

# کیستهای مزانتر و مزوکولون در کودکان

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۱ ، صفحه ۶۱ ، ۲۵۳۶

دکتر محمد حسین مرندیان - دکتر منوچهر امیرفیض \* دکتر ابراهیم خوشنویس \* دکتر محمد جعفریان \*

وجود ندارد. در معاینه شکم تمام نشانه‌های مر بوط به آسیت فراوان به چشم می‌خورد. کبد و طحال بزرگ نیستند و نخانه Glacon وجود ندارد. با در نظر گرفتن این نشانه‌ها تشخیص آسیت مطرح شد. درین آزمایش‌های تکمیلی که بعضی از آنها دوبار تکرار شد، بیشتر جوابها طبیعی بود: تیمول، سفالین کلسترول، یلی روین، ترانس‌آمینازها و ففاتاز قلبی، الکتروولتها، اورده، زمان پروتوبیین و همچنین آزمایش کامل ادرار. سرعت رسوب گلوبولی در ساعت اول به ۴۰ میلی‌متر میرسید فرمول شمارش افزایش گلوبول‌های سفید (۱۳۰۰ تا ۱۴۰۰ گلوبول سفید) و چند هسته‌ایها (۷۰ تا ۸۰ درصد چند هسته‌ای) را نشان می‌داد. پروتئین‌های سرم ۸ گرم درصد و در الکتروفوروز آلبومین ۵۰ درصد، ۸ یک درصد، ۲ دوازده درصد، ۲ هفده درصد و ۸ بیست درصد گزارش شده است. آزمون ماتتومنفی بود و با آزمون BCG سفتی باندازه ۵ میلی‌متر بدست آمد. در بزل شکم مایع شفافی کشیده شد که در هر میلی‌متر مکعب آن ۴۰ لنسفوسیت، ۵۰ چند هسته‌ای و ۳ گلوبول قرمز وجود داشت. میزان پروتئین‌های آن به ۱۹۰ گرم در لیتر میرسید. سلولهای سرطانی وجود نداشت و جستجوی باسیل‌سل در آزمایش مستقیم و کشت و تلقیح بخوکچه 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 جایجا شده بود و تصویر فشار بر روی انحنای بزرگ معده دیده می‌شد (شکل شماره ۲).

**معرفی سه بیمار**  
کیستهای مزانتر تووههای 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 مزانتر اکثرأ روی روده باریک و ندرتاً در مزوکولون قرار دارند و نشانه‌های بالینی آنها بحجم و محل استقرار تومورها ارتباط دارد. طی دو سال اخیر نویسنده‌گان سه مورد از این کیستهای مشاهده کرده‌اند: یک کیست مزانتر و دو کیست مزوکولون عرضی. در هر سه مورد بیماران بدلیل بزرگی شکم و با تشخیص 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 همچین مراحل اولیه رشد فکری و عصبی طفل بطور طبیعی انجام گرفته است. بزرگی شکم ازدو ماهگی جلب توجه پدر و مادر را می‌کند، ولی ظاهرآ بیمار نشانه‌گووارشی دیگری جز بیوست نداشته است. در نخستین آزمایش بیمار کودکی است ۲/۵ ساله با وزن ۱۰ کیلوگرم قد ۷۷ سانتی‌متر. دور شکم ۵۴ سانتی‌متر، فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه، ریتم قلب ۸۰-۱۰۰ 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 بر جسته است. بیوست آن ظریف و دارای گردش خون جانی در مناطق بالای ناف می‌باشد. ناف کاملاً بر جسته است. یرقان و پورپورا

\* مرکز پزشکی لقمان الدوله ادhem - تهران.

\*\* دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران .

۱۳۰۰ گرم اضافه وزن پیدا کرد. با در نظر گرفتن افزایش سرعت رسوب گلوبولی و نتایج آزمون BCG و خصائص مایع آسیت درمان ضدسل با شه دارو و همچنین، کورتیکوستروئید بشکل پر دنیز و لون بد رمان فوق اضافه شد و بمدت ۶ هفته ادامه پیدا کرد ولی هیچگونه نتیجه‌ای بdst نیامد. ناگزیر لایار و تومی 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 این مدت بیمار تحت درمان داروهای ضد سل بوده و گاهی از دردهای شکم و تنفسی 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 با تنفسی نفس سبب و خامت وضع بیمار گردید. در آزمایش ورودی، طفل رنگ پریده و مضطرب و دچار تنفسی نفس شدید و سیانوز بود. وزن او ۱۰ کیلو گرم، قطر شکم ۱۵/۶ سانتی‌متر، بینضمیطی بسیار سریع وضعیت (۱۶۰ در دقیقه) و فشار خون ۱۰۰/۸۰ میلی‌متر جیوه میباشد. تنفس همراه با تراکسیون بین دندنه‌ای و ناحیه فوق جناغ است. برای تسکین وضع بیمار بزل مایع شکم بعمل آمد و ۳۰۰ سانتی‌متر مکعب مایع قرمز پر رنگ 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 والکترولیت و آنتی‌یوتیک شروع شد و طفل بمدت ۴۸ ساعت، تحت نظر قرار گرفت. چون تنفسی در وضع بیمار موجود نیامد و نشانه‌های انسداد روده همراه با تاب، کم خونی، هیپرلوكوسیتوز و افزایش رسوب گلوبولی 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 ییشتی پیدا کرد. بزل شکم انجام گرفت و ۴۵۰ سی سی مایع قرمز پر رنگ خارج گردید و طفل بالا فاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت.

