

CYSTA MESENTERIALIS SYMPLEX - Retroperitonealis

Nexhat Miftari , Floren B. Kavaja, Labinot Shahini

Kistat e mezenterijumit dhe të omentumit janë të rralla në kirurgjinë abdominale, të cilat mund të kenë edhe prejardhje traumatike të njohura edhe si pseudokista të mezenterijumit. Janë asimptomatike ose kanë shenja klinike jo-karakteristike si: nauze, vomitus, dhimbje, diare apo opstipacion. Ndërsa masa kistike në abdomen palpohet mbi 60% të rasteve. Prandaj kistat zakonisht vështirë diagnostikohen në ecurinë e hershme para-operatore. Mund t'i imitojë pezmatimin akut të apendiksit por edhe ascitin në hapësirën abdominale. Në etiologjinë e këtyre kistave rol të rëndësishëm kanë dëmtimet e enëve limfatike dhe çrregullimet e tyre, të cilat janë në lidhshmëri me sistemin venoz. Në mezenterijumin e zorrëve të holla shfaqen në 60 % të rasteve, ndërsa më rrallë atakohet mezenterijumi i kolonit, sipas disa statistikave në 24% të rasteve, kurse vetëm 15% janë me pozicion

retroperitoneal. Popullata e rritur atakohet 1 rast në 140.000 banorë, ndërsa në moshën fëmijërore 1 rast në 120.000 banorë (9).

Klasifikimi i këtyre kistave sipas Hitti lf. Dhe Sawicki është bërë në katër grupe: kistat me prejardhje embriologjike, ato traumatike, neoplastike dhe inflamatore (4). Ato mund të jenë solitare unilokulare dhe multilokulare.

Një klasifikim nga aspekti imuno-histopatologjik është dhënë edhe nga autori De Perrot (10, 11). Klasifikimi është ndarë në 6 grupe si vijon: kistat limfatike- (të thjeshta dhe lyfngiomet), kistat mezoteliale të thjeshta, (mezoteliomet beninje dhe malinjje), kistat me origjinë enterike, urogenitale, kistat dermoide (teratoma kistike, të cilat zakonisht janë asimptomatike) dhe pseudokistat me etiologji traumatike apo inflamatore. Sipas disa autorëve edhe kistat beninje të

mezenterijumit mund të shndërrohen në proces malinjë - Bury TF (6).

Materiali dhe metoda

Në diagnostikimin e proceseve patologjike intra-abdominale tek pacientët tanë shërbehemi përpos anamnezës së hollësishme të pacientëve, kërkojmë edhe analiza laboratorike, bëjmë ekzaminimin objektiv të abdomenit, radiografisë native, aplikojmë laparoskopin diagnostike, dhe ultratingullin. Ndërsa, në rast nevoje varësisht nga patologjia kërkojmë edhe rezonancën magnetike të abdomenit sikurse edhe te pacientja jonë në fjalë. Ultratingulli dhe rezonanca magnetike e aplikuar me kontrast tek pacientja SH.B. përshkruajnë një formacion kistik në hemiabdomenin e djathtë por në pamundësi që të gjendet korrelacion me organet përreth. Pas aplikimit të këtyre metodave diagnostike është përcaktuar indikacioni për ndërhyrje kirurgjike.



Fot.1,2. Ultratingulli tek pacientja SH.B. Përshkrimi: Në hemiabdomenin e djathtë vërehet një formacion kistik i kufizuar anehogjen me madhësi 11.83 X 10.2X 13.31 cm. Organet parenkimatoze janë në kufirin normal pa përmbajtje të ascitit në hapësirën abdominale.

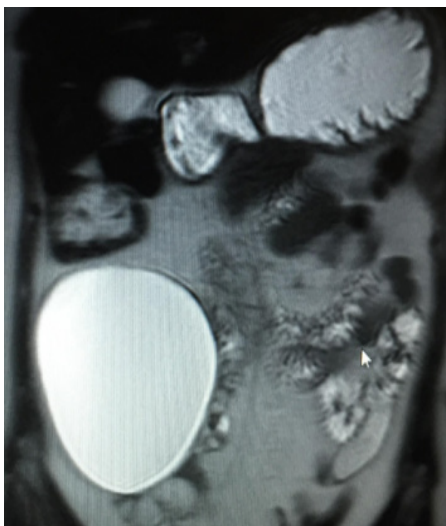


Foto 2, 3. Rezonanca magnetike e pelvikut me kontrast. Përshkrimi: Djathtas kista me mure të holla para veshkës me dimensione CC dhe A X 13 X 12 X 11mm, e cila bën kompresion në strukturat përreth pas aplikimit të kontrastit intravenozë. Vërehet edhe inhibimi i membranës që i përgjigjet kistës mezenteriale. Në të dy vezoret shihen edhe dy kista folikulare me dimensione 18 mm.

