

درد حاد شکم ناشی از کیست امتموم در پسر بچه‌ی ۶ ساله

دکتر طاهر عرفانی‌فام^۱، دکتر شهرزاد ایزدی^۲

نویسنده‌ی مسوول: دانشگاه علوم پزشکی زنجان، بیمارستان آیت الله موسوی، گروه جراحی t.erfanifam@gmail.com

دریافت: ۹۰/۷/۲۱ پذیرش: ۹۱/۳/۳۰

چکیده

کیست‌های امتموم نادر بوده، تقریباً ۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر رخ می‌دهند. ۲۵ درصد از این کیست‌ها در اطفال زیر ۱۰ سال بروز می‌کند. تشخیص علائم ایجاد شده توسط این کیست‌ها از نظر بالینی، پیش از عمل جراحی بسیار دشوار است. کیست‌های امتموم علامت‌دار شده می‌بایست از سایر کیست‌ها و شرایط ایجاد کننده‌ی درد حاد شکم نظیر کیست‌های کاذب پانکراسی، کیست‌های خلف پریتونن، کیست‌های تخمدانی، کیست‌های کلیوی، آسیت، پریتونیت توبرکلوزی، آپاندیسیت افتراق داده شوند. در برخی موارد این کیست‌ها در طی جراحی شکمی که به علت دیگر انجام شده کشف می‌شوند. در این مقاله مورد یک پسر بچه ۶ ساله بود که با تابلوی درد حاد شکم مراجعه کرده، طی لاپاراتومی، کیست‌های بزرگ امتموم در وی کشف شد.

واژگان کلیدی: کیست امتموم، درد حاد شکم، کودکان

مقدمه

کیست‌های مزانترو و امتموم از جمله نادرترین توده‌های شکمی بوده، میزان بروز آن‌ها کمتر از ۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۱ و ۲). تنها ۲/۲ درصد این کیست‌ها از نوع کیست امتموم می‌باشند (۳). بر طبق مطالعات انجام شده این کیست‌ها در زنان شایع‌تر از مردان و نیز در سفید پوستان شایع‌تر از رنگین پوستان هستند. کیست مزانترو اولین بار در سال ۱۵۰۷ توسط یک آناتومیست ایتالیایی (Benevieni) در طی یک اتوپسی مشاهده و معرفی شد، بعد از آن در سال ۱۸۴۲ راکی تانسکی اولین توصیف را از یک کیست شیلوس انجام داد. در سال ۱۸۵۲ گیرد نر یک کیست امتموم را معرفی کرد که کمتر از انواع مزانتریک شایع است و در سال ۱۸۸۰ تیلاکس اولین جراحی موفقیت آمیز را بر روی یک

تومور کیستیک مزانترو انجام داد. کیست‌های امتموم و مزانترو می‌توانند به صورت یافته‌ی تصادفی در طی لاپاروتومی که به علت دیگر انجام شده است، کشف شوند. حدود ۱۰ درصد از این بیماران با تابلوی شکم حاد جراحی به اورژانس مراجعه می‌کنند (۴). کیست‌های امتموم نادرتر از کیست‌های مزانترو بوده، غالباً نیز در کودکان دیده می‌شوند و در ۶۸ درصد موارد در اطفال زیر ۱۰ سال رخ می‌دهند (۵). کودکان مبتلا معمولاً با اتساع شکمی و علائم همراه اندک نظیر درد شکمی مبهم با یا بدون توده‌ی شکمی قابل لمس مراجعه می‌کنند (۶ و ۷). توده می‌تواند بزرگ باشد و نمایی شبیه به آسیت را تقلید کند (۸). شایع‌ترین تابلوی تظاهر حاد این بیماری در کودکان به صورت انسداد روده‌ی کوچک است که می‌تواند همراه با پیچ

۱- متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- دستیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

