

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ραγείσα Κύστη Μεσεντερίου: παρουσίαση περιστατικού**Ε. Τσόβολου, Σ. Φουρνογεράκης, Π. Χαρατσάρης, Γ. Μπουρικής.**

Β' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κύστες του μεσεντερίου συνήθως εμφανίζονται με μη ειδικά συμπτώματα. Η προεγχειρητική διάγνωση αποσκοπεί να εντοπίσει την θέση και το μέγεθος της κύστης, καθώς και τη σχέση της κύστης με τους περιβάλλοντες ιστούς. Η σωστή αρχική διάγνωση επιτυγχάνεται με την προσεκτική εκτίμηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ασθενούς και των απεικονιστικών ευρημάτων, με τη μαγνητική τομογραφία να προσφέρει μεγαλύτερη ακρίβεια. Η χειρουργική εκτομή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τις κύστες του μεσεντερίου, με πιο προτιμητέα μέθοδο την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική. Παρουσιάζουμε μία γυναίκα 45 ετών που παραπονέθηκε για οξύ κοιλιακό άλγος κυρίως στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας. Η αξονική τομογραφία της κοιλίας ανέδειξε μία πολύχωρη κύστη στη δεξιά άνω κοιλία με διαστάσεις 8x6 εκατοστά και αρκετό ελεύθερο υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Υποβλήθηκε σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία, όπου αναδείχθηκε ραγείσα πολύχωρη κύστη μεσεντερίου σε στενή ανατομική σχέση με τα άνω μεσεντέρια αγγεία. Διενεργήθηκε μερική εκτομή της κύστης και μαρσιποποίηση αυτής και η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Όμως δύο χρόνια αργότερα η αξονική τομογραφία ανέδειξε επανεμφάνιση της κύστης και η ασθενής υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση με επιτυχή διενέργεια ολικής χειρουργικής εξαίρεσης της κύστης.

Λέξεις ευρετηρίου: κύστη μεσεντερίου, οξύ κοιλιακό άλγος

Ε. Τσόβολου, Σ. Φουρνογεράκης, Π. Χαρατσάρης, Γ. Μπουρικής. Ραγείσα κύστη μεσεντερίου: παρουσίαση περιστατικού. Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(4):678-683

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κύστες του μεσεντερίου και επιπλόου, είναι σπάνιες καλοήθεις βλάβες εκ των οποίων περίπου το 30% αφορά σε παιδιά ηλικίας άνω των πέντε ετών. Είναι οι κύστες με εντόπιση στο μεσεντέριο ή στο μείζον ή έλασσον επίπλου. Είναι απλές ή πολλαπλές, μονόχωροι ή πολύχωροι σχηματισμοί με περιεχόμενο ορώδες, χυλώδες, αιμορραγικό ή επιμολυσμένο υγρό. Οι κύστες του μεσεντερίου είναι καλοήθεις σε ποσοστό 97%. Είναι επίσης κατά 4,5 φορές συχνότερες από τις κύστες του

επιπλόου. Και οι δύο αυτές κατηγορίες δημιουργούνται από καλοήθη υπερπλασία έκτοπων λεμφαγγείων, τα οποία δεν επικοινωνούν με το φυσιολογικό λεμφικό σύστημα. Εντοπίζονται οπουδήποτε στο μεσεντέριο του γαστρεντερικού σωλήνα, από το 12/λο μέχρι το ορθό και από τη ρίζα του μεσεντερίου μέχρι το οπισθοπεριτόναιο, αλλά κυρίως στο μεσεντέριο του ειλεού και το σιγμοειδές μεσόκολο [1, 2].

