کیستهای مزانتر و مزوکولون در کودکان

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره۱ ، صفحه ۶۱ ، ۲۵۳۶

دکتر محمد حسین مرندیان ـ دکتر منوچهر امیرفیض * دکترابراهیم خوشنویس** دکترمحمدجعفریان*

معرفی سه بیمار

کیستهای مزانتر تومورهای نادری هستند که نشانه‌های بالینی وپرتونگاری ویژه‌ای ندارند . تشخیص درمرحله قبل ازجراحی غالباً ممکن نیست واین کیستها معمولا هنگام عمل دیده میشوند. کیستهای مزانتر اکثراً روی روده باریك وندرتاً درمزوکولون قرار دارند ونشانه‌های بالینی آنها بحجم ومحل استقرارتومورها ارتباط دارد . طی دو سال اخیر نویسندگان سه مورد از این کیستهارامشاهده کرده‌اند: یك کیست مزانترودو کیست‌مزوکولون عرضی . درهرسه مورد بیماران بدلیل بزرگی شکم و باتشخیص اولیه آسیت بستری شده بودند .

شرح حال بیمار اول

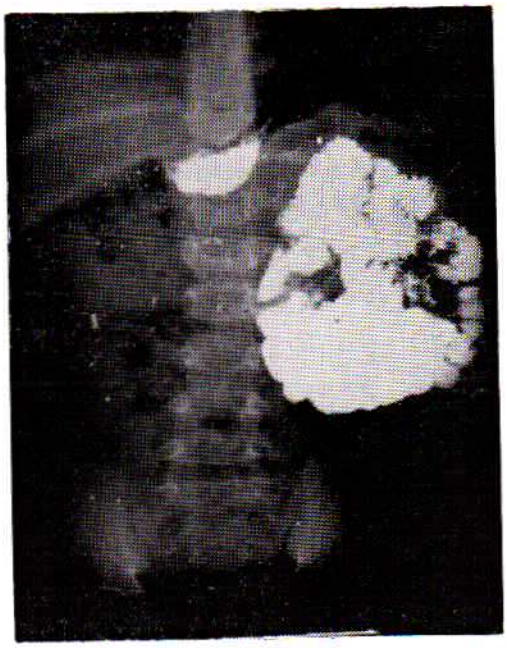
محمود. م. پسر بچه ۲/۵ ساله، در فروردین ماه ۱۳۵۲ بدلیل افزایش قطرشکم بستری شد . در سوابق این کودك نکته مرضی بخصوصی‌وجود ندارد . زایمان وهمچنین‌مراحل‌اولیهٔ رشدفکری وعصبی طفل بطور طبیعی انجام‌گرفته است . بزرگی شکم ازدو ماهگی جلب توجه پدر ومادر را میکند ، ولی ظاهراً بیمارنشانهٔ گوارشی دیگری جز یبوست نداشته است . در نخستین آزمایش بیمارکودکی‌است ۲/۵ساله باوزن ۱۰ کیلوگرم‌وقد۷۷سانتیمتر. دور شکم ۵۴ سانتیمتر ، فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه ، ریتم قلب ۱۰۰ـ۸۰ در دقیقه و درجه حرارت راست روده ۳۷ درجه میباشد . از نظر بالینی دستگاههای قلب و عروق ، تنفس ، ادرار، تناسل وپی نکتهٔ مرضی وجود ندارد. شکم کاملاً برجسته است . پوست آن ظریف و دارای گردش خون جانبی درمناطق بالای ناف میباشد . ناف کاملا برجسته است . یرقان و پورپورا وجود ندارد . در معاینه شکم تمام نشانه‌های مربوط به آسیت فراوان به چشم میخورد . کبد و طحال بزرگ نیستند و نشانهٔ Glacon وجود ندارد. بادر نظر گرفتن این نشانها تشخیص آسیت مطرح شد. دربین آزمایش‌های تکمیلی‌که بعضی از آنها دوبار تکرار شد ، بیشتر جوابها طبیعی‌بود : تیمول ، سفالین کلسترول ، بیلی روبین ، ترانس‌آمینازها و فسفاتاز قلیائی ، الکترولیتها ، اوره ، زمان پروترومبین و همچنین آزمایش کامل ادرار . سرعت رسوب گلبولی درساعت اول به۴۰ میلی‌متر میرسید فرمول شمارش افزایش گلبول‌های سفید (۱۳۰۰ تا ۱۴۰۰۰ گلبول سفید) و چند هسته‌ایها (۷۰ تا ۸۰ درصد چند هسته‌ای) را نشان می‌داد . پروتئین‌های سرم ۸ گرم درصد ودر الکتروفورز آلبومین ۵۰ درصد ، a_1 یك درصد ، α_2 دوازده درصد ، β هفده درصد و δ بیست درصد گزارش شده است . آزمون مانتومنفی‌بود وباآزمون BCG سفتی باندازه ۵ میلیمتر بدست‌آمد . دربزل شکم مایع شفافی‌کشیده شدکه درهرمیلی‌متر مکعب آن ۴۰ لنفوسیت ، ۵۰ چند هسته‌ای و ۳۰ گلبول قرمز وجود داشت. میزان پروتئین‌های‌آن به۱۹ گرم درلیتر میرسید. سلولهای سرطانی وجود نداشت وجستجوی باسیل‌سل درآزمایش مستقیم وکشت وتلقیح بخوکچه هندی منفی بود .

پرتونگاری : پرتونگاری سینه طبیعی بود ودر پرتونگاری ساده شکم تصویر تیره و یکنواخت و وسیع شکم جلب توجه میکرد . پرتونگاری‌های‌کولون نشان میدادکه‌کولون عرضی بسمت‌پائین وچپ وسکوم بطرف بالا وچپ رانده شده است (شکل شماره۱). روده‌های باریك بطرف هیپوکندرچپ جابجا شده بود وتصویر فشار برروی انحنای بزرگ معده دیده می‌شد(شکل شماره ۲).

* مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم ـ تهران.
** دانشکده پزشکی پهلوی ـ دانشگاه تهران .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

شکل ۱ــ محمود. م : تصویر کولون بامادہ حاجب: جابجا شدن کولون عرضی وسکروم



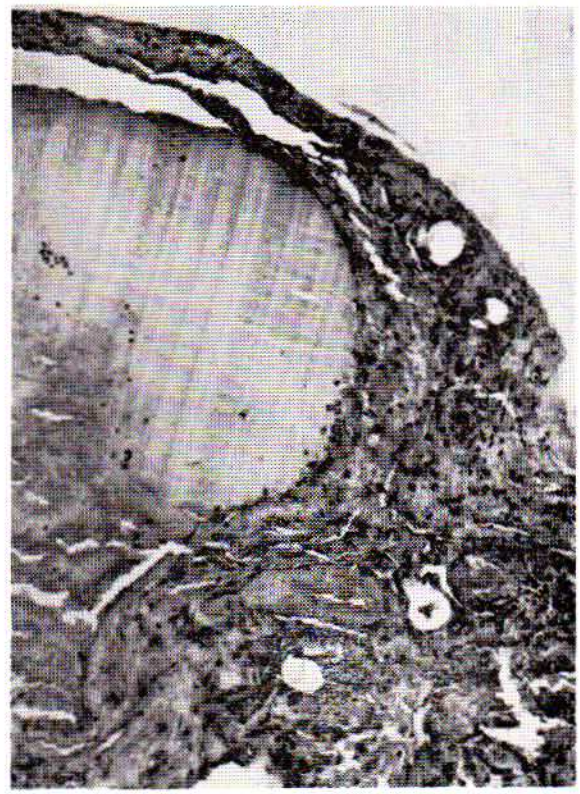
شکل ۲ــ محمود. م: جابجا شدن رودهٔ باریك وفشار روی معده

دراورگرافی داخل‌وریدی کلیه وراههای ترشحی سالم بنظر میرسید ولی تصویر فشار برقسمت فوقانی وچپ مثانه بطور ثابت در تمام کلیشه‌ها دیده میشد. کودك تحت درمان باآلداکتون ، لازیکس ورژیم بی‌نمك قرار گرفت ، ولی این درمان بی‌نتیجه ماند وطفل ۱۳۰۰ گرم اضافه وزن پیدا کرد . با در نظر گرفتن افزایش سرعت رسوب گلبولی و نتایج آزمون BCG و خصائص مایع آسیت درمان ضدسل باسه دارو وهمچنین ، کورتیکوستروئید بشکل پردنیزولون بدرمان فوق اضافه شد وبمدت ۶ هفته ادامه پیدا کردولی هیچگونه نتیجه‌ای بدست نیامد . ناگزیر لاپاروتومی تجسسی پیشنهادشد که موردقبول والدین قرار نگرفت و کودك مرخص گردید. پنج ماه بعدازتاریخ فوق(آبانماه ۱۳۵۲) کودك مجدداً بستری گردید . در اینمدت بیمار تحت درمان داروهای ضد سل بوده وگاهی از دردهای شکم وتنگی نفس و سیانوز رنج میبرده است . دو هفته قبل از بستری شدن بیمار دچار تبهائی میگردد و ۴۸ ساعت قبل از بستری شدن درد شدید شکم همراه باتنگی نفس سبب وخامت وضع بیمار گردید . در آزمایش ورودی، طفل رنگ پریده و مضطرب ودچار تنگی نفس شدید و سیانوز بود . وزن وی ۱۰ کیلوگرم ، قطر شکم ۶۰/۵ سانتیمتر ، نبض محیطی بسیار سریع وضعیف (۱۶۰ در دقیقه) و فشار خون ۱۰۰/۸۰ میلیمترجیوه میباشد . تنگی نفس همراه بارتراکسیون بین‌دنده‌ای وناحیه فوق جناغ است . برای تسکین وضع بیمار بزل مایع شکم بعمل آمد و ۳۰۰ سانتی‌متر مکعب مایع قرمز پررنگ خارج میگردد. متعاقب این بزل وضع بیمار بهبود نسبی حاصل میکند، ولی چند ساعت بعد به‌استفراغهای شدید دچار میگردد . درمان باتزریق خون ومحلولهای آب والکترولیت وآنتی‌بیوتیك شروع شد وطفل بمدت ۴۸ ساعت ، تحت نظر قرار گرفت. چون تغییری در وضع بیمار موجود نیامد ونشانه‌های انسداد روده همراه باتب، کم‌خونی، هیپرلوکوسیتوز وافزایش رسوب گلبولی مسئله فوریت جراحی شکم را مطرح کرد ، تصمیم بعمل گرفته شد . قبل‌ازعمل روز سوم بستری شدن طفل ناگهان دچار کلاپسوس قلب و عروق و نارسائی تنفس گشت و دردهای شکم شدت بیشتری پیدا کرد . بزل شکم انجام گرفت و ۴۵۰ سی‌سی مایع قرمز پررنگ خارج گردید وطفل بلافاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت .

گزارش عمل : بعداز بازکردن شکم ۷۵۰ سی‌سی مایع قرمز پررنگ خارج گشت و کیست بزرگی جلب توجه کرد .این کیست که‌روی مزوکولون عرضی ، بین کولون عرضی وانحنای بزرگ معده قرار گرفته بود جداری باریك و پررگ و حالت التهابی داشت . کیست به‌کولون عرضی وانحنای بزرگ معده وهمچنین چند قوس روده باریك چسبیده بود .

معذالك برداشتن کامل کیست میسر شد و بعداز این‌کار بررسی سایر احشاء شکم نکته مرضی نشان نداد ، جزوجود خونریزی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

