

BURSA OMANTALİS'TE KİSTİK TÜMÖRAL KİTLE (*)

Dr. Nurettin Apaydın - Dr. Uğur Sayman

Bugün sizlere (Bursa omantaliste) lokalizasyon gösteren ve orijini hakkında kesin bir yargıya varamadığımız, cerrahî müdahale ile çıkarılmış kistik bir tümörün observasyonunu sunacağız.

Ancak, cerrahi ile ve bilhassa karın cerrahisi ile teknik yönden yakından ilgili olmayanlar ile anatominin ayrıntılı özelliklerini belki unutmuş olanlarından özür dileyerek bu anatomik boşluğun başlangıçta biraz tarifini yapmak zorunluğunu duyuyoruz.

Bursa omantalıs peritonun mezokolon üst bölgesindeki geniş bir divertiküldür. Şematik olarak da gösterildiği gibi karnın arka bölgesindeki organlar ve midenin arka yüzüyle komşuluğu bulunmaktadır. Peritonun bu divertiküler boşluğu yanında peritoneal likit ve patolojik projelerinin birinin diğerine kolaylıkla geçtikleri topoğrafik bölümlerini de kısaca sıralayabiliriz.

Şayet, prosessüs ksifoiden pubise kadar uzanan bir insizyonla karnı açacak olursak peritonun büyük boşluğuna vasıl olmuş oluruz. Buna previsseral boşluk adı verilir. Bu boşluğun ön yüzünü periyatal periton kaplar. Arka yüzünü ise daha çok visseral periton ile kaplanmış organlar ve omentum majusun ön yüzü teşkil eder. Bunun yanında periton boşluğunun diğer topoğrafik bölümleri de şunlardır:

Mezokolon üstündeki bölge,

Mezokolon altındaki bölge,

Pelvis bölgesi.

Mezokolon üzerindeki katta karaciğer, dalak, mide ve pankreas bulunur. Bu boşluğun ön duvarını previsseral kavite ve bu kavitenin açık olduğu yerlerde karın ön duvarı, arkada ise dorso lomber bölge, yukarıda diyafragma kubbesi, aşağıda ise tranvers kolon ve onun mezozosu ile yanlara doğru uzanan sağ ve sol iki ligament freno-kolikler teşkil eder.

Şayet omentum majus karın ön duvarına sütüre edilmiş veya adrens dolayısıyla yapışmışsa mezokolon alt katından tamamen ayrıl-

(*) Şişli Çocuk Hastanesi II. Hariciye Kliniği.

miş olur. Ancak, burada yine kolik açılarla ve kolik gudyerler yoluyla mezokolon boşlukları arasında iştirakler vardır.

Mezokolon üstü bölgenin belirgin dört loju vardır. Bunlardan birisi Bursa omentalis veya epiplonun arka çukurudur. Diğerleri ise, interhepeto-diyafragmatik loj, karaciğer altı loju, gastrik loj.

Mezokolon altı boşluğu:

Bu bölge, yukarda tranvers kolon ve onun mezosu, aşağıda pelviyen kolon ve yine bu kolonun mezosu, önde previsseral boşluk ve karın ön cidarı ile omentum majus, arkada akrın arka cidarı, yanlarda karın anterolateral bölgesi. Bu bölge ayrıca sağ ve sol, ön ve arka olmak üzere dört bölgeye ayrılır. Bu bölge karın boşluğunun en büyük boşluğu olup hemen hemen tamamen barsak kitleri ile doludur.

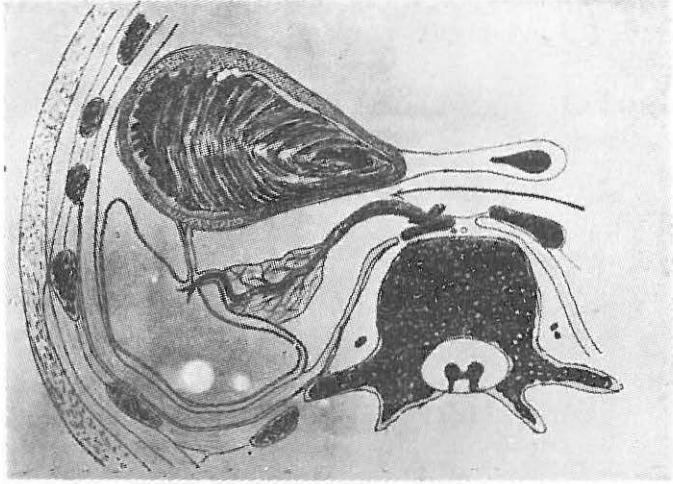
Son olarak pelvis boşluğunu belirlemek istiyorum. Peritonun bu katı daha çok jinekolojik çalışmalara sahne olmakla birlikte alt karın cerrahisi ve ürolojik operasyonlarda da bilinmesi gereken bir küldösaktır.

