

الكيسات المساريقية والثربية عند الأطفال

الدكتور محمد علي ناصر*

(ورد إلى المجلة في 1998/10/11، قبل للنشر في 1999/1/26)

□ الملخص □

تضمن البحث الخصائص السريرية لـ 17 حالة (13 حديث الولادة، 4 أطفال) من الكيسات المساريقية والثربية والتضاعف الكيسي للأمعاء والتي ترافقت بأغلب الاختلالات شيوعاً وهي انسداد الأمعاء. ولقد تم وضع التشخيص النهائي لهذه الكيسات باستخدام الأشعة والأمواج الفائقة الصوت والتصوير الطبقي المحوري، وقد تمت معالجة هذه الحالات جراحياً وذلك باستئصال الكيسات وبدون بتر للأمعاء في 4 حالات أو بإجراء بتر للأمعاء مع مفاغرة طرف بطرف في 8 حالات وطرف بجنب في حالتين، وفي حالتين بإلتهاب صفاق تم إجراء مفاغرة على شكل $R-en-Y$ مع إخراج العروة المعوية القاصية إلى جدار البطن على شكل *Enterostoma* وكانت النتائج المباشرة للمعالجة الجراحية جيدة في كل الحالات باستثناء حالة وفاة وحيدة عند حديث الولادة بعد العمل الجراحي نتيجة الزرام (*amuria*) وذلك بسبب وجود كيسات كلوية ثنائية الجانب بالإضافة إلى الكيسة المساريقية وبلغت نسبة الوفيات 6.6%.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Mesenteric and Omental Cysts in Children

Dr. M. A. NASSER*

(Received 11/10/1998, Accepted 26/1/1999)

□ ABSTRACT □

The work presents clinical characteristics of 17 patients (13 neonates and 4 children) with mesenteric omental and intestinal duplication cysts, accompanied by the most frequent complication: Intestinal obstruction. The diagnosis was established on radiographic examination, ultrasonography and computed tomography (CT). All patients were operated on. Excision of the cysts without resection of the bowel was in 4 patients, c resection of the bowel and anastomosis end to end in 8 patients, end to side in 2 patients, and in 2 patients with peritonitis was performed a Roux - en - Y anastomosis with distal ileostomy. The immediate postoperative results were good in all cases, excluding one case postoperative mortality in neonate from anuria, because he had a bilateral renal cysts in addition to the mesenteric cyst. The mortality rate was 6 %.

*Associate professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

المقدمة:

3 - إبراز خبرة عشر سنوات في معالجة الكيسات المساريقية والثربية والتضاعف الكيسي للأمعاء عند الأطفال.
4 - اختبار نوع معين من المفاغرة في تدبير هذه الكيسات إذا ترافقت مع الإختلاطات (كالتهاب صفاق مثلاً).

إن أغلب الكيسات البطنية تتوضع في مساريقي الأمعاء والترب وتنتظر سوريياً عند حديثي الولادة باختلاطات مهددة للحياة وأكثرها شيوعاً هو انسداد الأمعاء [1, 2, 3, 4].

مادة وطريقة البحث:

لقد تمت معالجة 17 حالة (13 حالة حديث الولادة، 4 أطفال) في فترة عشر سنوات ما بين عامي 1988 - 1997 بالكيسات المساريقية والثربية والتضاعف الكيسي للأمعاء (جدول رقم 1).

الهدف من الدراسة:

1 - التشخيص الباكر لكيسات البطن عند الأطفال قبل حدوث الاختلاطات وذلك بالإعتماد على وسائل التشخيص الحديثة كالإيكو والتصوير الطبقي المحوري.
2 - دراسة الخصائص السريرية لكيسات البطن عند الأطفال.

جدول رقم 1 :

الاختلاطات		الأطفال < من سنة	حديثي الولادة	
انضغاط الأمعاء	انفتال الأمعاء			
5	6	4	7	كيسات مساريقية
3	-	-	3	كيسات ثربية
1	2	-	3	تضاعف كيسي للأمعاء

التشوهات المرافقة: كيسات كلوية ثنائية الجانب عند حديث الولادة.
وقد تم تقسيم هؤلاء الأطفال إلى :

توضعت الكيسات المساريقية والتضاعف الكيسي للأمعاء في الأمعاء الدقيقة وتظاهرت بعلامات انسداد أمعاء.

حديثي الولادة: (13 حالة) تراكمت الكيسات المساريقية عند حديثي الولادة بإقياءات صفراوية متكررة بفترة قصيرة بعد الولادة مع تطبل بطن ودفاع عضلي وتوقف خروج العقي والغازات وكانت هناك إمكانية جس كتلة في البطن في أغلب الحالات.