**حذف از عمل:** بعداز باز کردن شکم ۷۵۰ سی سی مایع قرمز پر رنگ خارج گشت و کیست بزرگی جلب توجه کرد. این کیست کدری مزوکولون عرضی، بین کولون عرضی و انحنای بزرگ معده قرار گرفته بود جداری باریک و پر دگ 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 بعداز این کار بررسی سایر احشاء شکم نکته مرضی نشان نداد، جزو وجود خونریزی



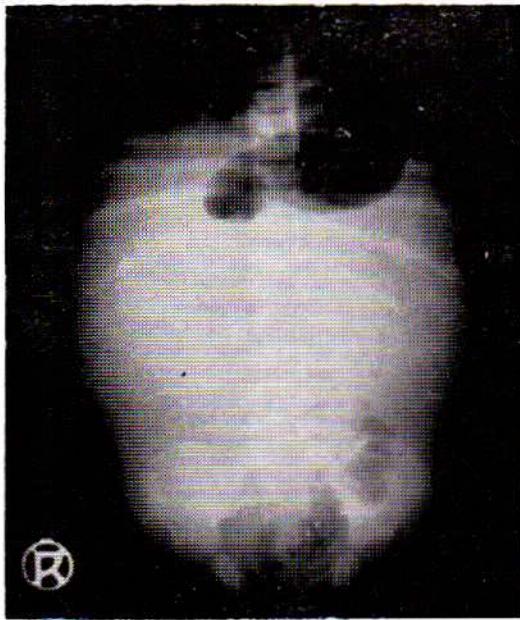
شکل ۱ - محمود. م : تصویر کوکو اون یاماده حاجب: جا بجا شدن کولون عرضی و سکرمه



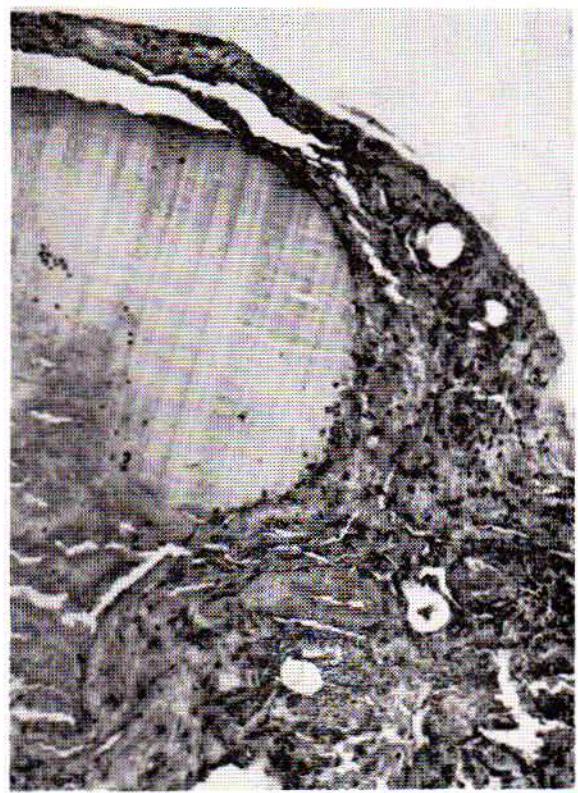
شکل ۲ - محمود. م: جا بجا شدن روده باریک و فشار روی معده

در اورگرافی داخل وریدی کلیه و راههای ترشحی سالم بنتظر میرسید ولی تصویر فشار بر قسمت فوقانی و چپ مثانه بطور ثابت در تمام کلیشمها دیده میشد. کودک تحت درمان با آلداکتون، لازیکس و رژیم بی‌نمک قرار گرفت، ولی این درمان بی‌نتیجه ماند و طفل

