

Olgu Sunumu

Mezenterik Dermoid Kist: Olgu Sunumu

Dermoid Cyst of the Mesentery: Case Report

Zeynep SÖNMEZİŞİK¹, Burcu ANIL¹, Muammer Hakkı KARAKAŞ¹

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Dermoid kist matür teratomların alt grubu olup ağırlıklı olarak ektodermal elemanlar içerir. Mezenterik dermoid kist abdominal bölgede oldukça nadir rastlanan bir tümördür ve mezenterik kistik lezyonların ayırıcı tanısında yer almalıdır. Olgumuzda enfekte mezenterik dermoid kistin radyolojik bulguları ve zaman içerisinde takibinde kist çevresinde komşu mezenterde ortaya çıkan reaktif değişikliklerin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: dermoid kist, mezenter, mezenterik kist

SUMMARY

Dermoid cyst is a subgroup of mature teratoma that contains mainly ectodermal elements. Dermoid cyst of the mesentery is a rarely encountered tumor in abdominal region and it should be considered in the differential diagnosis of the cystic masses of the mesentery. Herein, we aim to present the radiologic findings in a spontaneously infected mesenteric dermoid cyst and the reactive changes in surrounding mesentery over time during follow-up.

Keywords: dermoid cyst, mesentery, mesenteric cyst

GİRİŞ

Mezenterik dermoid kistler yetişkinlerin oldukça nadir rastlanan mezenterik kistik lezyonlarından biridir. Dermoid kistler farklı germ hücre tabakalarından köken alır, matür elemanlar içerir, ayrıca enkapsüle ve yavaş büyüme eğilimindedirler. Genellikle solid ve kistik elemanların kombinasyonu şeklinde izlenirler; diş, saç, tırnak, kartilaj yağ, sebum, yağ gibi elemanlar içerebilirler. Genellikle overde görülmekle birlikte teorik olarak ektodermal hücrelerin migrasyon yolundaki her bölgede; orta hatta daha fazla olmak üzere görülebilirler. Sıklıkla çocuklarda ve 20 yaş altı popülasyonda tanı alırlar [1].

OLGU

44 yaşında 28 haftalık gebe hasta, hastanemiz acil servisine batın sol üst kadran ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde defans ya da rebound bulguları, laboratuvar tetkiklerinde acil abdominal patolojiye destekleyecek bulgu saptanmadı. Anamnezinde geçirilmiş operasyon öyküsü veya bilinen kronik hastalığı yoktu. Hastanın batın ultrasonografi incelemesinde (US) acil girişim gerektiren patoloji düşünülmemekle birlikte artan üst kadran ağrısı nedeniyle hastanın rızası alınarak acil üst batın manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı.

Olgunun üst batın MRG incelemesinde sol anterior pararenal FASYA ventralinde jejunal anslara komşu 38x50x42mm boyutlu içerisinde yağ/sıvı seviyelenmesi izlenen kistik lezyon saptandı. Kistik lezyon yağ içeriği nedeni ile mezenterik dermoid kist açısından anlamlı bulundu. Kiste komşu mezenter boyunca devamlılık gösteren efüzyon izlendi. Hastanın takibinde lökositoz saptanması üzerine kistik lezyonun enfekte olduğu sonucuna varıldı. Hasta genel cerrahi servisine interne edilip 10 gün antibiyoterapi uygulandı. Hastanın yaklaşık 10 gün sonra çekilen kontrol üst batın MRG incelemesinde kist medialinde izlenen yoğun içerikli sıvının loküle form aldığı ve yaklaşık 26x38mm büyüklüğüne ulaştığı saptandı.

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Zeynep SÖNMEZİŞİK, Dr.

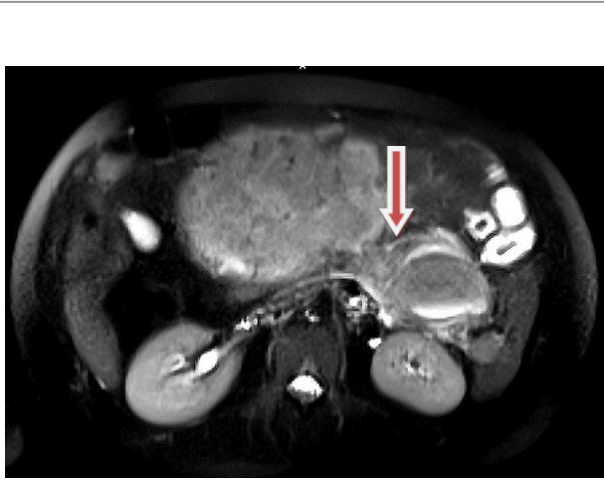
Yazışma Adresi: Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, E-5 Karayolu Üzeri, İçerenköy, Ataşehir, İstanbul