Seröz peritonealin alk kısmını teşkil eden bu oldukça geniş küldösak küçük havsaladaki organların duvarlarını da örtmektedir. Şayet kolon S ilyak'ın mezosu iyice teşekkül etmişse ve mesanenin arka duvarına kadar uzanıyorsa o zaman bu mezo marifetiyle peritoneal kavite ve pelvis boşluğu arasında adeta hakikî bir bölme meydana gelmiş olur. Bu nedenle pelviyen menşeli infeksiyonlar, hematomlar pelvis boşluğunda lokalize olma şansına sahip olurlar. Bu oluşumdan hareket ederek küçük havsala üzerindeki organlar için yapılan müdahalelerden sonra kolon S ilyak ve onun mezosu ile mesane arasında artifisiyel bir sütürün konulması (Peritonizasyon Haute) gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bunun aksi yapılda yani pelviyen kolonun mezosunun kısa olduğu hallerde iki kavite arasında geniş bir iştiaak kendiliğinden meydana gelmektedir.

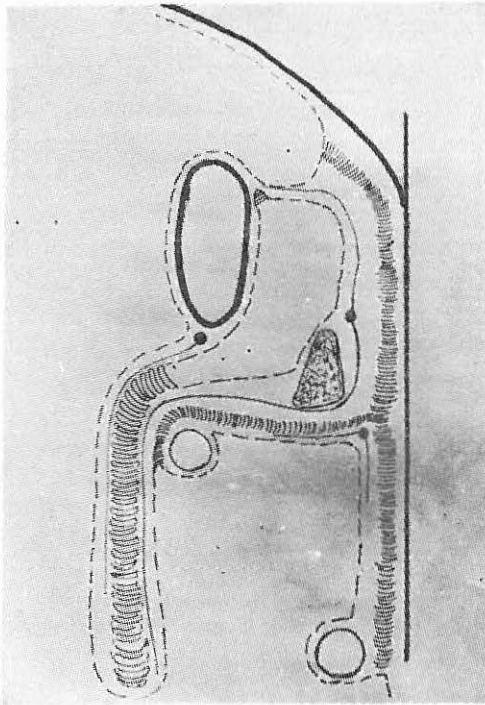
Bu arada pelvis boşluğunun bir resesüsü olan Duglas çukuru ve bunun gerek kadında gerekse erkekte farklılığını zikretmeğe lüzum görmüyorum.

Peritonun boşluklarını kısaca özetledikten sonra şimdi yine Bursa omentalise dönerek biraz daha ayrıntılı bilgi verelim.

Büyük karın boşluğundan hepimizin adını bildiği Winslov deliği ile ayrılmıştır, veya bu delikle iştiraklidir. Bu orofis karaciğer pedikülünün arkasına yerleşmiş dar bir deliktir. Bazı şahıslarda bu deliğin üzerini örten safra kesesinin fundusuna kadar uzanan ligamenter bir oluşum görülebilir. Bazı ahvalde infundibuler bir şekildedir.



Resim 1) Bursa omentalis.



Resim 2) Bursa omentalis.

Winslov deliğinin bulunduğu yerden biri horizontal diğeri vertikal iki kesit yaparak tetkik edecek olursak Bursa omentalisi ve Winslov'un özelliğini daha iyi anlamış oluruz.

Sizlere, observasyonunu taktim edeceğimiz vak'anın lokalizasyonunu şemada görüldüğü gibi bilgilerinize sunduktan sonra bir kaç kelime ile bu boşluğa vasıl olunacak yolları söylemek istiyorum.

Bunlardan birincisi küçük epiplonun (gastrohepatik ligamanın) açılması ile vasıl olunan yol, ikincisi ise kolon tranversin kaldırılması ve mezokolonun ortaya çıkarılarak buradan Bursa omentalis boşluğuna girilmesi, üçüncüsü gastrokolik ligament yolu, dördüncüsü ise omentum majusun dekole edilerek kolon tranversin ön yüzü hizasında intercoloepiploik manevrayla vasıl olmak.