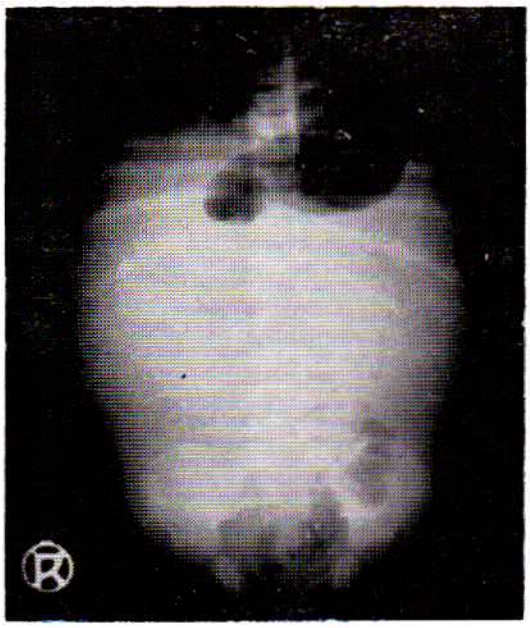


شکل ۳ــ محمود. م : منظره ذره‌بینی جدارکیست

خفیف در داخل روده باریك . غدد لنفاوی مزانتر کمی بزرگ بنظرمیرسیدند . نمونه‌برداری بعمل‌آمد. بعداز شستشوی حفرهٔ صفاق جدار شکم بی‌آنکه از درن استفاده شود ، بسته شد و۴۸ ساعت بعدکارطبیعی روده برقرار گردید . طفل دوهفته‌بعداز عمل‌جراحی‌با بهبود کامل‌مرخص‌شد ودرمدت‌دوسالی‌که تحت‌نظر قرار گرفت ، هیچ عارضه مرضی دروی دیده نشد . از نظر آسیب‌شناسی قطر کیست باندازهٔ ۲۵ سانتیمتر و دیوارهٔ آن در حدود ۲ میلیمتر بود . درآزمایش‌ریز بینی (شکل شماره ۳) جدار کیست از بافت همبند و چربی بارگه‌های فراوان تشکیل شده بود . سلولهای‌التهابی دردیواره‌کیست ودر بافت‌های مجاور دیده میشد. ساختمان جدار آن بالنفانژیوم کیستیك مطابقت داشت . بررسی عقده لنفاوی ، هیپرپلازی واکنشی ساده را نشان میداد .

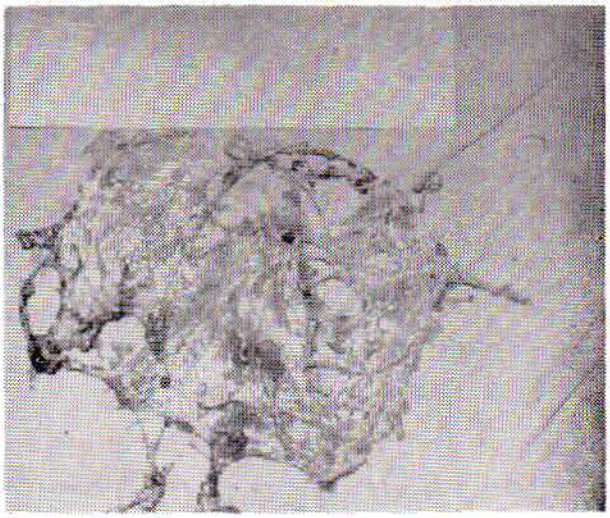
شرح حال بیمار دوم :

عظیم . ط . پسر بچه ۴/۵ ساله ، در اردیبهشت ماه ۱۳۵۳ بعلت بزرگی شکم ، یبوست ، وبی‌اشتهائی بستری شد . در سابقه‌بیمار نکته قابل ذکری وجود نداشت . یکماه قبل از بستری شدن در یکی از بیمارستانهای شهرستان بعلت درد شکم ویبوست بستری بوده ، تحت درمان نشانه‌ای قرارگرفته وبهبود پیداکرده است. چهار روز قبل‌ازبستری‌شدن درد شکم ویبوست عودکرده واینبار باتب واستفراغ همراه بوده است. درآزمایش ورودی‌کودك لاغر (وزن ۱۲/۷ کیلوگرم)، تب‌دار(۳۸/۵)،رنگ‌پریده، مضطرب بنظر میرسید ودچار تنگی تنفس (ریتم تنفس۵۰ در دقیقه)وتاکی کاردی (نبض۱۳۰ در دقیقه) بود . از دردشکم ، تهوع‌واستفراغ شکایت داشت . شکم بزرگ وتحت فشار بود . گردش‌خون‌جانبی درقسمتهای فوقانی‌آن بچشم میخورد . درلمس ودق تمام‌نشانه‌های مربوط بیك‌آسیت فراوان وجود داشت، ولی‌کبد وطحال‌بزرگ نبود و آزمایش سایر قسمتهای بدن نکته مرضی نشان نمی‌داد . دربرابر این نما تشخیص‌کیست مزانتر مطرح شد . پرتونگاری سینه طبیعی بود . در پرتونگاری ساده شکم تیرگی یکنواخت تمام شکم جلب توجه میکرد وتصاویر هوائی روده باریك بقسمت فوقانی وچپ شکم رانده شده بود (شکل شماره ۴). درآزمایش خون محیطی‌کم خونی خفیف (هموگلوبین ۹ گرم درصد ، هماتوکریت ۲۹درصد) بدون تغییرات قابل توجه سلولهای‌سفید دیده شد. سرعت رسوب‌گلبولی گویچه‌های سرخ به۳۵ میلی‌متر درساعت اول میرسید . اندازه‌گیری اوره والکترولیتهای خون وآزمایش کامل دارار طبیعی بود . برای تسکین نارسائی تنفس، بزل شکم انجام‌گردید و نیم لیتر مایع خونی خارج شد. بعداز این کار وضع طفل بهبود قابل توجهی پیداکرد وتحت درمان با محلولهای الکترولیتی وآنتی‌بیوتیك قرارگرفت و خون تزریق شد . در پرتونگاری دیده شد که قوسهای روده باریك به قسمت فوقانی هیپوکندر چپ رانده شده است وبنظر میرسید $\frac{3}{4}$ حفره شکم‌را توده وسیعی اشغال‌کرده است . ۳ روز بعداز بستری‌شدن طفل تحت عمل قرار گرفت .