Tel: +90 (555) 547 49 66

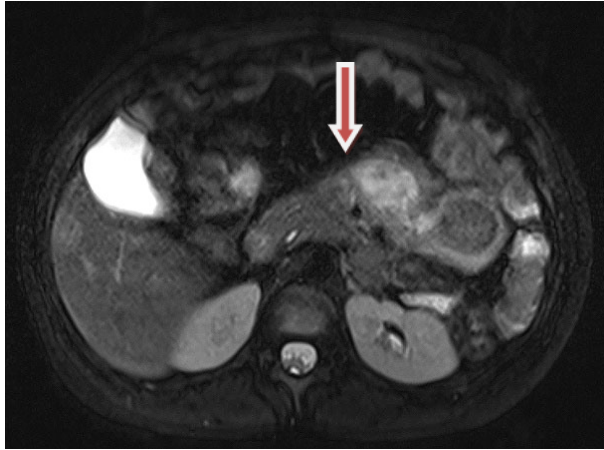
E-Posta: zeynepbirol163@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 19.04.2017

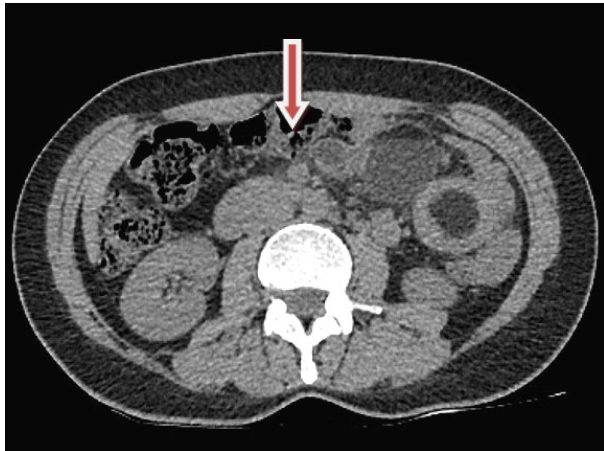
Makalenin Kabul Tarihi: 11.05.2017



Resim 1: MRG' de sol anterior pararenal fasya ventralinde T2 HASTE sekansında içerisinde yağ-sıvı seviyelenmesi izlenen mezenterik dermoid kist.



Resim 2: İlk incelemeden 10 gün sonra çekilen MRG' de yağ baskılı T2 sekansında kalın cidarlı mezenterik dermoid kistin medialinde loküle form alan kistik lezyon.



Resim 3: 1 yıl sonra çekilen kontrol BT' de batın sol üst kadranda, **Resim 1** ve **2** 'de tarif edilen lezyonların medialinde gelişen 3. kistik lezyon. **Resim 2** 'de izlenen loküle form alan kistik lezyonun boyutları artmış olup BT incelemede dermoid kist ile uyumlu yağ-sıvı seviyelenmesi göstermektedir.

Hastanın tedavi sonrası şikayetlerinin ve lökositözünün gerilemesi üzerine hasta taburcu edildi ve elektif şartlarda gebelik sonrası kontrolü uygun bulundu.

Hastanın yaklaşık 1 sene sonra çekilen kontrol bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, sol üst kadranda tarif edilen dermoid kistin sebat etmekte olduğu, medialinde izlenen kistik lezyonun 37x38 mm'ye ulaştığı gözlemlendi. Medial yerleşimli kistik lezyonun da yağ/yoğun içerikli sıvı seviyelenmesi gösterdiği gözlemlendi. Ek olarak bu kistin medialinde 25x20 mm boyutlu yoğun içerikli 3. bir kistin geliştiği görüldü. Hastaya bu incelemeden 3 ay sonra sırta vuran karın ağrısı şikayetinin gerilememesi üzerine genel cerrahi tarafından kist rezeksiyonu uygulandı ve patolojisi dermoid kist ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA

Dermoid kistler erişkin popülasyonda ve mezenterik lokalizasyonda oldukça nadir görülürler. Oluşum mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte literatürde omental ve ileoçekal dermoid kistlerin oluşum mekanizmaları üzerine yapılan çalışmalarda bazı hipotezler öne sürülmüştür. Bunlarda bazıları; primitif totipotent germ hücrelerinin gestasyonun 3-6 haftalarında yolk saktan çıkarak ürogenital ridge'e göçü sırasında sıkışması ve dermoidin bu dokudan köken alması [2, 3]. Dermoidin omentumda yer alan over dokusundan ya da genital ridge'de yer alan totipotent hücre remnantlarından köken almasıdır [4-6].