باتب واستفراغ همراه بوده است. در آزمایش ورودی کودک لاغر (وزن ۱۲/۷ کیلو گرم)، تبدار (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 دردشکم، تهوع و استفراغ شکایت داشت. شکم بزرگ و تحت فشار بود. گردش خون جانی در قسمتهای فوقانی آن بچشم میخورد. در لمس و دق تمام نشانهای مر بوت یک 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 مزاشر مطرح شد. پرتونگاری سینه طبیعی بود. در پرتونگاری ساده شکم تیرگی یکنواخت تمام شکم جلب توجه میکرد و تصاویر هوایی روده باریک بقسمت 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 گلوبولی گویچه‌های سرخ به ۳۵ میلی‌متر در ساعت اول میرسید. اندازه گیری اوره و الکترولیت‌های خون و آزمایش کامل دارای طبیعی بود. برای تسکین نارسائی تنفس، بزل شکم انجام گردید و نیم لیتر مایع خونی خارج شد. بعداز این کار وضع طفل بهبود قابل توجهی پیدا کرد و تحت درمان با محلولهای الکترولیتی و آتنی 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 میرسید  $\frac{3}{4}$  حفره شکم را توده وسیعی اشغال کرده است. ۳ روز بعداز بستری شدن طفل تحت عمل قرار گرفت.



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



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

خفیف در داخل روده باریک. غدد لنفاوی مزاشر کمی بزرگ بنظر میرسیدند. نمونه برداری بعمل آمد. بعداز شستشوی حفره صفاق جدار شکم بی آنکه از درن استفاده شود، بسته شد ۴۸ ساعت بعد کار طبیعی روده برقرار گردید. طفل دوهفته بعداز عمل جراحی با بهبود کامل مرخص شد و در مدت دو سالی که تحت نظر قرار گرفت، هیچ عارضه مرضی دروی دیده شد. از نظر آسیب شناسی قطره کیست باندازه ۲۵ سانتی‌متر و دیواره آن در حدود ۲ میلی‌متر بود. در آزمایش ریز بینی (شکل شماره ۳) جدار کیست از بافت همبند و چربی بارگذاری فراوان تشکیل شده بود. سلولهای التهابی در دیواره کیست و در بافت‌های مجاور دیده میشد. ساختمان جدار آن بالغ از نیمی روز کیستیک مطابقت داشت. بررسی عقده لنفاوی، هیپرپلازی واکنشی ساده را نشان میداد.

#### شرح حال بیمار دوم:

عظیم. ط . پسر چه ۴/۵ ساله ، در اردیبهشت ماه ۱۳۵۳ بعلت بزرگی شکم، بیوست، وی اشتهاگی بستری شد. در سابقه بیمار نکته قابل ذکری وجود نداشت. یکماه قبل از بستری شدن در یکی از بیمارستانهای شهرستان بعلت درد شکم و بیوست بستری بوده، تحت درمان نشانه‌ای قرار گرفته و بهبود پیدا کرده است. چهار روز قبل از بستری شدن درد شکم و بیوست عود کرده و اینبار

متناقض عمل ، کودک دچار تبهای خفیف شد و چون در کشت مایع داخل کیست آسیت شیری از گروه B پیدا شده بود ، آنی بیوتیک مناسب داده شد . پس از گذشت یکهفته یهود 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 بعداز عمل جراحی با بهبود کامل مرخص گردید . بیمار مدت یک سال تحت نظر بود و هر گز ناراحتی در وی مشاهده نشد .

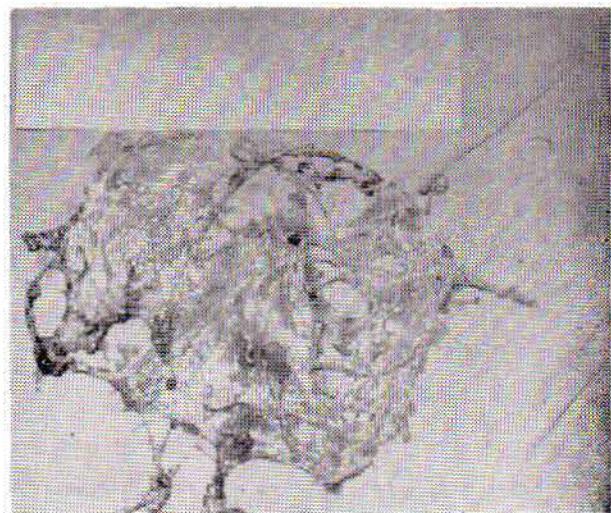
### شرح حال بیمار سوم :