أما في كيسات الثرب فكان حجم البطن كبيرا بدون دفاع عضلي مع وزمة في جدار البطن وإقياءات متعددة مع حرارة طبيعية.

المس الشرجي: القناة الشرجية سليمة. الفحوصات المخبرية: ارتفاع تعداد الكريات البيض، نقص البوتاسيوم في بعض الحالات نتيجة الإقياءات ووجود قلاء استقلابي.

إن تضاعف الكيسي للأمعاء شوهد عند حديثي الولادة فقط ولم يترافق بنزف هضمي إنما اقتصرت الأعراض على انسداد الأمعاء.

الأطفال (4 حالات): تراوحت أعمارهم ما بين 2 - 12 سنة.

كانت الأعراض السريرية على شكل ألم حول السرة، غثيان إقياءات بدون تطبل بطن وفي إحدى الحالات وجدت كيسة مساريقية عند طفلة حيث تراكمت بالأم دورية في البطن لمدة ثلاث سنوات ولكن حصول انفتال الأمعاء المفاجئ أدى إلى دخول الطفلة المشفى بإعراض انسداد أمعاء مع وجود دفاع عضلي في الأقسام السفلية

للبدن وبالمس الشرجي - ألم في جدار المستقيم الأيمن مع شعور بوجود كتلة قاسية من اليمين.

الصورة الشعاعية للبطن - تبين وجود سويات سائلة - غازية في القسم الأيمن من البطن.

تحليل الدم : ارتفاع الكريات البيض.

العمل الجراحي: فتح بطن استقصائي عبر المستقيمة البطنية اليمنى، شوهدت كمية كبيرة من الإصباغ الدموي مع وجود كتلة

قاسية قليلا في الحوض بلون كرزي مائل

للزرقة، الزائدة الدودية بدون علامات

التهابية، وبالاستقصاء تبين أن الكتلة عبارة

عن انفتال العروة المعوية الدقيقة مع الكيسة

(الكتلة) حول محورها بزواوية 360° ،

وبعد رد الانفتال شوهدت كيسة مساريقية

للأمعاء الدقيقة بسنة أجواف بحجم 10×12

$16 \times$ سم وملتصقة بشكل شديد بالأمعاء

على بعد 100 سم من الوصل اللفائفي -

الأعوري وكان من الصعب تسليخ الكيسة

لذلك تم استئصال قسم من الأمعاء (30 سم)

المجاور للكيسة وإجراء مفاغرة طرف

بطرف.

الفحص النسيجي للكيسة: وعاءوم لمفاوي

للمساريقي.

إن الفحص الشعاعي ضروري

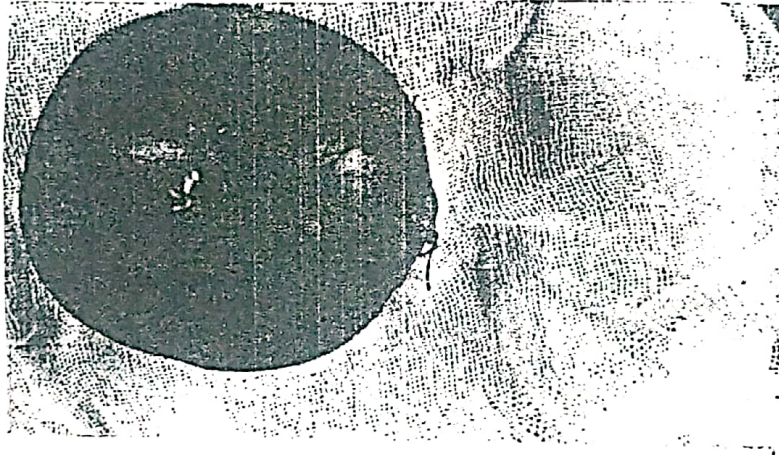
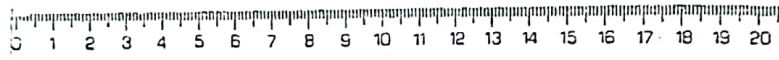
لتشخيص مثل هذه الحالات ونبدأ بالصورة

البسيطة للبطن في وضعية الوقوف (أمامية

وجانبية) حيث نلاحظ وجود سويات سائلة غازية في الأمعاء. أما عند الأطفال الأكبر سنا فيفضل إجراء صورة شعاعية ظليلة عن طريق الفم أو رخصة باريتية حيث نلاحظ انزياح الأمعاء إلى الأمام في الكيسات المساريقية وإلى الخلف في الكيسات الثربية بالإضافة إلى ذلك استخدمنا الأمواج الفائقة الصوت والتصوير الطبقي المحوري في