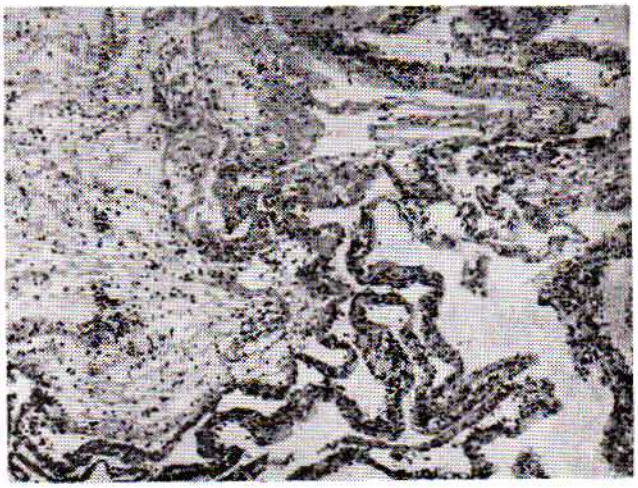
شکل ۴ــ عظیم. ط : رادیوگرافی ساده شکم : تیرگی یکنواخت حفره شکم

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]



شکل ۵ــ عظیم. ط : منظره درشت بینی کیست

گزارش عمل : بعداز بازکردن شکم درحدود ۱ لیتر مایع‌قرمز پررنگ از حفره کیست که جدار آن بجدار شکم چسبیده بود ، خارج شد. جدار کیست که کاملا نازك بود رگ‌های فراوان داشت و در بعضی مناطق از ترشحات فیبرینو پوشیده شده بود . کیست روی مزانتر قرار داشت و باقوسهای روده باریك وکولون بالا رونده و عرضی چسبندگیهای فراوان نشان میداد . تمام کیست برداشته شد و جدار شکم با تعبیهٔ درن بسته شد . کیست بابعاد ۱۹×۸ سانتیمتر باجدار یك تادومیلیمتر وپرخون بنظرمیرسید (شکل شماره ۵). از نظر ریز بینی (شکل شماره ۶) جدار کیست دربعضی ازمناطق ازیك آندوتلیوم پوشیده شده ودارای رگ‌های فراوان و متسع بود. ارتشاح سلولهای تك هسته‌ای وچندهسته‌ای وهمچنین کانونهای خونریزی در جدار کیست جلب توجه‌میکرد. منظره ریز بینی آن بالنفانژیوم کیستیك مطابقت داشت .



شکل ۶ــ عظیم. ط: ساختمان ریز بینی جدار کیست

متعاقب عمل ، کودك دچار تبهای خفیفی‌شد وچون درکشت مایع داخل کیست آسیت شیری از گروه B پیدا شده بود ، آنتی‌بیوتیك مناسب‌داده شد . پس از گذشت یکهفته بهبود کامل حاصل گردید. بدلیل کم‌خونی دوبار تزریق‌خون انجام گرفت . جستجوی باسیل سل درمایع کیست منفی بود. درن روز هفتم برداشته شد و کودك دو هفته بعداز عمل جراحی با بهبود کامل مرخص گردید . بیمار مدت یك‌سال تحت‌نظر بود وهرگز ناراحتی‌در وی مشاهده نشد .

شرح حال بیمار سوم :

رقیه . ك. دختربچه ۹ ماهه ، در فروردین ۱۳۵۴ بعلت بزرگی شکم بستری شد . رشد جسمی و فکری بیمار درحد طبیعی بوده وهرگز از اختلالات گوارشی شکایت نداشته‌است. ازهفت ماهگی بزرگی تدریجی شکم جلب توجه پدر و مادر را کرده ولی در اینمدت‌طفل‌از استفراغ یاییوست شکایت نداشته است. درآزمایش ورودی طفلی است بوزن ۸ کیلوگرم باقد ۶۷ سانتیمتر با وضع عمومی خوب. آزمایش قلب وریه ، دستگاه ادرار، تناسل وپی‌نکته مرضی نشان نمیدهد . فقط یك تاکی‌کاردی سینوزال خفیف وجود دارد . فشارخون ۱۰۰/۷۰ میلی‌متر جیوه میباشد . شکم‌برجسته و بزرگ است و پوست ظریفی آنرا می‌پوشاند . گردش خون جانبی درتمام شکم‌بچشم میخورد . لمس‌ودق شکم تمام نشانه‌های مربوط بیك آسیت فراوان را نشان میدهد ، ولی کبد و طحال بزرگ نیست. دربرابر این نشانه‌ها دو تشخیص مطرح میشوند: ۱ــ آسیت سلی. ۲ــ کیست مزانتر.

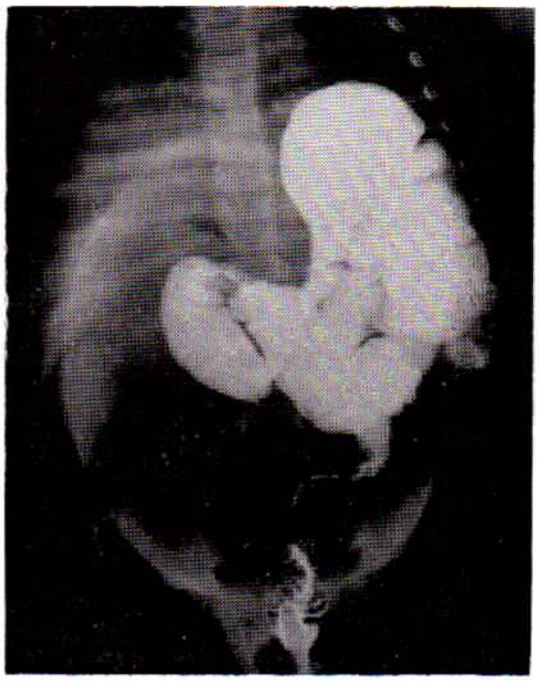
سرعت رسوب گلبولی ، زمان سیلان و انعقاد ، عیار بیلی‌روبین، اوره و اسیداوریك‌خون و آزمایش ادرارطبیعی بود. واکنشهای جلدی سل منفی بود .

پروتئین‌های سرم ۶/۵ گرم درصد، آلبومین سرم ۴/۶ درصد، گلوبولین ۱/۹ درصد ونسبت آلبومین به‌گلوبولین ۲/۴ بود. بابزل شکم ماده سفید رنگ شیل مانند بدست آمدکه ترکیب‌آن برابر زیر است : گلوبول سفید ۴۵۰۰ در میلی‌متر مکعب با ۹۰ درصد لنفوسیت ، گلوبول قرمز ۱۰ در میلی‌متر مکعب ، پروتئین ۷۰۰ میلی گرم در میلی‌لیتر ، چربی‌های تام ۱۲۰۲ میلی گرم درصد میلی‌لیتر ، کلسترول ۸۲ میلی گرم درصد ، تری گلیسرید ۱۰۱۴ میلی گرم درصد ، فسفولیپید ۵/۰۱ میلی گرم درصد . جستجوی سلولهای سرطانی منفی بود .