رقیه . ا. دختر پچه ۹ ماهه ، در فروردین ۱۳۵۴ بعلت بزرگی شکم بستری شد . رشد جسمی و فکری بیمار در حد طبیعی بود و هر گز از اختلالات گوارشی شکایت نداشته است . از هفت ماهگی بزرگی تدریجی شکم جلب توجه پدر و مادر را کرده ولی در اینمدت طفل از استفراغ یا بیوست شکایت نداشته است . در آزمایش ورودی طفلی است بوزن ۸ کیلو گرم با قد ۶۷ سانتیمتر با وضع عمومی - وب . آزمایش قلب و ریه ، دستگاه ادرار ، تناسل و پی نکته مرضی نشان نمیدهد . فقط یک تاکی کاردی سینووال خفیف وجود دارد . فشارخون  $100/70$  میلی متر جیوه میباشد . شکم بر جسته و بزرگ است و پوست ظرفی آنرا می پوشاند . گردش خون جانبی در تمام شکم بچشم میخورد . لمس و دق شکم تمام نشانهای مریبوط یک آسیت فراوان را نشان نمیدهد ، ولی کبد و طحال بزرگ نیست . در برابر این نشانهای دو تشخیص مطرح میشوند : ۱ - آسیت سلی . ۲ - کیست مزاتر .

سرعت رسوب گلوبولی ، زمان سیلان و انعقاد ، عیار پیلی رویین ، اوره و اسید اوریک خون و آزمایش ادرار طبیعی بود . واکنشهای جلدی سل منفی بود .

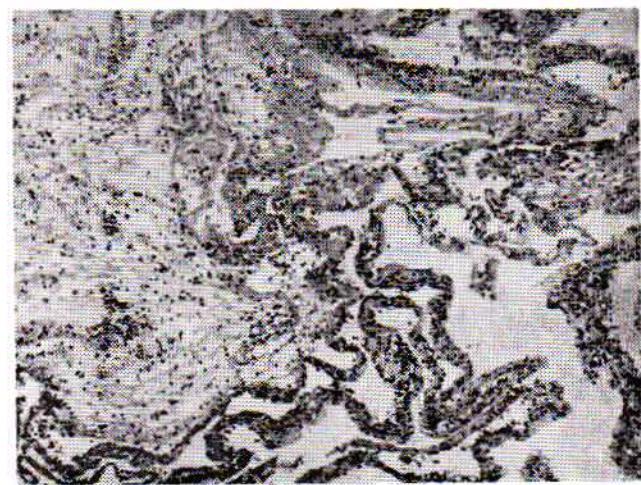
پروتئین های سرم  $6/5$  گرم درصد ، آلبومین سرم  $۴/۶$  درصد ، گلوبولین  $۱/۹$  درصد و نسبت آلبومین به گلوبولین  $۲/۴$  بود . با بزل شکم ماده سفید رنگ شیل مانند بست آمد که ترکیب آن برابر زیر است : گلوبول سفید  $۴۵۰۰$  در میلی متر مکعب با  $۹۰$  درصد لنفوцит ، گلوبول قرمز  $۱۰$  در میلی متر مکعب ، پروتئین  $۷۰۰$  میلی گرم در میلی لیتر ، چربی های تام  $۱۲۰۲$  میلی گرم درصد میلی لیتر ، کلسیرون  $۸۲$  میلی گرم درصد ، تری گلیسرید  $۱۰۱۴$  میلی گرم درصد ، فسفولیپید  $۵/۰۱$  میلی گرم درصد . جستجوی سلولهای سلطانی منفی بود .

اندازه گیری چربی های خون به قرار زیر است : چربی های کل  $۴۳۷$  میلی گرم درصد ، کلسیرون کل  $۱۰۷$  میلی گرم درصد ، تری گلیسرید  $۵/۷۳$  میلی گرم درصد ، فسفولیپید  $۵/۵۸$  میلی گرم

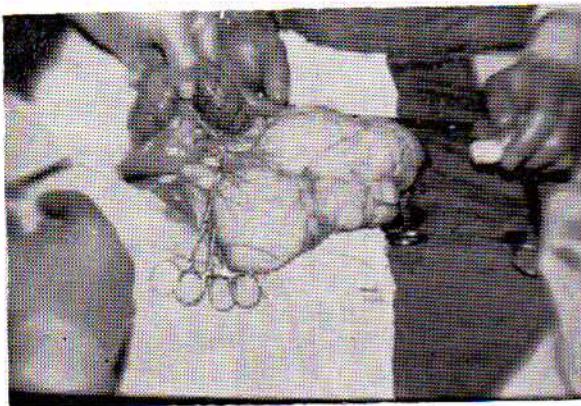


شکل ۵ - عظیم . ط : منظره درشت بینی کیست

گوارش عمل : بعداز 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 کاملا نازک بود رگه های فراوان داشت و در بعضی مناطق از ترشحات فیرینو پوشیده شده بود . کیست روی مزاتر قرار داشت و باقوسه های روده باریک و کولون بالا رونده و عرضی چسبندگی های فراوان نشان میداد . تمام کیست برداشته شد و جدار شکم با تبعیه درن بسته شد . کیست با بعد از  $۱۹ \times ۸$  سانتیمتر با جدار یک تادومیلیمتر و پرخون ب Fletcher Mirels (شکل شماره ۵) جدار کیست در بعضی از مناطق از یک آندوتیوم پوشیده شده و دارای رگه های فراوان و متسع بود . ارتضاح سلولهای تک هسته ای و چند هسته ای و همچنین کانو نهای خونریزی در جدار کیست جلب توجه میکرد . منظره ریز بینی آن بالتفاوتیوم کیستیک مطابقت داشت .



