

# Imagini pentru chirurgi

Chirurgia (2010) 105: 855-858  
Nr. 6, Noiembrie - Decembrie  
Copyright© Celsius

## Chist al mezocolonului descendent

Gh. Ghidirim, I. Mișin, S. Ignatenco, E. Șor

Catedra Chirurgie nr. 1 "Nicolae Anestiadi", Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

### Rezumat

Chisturile mezenteriale reprezintă o patologie rară în abdomen. Fiind în majoritate asimptomatice, sunt descoperite accidental la ultrasonografie și/sau în timpul scanării la tomografie computerizată (TC). Tratamentul chirurgical optimal este excizia completă a chistului. Prezentăm cazul clinic a unei paciente în vârstă de 36 ani cu chist al mezocolonului descendent. Analizele de laborator normale. La TC cu contrast s-a observat prezența chistului 14,0 x 8,3 x 9,4 cm, densitate 26 – 29 HU, situat retroperitoneal. Intraoperator s-a constatat prezența chistului, cu proveniență din mezoul sigmei, ce a fost extirpat în totalitate. Autorii discută aspecte cu privire la simptomatologie, complicații, clasificare și metode de tratament al chisturilor mezenteriale în contextul datelor din literatură.

**Cuvinte cheie:** chist mezenterial, colonul descendent

### Abstract

#### *Mesenteric cyst in the descending colon: a case report*

Mesenteric cysts are rare abdominal findings. The majority are asymptomatic and if found are discovered incidentally during ultrasonography and/or CT scanning. The optimal surgical treatment requires complete excision of the cyst. We report a case of 36-year-old woman with mesenteric cyst in the

descending colon. Laboratory tests indicated no abnormality. Abdominal CT revealed a cystic mass in the retroperitoneal space measuring 14,0 x 8,3 x 9,4 cm, density 26 – 29 HU. We found a cystic mass at the mesentery of the descending colon that was extirpated in toto. The authors discuss the symptoms and complications, classification, and treatment of mesenteric cysts with review of literature.

**Key words:** mesenteric cyst, descending colon

### Introducere

Chisturile mezenteriale sunt formațiuni abdominale destul de rare cu incidența 1:100.000 la adulți și 1:20.000 la copii (1,2). Actualmente sunt descrise numai 820 de cazuri în literatura mondială medicală (3).

Chisturile mezenteriale pot fi localizate în orice regiune anatomică a mezoului de la duoden până la rect (1-3). Din toate localizările, chisturile mezocolonului descendent sunt cele mai rare (4-6).

Prezentăm cazul clinic al unei paciente în vârstă de 36 ani cu chist al mezocolonului descendent, ce a fost extirpat în totalitate.

### Caz clinic

*Pacientă în vârstă de 36 ani a prezentat la internare următoarele acuze: senzații de disconfort și uneori dureri moderate surde pe flancul stâng al abdomenului. Din spusele pacientei acuzele amintite au persistat timp de 2 ani.*

*La examenul obiectiv: abdomen simetric, suplu, moderat sensibil în regiunea flangului stâng, unde se determină o*

Correspondență: Conf. Dr. Igor Mișin  
Str. Muncești 52, ap. 60, 2001, Chișinău, Moldova  
Tel: (+37322) 83-24-65, Fax: (+37322) 52-20-08  
E-mail: mishin\_igor@mail.ru

formațiune de volum inoasă. Tranzitul intestinal păstrat, scaunul prezent.

Examenul paraclinic n-a descoperit schimbări în probele de laborator. La angiotomografie computerizată cu contrast s-a observat prezența chistului 14,0 x 8,3 x 9,4 cm cu contur clar, pereți subțiri, densitate 26 – 29 HU, situat retroperitoneal sub rinichiul stâng, ce deplasează colonul descendent medial fără efecte asupra aortei sau rinichiului stâng (Fig. 1A, 1B, 2). Organele intraabdominale sau retroperitoneale, aorta fără modificări patologice. A fost stabilit diagnosticul preoperator: chist retroperitoneal pe stângă.

După o atentă pregătire preoperatorie, sub anestezie

generală, s-a intervenit chirurgical printr-o incizie mediană. Intraoperator s-a constatat prezența chistului, cu proveniență din mezoul sigmei, deplăsând medial colonul descendent (Fig. 3). S-a efectuat extirparea chistului în totalitate, hemostaza definitivă cu drenajul micului bazin și regiunii lojei chistului mezenterial.

Macroscopic: piesa operatorie - chistul mezenterial extirpat în totalitate (Fig. 4), pe secțiune: lichid transparent seros cu pereți netezi. Examenul histopatologic: chist seros.

Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare la a 10 zi postoperator.