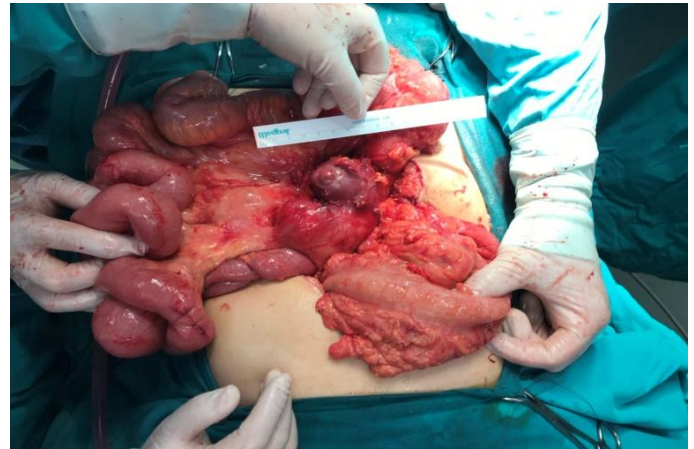
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρουσιάζουμε γυναίκα 45 ετών που προσήλθε στο Χειρουργικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αργά το βράδυ εμπόρετη έως 38 °C με διάχυτο κοιλιακό άλγος και εμέτους, συμπτώματα που αφύπνησαν την ασθενή. Η κλινική εξέταση ανέδειξε εικόνα οξείας κοιλίας χαρακτηριζόμενη από κοιλιακό άλγος με αναπηδωσα ευαισθησία και επίταση του άλγους κυρίως στη δεξιά πλάγια κοιλία. Το ατομικό της αναμνηστικό περιλάμβανε μία ερευνητική λαπαροτομία προ τριετίας λόγω ραγείσας κύστης μεσεντερίου και τακτική παρακολούθηση έκτοτε με υπερηχογράφημα κοιλίας. Δεν ανέφερε άλλα προβλήματα υγείας.

Η αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας ανέδειξε την παρουσία πολύχωρου κυστικού σχηματισμού στη ΔΕ πλάγια κοιλία διαστάσεων 8εκ. x6εκ. που προκαλεί πιεστικά φαινόμενα επί των παρακείμενων οργάνων και ασαφοποίηση του πέριξ κυτταρολιπώδους ιστού.



Εικόνα 1. Πολύχωρος κυστικός σχηματισμός ΔΕ πλάγιας κοιλίας.



Εικόνα 2. Πολύχωρο κυστικό μόρφωμα επί της ρίζας του μεσεντερίου.

Παρουσία πολλαπλών χειρουργικών ανγκτήρων σχετιζόμενων με το προγενέστερο χειρουργείο. Αρκετή ποσότητα ελεύθερου υγρού σε όλους τους περιτοναϊκούς χώρους. Αρκετοί μεσεντέριοι και παραορτικοί λεμφαδένες μεγίστου εύρους έως 12 χιλιοστά.

Χειρουργική προσέγγιση

Η ασθενής οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο και υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία. Κατά την είσοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα ανευρέθηκε μεγάλη ποσότητα πυώδους υγρού σε όλα τα διαμερίσματα της κοιλίας, καθώς και πολύχωρο κυστικό μόρφωμα μερικώς ραγέν κάτωθεν του εγκαρσίου κόλου επί της ρίζας του μεσεντερίου του λεπτού εντέρου. Η εκπυρήνιση του μορφώματος δεν κατέστη δυνατή λόγω των στερεών συμφύσεων του με τα άνω μεσεντέρια αγγεία.

ενδοθήλιο με αρκετά φλεγμονώδη κύτταρα και χωρίς στοιχεία κακοήθειας.

Περαιτέρω έλεγχος και παρακολούθηση

Η ασθενής έκτοτε παρακολουθείται σε τακτική βάση με απεικονιστικό έλεγχο και δύο έτη μετά εμφάνισε υποτροπή με δημιουργία της κύστης εκ νέου. Λόγω της στενής σχέσης του μορφώματος με τα άνω μεσεντέρια αγγεία και ελλείπει αγγειοχειρουργού στο νοσοκομείο μας, η ασθενής υποβλήθηκε σε νέα χειρουργική επέμβαση αλλαγού όπου διενεργήθηκε επιτυχής εκπυρήνιση του ως άνω κυστικού σχηματισμού.

