

کیستهای مزانترو و مزو کولون در کودکان

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۱، صفحه ۶۱، ۲۵۳۶

دکتر محمد حسین مرندیان - دکتر منوچهر امیر فیض * دکتر ابراهیم خوشنویس ** دکتر محمد جعفریان *

معرفی سه بیمار

کیستهای مزانترو و تومورهای نادری هستند که نشانه‌های بالینی و پرتونگاری ویژه‌ای ندارند. تشخیص در مرحله قبل از جراحی غالباً ممکن نیست و این کیست‌ها معمولاً هنگام عمل دیده می‌شوند. کیستهای مزانترو اکثراً روی روده باریک و ندرتاً در مزو کولون قرار دارند و نشانه‌های بالینی آنها بحجم و محل استقرار تومورها ارتباط دارد. طی دو سال اخیر نویسنده‌گان سه مورد از این کیست‌ها را مشاهده کرده‌اند: یک کیست مزانترو و دو کیست مزو کولون عرضی. در هر سه 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 قطر شکم بستری شد. در سوابق این کودک نکته مرضی بخصوصی وجود ندارد. زایمان و همچنین مراحل اولیه رشد فکری و عصبی طفل بطور طبیعی انجام گرفته است. بزرگی شکم ازدو ماهگی جلب توجه پدر و مادر را میکند، ولی ظاهراً بیمار نشانه گوارشی دیگری جز یبوست نداشته است. در نخستین آزمایش بیمار کودکی است ۲/۵ ساله با وزن ۱۰ کیلو گرم و قد ۷۷ سانتیمتر. دور شکم ۵۴ سانتیمتر، فشار خون ۸۰/۱۲۰ میلیمتر جیوه، ریتم قلب ۱۰۰-۸۰ در دقیقه و درجه حرارت راست روده ۳۷ درجه می‌باشد. از نظر بالینی دستگاههای قلب و عروق، تنفس، ادرار، تناسل و پی نکته مرضی وجود ندارد. شکم کاملاً برجسته است. پوست آن ظریف و دارای گردش خون جانبی در مناطق بالای ناف می‌باشد. ناف کاملاً 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 نشانه Glaucon وجود ندارد. بادر نظر گرفتن این نشانه‌ها تشخیص آسیت مطرح شد. در بین آزمایش‌های تکمیلی که بعضی از آنها دوبار تکرار شد، بیشتر جوابها طبیعی بود: تیمول، سفالین کلسترول، یبلی رویین، ترانس آمینازها و فسفاتاز قلیائی، الکتروولینها، اوره، زمان پروترومبین و همچنین آزمایش کامل ادرار. سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول به ۴۰ 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 و در الکتروفورز آلبومین ۵۰ درصد، α_1 یک درصد، α_2 دوازده درصد، β هفده درصد و δ بیست درصد گزارش شده است. آزمون مانتو منفی بود و با آزمون BCG سفتی با اندازه ۵ میلیمتر بدست آمد. در بزل شکم مایع شفاف کثیفه شده که در هر میلی‌متر مکعب آن ۴۰ لنفوسیت، ۵۰ چند هسته‌ای و ۳۰ گلبول قرمز وجود داشت. میزان پروتئین‌های آن به ۱۹ گرم در لیتر میرسید. سلولهای سرطانی وجود نداشت و جستجوی باسیل سل در آزمایش مستقیم و کشت و تلقیح بخو کچه هندی منفی بود.

پرتونگاری: پرتونگاری سینه طبیعی بود و در پرتونگاری ساده شکم تصویر تیره و یکنواخت و وسیع شکم جلب توجه میکرد. پرتونگاریهای کولون نشان میداد که کولون عرضی بسمت پائین و چپ و سکوم بطرف بالا و چپ رانده شده است (شکل شماره ۱). روده‌های باریک بطرف هیپوکندر چپ جا بجا شده بود و تصویر فشار بر روی انحنای بزرگ معده دیده می‌شد (شکل شماره ۲).

* مرکز پزشکی لقمان الدوله ادهم - تهران.

** دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران.

۱۳۰۰ گرم اضافه وزن پیدا کرد. با در نظر گرفتن افزایش سرعت رسوب گلبولی و نتایج آزمون BCG و خصائص مایع آسیت درمان ضد سل با سه دارو و همچنین، کورتیکواستروئید بشکل پردنیزولون بدرمان فوق اضافه شد و بمدت ۶ هفته ادامه پیدا کرد ولی هیچگونه نتیجه‌ای بدست نیامد. ناگزیر لاپاروتومی تجسسی پیشنهاد شد که مورد قبول والدین قرار نگرفت و کودک مرخص گردید. پنج ماه بعد از تاریخ فوق (آبانماه ۱۳۵۲) کودک مجدداً بستری گردید. در اینمدت بیمار تحت درمان داروهای ضد سل بوده و گاهی از دردهای شکم و تنگی نفس و سیانوز رنج میبرده است. دو هفته قبل از بستری شدن بیمار دچار تبهایی میگردد و ۴۸ ساعت قبل از بستری شدن درد شدید شکم همراه با تنگی نفس سبب وخامت وضع بیمار گردید. در آزمایش ورودی، طفل رنگ پریده و مضطرب و دچار تنگی نفس شدید و سیانوز بود. وزن وی ۱۰ کیلوگرم، قطر شکم ۶۰/۵ سانتیمتر، نبض محیطی بسیار سریع و ضعیف (۱۶۰ در دقیقه) و فشار خون ۱۰۰/۸۰ میلیمتر جیوه میباشد. تنگی نفس همراه با رتر اکسیون بین دنده‌ای و ناحیه فوق جناغ است. برای تسکین وضع بیمار بزل مایع شکم بعمل آمد و ۳۰۰ سانتی متر مکعب مایع قرمز پررنگ خارج میگردد. متعاقب این بزل وضع بیمار بهبود نسبی حاصل میکند، ولی چند ساعت بعد به استفراغهای شدید دچار میگردد. درمان با تزریق خون و محلولهای آب و الکترولیت و آنتی بیوتیک شروع شد و طفل بمدت ۴۸ ساعت، تحت نظر قرار گرفت. چون تغییری در وضع بیمار موجود نیامد و نشانه‌های انسداد روده همراه با تب، کم خونی، هیپرلوکوسیتوز و افزایش رسوب گلبولی مسئله فوریت جراحی شکم را مطرح کرد، تصمیم بعمل گرفته شد. قبل از عمل 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 سی سی مایع قرمز پررنگ خارج گردید و طفل بلافاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت.