اندازه‌گیری چربیهای خون به قرار زیر است : چربیهای کل ۴۳۷ میلی گرم درصد ، کلسترول کل ۱۰۷ میلی گرم درصد ، تری گلیسرید۷۳/۵میلی گرم درصد، فسفولیپید ۵/۵۸میلی گرم

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

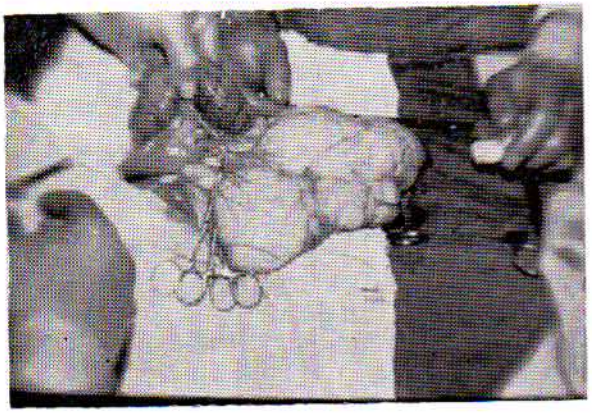
درصد . پرتونگاری سینه طبیعی بود . در پرتونگاری ساده شکم قسمت راست آن بطور یکنواخت تیره بنظر میرسید و تصاویر هوائی‌روده بسمت‌چپ جابجا شده بود . اروگرافی داخل‌وریدی طبیعی بود . سکوم و کولون و زاویه راست‌کولون و همچنین کولون عرضی‌بسمت چپ وپائین رانده شده‌بود (شکل شماره۷). کودك باتشخیص کیست شیلوی مزانتر تحت عمل جراحی قرار گرفت .



شکل ۷ــ رقیه. ك : جابجا شدن سکوم وکولون عرضی

شرح عمل:

بعداز بازکردن شکم‌کیست بزرگ مزوکولون عرضی حاوی ماده سفید شیری رنگ (شکل شماره ۸) دیده شد . جدار کیست نازك‌ودارای رگ‌های فراوان بود . کیست تا سر لوزالمعده‌ادامه داشت و با اپی‌پلون بزرگ چسبندگیهائی نشان میداد . سکوم متحرك‌بود ، غده‌های‌لنفاوی‌کمی بزرگتراز معمول بنظرمیرسید. تمام‌کیست و دوگانگیلون برداشته و جدار بی درناژ بسته شد . از نظردرشت‌بینی ابعادکیست ۶ × ۱۱ سانتیمتر وضخامت‌دیوارهٔ آن یك میلیمتر بود . مطالعه ریز بینی تشخیص لنفانژیوم‌کیستیك را مسجل ساخت. جدار کیست ازبافت همبند تشکیل یافته و بوسیله یك‌آندوتلیوم مفروش شده بود. رگ‌های متسع فراوان وارتشاح سلول‌های لنفوسیت‌گاهی بصورت فولیکول بچشم میخورد (شکل شماره ۹). جدار کیست دربعضی از قسمتها فیبروهیالینیزه ، بنظر میرسید و غده لنفاوی برداشته شده ساختمان غیر طبیعی نشان نمیداد .



شکل ۸ــ رقیه. ك : منظره درشت‌بینی‌کیست در موقع عمل

تفسیر : کیستهای مزانتر ازچهار قرن‌پیش شناخته شده‌اند . این کیستها جزو تومورهای نادر شکم میباشند و شیوع آنها از ۱/۱۰۰/۰۰ (۲۲) تا ۱/۱۰۰۰/۰۰۰ (۱) تخمین زده‌شده است . شیوع‌کیست در دو جنس یکسان است (۴) هرچندکه در مطالعه Burnett وهمکارانش(۷) در جنس مؤنث بیشتر از جنس مذکر دیده شده است . این تومورها معمولا در دوران کودکی تظاهر میکنند وشیوع آنها بین ۵ الی ۱۰ سالگی میباشد(۱۷و ۱۹). هرچند که مواردی از کیست مزانتر در دوران نوزادی گزارش شده است (۲۱)، این کیستها قبل از یکسالگی کمیاب هستند : یك مورد از ۸۲ مورد Arnehth وهمکارانش(۲) و ۱۱ مورداز۲۰۰ مورد Burnett وهمکارانش(۷). ازنظرجایگزینی مزانتر رودهٔ باریك شایعترین محل این کیستها است (۱۶). جایگزینی‌های دیگر نادر میباشد . دربین۲۰۰ مورد بررسی‌شده بوسیله Burnett وهمکارانش (۷) جایگزینی‌های‌کیست بقرارزیر بوده است :

شکل ۹ــ رقیه. ك: ساختمان ریز بینی جدارکیست

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

مزانتر روده باریك ۹۳ مورد ، مزوسیگموئید ۳۰ مورد ، مزوکولون عرضی ۲۱ مورد ، مزوکولون پائین رونده ۲۶ مورد، مزوآپاندیس ۳ مورد ، اپی‌پلون بزرگ ۴ مورد ومزوگاسترو هپاتیك ۱ مورد .

بعقیده بعضی ازمؤلفین (۱۴) نشانه‌های بالینی وروشهای جراحی کیستهای مزوکولون را ازکیستهای مزانتر رودهٔ باریك متمایز می‌سازد ، درحالیکه بیشتر نویسندگان (۳، ۴، ۷و۹، ۱۵،۲۲) تمام کیستها را دریك گروه قرارمیدهند، چون این کیستها همیشه بین‌دوصفحه صفاق درطول دستگاه گوارش از دوئودنوم تارکتوم ممکن است بوجود آید .