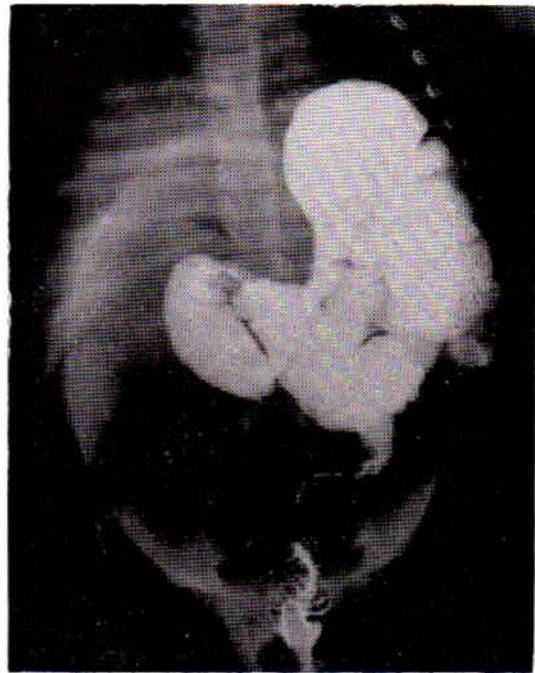
شکل ۶ - عظیم . ط : ساخته امان ریز بینی جدار کیست



شکل ۸—رقیه. لک: 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  $1/100/00$  تا  $1/1000/00$  (۲۲) تا  $1/1000/00$  (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 ذکر دیده شده است. این تومورها معمولاً در دوران کودکی تفاهر می‌کنند و شیوع آنها بین ۵ الی ۱۰ سالگی می‌باشد (۱۷) و (۹). هرچند که مواردی از کیست مزاتر در دوران نوزادی گزارش شده است (۲۱)، این کیستها قبل از یکسالگی کمیاب هستند: یک مورد از ۸۲ مورد Arnehardt و همکارانش (۲) ۱۱۹ مورد از ۲۰۰ مورد Burnett و همکارانش (۷). از ظریجایگزینی 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 بقرازیز بوده است:

درصد. پرتو نگاری سینه طبیعی بود. در پرتو نگاری ساده شکم قسمت راست آن بطور یکنواخت تیره بنظر میرسید و تصاویر هوایی روده بسمت چپ جا بجا 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. لک: جا بجا شدن سکوم و کولون عرضی

#### شرح عمل:

بعداز باز کردن شکم کیست بزرگ مزوکولون عرضی حاوی ماده سفید شیری رنگ (شکل شماره ۸) دیده شد. جدار کیست نازک و دارای رگهای فراوان بود. کیست تا سر لوز المعده ادامه داشت و با اپی پلوبن بزرگ چسبندگیهای نشان میداد. سکوم متخرک بود، غده‌های لنفاوی کمی بزرگتر از معمول بنظر میرسید. تمام کیست و دو گانگلیون برداشته و جدار بی در ناشر بسته شد. از قلل درشت بینی ابعاد کیست  $11 \times 6 \times 6$  سانتیمتر و ضخامت دیواره آن یک میلیمتر بود. مطالعه ریز بینی تشخیص لنفاژیوم کیستیک را مسجل ساخت. جدار کیست از بافت همبند تشکیل یافته و بوسیله یک آندوتیلیوم مفروش شده بود. رگهای متسع فراوان و ارتاح سلول‌های لنفویتی گاهی بصورت فولیکول بچشم می‌خورد (شکل شماره ۹). جدار کیست در بعضی از قسمتها فیبروھیالینیزه، بنظر میرسید و غده لنفاوی برداشته شده ساختمان غیر طبیعی نشان نمیداد.



شکل ۹—رقیه. لک: ساختمان ریز بینی جدار کیست

فرضیه‌ها می‌باشد<sup>(۱)</sup>). احتمال دارد که دو پرده صفاق در ضمن تکامل جنبینی بهم نجسیند در اینصورت حفره‌ای بوجود می‌آید که از مایع سرو (Sereux) و یا در صورت ارتباط با مجاری لنفاوی از لف پر می‌شود<sup>(۶)</sup>.