Prezantim rasti

ik Pacientja SH.B. e lindur më 1981, është pranuar në Repartin Kirurgjik më 11. 04. 2012 në "Spitalin e Kavajës" për shkak të dhimbjeve të kohëpaskohshme në abdomen nga ana e djathtë dhe ndjeshmërisë së një peshe në hapësirën e barkut. Simptomat datojnë para 6 muajsh, mirëpo tani javët e fundit janë me intensitet më të fortë dhe përcillen me tug dhe meteorizëm të stomakut. Deri më tani në mënyrë vetjake ka përdorë pantoprazol 20 mg dhe kohë pas kohe edhe paracetamol 500 mg. Shfaqja e simptomave nuk është në lidhshmëri me marrjen e ushqimit por ndryshon me ndërrimin e pozicionit të trupit. Në ekzaminimin objektiv të abdomenit palpohet një masë tumoroze me konsistencë të fortë, e cila është e

lëvizshme në hapësirën abdominale në drejtim lumbal dhe në drejtim të pelvikut nga ana e djathtë.

Formacioni tumoral është relativisht i ndjeshëm në palpacion, ndërsa heparin dhe lieni nuk palpohen. Nga analizat laboratorike të pacientja kemi shënuar këto rezultate: Leukocitet 6,7X10⁹/L, ER.4.4X 10¹²/L, HGB:132g/L, Hematokriti 38,6%, Limfocitet 37,2 %, Koha e gjakosjes 1,20", Koha e koagulimit 6,55". Glikemia 6,6 mmol/L, Urea 3,3mmol/L, Kreatinini 53,0 μmol/L. Pas aplikimit të metodave diagnostike dhe përgatitjes paraoperatore klinike, medikamentoze dhe laboratorike pacientja është operuar në anestezë të përgjithshme endotrakeale.

Me prerje infra umbilikale është hapur hapësira abdominale. Gjatë eksplorimit

prezantohet kista e mbuluar me një pjesë të peritoneumit të murit të pasmë të abdomenit, me mure të holla, e cila nxirret dhe ekstirpohet në tërësi duke e liruar më parë nga adherencat përreth dhe nga një pjesë e ileumit terminal, i cili ishte i ngjitur për murin e kistës nga ana e sipërme. Kista kishte lokacionin retroperitoneal, dhe e lëvizshme në drejtimin lumbal dhe pelvik. Në fund është bërë peritonizimi i hapësirës ku ishte lokalizimi i kistës. Kista në rastin tonë nuk ishte e përcjellur me ndërlikime. Gjatë eksplorimit konstatohet edhe inflamimi i apendiksit me një numër të konsiderueshëm të koproliteve në hapësirën e tij. Bëhet apendektomia anterograde. Ecuria e operimit dhe ajo post-operatore kaloi në rregull dhe pa ndërlikime në ecurinë e hershme post-operative.



Foto 4 a). Hapja e peritoneumit parietal të murit të pasmë të abdomenit, b) prezantimi i kistës me mure të holla. c) lokacioni i kistës pas ekstirpimit nën pjesën terminale të ileumit-me pozicion retroperitoneal dhe c) pamja nga dy pozicionet e peritoneumit sekondar nga ana e djathtë.