معاینه فیزیکی، علایم حیاتی شامل فشار خون سیستولی ۹۵ و دیاستولی ۶۵ میلی‌متر جیوه، تعداد ضربان قلب ۱۰۰ در دقیقه، تعداد تنفس ۲۴ در دقیقه و درجه حرارت برابر با ۳۸ درجه سانتی‌گراد بود. در معاینه‌ی شکم، اتساع متوسط همراه با تندرست و گاردینگ ژنرالیزه یافت شد. یافته‌های آزمایشگاهی شامل شمارش گلبول‌های سفید در حد ۱۰۷۰۰ با درصد نوتروفیلی ۸۴/۸ درصد و هموگلوبین برابر با ۱۱/۹ و آنالیز ادراری نرمال بود. بیمار با تشخیص شکم حاد تحت لاپاراتومی قرار گرفت. پس از باز کردن شکم مشاهده شد که تقریباً کل امتنوم کیستیک است و به صورت چند کیست بزرگ متصل به هم که اندازه‌ی بزرگترین کیست در حد ۱۲×۱۲×۴ سانتی‌متر مکعب تخمین زده می‌شد. دیواره‌ی کیست‌ها اندکی تغییر رنگ داده، به سمت قرمز تیره و بنفش گراییده بود (تصویر ۱). در طی لاپاراتومی تقریباً کل امتنوم به جهت کیستیک بودن خارج شد (تصویر ۲). در ادامه زائده‌ی آپاندیس برداشته شده و بیوپسی از چند لُف نمود موجود در مزانتیر روده گرفته شد. جواب پاتولوژی کیست امتنوم، آپاندیس فاقد ضایعه و التهاب، لُف نودهای غیر التهابی بود.



شکل ۱: در طی لاپاراتومی آشکار شد که تقریباً کل امتنوم کیستیک است، دیواره‌ی کیست‌ها اندکی تغییر رنگ داده و به سمت قرمز تیره و بنفش گراییده بود

خوردگی (ولولوس) یا انفارکت روده‌ای نیز باشد (۹). یک نمای بسیار غیر معمول از بیماری، تظاهر آن به صورت فتق اینگوینال غیر قابل جا اندازی است (۱۰). تشخیص‌های افتراقی کیست‌های امتنوم و مزانتیر شامل کیست دوتایی شدن (دوپلیکاسیون) روده، کیست کاذب پانکراس، کیست خلف پریتونئ، کیست تخمدان، کیست کلیه، کیست کلدوک، کیست هیداتیک، آسیت، پریتونیت توبرکلوزی، آپاندیسیت می‌باشد (۴).

گزارش مورد

یک پسر بچه ۶ ساله بدون هیچ سابقه‌ای از بیماری خاصی در تاریخ ۸۹/۲/۱۰ با شکایت از درد حاد شکم در بیمارستان آیت‌الله موسوی زنجان بستری شد. درد بیمار از صبح روز قبل از مراجعه شروع شده، همراه با تهوع، سه مرتبه استفراغ و بی‌اشتهایی و تب بود. کودک ابتدا به بیمارستان امیرالمومنین در شهرستان خدابنده مراجعه کرده و سپس به این مرکز ارجاع شده بود. کودک سابقه‌ی دردهای شکمی مشابه ولی خفیف‌تر را در گذشته می‌داد، که به جهت آن‌ها با تشخیص عفونت روده‌ای تحت درمان قرار گرفته بود. در