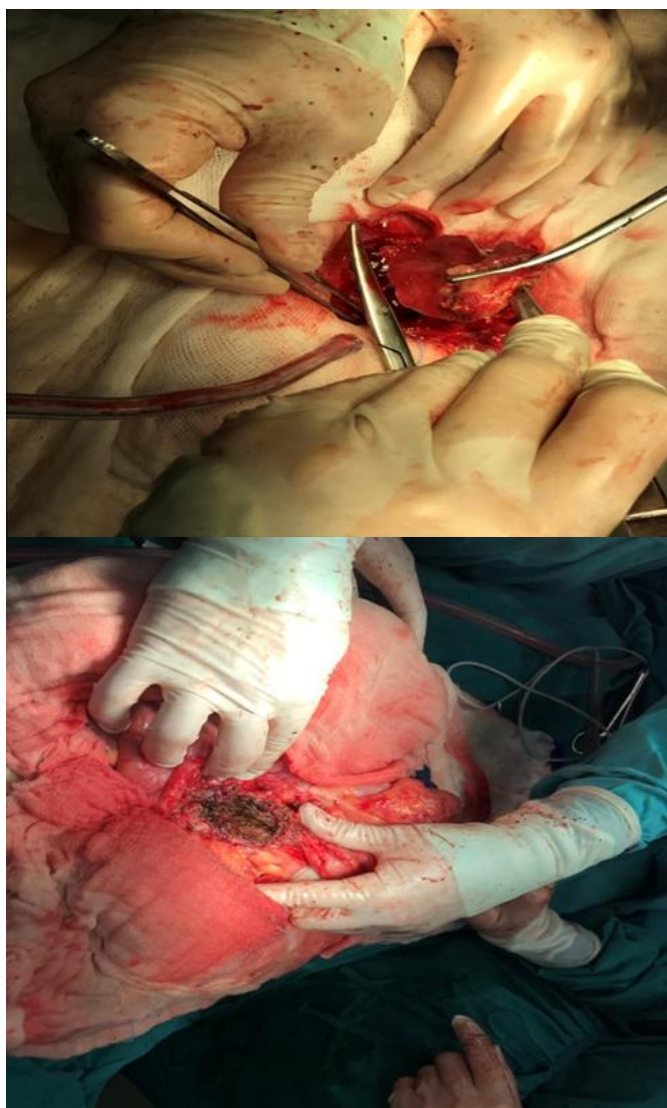
ΣΧΟΛΙΟ

Επιδημιολογία- ηλικία εμφάνισης

Η κύστη μεσεντερίου αποτελεί έναν από τους σπάνιους καλοήθεις όγκους της κοιλίας με συχνότητα εμφάνισης 1/100.000 στους ενήλικες, 1/20.000 στα παιδιά και με αναλογία 1:2 άνδρες προς γυναίκες. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά η πιο συχνή ηλικία εμφάνισης είναι ανάμεσα στα 40 έως 70 έτη. Το 1/3 των περιπτώσεων αφορά παιδιά κάτω των 15 ετών. Το ποσοστό κακοήθειας είναι περίπου 3%. Το 1507 ο Ιταλός ανατόμος Benevenni περιέγραψε πρώτος αυτή την οντότητα. Το 1842 ο von Rokitansky δημοσίευσε την πρώτη λεπτομερή περιγραφή μιας λεμφογενούς κύστης μεσεντερίου, το 1880 ο Γάλλος Tillaux έκανε την πρώτη επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση μιας λεμφογενούς κύστης μεσεντερίου και το 1883 ο Γάλλος Pean πραγματοποίησε την πρώτη μαρσιποποίηση κύστης [1, 2].

Αιτιολογία - εντόπιση

Η ακριβής αιτιολογία της κύστης μεσεντερίου δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως.



Εικόνα 3, 4. Εκτομή τμήματος του κυστικού σχηματισμού και αιμοστατική μαρσιποποίηση.

Διενεργήθηκε εκτομή του μεγαλύτερου τμήματος του κυστικού μορφώματος, καυτηριασμός του βλεννογόνου της εναπομείνουσας κοιλότητας και αιμοστατική μαρσιποποίηση της περιφέρειας αυτής. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα έλαβε εξιτήριο.