تقسیم بندی و آسیب‌شناسی :

در اغلب موارد منشاء کیست مجاری لنفاوی ویامجرای روده‌است (Duplication). ناهنجاریهای‌دیگر کاملا استثنائی میباشند،مانند کیست همانژیکتازیك ، کیست لنفوهمانژیکتازیك وتراتومهای خوش خیم بخصوص از نوع درموئید (۶ و۱۴). کیستهائی که منشاء لنفاوی‌دارند ، معمولا ازیك حفره تشکیل‌یافته‌اند وگاهی دراطراف‌حفره اصلی‌حجره‌های دیگروجود دارند . این کیستها معمولا در قسمت میانی و یا در قسمت بیرونی (پاریتال) مزانتر قرار میگیرند . جدارکیست نازك است و از بافت همبند تشکیل یافته و بوسیله یك‌آندوتلیوم مفروش شده است . گاهی رشته‌های ماهیچه‌ای صاف واستثنائاً کلسیفیکاسیون‌های کوچك در جدار آن وجود دارد . کیستهای مربوط به دوپلیکاسیونهای روده(کیستهای انتروئید) درمزانتروپا در مزوهای دیگر نزدیك لبه روده قرار می‌گیرند و معمولا باروده چسبندگیهای فراوان دارند . شکل آنها دراغلب‌موارد لوله‌ای است وطول آنها به۱ تا ۱۰سانتیمتر میرسد . در ۲۰ درصد موارد باروده ارتباط دارند و در ۳۰ درصدموارد ناهنجاریهای گوارشی دیگرهمراه بااین نوع کیست گزارش شده است . جدار این‌کیست از سه‌لایه روده‌ای سروز ، ماهیچه‌ای ومخاطی‌تشکیل‌یافته است . اغلب مؤلفان انگلیسی‌زبان (۱،۷،۱۵،۲۰) طبقه‌بندی HILL رابکار میبرند وکیستها رابدو گروه تقسیم میکنند . گروه اول : کیستهای ساده که از بافت همبند وآندوتلیوم تشکیل یافته ومحتوای آن ممکن‌است سرو ، شیلو ویامخلوط باشد ، گروه دوم :کیستهای نئوپلازیك که‌بادر نظرگرفتن مبدأ جنینی بچندگروه تقسیم میشوند : کیست‌درموئید (ازاکتودرم)،لنفانژیوم (از مزودرم)،انتروکیست(ازآندودرم) وبالاخره تراتوم .

بیماری‌زائی : فرضیه‌های‌متعددی راجع‌به‌بیماری‌زائی (پاتوژنی) کیستهای مزانتر وجود دارد و ناهنجاری جنینی مهمترین این فرضیه‌ها میباشد(۱). احتمال‌داردکه دوپرده صفاق درضمن‌تکامل جنینی‌بهم نچسبند در اینصورت حفره‌ای بوجود میآیدکه ازمایع سرو (Sereux) و یا درصورت ارتباط بامجاری لنفاوی از لنف پر می‌شود (۶).

(۲) وجود اپیتلیوم روده درجدار بعضی از کیستها مبدأ روده‌ای آنها را ثابت میکند (۲۲ ، ۳). فرضیه انسداد راههای لنفاوی واتساع‌آنها مورد پسند اغلب مؤلفین میباشد (۳و۴). علل‌انسداد متعدد است: ناهنجاری(۱۰)، تروماتیسم (۱۶)، آماس (۲۱) و دژنرسانس(۶). DORE وهمکارانش(۱۲)شرح‌حالی‌راگزارش کرده‌اندکه در آن مجرای لنفاوی بزرگی که از جدارکیست سرچشمه میگرفت به پدیکول مزانتریك فوقانی منتهی میشد و جدار خودکیست از بافت فیبرو وعضلانی تشکیل شده بود. بنظر میرسدکه دراین‌مورد فرضیه اتساع مجاری لنفاوی ، پاره شدن آن وتشکیل بافت‌گرانولاسیون در اطراف لنف مصداق پیداکند (۱۲)، معذالك تزریق اتیودول در داخل‌کیست، در بعضی موارد لنفانژیوم ، اختلالی در راههای لنفاوی نشان نداده است (۴). مبدأ جنینی لنفانژیومها مورد قبول اغلب پژوهشگران میباشد (۲،۳، ۴، ۲۱). این عده فکر میکنندکه در ابتدا قسمتی‌ازبافت لنفاوی درداخل مزانتر بصورت کیسه‌ای درآمده بتدریج بزرگ میشود . بعبارت دیگر لنفانژیوم کیستیك نوعی هامارتوم لنفاتیك است (۱۵).

نشانه‌های بالینی : کیستهای مزانترفاقدنشانه‌های‌بالینی‌ویادارای نشانه‌های‌غیراختصاصی میباشند (۲،۴،۲۲). دراغلب مواردوجود یك توده درشکم تنها نشانه بیماری است . این توده معمولا در اطراف ناف قرار دارد و بی‌درد و متحرك است (۱،۳،۶،۲۲). معذالك باید در نظر داشت‌که‌کیستهای مزوکولون چپ وراست بیحرکت هستند (۱۴) وهمچنین ممکن است‌کیست درلگن قرار بگیرد وگاهی بزرگ شدن تدریجی شکم تنها نشانهٔ بالینی این بیماری میباشد (۱،۲،۶،۱۸،۲۰،۲۱). دردشکم شایع است(۴). این‌درد بصورت‌کشش ویاکولیك می‌باشد وممکن است درقسمتی از شکم ویادرتمام‌شکم بوجودآید . Content وهمکارانش(۱۰) شرح حال‌کودکی راگزارش کرده‌اندکه ۷ سال بدلیل دردهای متعددوگوناگون شکم‌تحت‌نظر بوده است‌وبالاخره درلاپاروتومی تجسسی‌که برای‌آسیت انجام‌گرفت به‌تشخیص بیماری رسیده‌اند. دربعضی از بیماران بی‌اشتهائی و کاهش وزن در غیاب عوارض بیماری‌گزارش شده است (۱،۲، ۶، ۷،۸). بالاخره باید تذکر دادکه‌کیستهای بزرگ بانشانه‌های آسیت تظاهر می‌کنند(۱۳). بادر نظرگرفتن اینکه اغلب کیستهای مزانتر نهفته میباشند ،