**Figura 1.** A. Tomografie compiuterizată secțiune sagitală: s-a observat prezența chistului mezolonului descendent 14,0 x 8,3 x 9,4 cm, densitate 26 – 29 HU. B. Tomografie compiuterizată secțiune sagitală: chistul deplasează colonul descendent medial



**Figura 2.** Tomografie computerizată - secțiune transversală - chist al mezocolonului descendent



**Figura 3.** Aspect intraoperator: se remarcă chistul, cu proveniență din mezoul sigmei, deplăsând medial colonul descendent



**Figura 4.** Piesa operatorie: chistul mezenterial extirpat în totalitate, aspect macroscopic

## Discuții

Primul caz de depistare al chistului mezenterial a fost descris de către morfopatologul Benevieni din Florența în 1507 la autopsia unui băiețel de 8 ani (3,7), iar prima descriere de chist mezenterial limfogen a fost publicată de către Rokitsky în 1842 (3,4).

Chisturile mezenteriale reprezintă o patologie intraabdominală destul de rară (1,2,4). Majoritatea autorilor consideră că chisturile mezenteriale, omentale și retroperitoneale aparțin unei grupe, provenind din structuri embrionale identice (4,8). În 1950 Beahs a propus clasificarea chisturilor mezenteriale în 4 grupe: embrionale, traumatiche, neoplastice și infecțioase (7). Însă această clasificare a avut câteva neajunsuri: în primul rând, chisturile mezoteliale n-au fost incluse deloc, majoritatea chisturilor au fost descrise ca limfatiche și incluse în grupa embrională, iar limfangiomele au fost incluse în grupa neoplatică (2,7). Cercetările efectuate de Mennemeyer and Smith (9) cu ajutorul microscopiei electronice și imunohistologice au permis divizarea chisturilor mezenteriale de origine mezotelială și limfatică. Ca rezultat, Perrot (2) a propus clasificarea chisturilor mezenteriale în 6 grupe după origine histopatologică: (1) chisturi de origine limfatică (chist limfatic simplu; limfangiom); (2) chisturi de origine mezotelială (chist mezotelial simplu; chist-mezoteliom benign; chist-mezoteliom malign); (3) chisturi de origine enterică [chist enteric; chist dublat (dublat) enteric]; (4) chisturi de origine urogenitală; (5) chist dermoid (chist-teratom matur); (6) pseudochisturi nonpancreatice (de origine traumatică; de origine infecțioasă).

Etiologia chisturilor mezenteriale este destul de variabilă. Dacă chistul limfatic simplu și chistul mezotelial, ca regulă sunt congenitale (2,3,10-12), originea limfangiomului și chist-mezoteliomului benign nu este clară. Unii autori consideră că aceste chisturi reprezintă grupa de origine neoplatică (7,13,14). În caz de chist-mezoteliom benign, în majoritatea cazurilor, în anamneza pacienților sunt date despre intervenții

ginecologice suportate sau endometrioza, sau procese inflamatorii cronice ale organelor pelviene (2,3,7,15).

După frecvența apariției chisturilor mezenteriale locul I ocupă intestinul subțire, îndeosebi, ileonul – până la 50% din cazuri (4-6), locul II – colonul ascendent (16-19) și locul III – colonul descendent (16-19) [în total, mezocolon - până la 24 – 37% (4-6)], iar locul IV – localizarea retroperitoneală [14,% (4-6)].

Chisturile pot fi monocamerale și multicamerale (1,38), iar conținutul lor poate fi lichid seros, limfatic sau hemoragic (15-18,36). În literatura mondială sunt descrise dimensiunile chisturilor în medie de la 2,0 cm până la 35,0 cm (1,20).

Vârsta pacienților, dimensiunile chisturilor, localizarea lor și prezența sau absența complicațiilor influențează asupra tabloului clinic (1,2,21,22). Vârsta pacienților poate fi de la 1 zi până la 83 ani (4,23). Însă majoritatea autorilor descriu prezența chisturilor mezenteriale la pacienți în vârstă de 22 – 46 ani (4-6,22), după frecvență predomină la adulți într-a patra decada a vieții (20,22,24) și la sexul feminin (22). Conform Sardi (5), chisturile mezenteriale se întâlnesc rar în Africa. Tan (22) sublinează, că această patologie predomină în populație de origine asiatică. În Japonia chisturile mezenteriale se întâlnesc mai des la sexul masculin, iar în țările de vest la sexul feminin (23).

