

Kistik Retroperitoneal Lenfanjiom

Retroperitoneal Cystic Lymphangioma

Ş. Sevil Altunrende, Yonca Akgöz Anık*

S.B. Osmaniye Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Osmaniye

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmit, Türkiye

Özet

Kistik abdominal lenfanjiom nadir benign bir konjenital tümördür. Lenfatik sistemin gelişimsel bir anomalisidir. Erkeklerde daha sık olup olguların %90'ı 5 yaşın altındadır. Abdominal ultrasonografide multiloküle septalı kistik kitle görülür. Kist sıvısının hücreli debris, kanama veya şiloz içeriğine bağlı olarak lezyonun ekosu değişebileceği gibi, sıvı-sıvı, yağ-sıvı seviyeleri de görülebilir. Kesin tedavisi total eksizyondur. Kistin aspirasyonu etkili bir yöntem olmayıp hemen her zaman nüksle sonlanır. Bu yazıda karın distansiyonu ile gelen yenidoğan bebekte ultrasonografi ile saptanan retroperitoneal kistik lenfanjiomun bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans bulguları sunulmuştur. (*Haseki Tıp Bülteni* 2010; 48: 47-9)

Anahtar Kelimeler: Kistik retroperitoneal lenfanjiom, US

Abstract

Abdominal cystic lymphangioma is a rare, benign, congenital tumor. It is an developmental abnormality of the lymphatic system. Males are relatively more affected and 90% of the cases are under 5 years of age. Multilocular cystic lesion with septations is seen on abdominal ultrasonography. As echogenicity can vary depending on the content of the cyst like cellular debris, hemorrhage or chylous, liquid-liquid or fat-liquid levels can be observed. Definitive treatment is total excision. Cyst aspiration is not an effective method and nearly always ends with recurrence. Computerized tomography and magnetic resonance imaging findings of sonographically detected retroperitoneal cystic lymphangioma in a newborn girl with abdominal distention are discussed in this paper. (*The Medical Bulletin of Haseki* 2010; 48: 47-9)

Key Words: Retroperitoneal cystic lymphangioma, US

Giriş

Kistik abdominal lenfanjiom nadir benign bir konjenital tumordür. Lenfatik sistemin gelişimsel bir anomalisidir. Erkeklerde daha sık olup olguların %90'ı 5 yaşın altındadır. Abdominal US'de multiloküle septalı kistik kitle görülür (1-3).

Burada karın distansiyonu ile gelen bir yenidoğan bebekte ultrasonografi (US) ile saptanan retroperitoneal kistik lenfanjiomun bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) bulguları sunulmuştur.

Olgu

Üç günlük kız bebek karın distansiyonu nedeniyle getirildi. Aynı gün yapılan US incelemede kalın septalı, multiloküle kistlerden oluşan büyük retroperitoneal kitle saptandı. Kistlerin bazı bölümlerinde izlenen diffüz internal ekolar solid komponent veya komplike kist görünümü veriyordu (Resim 1a ve 1b). Serbest abdominal sıvı izlenmedi. Abdo-

men BT incelemesinde barsak segmentlerini iten büyük, septalı düşük yoğunluklu kitlenin retroperitoneal yerleşimli olduğu görüldü (Resim 2a ve 2b). 5 günlükken ameliyata alınan bebekte, mezenter ve inen kolon duvarına yapışık multipl multiloküle kistler saptandı. Büyük kistlerin duvarları rezeke edildi, rezeke edilemeyen kistler aspire edildi. Cerrahi ve patolojik olarak da lenfanjiom tanısı doğrulandı. Postoperatif yapılan US incelemede serbest sıvının sıvı-sıvı seviyeleri gösterdiği dikkati çekti (Resim 3a, 3b, 3c ve 3d). Seri parasentezlerde sıvının şiloz karakterde olduğu görüldü. Reopere edilen olgu uzun dönem takibinde semptomsuz ve US izlemi normaldi.

Tartışma

Intra- ve retroperitoneal kistik lenfanjiomlar komşu doku ve organları invaze edebilen, nadir, benign tümörlerdir. Lenfatik sistemin gelişimsel bir anomalisidir (1,2). Erkeklerde üç kat daha sık olup çoğu 5 yaşın altında çocuk ve ado-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ş. Sevil Altunrende

S.B. Osmaniye Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Osmaniye, Türkiye

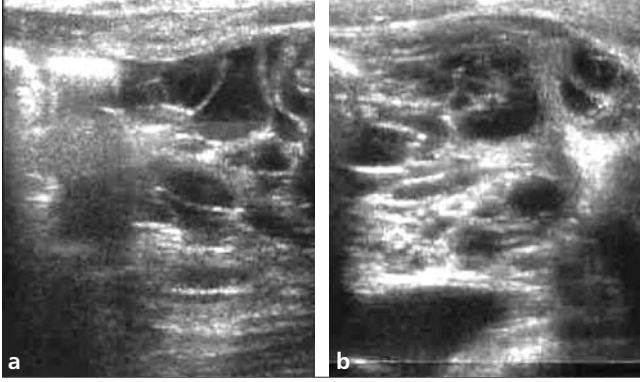
Tel.: +90 328 826 12 00 Faks: +90 328 826 12 24