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

عوارض آنها بصورت انسداد و یاعفونت نسبتاً شایع است . پیچ خوردگی روده (ولوولوس) یکی از شایعترین عوارض انسدادی است(۲۰).تودرتوئی روده (انواژیناسیون) کمتر ازپیچ‌خوردگی آن گزارش شده است (۱۷).کیستهای مزوکولون ندرتاً عوارض انسدادی دارند وبیشتر عفونت و خونریزی داخل کیست باعث وخامت حال بیمار میگردد . دونوع عارضه دیگر کاملا استثنائی میباشند : خونریزی روده بدون تودرتوئی روده (۱۴) واسهال مزمن از نوع «آتروپاتی اکسوداتیو» بعلت انسداد راههای لنفاوی (۱۶). داده‌های آزمایشگاه کمك چندانی بتشخیص عوارض روده «آتروپاتی» نمیکند. هیپرلکوسیتوز درصورت عفونت داخل کیست وکم‌خونی هیپوکرم درصورت خونریزی داخل کیست دیده میشود . دربعضی از مواردکه کیست حجیم است وروی راه ادرار فشار میآورد، آلبومین اوری مختصری دیده شده‌است(۲،۷،۲۲). کیست بی‌خطر نیست ، ولی در مواردی‌که مایع از نوع لنف میباشد به‌تشخیص کمك فراوانی میکند (۲). باید در نظر داشت که استثنائاً «آسیت‌شیلو»، باکیست شیلوی مزانتر همراه بوده است (۴و۱۳). پرتونگاری باید دقیق وکامل باشد ونشانه‌های غیرمستقیم کیست را در آن جستجو کرد . در پرتونگاری ساده استثنائاً کلسیفیکاسیونهای جدار کیست مشهود است و کیستهای کوچك دراین نوع پرتونگاری دیده نمیشوند .کیستهای بزرگ بصورت تیرگی یکنواخت شکم و جابجا شدن قوسهای روده تظاهر میکنند (۷و۲۲). درپرتونگاری معده وروده باریك فشار برانحنای بزرگ معده ، جابجا شدن پیلور بطرف بالا وجابجا شدن قوسهای روده باریك بطرف جلو درکیستهائی بزرگ جزو نشانه‌های غیر مستقیم بشمار میرود (۲) . پرتونگاری کولون گاهی تصاویر فشار را نشان میدهد .کولون عرضی درکیستهای مزوکولون عرضی بطرف پائین جابجا میشود (۱۴). درمواردی که‌پنوموپریتوئن انجام گرفته ، هواکیست را ازهرطرف احاطه میکند جز درقسمتی که کیست باجدار خلفی چسبندگی دارد (۱۱ و۱۲). لنفوگرافی درچند مورد لنفانژیوم کیستیك انجام گرفته و نتایج این آزمایش در یك مورد طبیعی بوده است . در مورد دیگری گانگلیونهای کنارآئورت وقنات سینه (کانال توراسیك) قابل رؤیت نبوده‌اند . ماده جاجب وارد فضای خلف صفاق‌وداخل کیست‌شده وانسداد راههای لنفاوی نزدین (پروکسیمال)رانشان داده است . درشرح حال دیگری (۱۶) ماده حاجب در حفره کیست وارد شده ، قنات سینه متسع بوده ولی هیچگونه مانعی‌در راه لنفاوی پیدا نشده است .

تشخیصهای افتراقی متعدد میباشند ، چون کیستهای مزانتر فاقد نشانه‌های بالینی و پرتونگاری ویژه هستند . لاپاروتومی گاهی بدلیل توده نامشخص شکم (۱۷) ویا تومور تخمدان (۷و۸) ویا تودرتوئی روده (۸) ودربعضی از بیماران باتشخیص تومورخلف صفاق (۳) ، کیستهای لوزالمعده وکیستهای هیداتیك (۱۶، ۱۸ و۲۲) ، دوپلیکاسیون‌های روده (۲و۱۸) ، هماتوم کلسیفیه (۲۲) وبالاخره آپاندیسیت حاد (۷و۸و۱۵) انجام گرفته است.چنانکه کیست باعوارض انسدادی و یاعفونی همراه باشد تشخیص‌های افتراقی آن عملا باتمام بیماریهای حاد شکم مطرح می‌شود ، چون بنابنوشته Chigot (۹) این کیستها ممکن است چسبندگی پیدا کنند ، پیچ‌بخورند وبه‌بیان دیگر «ولوولوس» داشته باشند ، پاره‌شوند ، عفونت پیدا کنند ویا سبب خونریزی گردند . درمان کیست مزانتر فقط باجراحی امکان دارد وچون این‌تومورها خوش خیم هستند باید تاحدامکان هنگام‌عمل ببرداشتن کیست اکتفاء کرد (۲،۳،۸ و۱۲). درمانهای داروئی نظیر آنتی‌بیوتیك، کورتیکوئید وتزریق‌مواد اسکلروزان در داخل کیست بی‌فایده‌است(۸و۱۸). اگرحجم بزرگ کیست سبب فشار براحشای مجاور گرددخارج کردن مایع بابزل کیست قبل از عمل ضرور است (۲۲). روش «مارسوپیالیزاسیون» باخطرات عفونت وعود بیماری همراه‌است و در مواردی اجرا میشودکه وضع بدبیمار اجازه عمل اساسی وقاطع را ندهد (۳و۲۱). برداشتن کامل کیست «انوکله‌آسیون» روش درمان انتخابی است و هربار که امکان آن وجود داشته باشد باید با این روش کیست را برداشت . قطع قسمتی از روده در بعضی از موارد بعلت عوارض کیست و یا چسبندگیهای کیست باروده لازم میگردد . بین ۲۰۰ بیمار که بوسیله Burnett و همکارانش (۷) بررسی شده برداشتن کامل کیست در ۸۷ مورد امکان داشته‌است ونزد۴۴ بیمارقطع روده‌انجام گرفته‌است. مرگ ومیر بیماری در سال ۱۹۴۸ به ۳۵ درصد وامروزه به ۵ درصد تخمین زده میشود (۲۲).

بیمارانی‌که معرفی‌کردیم از نظر بالینی ، آسیب‌شناسی ودرمانی قابل بحث میباشند .