(۲) وجود اپیتلیوم روده در جدار بعضی از کیستها مبدأ روده‌ای آنها را ثابت می‌کند<sup>(۲۲، ۳)</sup>. فرضیه انسداد راههای لنفاوی و اتساع آنها مورد پسند اغلب مؤلفین می‌باشد<sup>(۴،۳)</sup>. علل انسداد متعدد است: ناهنجاری<sup>(۱۰)</sup>، تروماتیسم<sup>(۱۶)</sup>، آماں<sup>(۲۱)</sup> و دژنرسانس<sup>(۶)</sup>. DORE و همکارانش<sup>(۱۲)</sup> شرح حالی راگزارش کرده‌اند که در آن مجرای لنفاوی بزرگی که از جدار کیست سرچشم میگرفت به پدیکول مزاتریک فوکانی متنه میشد و جدار خود کیست از بافت فیبر و عضلانی تشکیل شده بود. بنظر میرسد که در این مورد فرضیه اتساع مجاری لنفاوی، پاره شدن آن و تشکیل بافت گرانولاسیون در اطراف لف مصادق پیدا کند<sup>(۱۲)</sup>، معاذالک تزدیق اتیودول در داخل کیست، در بعضی موارد لنفاژیوم، اختلالی در راههای لنفاوی نشان نداده است<sup>(۴)</sup>. مبدأ جنبینی لنفاژیومها مورد قبول اغلب پژوهشگران می‌باشد<sup>(۴، ۳۰، ۲)</sup>. این عده فکر میکنند که در ابتداء قسمتی از بافت لنفاوی در داخل مزاتر بصورت کیسه‌ای در آمده بتدريج بزرگ می‌شود. بعارت دیگر لنفاژیوم کیستیک نوعی هامارتوم لنفاویک است<sup>(۱۵)</sup>.

**نشانه‌های بالینی:** کیستهای مزاتر فاقد نشانه‌های بالینی و یاداری نشانه‌ای غیر اختصاصی می‌باشند<sup>(۲۲، ۴، ۲)</sup>. در اغلب موارد وجود یک توده در شکم تنها نشانه بیماری است. این توده معمولاً در اطراف ناف قرار دارد و بی درد و متحرک است<sup>(۲۲، ۶، ۳۱)</sup>. معاذالک باید در نظر داشت که کیستهای مزوكولون چپ و راست بیحرکت هستند<sup>(۱۴)</sup> و همچنین ممکن است کیست در لگن قرار بگیرد و گاهی بزرگ شدن تدریجی شکم تنها نشانه بالینی این بیماری می‌باشد<sup>(۲۱، ۲۰، ۱۸، ۶، ۲، ۱)</sup>. در شکم شایع است<sup>(۴)</sup>. این درد بصورت کشن و یا کولیک می‌باشد و ممکن است در قسمتی از شکم و یادار تمام شکم بوجود آید. Content و همکارانش<sup>(۱۰)</sup> شرح حال کودک راگزارش کرده‌اند که ۷ سال بدلیل دردهای متعدد گوناگون شکم تحت نظر بوده است و بالاخره در لایه رومی تشخیصی که برای آسیت انجام گرفت به تشخیص بیماری رسیده‌اند. در بعضی از بیماران بی اشتہائی و کاهش وزن در غیاب عوارض بیماری گزارش شده است<sup>(۲۱، ۶، ۸، ۷)</sup>. بالاخره باید تذکر داد که کیستهای بزرگ با نشانه‌های آسیت تظاهر می‌کنند<sup>(۱۳)</sup>. با در نظر گرفتن اینکه اغلب کیستهای مزاتر نهفته می‌باشند،

مزاتر روده باریک ۹۳ مورد، مزو-سیگموئید ۳۰ مورد، مزو-کولون عرضی ۲۱ مورد، مزو-کولون پائین رونده ۲۶ مورد، مزو-آپاندیس ۳ مورد، آپیکلون بزرگ ۴ مورد و مزو-گاسترو-هپاتیک ۱ مورد.

بعقیده بعضی از مؤلفین<sup>(۱۴)</sup> نشانه‌های بالینی و روشهای جراحی کیستهای مزو-کولون را از کیستهای مزاتر روده باریک متمایز می‌سازد، در حالیکه پیشتر تویسندگان<sup>(۳، ۴، ۹، ۷)</sup> تمام کیستها را دریک گروه قرار میدهند، چون این کیست‌ها همیشه بین دو صفحه صفاق در طول دستگاه گوارش از دوئودنوم تارکتوم ممکن است بوجود آید.