E-posta: saltunrende@yahoo.com

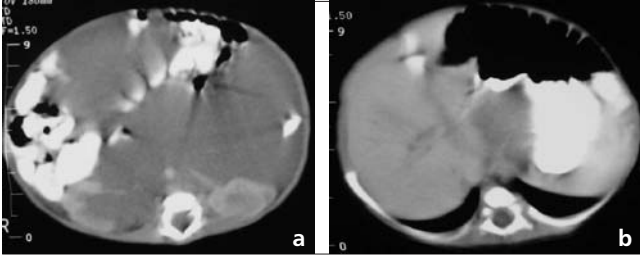
Geliş Tarihi/Received: 09.11.2009 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.12.2009

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing. All rights reserved.

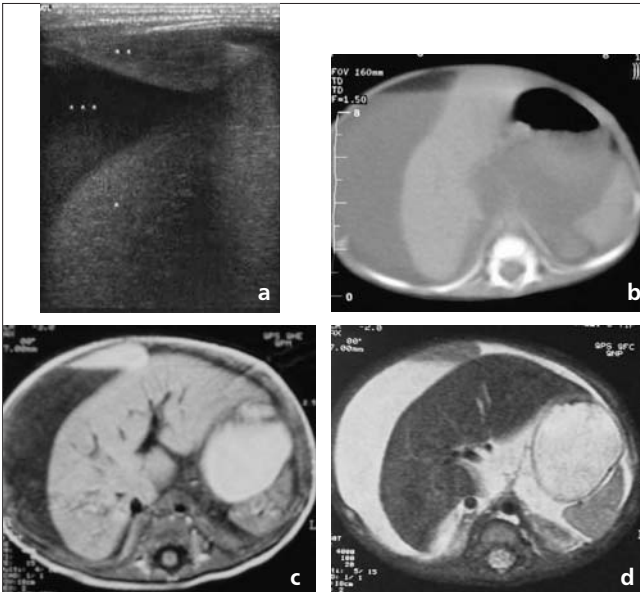
lesanlarda görülür (1-3). Hastalarda abdominal distansiyon gibi nonspesifik intestinal bulgular vardır (1). Semptomlar kitlenin üreter, barsak gibi komşu organlara basısı; veya kistlerin torsiyonu ve erozyonuna bağlı hemorajiler sonucu



Resim 1 (a) ve (b) US incelemede kalın septalı, multiloküle kistlerden oluşan büyük retroperitoneal kitle izleniyor. Kistlerin bazı bölümlerinde izlenen diffüz internal ekolar solid komponent veya komplike kist görünümü veriyor



Resim 2 (a) Abdomen BT incelemede retroperitoneal, barsak segmentlerini sağa iten, büyük sıvı yoğunluğunda kistik kitle izleniyor. **(b)** Karaciğer çevresinde serbest sıvı olmaması kistik kitlenin asitten ayrımını sağlıyor



Resim 3. Postoperatif US incelemede serbest abdominal sıvı içinde hiperkojen, BT incelemede hipodens sıvı-sıvı seviyesi izleniyor. T1 ağırlıklı aksiyel MR incelemede hiperintens, yağ baskılı T2-ağırlıklı sekansa düşük sinyalli olması seviyelenen bu sıvının yağ içerikli olduğunu gösteriyor

gelişir (1,2,4). Bazen akut karın ağrısı, bulantı, kusma, ateş, peritonit ve barsak obstrüksiyonu bulguları görülebilir (1). Kistik abdominal lenfanjiomlar en sık mezenter, gastrointestinal trakt, omentum, periton, retroperitonium ve nadiren karaciğer, böbrek, dalak, pankreas ve adrenal bezlerde görülebilir (5-8).

Histolojik olarak lenfanjiom duvarında düz kas hücreleri, köpük hücreler ve lenfatik doku içeren, endotelle çevrili genellikle multiloküle kistik kitlelerdir (1,6,9). Buna karşılık mezenterik kistler mezotel kaynaklıdır ve genellikle uniloküle olup duvarında hücresel elemanlar bulunmaz (9).

Direkt karın grafisinde barsak anslarının lateral deplasmanı dikkati çeker. Tanı için ilk seçilecek yöntem US'dir. Abdominal US'de kist sıvısı hücresel debris, kanama veya şiloz içeriğe bağlı olarak heterojen ve yüksek ekolu olabilir. Kistler komplike olduğunda hematoma, over kist torsiyonu, intestinal duplikasyon veya nekrotik bir tümörü düşündürülebilir. Bu durumda ayırıcı tanıda BT yardımcıdır (1).