Ιστολογική έκθεση

Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τμήμα κύστης επενδεδυμένο από επίπεδο

Πιθανολογείται ότι οφείλεται είτε στη μη ευχερή επικοινωνία των λεμφαδένων με το λεμφικό ή φλεβικό σύστημα είτε στην απόφραξη των λεμφαγγείων ως αποτέλεσμα του τραύματος, λοίμωξης ή νεοπλασματος. Η πιο αποδεκτή θεωρία που έχει προταθεί από τον Gross, είναι η επικράτηση έκτοπων λεμφαγγείων στο μεσεντέριο που δεν τυγχάνουν απορροής στο κυρίως λεμφικό σύστημα.

Μπορεί να εμφανιστεί στο μεσεντέριο του γαστρεντερικού συστήματος από το δωδεκαδάκτυλο έως το ορθό. Σε μία μελέτη 162 ασθενών, το 60% των κύστεων εμφανίστηκαν στο μεσεντέριο του λεπτού εντέρου, 20% του παχέος εντέρου και 15% στο οπίσθιο περιτόναιο [3].

Ιστοπαθολογία

Οι κύστεις του μεσεντερίου μπορεί να είναι απλές ή πολλαπλές, μονόχωρες ή πολύχωρες και επίσης μπορεί να περιέχουν αιμορραγικό, ορώδες, χυλώδες ή επιμολυσμένο υγρό. Το μέγεθος μπορεί να ποικίλλει από λίγα χιλιοστά έως αρκετά εκατοστά σε διάμετρο. Το 2000 ο Perrot et al δημιούργησε μία κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιείται πιο συχνά, σύμφωνα με την οποία οι μεσεντερικές κύστεις διαιρούνται σε έξι ομάδες ανάλογα με τα ιστολογικά τους χαρακτηριστικά: ώριμο κυστικό τεράτωμα, λεμφαγγειακή κύστη, ουρογεννητική κύστη, μεσοθηλιακή κύστη, εντερική κύστη και ψευδοκύστη [3].

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει μη ειδικό κοιλιακό άλγος (82%), ναυτία και έμετο (45%), δυσκοιλιότητα (27%), διάρροια (6%) ή και οξεία κοιλία. Ψηλαφητή μάζα κοιλίας

μπορεί να ανευρεθεί σε ποσοστό 61% των ασθενών.

Δευτεροπαθείς επιπλοκές συσχετιζόμενες με την κύστη μεσεντερίου είναι η ρήξη, αιμορραγία, αποφρακτικός ειλεός, δημιουργία εσωτερικής κήλης με συστροφή εντέρου καθώς και διαπύηση [2, 3].

Διάγνωση - Απεικόνιση

Ένας κυστικός όγκος είναι συνήθως ορατός στο υπερηχογράφημα και το περιεχόμενό του μπορεί να δημιουργεί υγρο - υγρικό επίπεδο. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία της κοιλίας με σκιαγραφικό μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην πιο ακριβή μέτρηση των διαστάσεων του όγκου, στην οριοθέτηση της έκτασης, τη συσχέτισή του με τα γειτονικά όργανα της κοιλίας καθώς και την ανάδειξη της πιθανής επέκτασης του όγκου στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο [4].

Θεραπεία

Η κύστη μεσεντερίου πρέπει να εκτιμάται με τη λήψη καλού ιστορικού, την κλινική εξέταση, αιματολογικές εξετάσεις και την ακτινολογική διερεύνηση που περιλαμβάνει ακτινογραφία σε όρθια θέση, υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία [4].

Η θεραπεία εκλογής πρέπει να είναι η χειρουργική εκπυρήνιση- πλήρης εκτομή ανοικτά ή λαπαροσκοπικά, με στόχο την αποφυγή υποτροπής και την πιθανή κακοήθη εξαλλαγή. Άλλη αποδεκτή μέθοδος είναι η μαρσιποποίηση της κύστης σε ποσοστό 10%. Η εκτομή του εντέρου ίσως κριθεί απαραίτητη όταν η κύστη είναι πολύ κοντά του ή όταν περιλαμβάνει αγγεία που αιματώνουν το έντερο.

