hastaya tanısal laparaskopi yapılması planlandı. Genel anestezi altında göbek altı 1 cm'lik insizyondan kamera ile girildi. Bakıda sağ pelviste mesane komşuluğunda periton üzerinde multible kistik yapıların olduğu

gözlemlendi. Appendiks ve diğer batin organları salim olarak gözlemlendi. Daha sonra 5mm'lik trokar sağ ve sol alt kadrardan girildikten sonra kistik lezyonlar perfore edilmeden peritonla birlikte eksize edilerek çıkarıldı (Resim3). Patolojik tanımlama yapılması sonucunda benign kistik mezotelyoma olarak rapor edildi. Hasta postoperatif birinci gün sorunsuz olarak taburcu edildi. 3 ay sonra kontrole çağrıldı.

TARTIŞMA

BCM peritoneal mezotelyumdan kaynaklanan nadir bir tümoral oluşumdur. Etiyolojisi hakkında kesin bir bilgi yoktur. Sıklıkla erken dönem veya doğurganlığın yüksek olduğu yaşlarda, kadınlarda görülmekle birlikte erkek hastalarda da bildirilmiştir. Asbestozise bağlı malign mezotelyoma ile net bir ilişki -her ne kadar 2 hasta bildirilmiş olsa bile- gösterilememiştir. Hastaların öyküsünde sıklıkla geçirilmiş cerrahi operasyon, endometriozis veya inflamatuvar bir olay bulunmaktadır. BCM reaktif bir hadise olarak kabul edilmektedir ve malign dönüşüm beklenmez. Metastaz yaptığı şimdiki kadar rapor edilmemiştir.

Batın distansiyonu ve kitle şeklinde ortaya çıkma en sık görülen bulgusudur. Nadir olarak da karın ağrısı ile karşımıza çıkar³. Bizim olgumuz da sağ alt kadranda ağrısı gibi nadir bir bulgu ile presente olmuştur. Ancak Tangjitgamol ve ark.'nın söylediği gibi preoperatif tanısı spesifik bir bulgusu olmaması nedeniyle mümkün olmamaktadır.

Görüntüleme yöntemleri ile anekoik, düşük dansiteli veya hipointense kistik kitle olarak rapor edilmektedir⁴. Bizde de USG sonucu olarak kistik karakterde kitle olarak tanımlanmıştır. En spesifik görüntüleme bulgusu; invazyon yapmaksızın kitle büyüklüğüne bağlı olarak çevre yapılarda distorsiyon yapmasıdır. Batına girildiğinde ise karşımıza üzüm salkımı şeklinde ince duvarlı, içi seröz sıvı dolu oluşumlar olarak değişik büyüklüklerde çıkar. Bizim olgumuzda da küçük olmakla birlikte beyaz üzüm salkımı görüntüsü mevcuttu.

Tanıda görüntüleme yöntemleri haricinde ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulanmış ancak non spesifik mezotelyal hücre haricinde bulgu saptanmamış olup preoperatif olarak faydalı olmamıştır⁵.

Ayrıcı tanıda kistik higroma, endometriozis, retroperitonu tutan müllerian kist, kistik adenomatoid tümörler, kistik mezonefrik duktus kalıntıları ve endosalpingiozisin kistik formu benign oluşumlar olarak patolojik bakıda düşünülmelidir. Malign olarak ise; malign mezotelyoma ve peritonu tutan seröz tümörler düşünülmelidir⁶.

Cerrahi rezeksiyon en etkili tedavi yöntemidir. Tamamı çıkarılabildiği takdirde nüks sık değildir. Bunun için agresive yaklaşımla kistoredüktif cerrahi ile birlikte peritonektomi önerilmektedir. Biz de kitlenin küçük olması nedeniyle temiz cerrahi sınırla

tamamını laparoskopik yöntemle çıkarmayı başardık. Nüks tespit edildiği takdirde ikinci bir cerrahi girişim yerine antiöstrojenler veya gonadotropin analogları ile hormonal terapi, hipertermik intraperitoneal kemoterapi ve tetrasiklinle sikloterapi önerilmektedir. Ancak başarıları değişkendir. Benign natürde olmaları nedeniyle cerrahi sonrası adjuvan olarak kemoterapi ve radyoterapi önerilmemektedir.

Sonuç olarak iyi huylu bir tümöral yapı olan BCM, preoperatif tanısı güç olmasına rağmen rezeksiyon yöntemi ile tedavisi mümkün olmaktadır. Kistik görünüm mevcudiyetinde akla gelmelidir ve mutlaka tümüyle çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic peritoneal mesothelioma: A report with electron microscopy of a case mimicking intraabdominal cystic hygroma (lymphangioma). Cancer 1979; 44: 692.
2. Akata D, Arat A, Ozdogan M. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum. Abdom Imaging 1999; 24: 188.
3. Tangjitgamol S, Erlichman J, Northrup H, Malpica A, Wang X, Lee E, et al. Benign multicystic peritoneal mesothelioma: cases reports in the family with diverticulosis and literature review. Int J Gynecol Cancer 2005; 15: 1101-7.
4. O'Neil JD, Ros PR, Storm BL, Buck JL, Wilkinson EJ. Cystic mesothelioma of the peritoneum. Radiology 1989; 170: 333-7.
5. Samson P, Cacala S. Rare case of benign multicystic peritoneal mesothelioma. A letter. ANZ J Surg 2005; 75(7): 619-20.
6. Safioleas MC, Kontzoglou C, Stamakos M, Glaslakitiotis K, Safioleas C, Kostakis A. Benign multicystic peritoneal mesothelioma: A case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2006; 12(35): 5739-42.

YAZIŞMA ADRESİ

M.Fatih YÜZBAŞIOĞLU
Kahramanmaraş Sütcü İmam Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Genel Cerrahi ABD 46050
KAHRAMANMARAS, TÜRKİYE

Fax : 0 344 2212371-307
Tel : 0 505 4688511

Geliş Tarihi : 02.10.2007
Kabul Tarihi : 19.02.2008