۱ــ از نظر بالینی باید متذکر شدکه هر۳ بیمار باتشخیص‌آسیت تنها بستری شده بودند . بیمار اول ماهها با تشخیص آسیت سلی تحت‌درمان قرارگرفته‌بود. اشتباه‌کیست حجیم باآسیت‌همانگونه که ذکر شد یکی از تشخیصهای متداول این بیماری میباشد . در این بیماران بزرگ نبودن طحال وکبد وجابجا شدن قوسهای رودهٔ باریك درپرتونگاری ، دو نشانهٔ مهم برای تشخیص کیست مزانتر حجیم بشمار میرود . باتکیه باین دونشانه تشخیص کیست مزانتر در دوبیمار دیگر قبل از عمل جراحی میسر شد(۲).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

۲ـ از نظر آسیب‌شناسی، جایگزینی کیست در مزوکولون عرضی (شرح حال شماره ۱و۳) کاملا استثنائی است. ازطرف دیگر کیست «شیلو» نیز کاملا نادر است ودر مزانترژژونوم قرار میگیرد. بیمارسوم دچار کیست «شیلوی» مزوکولون عرضی بودو باحتمال زیاد رابطه‌ای بین حفره کیست لنفاوی وروده باریك وجودداشته است. از نظر بافت‌شناسی درهر سه مورد ساختمان جدار کیست با انواع لنفانژیوم مطابقت داشت و واکنش آماسی جدار نشانه عارضه عفونی کیست میباشد. در بیماردوم خونریزی جدار برعفونت اضافه شده بود. درهمین بیمار کشت مایع داخل کیست وجودباسیل شیگل‌را نشان داد واین نوع عفونت غیرعادی درخور توجه است.

۳ـ از نظر درمانی کورتیکوتراپی وآنتی‌بیوتراپی درمورد اول بی‌اثر بوده‌اند وعمل برای انسداد حاد روده انجام گرفت. نکته جالب اینکه درهرسه مورد علیرغم حجم وسیع کیست برداشتن آن بدون عارضه میسر شد.

خلاصه :

نویسندگان سه مورد کیست مزانتر کودکان را معرفی میکنند. یك مورد لنفانژیوم مزوکولون عرضی نزد یك پسر ۲/۵ ساله. یك لنفانژیوم کیستیك مزانتر روده باریك باخونریزی داخل کیست نزد یك پسربچه ۴/۵ ساله ویك لنفانژیوم «شیلوی» مزوکولون عرضی پیش یك دختربچه ۹ ماهه. درهر ۳ مورد این اطفال بعلت افزایش تدریجی حجم شکم بستری شده بودند. در هر ۳ مورد نشانه‌های بالینی بایك آسیت فراوان مطابقت داشت. نزد بیمار اول تشخیص ۶ ماه بعد از نخستین مراجعه بیمار و درمانهای گوناگون بالینی بعداز لاپاروتومی داده شد. در دومورد دیگر تجزیه و تحلیل بالینی، و رادیولوژیائی تشخیص را قبل ازعمل امکان پذیر ساخت. علیرغم حجم بزرگ کیست درهرسه مورد برداشتن کامل آن باموفقیت انجام گرفت.

REFERENCES :

1- Amos, A.S. Multiple Lymphatic Cysts of the Mesentery Brit. Jour. Surg, 1952, 16, 588.
2- Arnheim, E.E., Schneck, H., Norman, A., Dreizin, D.H. Mesenteric cysts in infancy and childhood Pediatrics, 1959, 14, 469.
3- Baily, H., Love Mc. N. Mesenteric cysts. Baily's Textbook of Surgery P: 377_379, Lewis, Corp. Ed., 1969
4- Benson, N.C.D. Pediatric Surgery, Vol. 2 P: 874, Year Book Med. Publi. 8th Ed. 1969.
5- Berger, J., Sauvage, P. A propos d'un nouveau cas de lymphangiome kystique du mésentère Ann. Chir. Inf. 1971, 12, 253.
6- Blondeau, Ph. Encyclopedie Médico_Chirurgial Estomac Intestin 9049 A10, P.104, 1956.
7- Burnett, W.E., Rosemond, G.P., Bucher, R.M. Mesenteric cysts. Archives Surgery 1950, 60, 599.
8- Chappuis, J.P., Marion, J., Daudet, M., Desgouttes, J.L, Les lymphangiomes kystiques du mésantère Pédiatric (Lyon) 1971, 26, 195.
9- Chigot, P.L. Les kystes mésentériques chez l'enfant, Ann. Chir. Infant. 1961, 2, 104.
10- Content, J., Vanden Abeel, Zilberschatz Les lymphangiomes du mésentère, Arch. Franc. Péd. 1966, 23, 502.
11- Delannoy, E., Gautier, P., Guiot, Y. Pseudo kyste du pancréas à évolution mésocolique. Arch. Mal. App. Digest. 1953, 42, 1323.
12_ Dore, G., Renoux, M., Marcelli, D., Duchier, J., Olivier, Ch. Bour, H. Lymphangiome, kystique du mésocolon transverse, Arch Franc. App. Digest. 1970, 59, 589.
13- Freycon, F, Mollard, P., Thevenon, J., Bertrand, J.L., Jeune, M. Lymphangiome kystique chyleux du mésentère, Pédiatric, 1966, 21, 102.
14_ Janser, J.C., Viville, Ch., Philippe, E., Frey, G. & Schvingt, E. Les kystes des mésocolons. Arch. Mal. App. Dig. Nutr. 1965, 54, 245.
15_ Hardin, W.J., Hardy, J.D Mesenteric cyst, Amer. J. Surgery 1970, 119, 640.
16- Leonidas, J.C., Kopel, F.B., Danese, C.A. Mesenteric cyst Associated with Protein Loss in the Gastro Intestinal Tract, Amer. J. Roentegenology 1971, 112, 150.
17- Martin, E.D. Les tumeurs du péritoine Rev. Prat. 1973, 23, 2841.
18- Singh, S., Baboo, M.L., Pathak, I.C. Cystic Lymphangioma in Children: Report of 32 cases including lesions at rare sites. Surgery, 1971, 69, 947.
19_ Sneyder, W.H. Chylous Ascites in Pediatric surgery. Pediatric Surgery, Vol. 2, P: 878_Year Book. Med. Publi. 8th Ed. 1969.
20- Standeven, A. A case of Volvulus of Small Intestine due to Multiple mesenteric cysts. Surgery, 1953, 41, 102
21- Stahl, W.M., Joy, R.C. Chylous cysts of the Mesentery in Infants Jour. of Pediat. 58: 373_376, 1961.
22- Vaughn, A.M., Lees, W.M., Henry, J. W. Mesenteric Cysts, A review of the Litterature and Report of a Calcified Cyst of the Mesentery. Surgery 1948, 23, 306.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]