گزارش عمل: بعد از باز کردن شکم ۷۵۰ سی سی مایع قرمز پررنگ خارج گشت و کیست بزرگی جلب توجه کرد. این کیست که روی مزو کولون عرضی، بین کولون عرضی و انحنای بزرگ معده قرار گرفته بود جداری باریک و پررنگ و حالت التهابی داشت. کیست به کولون عرضی و انحنای بزرگ معده و همچنین چند قوس روده باریک چسبیده بود.

معدالک برداشتن کامل کیست میسر شد و بعد از این کار بررسی سایر احشاء شکم نکته مرضی نشان نداد، جز وجود خونریزی



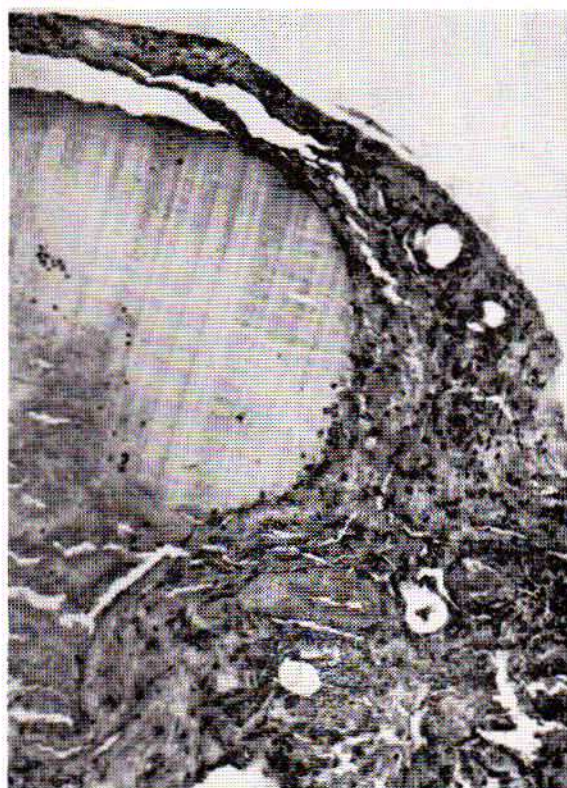
شکل ۱- محمود. م: تصویر کولون با ماده حاجب: جابجا شدن کولون عرضی و سکرم



شکل ۲- محمود. م: جابجا شدن روده باریک و فشار روی معده

دراور گرافی داخل وریدی کلیه و راههای ترشحی سالم بنظر میرسید ولی تصویر فشار بر قسمت فوقانی و چپ مثانه بطور ثابت در تمام کلیشه‌ها دیده میشد. کودک تحت درمان با آلداکتون، لازیکس و رژیم بی نمک قرار گرفت، ولی این درمان بی نتیجه ماند و طفل

باتب واستفراغ همراه بوده است. در آزمایش ورودی کودک لاغر (وزن ۱۲/۷ کیلوگرم)، تب دار (۳۸/۵)، رنگ پریده، مضطرب بنظر میرسید و دچار تنگی نفس (ریتم تنفس ۵۰ در دقیقه) و تاکی کاردی (نبض ۱۳۰ در دقیقه) بود. از درد شکم، تهوع و استفراغ شکایت داشت. شکم بزرگ و تحت فشار بود. گردش خون جانی در قسمتهای فوقانی آن بچشم میخورد. در لمس ودق تمام نشانههای مربوط بیک آسیت فراوان وجود داشت، ولی کبد و طحال بزرگ نبود و آزمایش سایر قسمتهای بدن نکته مرضی نشان نمیداد. در برابر این نما تشخیص کیست مزاتر مطرح شد. پرتونگاری سینه طبیعی بود. در پرتونگاری ساده شکم تیرگی یکنواخت تمام شکم جلب توجه میکرد و تصاویر هوایی روده باریک به قسمت فوقانی و چپ شکم رانده شده بود (شکل شماره ۴). در آزمایش خون محیطی کم خونی خفیف (هموگلوبین ۹ گرم درصد، هماتوکریت ۲۹ درصد) بدون تغییرات قابل توجه سلولهای سفید دیده شد. سرعت رسوب گلبولی گویچههای سرخ به ۳۵ میلی متر در ساعت اول میرسید. اندازه گیری اوره و الکترولیت های خون و آزمایش کامل دارار طبیعی بود. برای تسکین نارسائی تنفس، بزل شکم انجام گردید و نیم لیتر مایع خونی خارج شد. بعد از این کار وضع طفل بهبود قابل توجهی پیدا کرد و تحت درمان با محلولهای الکترولیتی و آنتی بیوتیک قرار گرفت و خون تزریق شد. در پرتونگاری دیده شد که قوسهای روده باریک به قسمت فوقانی هیپوکندر چپ رانده شده است و بنظر میرسد ۳ حفره شکم را توده وسیعی اشغال کرده است. ۳ روز بعد از بستری شدن طفل تحت عمل قرار گرفت.