Ca regulă, chisturile mezenteriale sunt asimptomatice, mai ales la adulți și când dimensiunile chistului sunt până la 5 cm (1-3,19,25). Aproximativ 40 – 45% din pacienți sunt din această grupă și chisturile mezenteriale sunt descoperite ocazional în timpul USG de rutină (22). În special, chisturile mezoteliale se întâlnesc la femei de vârstă fertilă și sunt descoperite accidental (2,14,26,27). Însă limfangiomele sunt mai frecvente la copii, îndeosebi – în vârstă până la 12 ani (19,21,28) și deseori sunt simptomatice (19,27,29). Altă grupă de pacienți prezintă oarecare tablou clinic (22,30). Conform Caropreso (30), simptomele chisturilor mezenteriale nu sunt specifice și în 82% prezintă dureri în abdomen, în 45% - grețuri și vomă, 27% - constipații sau diaree - 6%. Depistarea formațiunii în timpul palpației a abdomenului este descrisă în 60% de cazuri (1,2,30). Conform datelor literaturii, complicațiile se dezvoltă la 1/3 din pacienți adulți și la 1/2 din copii (1,5,16,19,22,24,31). În literatură sunt descrise următoarele complicații ale chisturilor mezenteriale: hemoragie (1,31,32), ruptura chistului (33), infectarea chistului (1), malignizarea (4,16,25), ocluzie intestinală (1,16,19), ceea ce a dus la laparotomie după indicații vitale (1,5,16,19,25,31-33). Incidența malignizării constituie 3% (4,24), în majoritatea cazurilor (până la 40%) provine din chisturile retroperitoneale (22) și se prezintă ca sarcom (6,22,24,25).

Posibilitățile contemporane - ultrasonografie și CT - ne ajută în depistarea formațiunii cu conținut lichidian preoperator (2,3,10,16,22,34,35). În caz de necesitate se efectuează și laparoscopie diagnostică (1-3,16).

Cea mai optimală metodă de tratament este rezecția completă sau enuclearea chistului mezenterial, ce duce la prevenirea complicațiilor posibile (1-4,25). Prima rezecție a chistului mezenterial efectuată cu succes a fost raportată de către Tillaux în 1880, iar marsupelizarea chistului a fost

propusă de Pean în 1883 (2-4). Însă aspirația simplă și marsupelizarea nu sunt recomandate deoarece, deseori, duc la apariția recidivelor sau infectare (6,22,24). În lipsa posibilității de a mobiliza chistul mezenterial de intestin și dacă chistul produce comprimarea acestui segment, se recomandă efectuarea exciziei chistului cu rezecția parțială a segmentului corespunzător al intestinului (2,3,23,36,37). Prima excizie laparoscopică a chistului mezenterial este publicată de către Mackenzie în 1993 (38). În cazul chisturilor de dimensiuni mici există posibilitatea înlăturării prin metoda laparoscopică (17,39,40), ce are avantajele bine cunoscute: accesul minimal, micșorarea numărului de zile de internare, restabilirea rapidă a activității normale al pacientului (17,18,22,39,40).

## Concluzie

Chisturile mezenteriale sunt destul de rare, de regulă asimptomatice și sunt depcoperite accidental la ultrasonografie și/sau în timpul scanării TC sau, deseori, intraoperator.

Diagnosticarea și tratamentul precoce a chisturilor mezenteriale previne dezvoltarea complicațiilor.

Apariția simptoamelor similare cu abdomen acut este legată cu dezvoltarea complicațiilor (hemoragie, infectare, ruptura chistului sau malignizare) și duc la necesitatea efectuării intervenției chirurgicale de urgență, așadar chirulug-practician trebuie să țină cont de această patologie pentru aprecierea tacticii chirurgicale corecte.

Tratamentul chirurgical optimal este înlăturarea compeltă al chistului.