#### تقسیم بندی و آسیب‌شناسی :

در اغلب موارد منشاء کیست مجاری لنفاوی و یامجرای روده است (Duplication). ناهنجاریهای دیگر کاملاً استثنای می‌باشند، مانند کیست همانثیکتازیک، کیست لنفوهمانثیکتازیک و تراوتومهای خوش خیم بخصوص از نوع در موئید<sup>(۶، ۱۴)</sup>. کیستهای که منشاء لنفاوی دارند، معمولاً از یک حفره تشکیل یافته‌اند و گاهی در اطراف حفره اصلی حجره‌های دیگر وجود دارند. این کیست‌ها معمولاً در قسمت میانی و یا در قسمت پیرونی (پاریتال) مزاتر قرار می‌گیرند. جدار کیست نازک است و از بافت همبند تشکیل یافته و بواسطه یک آندوتلیوم مفروش شده است. گاهی رشته‌های ماهیچه‌ای صاف و استثنائاً کلسفیکاسیون‌های کوچک در جدار آن وجود دارد. کیستهای مربوط به دوپلیکاسیونهای روده (کیستهای انتروئید) 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 ۱۰ تا ۳۰ سانتی‌متر میرسد. در مصدق موارد باروده ارتباط دارند و در ۳۰ درصد موارد ناهنجاریهای گوارشی دیگر همراه با این نوع کیست گزارش شده است. جدار این کیست از سلایه روده‌ای سروز، ماهیچه‌ای و مخاطی تشکیل یافته است. اغلب مؤلفان انگلیسی زبان (۲۰، ۱۵، ۷، ۱) طبقه‌بندی HILL را بکار میرند و کیستها را بدو گروه تقسیم می‌کنند. گروه اول: کیستهای ساده که از بافت همبند آندوتلیوم تشکیل یافته و محتوا‌ی آن ممکن است سروز، شیلو و یا مخلوط باشد، گروه دوم: کیستهای تشوپلازیک که بادر نظر گرفتن مبدأ جنبینی بچند گروه تقسیم می‌شوند: کیست در موئید (از اکتودرم)، لنفاژیوم (از مزودرم)، انتروکیست (از آندودرم) و بالاخره تراatom.