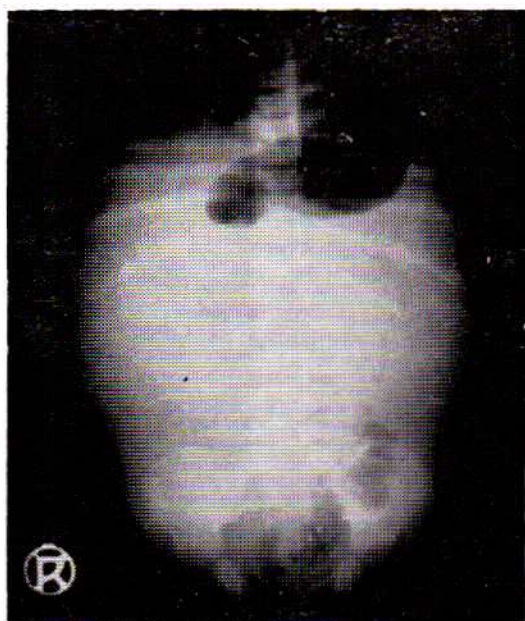


شکل ۳- محمود. م: منظره ذره بینی جدار کیست

خفیف در داخل روده باریک. غدد لنفاوی مزاتر کمی بزرگ بنظر میرسیدند. نمونه برداری بعمل آمد. بعد از شستشوی حفره صفاق جدار شکم بی آنکه از درن استفاده شود، بسته شد و ۴۸ ساعت بعد کار طبیعی روده برقرار گردید. طفل دو هفته بعد از عمل جراحی با بهبود کامل مرخص شد و در مدت دوسالی که تحت نظر قرار گرفت، هیچ عارضه مرضی در وی دیده نشد. از نظر آسیب شناسی قطر کیست با اندازه ۲۵ سانتیمتر و دیواره آن در حدود ۲ میلیمتر بود. در آزمایش ریزینی (شکل شماره ۳) جدار کیست از بافت همبند و چربی بارگهای فراوان تشکیل شده بود. سلولهای التهابی در دیواره کیست و در بافت های مجاور دیده میشد. ساختمان جدار آن بالنفاژ یوم کیستیک 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، وی اشتهائی بستری شد. در سابقه بیمار نکته قابل ذکری وجود نداشت. یکماه قبل از بستری شدن در یکی از بیمارستانهای شهرستان بعلت درد شکم و یبوست بستری بوده، تحت درمان نشانهای قرار گرفته و بهبود پیدا کرده است. چهار روز قبل از بستری شدن درد شکم و یبوست عود کرده و اینبار



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

متعاقب عمل، کودک دچار تبهای خفیفی شد و چون در کشت مایع داخل کیست آسیت شیرین از گروه B پیدا شده بود، آنتی بیوتیک مناسب داده شد. پس از گذشت یک هفته بهبود کامل حاصل گردید. بدلیل کم خونی دوبار تزریق خون انجام گرفت. جستجوی باسیل سل در مایع کیست منفی بود. درن روز هفتم برداشته شد و کودک دو هفته بعد از عمل جراحی با بهبود کامل مرخص گردید. بیمار مدت یک سال تحت نظر بود و هرگز ناراحتی در وی مشاهده نشد.

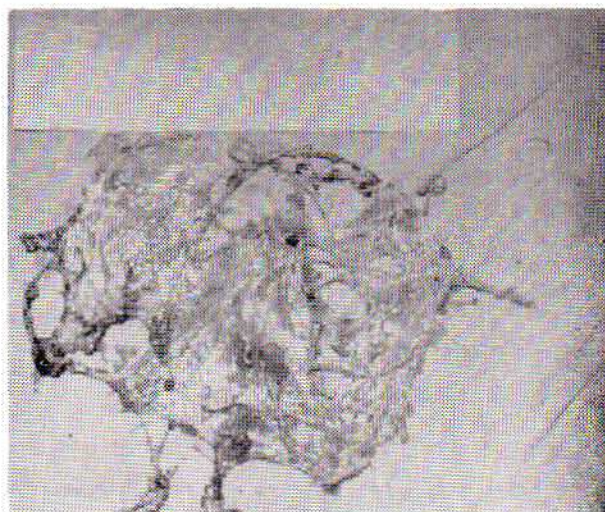
شرح حال بیمار سوم:

رقیه. ک. دختر بچه ۹ ماهه، در فروردین ۱۳۵۴ بعثت بزرگی شکم بستری شد. رشد جسمی و فکری بیمار در حد طبیعی بوده و هرگز از اختلالات گوارشی شکایت نداشته است. از هفت ماهگی بزرگی تدریجی شکم جلب توجه پدر و مادر را کرده ولی در این مدت طفل از استفراغ یا یبوست شکایت نداشته است. در آزمایش ورودی طفلی است بوزن ۸ کیلوگرم با قد ۶۷ سانتیمتر با وضع عمومی خوب. آزمایش قلب و ریه، دستگاه ادرار، تناسل و پی نکته مرضی نشان نمیدهد. فقط یک تاکی کاردی سینوزال خفیف وجود دارد. فشار خون ۱۰۰/۷۰ میلی متر جیوه میباشد. شکم برجسته و بزرگ است و پوست ظریفی آنرا می پوشاند. گردش خون جانبی در تمام شکم به چشم می خورد. لمس و دق شکم تمام نشانه های مربوط بیک آسیت فراوان را نشان میدهد، ولی کبد و طحال بزرگ نیست. در برابر این نشانه ها دو تشخیص مطرح میشوند: ۱- آسیت سلی. ۲- کیست مزاتر.

سرعت رسوب گلبولی، زمان سیلان و انعقاد، عیار بیلی روبین، اوره و اسید اوریک خون و آزمایش ادرار طبیعی بود. واکنشهای جلدی سل منفی بود.

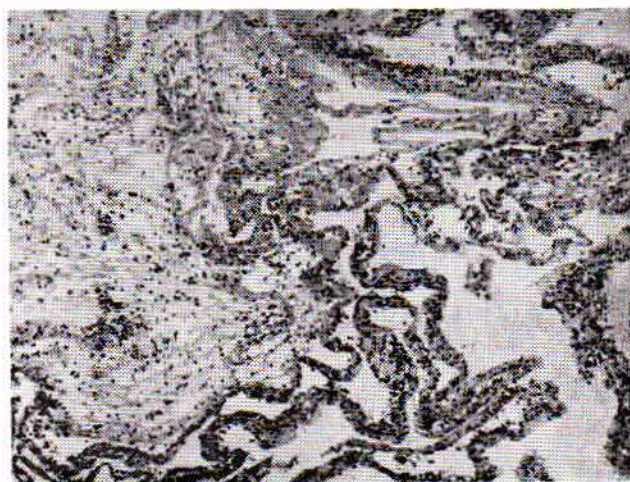
پروتئین های سرم ۶/۵ گرم درصد، آلبومین سرم ۴/۶ درصد، گلوبولین ۱/۹ درصد و نسبت آلبومین به گلوبولین ۲/۴ بود. با بزل شکم ماده سفید رنگ شیل مانند بدست آمد که ترکیب آن برابر زیر است: گلوبول سفید ۴۵۰۰ در میلی متر مکعب با ۹۰ درصد لنفوسیت، گلوبول قرمز ۱۰ در میلی متر مکعب، پروتئین ۷۰۰ میلی گرم در میلی لیتر، چربی های تام ۱۲۰۲ میلی گرم درصد میلی لیتر، کلسترول ۸۲ میلی گرم درصد، تری گلیسرید ۱۰۱۴ میلی گرم درصد، فسفولیپید ۵/۰۱ میلی گرم درصد. جستجوی سلولهای سرطانی منفی بود.

اندازه گیری چربیهای خون به قرار زیر است: چربیهای کل ۴۳۷ میلی گرم درصد، کلسترول کل ۱۰۷ میلی گرم درصد، تری گلیسرید ۷۳/۵ میلی گرم درصد، فسفولیپید ۵۸/۵ میلی گرم

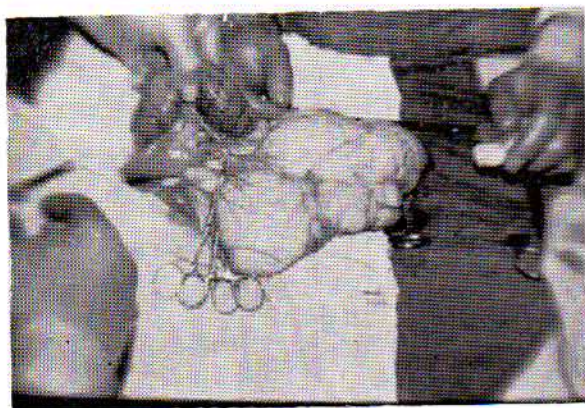


شکل ۵- عظیم. ط: منظره درشت بینی کیست

گزارش عمل: بعد از باز کردن شکم در حدود ۱ لیتر مایع قرمز پررنگ از حفره کیست که جدار آن بجدار شکم چسبیده بود، خارج شد. جدار کیست که کاملاً نازک بود رگ های فراوان داشت و در بعضی مناطق از ترشحات فیبرین پوشیده شده بود. کیست روی مزاتر قرار داشت و با قوسهای روده باریک و کولون بالا رونده و عرضی چسبندگیهای فراوان نشان میداد. تمام کیست برداشته شد و جدار شکم با تعبیه درن بسته شد. کیست بابعاد ۸×۱۹ سانتیمتر با جدار یک تا دو میلی متر و پر خون بنظر میرسید (شکل شماره ۵). از قطر ریز بینی (شکل شماره ۶) جدار کیست در بعضی از مناطق از یک آندوتلیوم پوشیده شده و دارای رگ های فراوان و متسع بود. ارتشاح سلولهای تک هسته ای و چند هسته ای و همچنین کانونهای خونریزی در جدار کیست جلب توجه میکرد. منظره ریز بینی آن بالنفاز یوم کیستیک مطابقت داشت.