BT ve MR görüntüsü lezyonun vaskülaritesi ve yağ içerikli olmasına bağlı olarak değişir (7). Şiloz lenfanjiomlar yağa yakın BT atenüasyon değeri gösterir (10,11). Fakat Chau ve ark. (2) 4 hastalık bir seride şiloz kistlerin de seröz olanlar gibi sıvı dansitesinde olduğunu belirtmiştir. Retroperitoneal lenfanjiomların çoğu mezenterik lenfatik sistemle ilişkili değildir, bu yüzden şiloz içerikli retroperitoneal lenfanjiom nadir görülür (7).

Lenfanjiografi lenfatik sistemle olan ilişkiyi gösterir (7). Fakat invazif bir yöntem olup lenfatik sistemle ilişkili olmayan lenfanjiomlarda yararı yoktur. Bu yüzden BT ve MR'da saptanan şiloz içeriğinin ince iğne aspirasyonu ile doğrulanması yeterlidir (2,7).

Lenfanjiomların çoğu MR'da T1-ağırlıklı serilerde çevre kaslarla eş veya düşük sinyalde hipointens, T2-ağırlıklı serilerde de kistik kitlenin sıvı içeriğine bağlı olarak yüksek sinyalli izlenir (4). Olgumuzda T1-ağırlıklı serilerde serbest sıvı içinde seviyelenen yüksek sinyal, asitteki yağ içeriğini göstermiştir.

Büyük lenfanjiomlar görünüm olarak asit ile karışabilir. Ayırıcı tanıda spesifik BT bulguları: 1. barsak anslarının birbirinden ayrılması, 2. perihepatik bölge ve cul-de-sac gibi yerleşimlerde sıvı olmaması, ve 3. fokal septasyonlardır (12).

Retroperitoneal lenfanjiomlarda kalsifikasyon halka şeklinde veya flebolitlere bağlı olup nadir görülür (7,13).

Aspirasyon kesin tedavi yöntemi değildir, ancak acil dekompresyon amacıyla uygulanabilir (14). Uygun tedavi yöntemi komplet rezeksiyondur (9). Kistler duvara yapışık-segmental intestinal rezeksiyon gerekebilir (1,9). Yetersiz cerrahi rezeksiyon hemen her zaman rekürrens ile sonuçlanır (4,9). Primer tedavide, rekürren lenfanjiomda veya parsiyel cerrahi eksizyonda kist içine sklerozan ajan verilebilir (14). 3 yıllık klinik inceleme ve US izleminde rekürrens olmaması kesin iyileşme için yeterli kriterdir (1).

Kaynaklar

1. Steyaert H, Guitard J, Moscovici J, Juricic M, Vaysse P, Juskiewenski S. Abdominal cystic lymphangioma in children: benign lesions that can have a proliferative course. *J Ped Surg* 1996;31:677-80. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
2. Chau G, King K, Su C, Lui W. Retroperitoneal cystic lymphangioma in adults. *Int Surg* 1993;78:243-6. [[Abstract](#)]
3. Caro P, Mahboubi S, Faerber E. Computed tomography in the diagnosis of lymphangiomas in infants and children. *Clin Imaging* 1991;15:41-6. [[Abstract](#)]
4. Iyer R, Eftekhari F, Varma D, Jaffe N. Cystic retroperitoneal lymphangioma: CT, ultrasound and MR findings. *Pediatr Radiol* 1993;23:305-6. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
5. Mahle C, Schwartz M, Popek E, Bocklage T. Intra-abdominal lymphangiomas in children and adults. Assesment of proliferative activity. *Arch Pathol Lab Med* 1997;121:1055-62. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)]
6. de Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *B J Surg* 1998;85:395-7. [[Abstract](#)]
7. Salimi Z, Fishbein M, Wolverson M, Johnson F. Pancreatic lymphangioma: CT, MRI, and angiographic features. *Gastrointest Radiol* 1991;16:248-50. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
8. Trojan J, Schwarz W, Zeuzem S, Dietrich CF. Cystic adrenal lymphangioma: incidental diagnosis on abdominal sonography. *AJR* 2000;174:1164-5. [[Full Text](#)]
9. Kim B, Sbar A, Jatoi I. Intraabdominal cystic lymphangioma. *Surgery* 2000;128:834-5. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
10. Radin R, Weiner S, Koenigsberg M. Retroperitoneal cystic lymphangioma. *Am J Roentgenol* 1983;140:733-4. [[PDF](#)]
11. Davidson A, Hartman D. Lymphangioma of retroperitoneum: CT and sonographic characteristics. *Radiology* 1990;175:507-10. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
12. Lugo-Olivieri C, Taylor G. CT differentiation of large abdominal lymphangioma from ascites. *Pediatr Radiol* 1993;23:129-30. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
13. Kullendorff C, Malmgren N. Cystic abdominal lymphangioma in children. *Eur J Surg* 1993;159:499-501. [[Abstract](#)]
14. Alqahtani A, Nguyen L, Flageole H, Shaw K, Laberge J. 25 years' experience with lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg* 1999;34:1164-8. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]