Embriyolojik dönemde overler abdominal kaviteden pelvise göç etmektedir. Yukarıda bahsedilen mekanizmalara benzer şekilde olgumuzda sol üst kadranda saptanan mezenterik dermoid kist, göç sırasında bu alanda sıkışmış ya da bu lokalizasyona implante olmuş totipotent hücrelerden gelişmiş olabilir. Ayrıca olgumuzda dermoid kistin çevresinde gelişen inflamasyona bağlı, komşuluğunda zaman içinde ikinci bir dermoid kistin oluşumu da izlenmektedir. Bu bulgular dermoid kist içeriğinin dışarı açıldığı takdirde implante olabileceğini göstermektedir. Nitekim cerrahi sırasında rüptür sonrası batin içine yayılan kist içeriğinin kimyasal peritonite sebep olabileceği ve peritonda kalınlaşma, mezenterde çizgilenme gibi bulgular ile peritoneal karsinomatozisi taklit edebileceği gösterilmiştir [7].

Dermoid kistlerin tanısında ve takibinde US ilk planda tercih edilen görüntüleme yöntemidir BT'nin tanıdaki duyarlılığı oldukça yüksektir, fakat iyonizan radyasyon maruziyeti sebebi ile

rutinde tanı ve takip amacı ile tercih edilmez [8]. BT’de izlenen yağ dansitesi, yağ, sıvı seviyelenmesi, rokitansky nodülü, saç yumakları, kalsifikasyonlar tanımı %98 oranında koymamızı sağlar [9].

Matür teratomlar genellikle benign olmakla birlikte embriyonik doku içerenler metastaz yapabilir. Bu nedenle histolojik matür karakter, bize tümör davranışı hakkında kesin bilgi veremez [10]. Ayrıca 10 cm’den büyük, düzensiz sınırlı, kontrastlanan yumuşak doku komponentinin izlendiği kitlelerde malin transformasyon olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır [9].

Mezenterik ya da omentalkistik karakterde bir kitlenin ayırıcı tanısında mezenterik ve omental kistler (lenfanjiyom, enterikduplikasyon kistleri, enterik kistler, psödokistler), kistik teratomlar, kistik iğsi hücreli tümörler ve kistik mezotelyomalar düşünülmelidir. Bunlardan en sık karşılaşılanı ise lenfanjiyomdur [11]. Enterik kist dışındaki mezenterik kistler cerrahi olarak enükleasyon uygulanarak tedavi edilir. Enterik kistler ise barsaklar ile aynı kaynaktan beslendiğinden barsak rezeksiyonu ile birlikte çıkarılmaları gerekir [12].

Vakamızda sunulan dermoid kist spontan enfekte olarak prezente olması, mezenterik lokalizasyonu ve zaman içinde komşu mezenterik planlara implantasyon yapması özellikleri ile literatürde ilk olma özelliği taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Yu C. W, Liu KL, Lin, WC, Li YW. Mature cystic teratoma of the pancreas in a child. *Pediatr Radiol*, 2003; 33(4), 266-8.
2. Printz, JL, Choate, JW, Townes, PL, Harper, RC. The embryology of supernumerary ovaries. *Obstetr Gynecol* 1973;41(2), 246-52.
3. Shah, RS, Kaddu, SJ, Kirtane JM. Benign mature teratoma of the large bowel: a case report. *J Pediatr Surg* 1996;31(5), 701-2.
4. Hogan, ML, Barber DD, Kaufman RH. Dermoid Cyst in Supernumerary Ovary of the Greater Omentum. *Obstetr Gynecol* 1967;29(3), 405-8.
5. Gowdy JM. Dermoid cyst of the cecum. *Gastroenterology*, 1956;31(4), 447.
6. Kay S. Teratoid cyst of the cecum. *Dig Dis Sci* 1971;16(3), 265-8.
7. Erbay G, Ozen M, Karadeli E. Ruptured ovarian dermoid cyst mimicking peritoneal carcinomatosis: CT and MRI. *J Clin Anal Med* 2015;6:701-3.
8. van Aalst J, Hoekstra F, Beuls EAM, Cornips EMJ, Weber JW, Sival DA et al. Intraspinal dermoid and epidermoid tumors: report of 18 cases and reappraisal of the literature. *Pediatr Neurosurg* 2009;45(4), 281-90.
9. Najjar MW, Kusske JA, Hasso AN. Dorsal intramedullary dermoids. *Neurosurg Rev*. 2005, 28: 320-325.
10. Deppe G, Malviya, VK, Jacobs, AJ. Extragonadal, mature, solid teratoma with omental implants. A case report. *The J Reprod Med* 1988;33(9), 792-4.
11. Stoupis C, Ros PR, Abbitt PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: imaging of cystic mesenteric or omental masses. *Radiographics* 1994;14(4), 729-37.
12. Sikora Z, Rylski J. Case of traumatic cyst of intestinal mesentery in a child. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1977;49(2), 157.