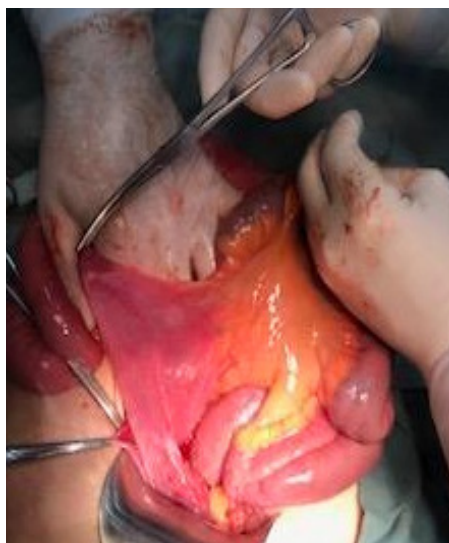
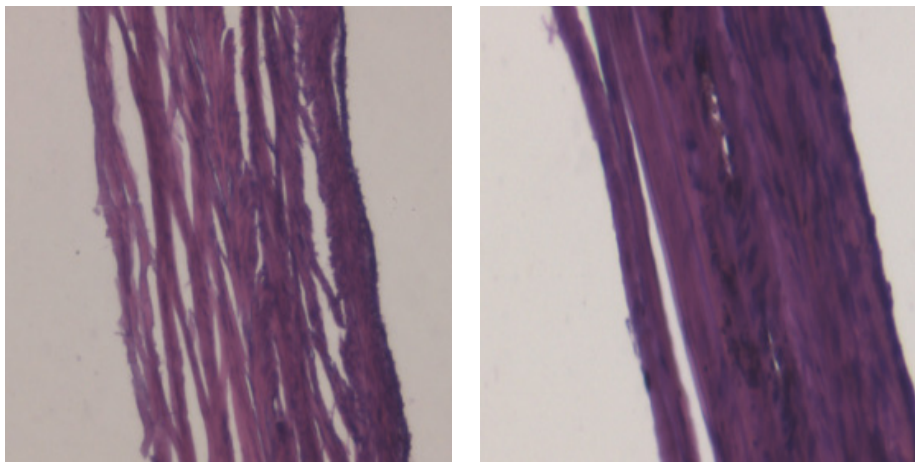


Foto 4 d). Në rastin e prezantuar është formuar peritoneumi sekondar fusha, e cila ka formë katërkëndëshi për shkak të ngjitjes së mezokolonit descendens me murin e pasmë abdominal.



Foto 5. Kista e mezenterijumit, dukja makroskopike.



Përshkrimi dhe Dg: Histopatologjike: DG:HP:Cysta mesenteri simplex. Formacion kistik me dimensione 13 X 11 X 8 cm i veshur me epitel të sheshtë, i ndërtuar nga muri fibrotik, (histologjia). EK. Makroskopik: Kista ka sipërfaqe të brendshme dhe të jashtme të lëmuar. Qeliza malinje nuk janë gjetur.

Diskutimi

Anatomët Benivieni dhe Florentine të parët bënë përshkrimin e kistave mezenteriale më 1507 gjatë një autopsie të një fëmijë 8 vjeçar. Resekcionet e para të kistës datojnë nga autori Tillaux dhe Millard më 1880, (1). Ndërsa, ndërhyrjet laparoskopike për shkak të patologjisë së njëjtë i kanë bërë më 1993 Mackenzie me bashkëpunëtorë (2). Pastaj dhe Dequanter D (7). Marsupializimi i kistës nuk preferohet për shkak të mundësisë së infeksioneve më të shpeshta. Nga metodat diagnostike përpos tjerash përdoret edhe metoda laparoskopike përmes, së cilës edhe menaxhohet kista deri në momentin e ndërhyrjes kirurgjike (5, 8).

Në materialin tonë nuk përdorëm metodën diagnostike laparoskopike meqenëse kishim të dhënat e sakta nga rezonanca magnetike e pelvikut e bërë me kontrast. Ne aplikuam ndërhyrjen kirurgjike me metodë të hapur -(laparotomi infraumbilikale), edhe pse

disa autorë preferojnë ekstirpimin e kistës përmes ndërhyrjes laparoskopike (8). Përcaktimi i diagnozës së këtyre kistave njëherit indikon në të njëjtën kohë edhe indikacionin për ndërhyrje kirurgjike për shkak të ndërlikimeve të tyre që mund të shfaqen si: perforimi i kistës, torsioni, apo shfaqja e ileusit në nivelin e zorrëve të holla apo në nivelin e kolonit. Në moshën fëmijërore kistat e mezenterijumit janë ndër shkaktarë më të shpeshtë të abdomenit akut. Kistat e mezenterijumit përpos se janë në kontakt me murin e zorrëve ato mund të kenë kontakt edhe me murin abdominal.