Vak'a:

D.K. 7 yaşında bir kız çocuğu. Anne ve babası ile bir kardeşi sağ ve sıhhatte. Ailevi bir hastalık tarif edilmiyor. Bu yaşına kadar su çiçeği, boğmaca ve kızamık geçirmiş.

Kliniğimize Hastanemiz Çocuk Servisinden nakledilmiştir. Hikâyesi; ise şu şekilde anlatılmaktadır.

Takriben 2,5 ay kadar önce ateşli, bulantı ve kusma ile seyreden ve kısa süren bir hastalık geçirmiş. Bundan sonra hastanın karnının şiştiğini ailesi fark etmiş ve doktora müracaat etmişler. Bilmediğimiz bir tedavi uygulandıktan sonra karnındaki şişlik bir parça küçülmüşse de tamamen geçmediğinden 9.12.1974 atriğinde Hastanemiz Çocuk servisine yatırılmıştır. Burada 12 gün kadar yatırılarak tetkik edilen hasta ateşsiz bir seyir takip etmiştir. 3.500.000 civarında eritrosit, % 60 Hb. 6.000 kadar da lökosit sayımı bulunmuştur. Hastaya G.C.G. aşısı yapılmış olduğu kaydedilmiş, Mantu reaksiyonu da negatif olduğu görülmüştür. Wainberg ve Cazoni reaksiyonları negatif gelmiş. Çocuk servisinde yapılan incelemeler sonucunda batında retro-peritoneal bir oluşumdan şüphelenilerek direkt karın, lavman opak ve ürografik tetkik yapılmıştır. Direkt batın grafisinde lomber bölgeyi kaplıyan ve barsak gazlarını çevreye iten homojen bir opasite dikkati çekmektedir. Ürografik tetkikte muhtemel zamanlarda çekilen filimlerde böbrek fonksiyonlarının her iki tarafta farklı bir süzüntü gösterdiği ve bunun sonucu olarak sağ üreterokalisiyel sistemdeki dolgunluğun tümöral kitle baskısı ile meydana geldiği anlaşılmıştır. Bu hususta şahsî kanaatim rontgen mütehassısı arkadaşımın belirttiğinin aksi şeklinde olup sol tarafın baskı altında oldu-

ğunu tahmin etmekteyim. Diğer taraftan aynı hastaya yapılmış olan lavman opakla kolon tetkikinde tümöral teşekkülü demonstre edecek klişeler elde edilememiştir.

Aynı hastaya yapılan iskelet sistemi garfilerinde kemiklerinde böbrekten menşeyini almış bir tümörün metastazları aranmıştır? Servisimize initalinden sonra tarafımızdan yapılan muayenelerinde;

Lokal muayene = Karın normal bombeliğini kaybetmiş, asimetric görünüyor. Solunuma katılıyor. Göbek çevresi ve sağ hipokondrium da üzerinde venöz dolgunluk olmayan kabarıklık görünüyor. Peristaltik ve antiperistaltik dalga tesbit edilmiyor.

Palpasyonla karın normal yumuşaklıkta, göbek çevresi ve sağ hipokondrium bölgesini kaplayan fazla sert ve üzeri pürtüklü olmayan, kenarları düzensiz, yaklaşık olarak bir çocuk başı büyüklüğünde bir kitle ele geliyor. Kitle deriye yapışık olmayıp, mobil ve solunumla hareketli.

Perküsyonla aynı bölgede kitleye ait matite alınıyor. Karaciğer matitesi 6 İ.K.A. da başlayıp kitlenin alt kenarının bulunduğu sağ fossa iliaca'ya kadar devam ediyor. Dalak ele gelmiyor. Traube açık.

Kanama zamanı = 2', Pıhtılaşma zamanı = 6', Lökosit = 5.300, eritrosit = 4.050.000, Hb = % 80. Sedimantasyon 1/2 saatte = 10 mm. 1 saatte = 23 mm. 2 saatte = 45 mm. Kan grubu = A Rh(+) pozitif. Lökosit formülü; Çomak = 2, parçalı = 64, eozinofil = 2, lenfosit = 32 Tam idrar tahlili normal değerlerde.

Akciğer grafisinde diyafragmalar biraz yukarıda olup her iki tarafta pnömonik homojen olmayan opasiteler tesbit edilmiştir.