تصویر ۲: در طی لاپاراتومی تقریباً کل امتوم به جهت کیستیک بودن خارج شد

بحث

(۱). اختلالات در سیستم تنفسی یا ادراری و علایم فشار بر ورید پورت می‌تواند در اثر بزرگ شدن کیست ایجاد شود. حدود ۱۰ تا ۱۹ درصد از این بیماران با علایم درد حاد شکمی ناشی از انسداد روده‌ی باریک، پیچ‌خوردگی، خونریزی یا پارگی کیست مراجعه می‌کنند (۵ و ۵). آزمایشات پاراکلینیکی در این بیماران غالباً نشانگر لکوسیتوز یا آنمی است. با وجود پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه‌ی انجام سونوگرافی و سیتی‌اسکن تشخیص صحیح کیست امتوم پیش از عمل جراحی تنها در ۱۳ درصد موارد گزارش شده است (۵). در کودک مورد گزارش ما به دلیل وجود تظاهرات شکم حاد (گاردینگ، تندرنس ژنرالیزه، تب و لکوسیتوز با شیفت به چپ) بررسی تشخیصی اضافه‌تری (نظیر سونوگرافی یا سیتی اسکن) قبل از عمل جراحی انجام نشده، بیمار پس از احیا تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. در این بیمار در جداری کیست‌ها تغییر رنگ به سمت قرمز تیره و بنفش

بروز کیست امتوم در کودکان در حدود ۱ در ۱۴۰۰۰۰ بستری در بیمارستان گزارش شده است (۱۱). علت این کیست‌ها نامشخص مانده ولی تئوری‌های بسیاری در مورد ایجاد آن‌ها نظیر دژنراسیون لنفاتیک و آنومالی‌های مادرزادی وجود دارد (۱). از جمله تئوری‌های مطرح شده، پرولیفراسیون خوش خیم بافت لنفاتیک نابجا که فاقد ارتباط با بافت لنفاتیک طبیعی امتوم است، می‌باشد (۱۲). اندازه‌ی این کیست‌ها از ۱ سانتی‌متر تا بیش از ۳۰ سانتی‌متر متغیر بوده، می‌تواند خود را به صورت توده‌ی شکمی بزرگ با درد مبهم نشان دهند (۱۴ و ۱۳). در موارد وجود کیست‌های بزرگ یافته‌های بالینی می‌تواند شامل اتساع شکم، درد و یک توده‌ی قابل لمس باشد (۵). در معاینه‌ی فیزیکی کیست امتوم به صورت یک توده‌ی شکمی کاملاً قابل تحرک لمس می‌شود (برخلاف کیست‌های مزانتر که تنها از سمت راست بیمار به سمت چپ یا بالعکس قابل تحرک‌اند علامت Tillaux-)

(۱۶-۱۹). برای برداشتن این کیست‌ها می‌توان از جراحی باز و در صورتی که اندازه‌ی کیست اجازه دهد از لاپاروسکوپی استفاده کرد. برداشتن سقف کیست یا مارسوپلیازسیون توصیه نمی‌شود چرا که این کیست‌ها استعداد زیادی برای عود بعد از درناژ تنها دارند (۱). کودک مورد ما پس از ۴ روز از جراحی در حالی که کاملاً بی‌علامت شده بود، مرخص شد. در دوره‌ی پس از جراحی کودک به مدت ۶ ماه پیگیری شد و در طی این مدت هیچ مشکل خاصی پیدا نکرد.

References

- 1- Seymour NE, Bell RL. Abdominal wall, omentum, mesentery and retro peritoneum. In: Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR et al. Schwartz's principles of surgery. 9nd ed. New York: Mc Graw Hill; 2010: 1275-77.
- 2- Richard RR. Mesenteric and omental cysts. In: O'Neill JA, Rove MI, Grosfeld JL, et al. Pediatric Surgery. St Louis: Mosby Year Book; 1998: 1269-75.
- 3- Tamas PS. Mesenteric and omental cysts. In: Donellan WL. Abdominal Surgery of Infant and Childhood. Luxembourg: Harwood Academic Publishers; 2001: 1-8.
- 4- Tillaux PJ. Kyste du mesentere chez un homme: ablation par la gastrostomie. *Rev Ther Med Chir (Paris)*. 1880; 47: 179.
- 5- Uramatsu M, Saida Y, Nagao J. Omental cyst: report of a case. *Surg Today*. 2001; 31: 1104-6.
- 6- Feins NR, Raffensperger JG. Cystic hygroma, lymphangioma, and lymphedema. In: Raffensperger JG, ed. Swenson's Pediatric