Në hapësirën abdominale janë tri lokacione ku mund të bëhet ngjitja e një pjese të mezenterijumit me murin e pasmë abdominal me pasojë të formimit të peritoneumit sekondar. Në rastin e prezantuar është bërë ngjitja e mezenterijumit të kolonit descendens me murin e pasmë abdominal. Prandaj kista ka lokacion djathtas me pozicion të rrallë retroperitoneal. Ndërsa peritoneumi

sekondar djathtas ka formë katërkëndëshi, si në rastin e prezantuar (foto 4 d). Ndërsa dy lokacionet tjera në abdomen ku mund të formohet pritoneumi sekondar janë: kur mezokoloni ascendens ngjitet për murin e pasmë të abdomenit, peritoneumi sekondar në këtë lokacion merr formë trekëndëshi. Ndërsa lokacion i tretë është prapa lukthit, kur një fletëz e mezogastrijumit dorsal që shtrihet nga vija mediale deri tek shpretka, ngjitet për murin e pasmë të abdomenit. Këtu peritoneumi sekondar merr formën ovale. Kistat e mezenterijumit mundësojnë ngjitjen e një pjese të mezenterijumit me murin e pasmë abdominal me pasojë të formimit të peritoneumit sekondar (12).

Përfundimi

1. Kistat mezenterijale dhe të omentumit paraqesin një patologji të rrallë në kirurgjinë abdominale.

2. Për shkak të simptomave asimptomatike diagnostikimi i tyre zakonisht është i vështirë në ecurinë para-

operatore, por është i mundur nëse mendohet në këtë patologji dhe nëse aplikohen metodat diagnostike bashkëkohore si në rastin e prezantuar.

3. Ekstirpimi i kistës në tërësi gjatë operacionit është kusht për diagnostikimin e saktë histopatologjik, i cili konstaton prejardhjen e kistës dhe mjekimin e mëtejshëm eventual të saj, por edhe zvogëlon mundësitë e shfaqjes së ndërlikimeve në ecurinë post-operatore. Prandaj në i japim përparësi metodave kirurgjike të hapura ndaj atyre laparoskopike.

4. Pas intervenimit kirurgjik ka mundësi të recidivit të kistës nëse ajo nuk është larguar në tërësi.

5. Ndërhyrjet kirurgjike të hapura dhe ato laparoskopike aplikohen në shërimin e tyre kirurgjik, ndërsa marsupializimi i kistës si metodë e trajtimit, ka indikacionet e ngushta dhe i takon së kaluarës.

6. Lokacioni i kistës në materialin tonë ishte i rrallë me pozicion retroperitoneal në nivel të ileumit me pasojë të formimit të peritoneumit sekondar i shkaktuar nga ngjitja e mesenterijumit me peritoneumin në murin e pasmë abdominal.

7. Në diagnozën diferenciale të këtyre kistave duhet menduar në kistat me lokalizim në omentum, dhe në apendicitin akut që duhet diferencuar edhe nga asciti me etiologji të ndryshme.

8. Gjatë enukleimit të kistës nga mezenterijumi duhet pasur kujdes që mos të komprometohet vaskularizimi i zorrëve.

Referencat:

1. Tilaux P, Millard P. Cyst du mesentere chez une home. Bull Acad Med 1880; 7: 831. 13.

2. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. J Laparosc Surg 1993; 3(3): 2959.

3. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, Mesenteric, and Omental Cysts. Arch Surg 1984; 119(7): 838-42.

4. Hitti IF, Sawicki JI, Powers CJ, Heimowitz H, Ward RJ. A new classification for mesenteric omental cysts. Contemporary surgery 2008; 64(11): 52934.

5. Trompetas V, Varsamidakis N. Laparoscopic management of mesenteric cysts. Surg Endosc 2003; 17(12): 2036.

6. Bury TF, Pricolo VE. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. Am J Gastroenterol 1994; 89(11): 2085-7.

7. Dequanter D, Lefebvre JC, Belva P, Takieddine M, Vaneukem P. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. Surg Endosc 2002; 16.

8. Theodoridis TD, Zepiridis L, Athanatos D, Tzeveleki F, Kellartzis D, Bontis JN. Laparoscopic management of mesenteric cyst: a case report. Cases J 2009; 2(1): 132 (1).

9. Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, Mesenteric, and Omental Cysts. Arch Surg 1984; 119(7): 838-42. 0): 1493. 8.

10. De Perrot M, Bründler M, Totsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric Cysts. Dig Surg 2000; 17(4): 323-8.

11. De Perrot Marc, Bründler MA, Totsch Martin, Mentha Gilles. Mesenteric cysts - towards less confusion Dig.Surg 2000;17:323-8.

12. Miliras S., Trygonis S., Papandoniou A., Kalamaras S., Trygonis C., Kiskinis D. Mesenteric cyst of the descending colon: report of a case. Acta Chir Belg. 2006;106:714-716.