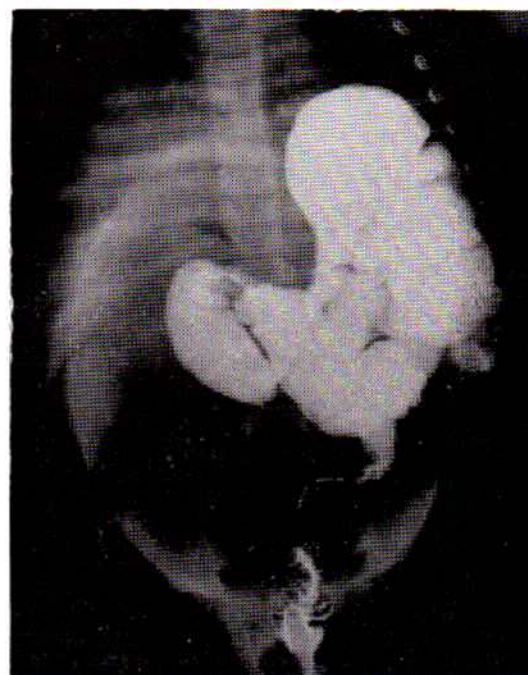
شکل ۶- عظیم. ط: ساختمان ریز بینی جدار کیست



شکل ۸- رقیه. ک: منظره درشت بینی کیست در موقع عمل

تفسیر: کیستهای مزاتر از چهار قرن پیش شناخته شده‌اند. این کیستها جزو تومورهای نادر شکم میباشند و شیوع آنها از ۱/۱۰۰۰/۰۰۰ (۲۲) تا ۱/۱۰۰۰/۰۰۰ (۱) تخمین زده شده است. شیوع کیست در دو جنس یکسان است (۴) هرچند که در مطالعه Burnett و همکارانش (۷) در جنس مؤنث بیشتر از جنس مذکر دیده شده است. این تومورها معمولاً در دوران کودکی ظاهر میشوند و شیوع آنها بین ۵ الی ۱۰ سالگی میباشد (۱۷) و (۱۹). هرچند که مواردی از کیست مزاتر در دوران نوزادی گزارش شده است (۲۱)، این کیستها قبل از یکسالگی کماب هستند: یک مورد از ۸۲ مورد Arneht و همکارانش (۲) و ۱۱ مورد از ۲۰۰ مورد Burnett و همکارانش (۷). از نظر جایگزینی مزاتر روده باریک شایعترین محل این کیستها است (۱۶). جایگزینی‌های دیگر نادر میباشد. در بین ۲۰۰ مورد بررسی شده بوسیله Burnett و همکارانش (۷) جایگزینی‌های کیست بقرار زیر بوده است:

درصد. پرتونگاری سینه طبیعی بود. در پرتونگاری ساده شکم قسمت راست آن بطور یکنواخت تیره بنظر میرسید و تصاویر هوایی روده بسمت چپ جابجا شده بود. اروگرافی داخل وریدی طبیعی بود. سکوم و کولون و زاویه راست کولون و همچنین کولون عرضی بسمت چپ و پائین رانده شده بود (شکل شماره ۷). کودک با تشخیص کیست شیلوی مزاتر تحت عمل جراحی قرار گرفت.



شکل ۷- رقیه. ک: جابجا شدن سکوم و کولون عرضی

شرح عمل:

بعد از باز کردن شکم کیست بزرگ مزو کولون عرضی حاوی ماده سفید شیری رنگ (شکل شماره ۸) دیده شد. جدار کیست نازک و دارای رگهای فراوان بود. کیست تا سرلوزالمعده ادامه داشت و با اپی پلون بزرگ چسبندگیهایی نشان میداد. سکوم متحرک بود، غده‌های لنفاوی کمی بزرگتر از معمول بنظر میرسید. تمام کیست و دوگانگیلون برداشته و جدار بی درناز بسته شد. از نظر درشت بینی ابعاد کیست ۶ × ۱۱ سانتیمتر وضخامت دیواره آن یک میلیمتر بود. مطالعه ریز بینی تشخیص لنفانژیوم کیستیک را مسجل ساخت. جدار کیست از بافت همبند تشکیل یافته و بوسیله یک آندوتلیوم مفروش شده بود. رگهای متسع فراوان و ارتشاح سلولهای لنفوسیت گاهی بصورت فولیکول بچشم میخورد (شکل شماره ۹). جدار کیست در بعضی از قسمتها فیبرو هیالینیزه، بنظر میرسید و غده لنفاوی برداشته شده ساختمان غیر طبیعی نشان نمیداد.



شکل ۹- رقیه. ک: ساختمان ریز بینی جدار کیست

فرضیه‌ها می‌باشد (۱). احتمال دارد که دوبرده صفاق در ضمن تکامل جنینی بهم نچسبند در اینصورت حفره‌ای بوجود می‌آید که از مایع سرو (Sereux) و یا در صورت ارتباط با مجاری لنفاوی از لنف پر می‌شود (۶).