Απλή αναρρόφηση της κύστης ή μαρσιποποίηση μπορεί να διενεργηθεί όταν προβλέπεται σύνδρομο βραχέος εντέρου, αλλά δε συστήνεται συνήθως λόγω λοίμωξης και συχνής επανεμφάνισης. Εάν η εκπυρήνιση δεν καθίσταται εφικτή λόγω προσκόλλησης του τοιχώματος της κύστης στο μεσεντέριο και σε άλλους γειτονικούς ιστούς, ίσως απαιτηθεί η εκτομή κάποιου γειτονικού οργάνου. Δε συστήνεται η μη θεραπεία της κύστης, διότι παρόλο που είναι σπάνια, μπορεί να προκληθεί κακοήθης εξαλλαγή.

Κάποιες μικρές κύστεις μπορεί να διαλάβουν της προσοχής του χειρουργού, με αποτέλεσμα σταδιακή αύξηση του μεγέθους τους και επανεμφάνιση. Εφόσον οι κύστεις εξαιρεθούν πλήρως σπάνια επανεμφανίζονται και η πρόγνωση είναι άριστη [4, 5].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι κύστεις του μεσεντερίου συχνά παρουσιάζονται με μη ειδικά συμπτώματα. Η προεγχειρητική διάγνωση στοχεύει στην όσο το δυνατό καλύτερη εντόπιση της θέσης και του μεγέθους της κύστης, καθώς και της σχέσης της κύστης με τα γειτονικά όργανα. Η αρχική διάγνωση στηρίζεται στη συμπτωματολογία και την κλινική εικόνα του ασθενούς, καθώς και στην απεικόνιση με τη μαγνητική τομογραφία να αποτελεί την εξέταση μεγαλύτερης ακρίβειας. Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί την θεραπεία εκλογής για την κύστη μεσεντερίου και κατά προτίμηση με την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική [5].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Singh S, Shukla R K, Gharde P. Mesenteric cyst: A Rare Entity. *Cureus* 2023;15(11): e48963.
2. Pithawa AK, Bansal AS, Kochar SPS. Mesenteric cyst: A rare intra-abdominal tumour: case report *Med J Armed Forces India* 2012;70(1):79–82.
3. Mzee A. Mesenteric Cyst Manifested as Partial Intestinal Obstruction. *Clin Med Rev Case Rep* 2024;11(6):453
4. Sudiono DR, Ponten JB, Zijita FM. Acute Abdominal pain Caused by an Infected Mesenteric Cyst in a 24-Year-Old Female: Case Rep *Radiol.* 2016;2016:8437832.
5. Vallejo-Sotoa M, Orozco-Simentalb S. A giant mesenteric cyst mimicking untreatable ascites". *Revista De Gastroenterologia De Mexico* 2017;82(4):275-364

CASE REPORT

Ruptured Mesenteric Cyst: a case report

E. Tsovolou, S. Fournogerakis, P. Haratsaris, G. Mpourikis

Second Department of Surgery, General Hospital "Tzaneio", Piraeus, Greece

ABSTRACT

Mesenteric cysts often present with nonspecific symptoms. Preoperative diagnosis aims to locate best the position and the size of the cyst and the relation of the cyst with the surrounding structures. The initial diagnosis relies on a thorough assessment of the patient's symptoms and imaging studies, with MRI being the most accurate investigation. Surgical excision is the optimal approach for treating mesenteric cysts, with minimally invasive surgery being the preferred choice. We present a 45-year-old woman who complained about acute abdominal pain mainly at the right upper quadrant. The CT scan of the abdomen revealed a multilocular cyst at the right upper abdominal department measuring 8x6 cm in dimension and a lot of free liquid in the peritoneal cavity. She underwent an emergent exploratory laparotomy, which revealed a big lobulated and ruptured mesenteric cyst in close proximity with the superior mesenteric vessels. A partial excision of the cyst and marsupialization took place and the patient had an uneventful postoperative course. However, two years later the CT scan revealed recurrence of the cyst and the patient underwent another laparotomy where total excision of the cyst took place successfully.

Keywords: mesenteric cyst, acute abdominal pain

E. Tsovolou, S. Fournogerakis, P. Haratsaris, G. Mpourikis. Ruptured mesenteric cyst: a case report. *Scientific Chronicles* 2025; 30(4): 678-683