**بیماری‌زایی:** فرضیه‌های متعددی راجع به بیماری‌زایی (پاتوژنی) کیستهای مزاتر وجود دارد و ناهنجاری جنبینی مهمترین این

نشانه‌های بالینی و پرتونگاری ویژه هستند. لایپاروتومی گاهی بدليل توده نامشخص شکم (۱۲) و یا تومور تخمدان (۸۰ و ۷۷) و یا تودرتوئی روده (۸) و در بعضی از بیماران با تشخیص تومور خلف صفاق (۳)، کیستهای لوزالمعده و کیستهای هیداتیک (۱۶، ۱۸ و ۲۲۹)، دو پلیکاسیون‌های روده (۱۸ و ۹۲)، هماتوم کلیسیفیه (۲۲) و بالاخره آپاندیسیت حاد (۱۵ و ۸۷) انجام گرفته است. چنانکه کیست باعوارض انسدادی و یا غوفونی همراه باشد تشخیص‌های افتراقی آن عملاً با تمام بیماریهای حاد شکم مطرح می‌شود، چون بنا بر نوشته Chigot (۹) این کیستها ممکن است چسبندگی پیدا کنند، پیچ بخورند و به بیان دیگر «ولولوس» داشته باشند، پاره شوند، عفونت پیدا کنند و یا سبب خونریزی گردند. درمان کیست مزاتر فقط باجرای امکان دارد و چون این تومورها خوش خیم هستند باید تاحدامکان هنگام عمل پیرداشتن کیست اکتفاء کرد (۲۰ و ۸۳، ۳۰). در مواردی‌های داروئی تقطیر آتنی بیوتیک، کورتیکوئید و تزریق مواد اسکلروزان در داخل کیست بی فایده است (۱۸ و ۸). اگر حجم بزرگ کیست سبب فشار بر احتشای مجاور گردد خارج کردن مایع بازیل کیست قبل از عمل ضرور است (۲۲). روش «مارسوپیالیز اسیون» با خطرات عفونت و عود بیماری همراه است و در مواردی اجرا می‌شود که وضع بدیمار اجازه عمل اساسی و قاطع را ندهد (۲۱ و ۳). برداشتن کامل کیست «انو کله آسیون» 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 باروهه 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 با تشخیص آسیت تنها بستری شده بودند. بیمار اول ماهها با تشخیص آسیت سلی تحت درمان قرار گرفته بود. اشتباه کیست حجمی با آسیت‌همانگونه که ذکر شد یکی از تشخیص‌های متداول این بیماری می‌باشد. در این بیماران بزرگ نبودن طحال و کبد و جا بجا شدن قوسهای روده باریک در پرتونگاری، دو نشانه مهم برای تشخیص کیست مزاتر حجمی بشار 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 خورده‌گی روده (ولولوس) یکی از شایعترین عوارض انسدادی است (۲۰). تودرتوئی روده (انوازیناپیون) کمتر از پیچ خورده‌گی آن گزارش شده است (۱۷). کیستهای مزوکولون ندرتاً عوارض انسدادی دارند ویژتر عفونت و خونریزی داخل کیست باعث خامت حال بیمار می‌گردد. دونوع عارضه دیگر کاملاً استثنائی می‌باشند: خونریزی روده بدون تودرتوئی روده (۱۴) و اسهال مزمن از نوع «آتروپاتی اکسوداتیو» بعلت انسداد راههای لنفاوی (۱۶). داده‌های آزمایشگاه کمک چندانی<sup>۱</sup> با تشخیص عوارض روده «آتروپاتی» نمی‌کند. هیبریلکوستیوز در صورت عفونت داخل کیست و کم خونی هیبوکرم در صورت خونریزی داخل کیست دیده می‌شود. در بعضی از موارد که کیست حجمی است و روی راه ادرار فشار می‌آورد، آلبومین اوری مختصری دیده شده است (۲۲، ۷، ۲). کیست بی خطر نیست، ولی در مواردی که مایع از نوع لنف می‌باشد به تشخیص کمک فراوانی می‌کند (۲). باید در قدر داشت که استثنائی «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 استثنائی کلسفیکاسیون‌های جدار کیست مشهود است و کیستهای کوچک در این نوع پرتونگاری دیده نمی‌شوند. کیستهای بزرگ بصورت تیرگی یکنواخت شکم و جا بجا شدن قوسهای روده تظاهر می‌کنند (۲۲ و ۷). در پرتونگاری معده و روده باریک فشار بر انحنای بزرگ معده، جا بجا شدن پیلور بطرف بالا و جا بجا 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 مزوکولون عرضی بطرف پائین جا بجا می‌شود (۱۴). در مواردی که پنوموپریتوئن 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 نتایج این آزمایش در یک مورد طبیعی بوده است. در مورد دیگری گانکلیو نهایی کنار آ TOR و قفات سینه (کانال توراسیک) قابل روئیت نبوده‌اند. ماده جا بجا وارد فنای خلف صفاق‌بوداً خل کیست شده و انسداد راههای لنفاوی نزدین (پروکسیمال) را نشان داده است. در شرح حال دیگری (۱۶) ماده جا بجا در حفره کیست وارد شده، قفات سینه متسع بوده ولی هیچگونه مانعی در راه لنفاوی پیدا نشده است.

تشخیص‌های افتراقی متعدد می‌باشند، چون کیستهای مزاتر قادر

## خلاصه :

نویسنده‌گان سه مورد کیست مزاتر کودکان را معرفی می‌کنند. یک مورد لنفاژیوم مزوکولون عرضی نزد یک پسر ۲/۵ ساله. یک لنفاژیوم کیستیک مزاتر روده باریک باخونریزی داخل کیست نزد یک پسر چهار ساله و یک لنفاژیوم «شیلوی» مزوکولون عرضی پیش یک دختر بچه ۹ ماهه. در هر ۳ مورد این اطفال بعلت افزایش تدریجی حجم شکم بستری شده بودند. در هر ۳ مورد نشانه‌های بالینی با یک آسیت فراوان مطابقت داشت. نزد پیمار اول تشخیص ۶ ماه بعد از نخستین مراجعته بیمار و درمانهای گوناگون بالینی بعداز لایپرتوومی داده شد. در دو مورد دیگر تجزیه و تحلیل بالینی، و رادیولوژیائی 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 آسیب‌شناسی، جایگزینی کیست در مزوکولون عرضی (شرح حال شماره ۱ و ۳) کاملاً استثنائی است. از طرف دیگر کیست «شیلو» نیز کاملاً نادر است و در مزاترین نمون قرار می‌گیرد. پیمار سوم دچار کیست «شیلوی» مزوکولون عرضی بود و باحتمال زیاد رابطه‌ای بین حفره کیست لنفاوی و روده باریک وجود داشته است. از نظر بافت‌شناسی در هر سه مورد ساختمان جدار کیست با انواع لنفاژیوم مطابقت داشت و واکنش آماسی جدار نشانه عارضه عغوفی کیست می‌باشد. در پیمار دوم خونریزی جدار بر عفونت اضافه شده بود. در همین پیمار کشت مایع داخل کیست وجود باسیل شیگل را نشان داد و این نوع عفونت غیرعادی در خور توجه است.

۳- از نظر درمانی کورتیکوتراپی و آنتی‌بیوتراپی در مورد اول بی‌اثر 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 می‌رسد.

## 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- Burger, 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- 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. 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. Roentgenology 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.