Bu durum karşısında gerekli hazırlayıcı tedaviden sonra 13.1.1975 tarihinde genel anestezi altında göbek üstü ve kısmen altı median bir insizyonla laparatomize edilmiştir. Batın açıldığında previsseral organların normal pozisyonunda ve patolojik olmayan bir durumda olduğu görüldü. Midenin yukarıya doğru itilmiş olduğu gastrokolik ligamantın yukarı ve aşağıya kısmen yanlara doğru uzamış, gerilemiş ve kalınlığının da incelmiş olduğu görüldü. Pankreasın normal cesamette ve renkte bulunduğu, mezokolon transvers kaldırılmak suretiyle görüldü. Gastrokolik ligamant tümörün üzerinden debride edilerek tümör dokusunun üzerine vasıl olundu. İnce cidarlı şeffaf, etrafıyla kolaylıkla ayrılabilen yumşak iltisaklarının bulunduğu görülen kitle

künt dikseksiyon ve el yardımıyla kolaylıkla çıkarıldı. Çıkarılan kistik teşekkül 20 cm kadar uzunlukta 15 cm genişliğinde bir teşekküldü. Kistin çıkarıldığı lej kontrol edildi. Drainajsız olarak ve gastrokolik ligamant kapatıldıktan sonra batın tabakavari sütüre edildi.

Ameliyat sonrası normal seyretti. 8. gün dikişleri alındı ve 10. gün şifa ile servisten çıkarıldı.

Dr. Fatih Ali Yücel tarafından 20.1.1975 tarih 48/75 prot. anatomo patolojik tetkik raporunda; Makroskopik olarak, ince cidarlı içinde mayii dolu kistik bir tümöral teşekkül tesbit edilmiştir. Mayinin vasfı kirli koyu kahve renkli olduğu görülmüştür.

Mikroskopik olarak ödemli hiyalin bağ dokusundan yapılmış bir cidar görüldüğü ve iç yüzünde epitelin olmadığı, bol lenfosit infiltrasyonu olduğu bildirilmiştir. Netice olarak Kist cidarı değimi kullanılmıştır.

Sonuç; Peritonun bir küldösakı olan Bursa omantalisde gelişen ve civarındaki hiç bir organla iştiraki olmayan bu kistik teşekkülün husule gelişi karşısında önceleri bu boşluğu dolduran ve özellikle pankreas yaralanmaları sonucu husule gelen bir hemetom kistik düşünmek yerinde olursa da böyle bir teşekkülün etiolojisinde mevcut travmanın bahsedilmeyişi ve ameliyat esnasında da bu çeşit kistlerin enüksiyonunun kolay olmayışı ancak drainajın yapılabilceği karşısında böyle bir psödopankreas kisti düşünülmemiştir. Ancak kist mayinin selüler veya biyolojik muayenelerinin yapılmamış olmalarını eksik kalan bir çalışma olarak zikretmek isterim.

Bunun dışında bütün seröz boşluklarda ve seröz yaprakların bulunduğu bölgelerde husule gelen kistlerde olduğu gibi, meselâ peritonun, plavranın perikardın ve mezenteriyumun ve hatta retroperitoneal bölgedeki bazı kistlerin husule gelişindeki fizyo patolojik ve etiolojik nedenler bugün için dahi tam olarak aydınlanmış değildir. Bu arada bizim hastamızda başlangıç devresinde olduğu gibi bronko-pulmoner bir infeksiyon belki kistin teşekkülünde amil olmuştur.

Her haliyle etiolojisi ve patolojisi aydınlanmış olmıyan bu vak'a'nın cerrahi olarak tedavi edilişi hasta lehine başarılı olmuştur.

Ayrıca resmi de çekilmiş bulunan fakat bugün için huzuruza getiremediğimiz bu vak'a dolayısıyla Çocuk servisi arkadaşlarımıza ve diğer emeği geçen bize yardımcı şubelere teşekkür eder saygılarımızı sunarız.

Özet

Bursa omentaliste lokalize olan 20-15 cm. çapındaki bir batın kistti dolayısıyla kisttin lokalizasyonu ve omentum majusun anatomisi hakkında ve ayrıca yapılan cerrahi müdahale ve sonucuna ait bilgi verilmiştir.

Summary

In a case of a cyst in Omental Bursa, the necessary surgical intervention and the result of operation have been discussed.