(۲) وجود اپیتلیوم روده در جدار بعضی از کیست‌ها مبدأ روده‌ای آنها را ثابت میکند (۲۲، ۳). فرضیه انسداد راههای لنفاوی و اتساع آنها مورد پسند اغلب مؤلفین می‌باشد (۴ و ۳). علل انسداد متعدد است: ناهنجاری (۱۰)، تروماتسم (۱۶)، آماس (۲۱) و دژنراسیون (۶). DORE و همکارانش (۱۲) شرح حالی را گزارش کرده‌اند که در آن مجرای لنفاوی بزرگی که از جدار کیست سرچشمه میگرفت به پدیکول مزاتریک فوقانی منتهی میشد و جدار خود کیست از بافت فیرو و عضلانی تشکیل شده بود. بنظر میرسد که در این مورد فرضیه اتساع مجاری لنفاوی، پاره شدن آن و تشکیل بافت گرانولاسیون در اطراف لنف مصداق پیدا کند (۱۲)، معذالک تزریق اتیودول در داخل کیست، در بعضی موارد لنفاژیوم، اختلالی در راههای لنفاوی نشان نداده است (۴). مبدأ جنینی لنفاژیومها مورد قبول اغلب پژوهشگران می‌باشد (۲۱، ۴، ۳۰۲). این عده فکر میکنند که در ابتدا قسمتی از بافت لنفاوی در داخل مزاتر بصورت کیسه‌ای درآمده بتدریج بزرگ میشود. بعبارت دیگر لنفاژیوم کیستیک نوعی هامارتوم لنفاتیک است (۱۵).

نشانه‌های بالینی: کیستهای مزاتر فاقد نشانه‌های بالینی و یاداری نشانه‌های غیر اختصاصی می‌باشند (۲۲، ۴، ۲). در اغلب موارد وجود یک توده در شکم تنها نشانه بیماری است. این توده معمولاً در اطراف ناف قرار دارد و بی‌درد و متحرک است (۲۲، ۶، ۳، ۱). معذالک باید در نظر داشت که کیستهای مزو کولون چپ و راست بجرکت هستند (۱۴) و همچنین ممکن است کیست در لگن قرار بگیرد و گاهی بزرگ شدن تدریجی شکم تنها نشانه بالینی این بیماری می‌باشد (۲۱، ۲۰، ۱۸، ۶، ۲، ۱). در شکم شایع است (۴). این درد بصورت کشش و یا کولیک می‌باشد و ممکن است در قسمتی از شکم و یا در تمام شکم بوجود آید. Content و همکارانش (۱۰) شرح حال کودکی را گزارش کرده‌اند که ۷ سال بدلیل دردهای متعدد و گوناگون شکم تحت نظر بوده است و بالاخره درلاپاروتومی تجسسی که برای آسیت انجام گرفت به تشخیص بیماری رسیده‌اند. در بعضی از بیماران بی‌اشتهایی و کاهش وزن در غیاب عوارض بیماری گزارش شده است (۸، ۷، ۶، ۲، ۱). بالاخره باید تذکر داد که کیستهای بزرگ با نشانه‌های آسیت تظاهر می‌کنند (۱۳). بادر نظر گرفتن اینکه اغلب کیستهای مزاتر نهفته می‌باشند،

مزاتر روده باریک ۹۳ مورد، مزوسیکموئید ۳۰ مورد، مزو کولون عرضی ۲۱ مورد، مزو کولون پائین رونده ۲۶ مورد، مزو آپاندیس ۳ مورد، اپی‌پلون بزرگ ۴ مورد و مزوگاسترو هپاتیک ۱ مورد.

بعقیده بعضی از مؤلفین (۱۴) نشانه‌های بالینی و روشهای جراحی کیستهای مزو کولون را از کیستهای مزاتر روده باریک متمایز می‌سازد، در حالیکه بیشتر نویسندگان (۳، ۴، ۹۷، ۲۲، ۱۵) تمام کیست‌ها را در یک گروه قرار میدهند، چون این کیست‌ها همیشه بین دو صفحه صفاق در طول دستگاه گوارش از دوئودنوم تا رکتوم ممکن است بوجود آید.

تقسیم بندی و آسیب‌شناسی:

در اغلب موارد منشاء کیست مجاری لنفاوی و یا مجرای روده است (Duplication). ناهنجاریهای دیگر کاملاً استثنائی می‌باشند، مانند کیست همانژیکتازیک، کیست لنفو همانژیکتازیک و تراتومهای خوش خیم بخصوص از نوع درموئید (۶ و ۱۴). کیست‌هایی که منشاء لنفاوی دارند، معمولاً از یک حفره تشکیل یافته‌اند و گاهی در اطراف حفره اصلی حفره‌های دیگر وجود دارند. این کیست‌ها معمولاً در قسمت میانی و یا در قسمت بیرونی (پاریتال) مزاتر قرار میگیرند. جدار کیست نازک است و از بافت همبند تشکیل یافته و بوسیله یک آندوتلیوم مفروش شده است. گاهی رشته‌های ماهیچه‌ای صاف و استثنائاً کلسیفیکاسیون‌های کوچک در جدار آن وجود دارد. کیستهای مربوط به دوپلیکاسیونهای روده (کیستهای اتروئید) در مزاتر و یا در مزوهای دیگر نزدیک لبه روده قرار می‌گیرند و معمولاً باروده چسبندگیهای فراوان دارند. شکل آنها در اغلب موارد لوله‌ای است و طول آنها به ۱ تا ۱۰ سانتیمتر میرسد. در ۲۰ درصد موارد باروده ارتباط دارند و در ۳۰ درصد موارد ناهنجاریهای گوارشی دیگر همراه با این نوع کیست گزارش شده است. جدار این کیست از سه لایه روده‌ای سرو، ماهیچه‌ای و مخاطی تشکیل یافته است. اغلب مؤلفان انگلیسی زبان (۲۰، ۱۵، ۷، ۱) طبقه‌بندی HILL را بکار می‌برند و کیست‌ها را بدو گروه تقسیم میکنند. گروه اول: کیستهای ساده که از بافت همبند و آندوتلیوم تشکیل یافته و محتوای آن ممکن است سرو، شیلو و یا مخلوط باشد، گروه دوم: کیستهای ثنوبلازیک که بادر نظر گرفتن مبدأ جنینی بچند گروه تقسیم میشوند: کیست درموئید (ازاکتودرم)، لنفاژیوم (از مزودرم)، اتروکیست (از آندودرم) و بالاخره تراتوم.

بیماری‌زائی: فرضیه‌های متعددی راجع به بیماری‌زائی (پاتوژنی) کیستهای مزاتر وجود دارد و ناهنجاری جنینی مهمترین این

نشانه‌های بالینی و پرتونگاری ویژه هستند. لاپاروتومی گاهی بدلیل توده نامشخص شکم (۱۷) و یا تومور تخمدان (۸ و ۷) و یا تودرتوئی روده (۸) و در بعضی از بیماران باتشخیص تومور خلف صفاق (۳)، کیستهای لوزالمعده و کیستهای هیداتیک (۱۶، ۱۸ و ۲۲)، دویلکاسیون‌های روده (۱۸ و ۲)، همتوم کلسیفیه (۲۲) و بالاخره آپاندیسیت حاد (۱۵ و ۸ و ۷) انجام گرفته است. چنانکه کیست باعوارض انسدادی و یا عفونی همراه باشد تشخیص‌های افتراقی آن عملاً با تمام بیماریهای حاد شکم مطرح می‌شود، چون بنا بنوشته Chigot (۹) این کیستها ممکن است چسبندگی پیدا کنند، پیچ‌خورند و به‌بیان دیگر «ولولوس» داشته باشند، پاره‌شوند، عفونت پیدا کنند و یا سبب خونریزی گردند. درمان کیست مزاتر فقط با جراحی امکان دارد و چون این تومورها خوش خیم هستند باید تا حد امکان هنگام عمل پیرداشتهن کیست اکتفاء کرد (۲، ۳، ۸ و ۱۲). درمانهای داروئی نظیر آنتی بیوتیک، کورتیکوئید و تزریق مواد اسکروزان در داخل کیست بی‌فایده است (۸ و ۱۸). اگر حجم بزرگ کیست سبب فشار بر احشای مجاور گردد خارج کردن مایع با بزل کیست قبل از عمل ضرور است (۲۲). روش «مارسوپالیزاسیون» با خطرات عفونت و عود بیماری همراه است و در مواردی اجرا میشود که وضع بد بیمار اجازه عمل اساسی و قاطع را ندهد (۳ و ۲۱). برداشتن کامل کیست «انوکل‌آسیون» روش درمان انتخابی است و هر بار 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 داشته است و نزد ۴۴ بیمار قطع روده انجام گرفته است. مرگ و میر بیماری در سال ۱۹۴۸ به ۳۵ درصد و امروزه به ۵ درصد تخمین زده میشود (۲۲).

بیمارانی که معرفی کردیم از نظر بالینی، آسیب‌شناسی و درمانی قابل بحث میباشند.

۱- از نظر بالینی باید متذکر شد که هر ۳ بیمار باتشخیص آسیت تنها بستری شده بودند. بیمار اول ماهها با تشخیص آسیت سلی تحت درمان قرار گرفته بود. اشتباه کیست حجیم با آسیت همانگونه که ذکر شد یکی از تشخیصهای متداول این بیماری میباشد. در این بیماران بزرگ نبودن طحال و کبد و جابجا شدن قوسهای روده باریک در پرتونگاری، دو نشانه مهم برای تشخیص کیست مزاتر حجیم بشمار میرود. با تکیه باین دو نشانه تشخیص کیست مزاتر در دو بیمار دیگر قبل از عمل جراحی میسر شد (۲).