## Bibliografie

- Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal mesenteric and omental cysts. *Arch Surg.* 1984;119(7):838-42.
- de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Towards less confusion? *Dig Surg.* 2000; 17(4):323-8.
- Polat C, Tokyol Ç, Dilek O. Strangulated umbilical hernia including a mesenteric cyst: a rare cause of acute abdomen. *Acta Chir Belg.* 2003;103:329-31.
- Kurtz R, Heimann T, Beck A, Holt J. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* 1986;203:109-12.
- Sardi A, Parikh KJ, Singer JA, Minken SL. Mesenteric cysts. *Am Surg.* 1987;53(1):58-60.
- Liew S, Glenn D, Storey D. Mesenteric cysts. *ANZ J Surg.* 1994;64:741-4.
- Beahs O, Judd E, Dockerty M. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin N Am.* 1950;302:1081-96.
- Steinreich O. Diagnosis of mesenteric cysts. *Ann Surg.* 1955; 142:889-94.
- Mennemeyer R, Smith M. Multisystic, peritoneal mesothelioma, a report with electron microscopy of a case mimicking intra-abdominal cystic hygroma (limphangioma). *Cancer.* 1979; 44:692-8.
- Ros P, Olmsted W, Moser P, Dachman A, Hjermsstad B, Sobin L. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology.* 1987;164:327-32.
- Gourtsoyiannis N, Bays D, Malamas M, Moutchouris A. Mesothelial cyst complicates by torsion: preoperative imaging evaluation. *Hepato-Gastroenterology.* 1993;40:509-12.
- Hardin W, Hardy J. Mesenteric cysts. *Am J Surg.* 1970; 119:640-5.
- Moore J, Christopher P, Chandler J, Feldman P. Benign cystic mesothelioma. *Cancer.* 1980;45:2395-9.
- Weiss S, Tavassoli F. Multisystic mesothelioma: an analysis of pathologic findings and biologic behaviour in 37 cases. *Am J Surg Patol.* 1988;12:737-46.
- Ross M, Welch W, Scully R. Multilocular peritoneal inclusio cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer.* 1989;64:1336-46.
- Miljkovic D, Gmijovic D, Radojkovic M, Gligorljevic J, Radovanovic Z. Mesenteric cyst, *Arch Oncol.* 2007;15:91-3.
- Theodoros D, Leonidas Z, Dimitrios A, Filippou T, Diamantis K, John N. Laparoscopic management of mesenteric cyst: a case report. *Cases J.* 2009;2:132-4.
- Sahin D, Akbulut G, Saykol V, San O, Tokyol G, Dilek O. Laparoscopic enucleation of mesenteric cyst: a case report. *The Mount Sinai J Med.* 2006;73(7):1019-20.
- Thambi D. Intestinal obstruction in infancy due to mesenteric cyst – a case report. *M.F.P.* 2006;1:566-8.
- Burkett J, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg.* 1984;119:838-42.
- Bliss D, Coffin C, Bower R, Stockmann P, Temberg J. Mesenteric cysts in children. *Surgery.* 1994;115:571-7.
- Tan J, Tan K, Chew S. Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg.* 2009;33: 1961-5.
- Iida S, Furukawa K, Terada Y, Sugisaki Y, Yoshimura K, Tajiri T. A case of mesenteric cyst in the sigmoid colon of a 3-year-old girl. *J Nippon Med Sch.* 2009;76:247-52.
- Alwan M, Eid A, Alsharif I. Retroperitoneal and mesenteric cysts. *Singapore Med J.* 1999;40:160-4.
- Bury M, Pricolo V. Malignant transformation of benign mesenteric cyst. *Am J Gastroenterol.* 1994;89:2085-7.
- Villaschi S, Autelitano F, Santeusano G, Balisteri P. Cystic mesothelioma of the peritoneum: a report of three cases. *A.J.C.P.* 1990;94:758-61.
- Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile B. Mesenteric cysts and intraabdominal lymphangiomas. *Arch Surg.* 1985;120:1266-9.
- Kosir M, Sonnino R, Gauderer M. Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. *J Pediatr Surg.* 1991;26:1309-13.
- Galifer R, Pous J, Juskiewinski S, Pasquie M, Gaubert J. Intraabdominal cystic lymphangiomas in childhood. *Prog Pediatr Surg.* 1978;11:173-238.
- Carpreso P. Mesenteric cysts: a review. *Arch. Surg.* 1974; 108: 242-6.
- Losanoff E, Richman B, Amgad El-Sherif Rider K, Jones J. Mesenteric cystic limphangioma. *J Am Coll Surg.* 2003;196:598-603.
- Sarrias-Batista A. Acute abdomen caused by hemorrhage of mesenteric cystic limphangioma. *Rev Esp Enferm Dig.* 1972; 38: 487-96.
- Vlazakis SS, Gardikis S, Sanidas E, Vlachakis I, Charissis G. Rupture of mesenteric cyst after blunt abdominal trauma. *Eur J Surg.* 2000;166(3):262-4.
- Raszkowski H, Rehbock D, Cooper F. Mesenteric and retroperitoneal lymphangiomas. *Am J Surg.* 1959;97:363-7.
- STOUPIS, C., ROS, P., ABITT, P., BURTON, S., GAUGER, J. - Bubbles in the belly: imaging of cystic mesenteric and omental masses. *Radiographics.*, 1994, 14:729-737.
- Daly J, Adams J, Fantini G, Fishier J. Abdominal wall, omentum, mesentery and retroperitoneum. In: Schwartz, editors. *Principles of Surgery*, vol. 2, 7th edition. Ney York: McGraw-Hil; 1999. p. 1551-1584.
- Okur H, Küçükaydin M, Ozokutan BH, Durak AC, Kazez A, Köse O. Mesenteric, omental and retroperitoneal cysts in children. *Eur J Surg.* 1997;163(9):673-7.
- Mackenzie D, Shapiro S, Gorden L, Ress R. Laparoscopic excision of mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg.* 1993;3:395-9.
- Vu J, Tjomas E, Spencer D. Laparoscopic management of mesenteric cyst. *Am J Surg.* 1999;97(65):264-5.
- Morrison C, Wemyss-Holden S, Maddern G. A novel technique for the laparoscopic resection of mesenteric cysts. *Surg Endosc.* 2002;16:215-29.