وجود داشت ولی پیچ خوردگی واضح در قاعده کیست‌ها مشاهده نشد و با توجه به پاسخ پاتولوژی که وجود یک التهاب حاد را بر روی یک زمینه‌ی التهابی مزمن در جداره‌ی کیست‌ها گزارش کرده بود، علت وقوع شکم حاد در کودک احتمالاً یک پدیده‌ی التهابی عفونی در امتنوم کیستیک بوده، که این مساله دردهای سابق بیمار را نیز توجیه می‌کرد. برداشتن این کیست‌ها حتی در موارد بی‌علامت غالباً اندیکاسیون دارد زیرا آن‌ها از احتمال بالایی برای پیچ‌خوردگی، پارگی، خونریزی و عفونت برخوردارند

- Surgery. 5th ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1990: 172-3.
- 7- Lockhart C, Kennedy A, Ali S, et al. Mesenteric cysts: a rare cause of abdominal pain. *Ulster Med J*. 2005; 74: 60-2.
- 8- Prasad KK, Jain M, Gupta RK. Omental cyst in children presenting as pseudoascites: report of two cases and review of the literature. *Indian J Pathol Microbiol*. 2001; 44: 153-5.
- 9- Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MW. Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. *J Pediatr Surg*. 1991; 26: 1309-13.
- 10- Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst: an unusual presentation. *J Pediatr Surg*. 1998; 33: 792-3.
- 11- Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg*. 1997; 63: 287-90.
- 12- Kumar S, Agrawal N, Khanna R, Khanna A. Giant lymphatic cyst of omentum: a case report. *Cases J*. 2009; 2: 23.

- 13- Prasad KK, Jain M, Gupta RK. Omental cyst in children presenting as pseudoascites: report of two cases and review of the literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2001; 44: 153-5.
- 14- Hsu CT, Diaz MC, Rappaport D. An unusual case of pediatric abdominal distension. *Am J Emerg Med.* 2007; 25: 99-101.
- 15- Tiwari SM, Sharma RK, Singh G, Dvivedi S. Omental cyst-a rare entity. *J Indian Med Assoc.* 2006; 104: 97-8.
- 16- Conlon KC, Dougherty EC, Klimstra DS. Laparoscopic resection of a giant omental cyst. *Surg Endosc.* 1995; 9: 1130-2.
- 17- Horiuchi T, Shimomatsuya T. Laparoscopic excision of an omental cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 1999; 9: 411-3.
- 18- Kurianky J, Bar-Dayyan A, Shabtai M, Barshach I, Rosin D, Ayalon A. Laparoscopic resection of huge omental cyst. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2000; 10: 283-5.
- 19- Hassib N. Omental cyst presenting as pseudocyst. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154: 958.

Archive of SID

Case Report: Omental Cyst Presenting as Acute Abdominal Pain in a 6-year-old Boy

Erfanifam T¹, Izadi S¹

¹Dept. of General Surgery, Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Corresponding Author: Erfanifam T, Dept. of General Surgery, Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

E-mail: t.erfanifam@gmail.com

Received: 13 Oct 2011 **Accepted:** 19 Jun 2012

Omental cysts are rare and occur in approximately one of 100,000 patients. About 25% of these cysts are presented in children less than 10 years of age. Symptoms produced by omental cysts are not clinically diagnostic and pre operative diagnosis is exceedingly difficult. Omental cysts producing clinical symptoms must be differentiated from other cysts and acute intra abdominal conditions such as pancreatic cysts, retroperitoneal cysts, ovarian cysts, cysts of the kidney, ascites, tuberculosis' peritonitis, and appendicitis. In some cases, these cysts are discovered in the course of an abdominal operation for some other reasons. Here, we report the case of a 6-year-old boy presenting with acute abdominal pain presenting a giant omental cyst in him during laparotomy.

Keywords: *Omental cyst, Acute abdominal pain, Children*