عوارض آنها بصورت انسداد و یا عفونت نسبتاً شایع است. پیچ خوردگی روده (ولولوس) یکی از شایعترین عوارض انسدادی است (۲۰). تودرتوئی روده (انوآژیناسیون) کمتر از پیچ خوردگی آن گزارش شده است (۱۷). کیستهای مزو کولون ندرتاً عوارض انسدادی دارند و بیشتر عفونت و خونریزی داخل کیست بساعت وخامت حال بیمار میگردد. دو نوع عارضه دیگر کاملاً استثنائی میباشد: خونریزی روده بدون تودرتوئی روده (۱۴) و اسهال مزمن از نوع «آتروپاتی اکسوداتیو» بعلت انسداد راههای لنفاوی (۱۶). داده‌های آزمایشگاه کمک چندانی بتشخیص عوارض روده «آتروپاتی» نمیکند. هیپرلکوسیتوز در صورت عفونت داخل کیست و کم‌خونی هیپوکرم در صورت خونریزی داخل کیست دیده میشود. در بعضی از موارد که کیست حجیم است و روی راه ادرار فشار می‌آورد، آلومین اوری مختصری دیده شده است (۲، ۷ و ۲۲). کیست بی‌خطر نیست، ولی در مواردی که مایع از نوع لنف میباشد به تشخیص کمک فراوانی میکند (۲). باید در نظر داشت که استثنائاً «آسیت‌شیلو»، با کیست شیلوی مزاتر همراه بوده است (۱۳ و ۴). پرتونگاری باید دقیق و کامل باشد و نشانه‌های غیرمستقیم کیست را در آن جستجو کرد. در پرتونگاری ساده استثنائاً کلسیفیکاسیونهای جدار کیست مشهود است و کیستهای کوچک در این نوع پرتونگاری دیده نمیشوند. کیستهای بزرگ بصورت تیسری یکنواخت شکم و جابجا شدن قوسهای روده تظاهر میکنند (۷ و ۲۲). در پرتونگاری معده و روده باریک فشار بر انحنا بزرگ معده، جابجا شدن پیلور بطرف بالا و جابجا شدن قوسهای روده باریک بطرف جلو در کیستهای بزرگ جزو نشانه‌های غیرمستقیم بشمار میرود (۲). پرتونگاری کولون گاهی تصاویر فشار را نشان میدهد. کولون عرضی در کیستهای مزو کولون عرضی بطرف پائین جابجا میشود (۱۴). در مواردی که پنوموپریتون انجام گرفته، هوا کیست را از هر طرف احاطه میکند جز در قسمتی که کیست با جدار خلفی چسبندگی دارد (۱۱ و ۱۲). لنفوگرافی در چند مورد لنفاژیوم کیستیک انجام گرفته و شایع این آزمایش در یک مورد طبیعی بوده است. در مورد دیگری گانگلیونهای کنار آئورت و قنات سینه (کانال توراسیک) قابل رؤیت نبوده‌اند. ماده جابج وارد فضای خلف صفاق و داخل کیست شده و انسداد راههای لنفاوی نزدیک (پروکسیمال) را نشان داده است. در شرح حال دیگری (۱۶) ماده خناب در حفره کیست وارد شده، قنات سینه متسع بوده ولی هیچگونه مانعی در راه لنفاوی پیدا نشده است.

تشخیصهای افتراقی متعدد میباشند، چون کیستهای مزاتر فاقد

خلاصه :

نویسندگان سه مورد کیست مزاتر کودکان را معرفی میکنند . یک مورد لنفانژیوم مزو کولون عرضی نزدیک پسر ۲/۵ ساله . یک لنفانژیوم کیستیک مزاتر روده باریک با خونریزی داخل کیست نزدیک پسر ۴/۵ ساله و یک لنفانژیوم «شیلوی» مزو کولون عرضی پیش یک دختر ۹ ماهه . در هر ۳ مورد این اطفال بعلت افزایش تدریجی حجم شکم بستری شده بودند . در هر ۳ مورد نشانه‌های بالینی بایک آسیت فراوان مطابقت داشت . نزد بیمار اول تشخیص ۶ ماه بعد از نخستین مراجعه بیمار و درمانهای گوناگون بالینی بعد از لاپاروتومی داده شد . در دومورد دیگر تجزیه و تحلیل بالینی ، و رادیولوژی تشخیص را قبل از عمل امکان پذیر ساخت . علیرغم حجم بزرگ کیست در هر سه مورد برداشتن کامل آن با موفقیت انجام گرفت .

۲- از نظر آسیب شناسی ، جایگزینی کیست در مزو کولون عرضی (شرح حال شماره ۳۰۱) کاملاً استثنائی است . از طرف دیگر کیست «شیلوی» نیز کاملاً نادر است و در مزاتر ژوئوم قرار میگیرد . بیمار سوم دچار کیست «شیلوی» مزو کولون عرضی بود و با احتمال زیاد رابطه‌ای بین حفره کیست لنفاوی و روده باریک وجود داشته است . از نظر بافت شناسی در هر سه مورد ساختمان جدار کیست با انواع لنفانژیوم مطابقت داشت و واکنش آماسی جدار نشانه عارضه عفونی کیست میباشد . در بیمار دوم خونریزی جدار بر عفونت اضافه شده بود . در همین بیمار کشت مایع داخل کیست وجود باسیل شینگل را نشان داد و این نوع عفونت غیر عادی در خور توجه است . ۳- از نظر درمانی کورتیکوتراپی و آنتی بیوتراپی در مورد اول بی اثر بوده اند و عمل برای انسداد حاد روده انجام گرفت . نکته جالب اینکه در هر سه مورد علیرغم حجم وسیع کیست برداشتن آن بدون عارضه میسر شد .

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 mésentère Pédiatric (Lyon) 1971, 26, 195.
- 9- Chigor, 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. 1965, 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 Literature and Report of a Calcified Cyst of the Mesentery. Surgery 1948, 23, 306.