ففي حالة واحدة على التصوير الطبقي المحوري تبين وجود كيسات كلوية متعددة ثنائية الجانب بالإضافة إلى الكيسة المساريقية بقياس (10 x 12 سم) وقد تم استئصال الأخيرة جزئيا. (شكل 1) إلا أن الطفل توفي بعد 48 ساعة من العمل الجراحي بسبب الزرام " anuria "

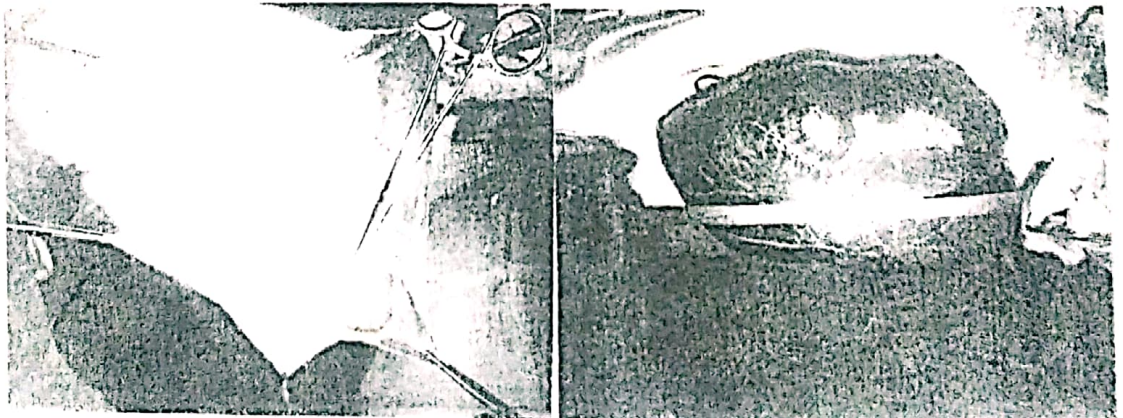
أغلب الحالات.



شكل (1)

سنتان، وقد كانت هذه الكيسة ضاغطة على الأمعاء الدقيقة شكل (2 - أ، ب).

وقد شوهدت كيسة ثربية كبيرة الحجم (20 x 30 سم) عند طفل عمره



شكل (2-ب)

شكل (2-أ)

متوسط للبطن في 3 حالات. والجدول رقم (2) يبين طرق الجراحة المستخدمة في مشاهداتنا.

المعالجة الجراحية: تحت التخدير العام تم إجراء الجراحة الاستعافية لهؤلاء المرضى، وقد استخدمنا شق جراحي جانب المستقيمة البطنية في 14 حالة، وشق

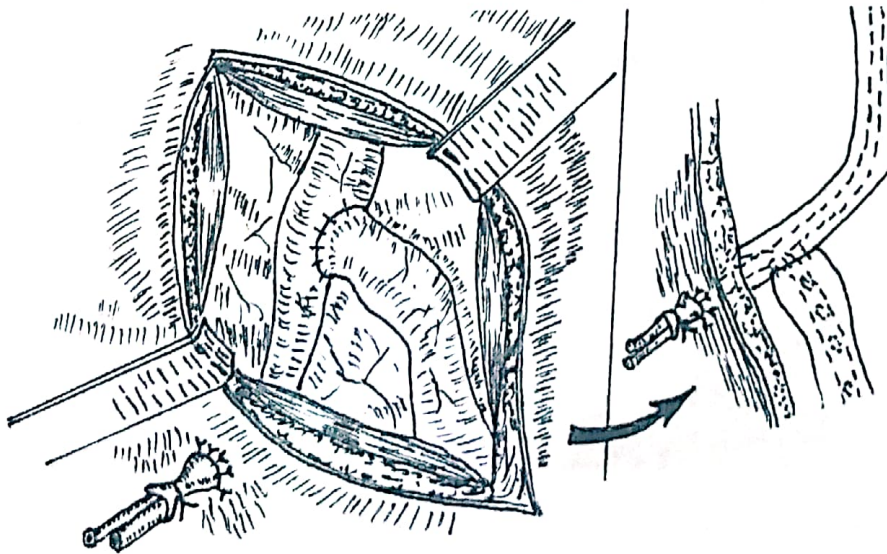
جدول رقم 2 :

استئصال الكيسة مع قطع الأمعاء وإجراء مفاغرة			استئصال بدون قطع الأمعاء	
طرف بطرف	طرف بجانب	على شكل Y		
5	2	2	2	كيسات مساريقية
-	-	-	2	كيسات ثربية
3	-	-	-	تضاعف كيسي للأمعاء

لتخفيف الضغط عن المفاغرة. (شكل رقم 3).

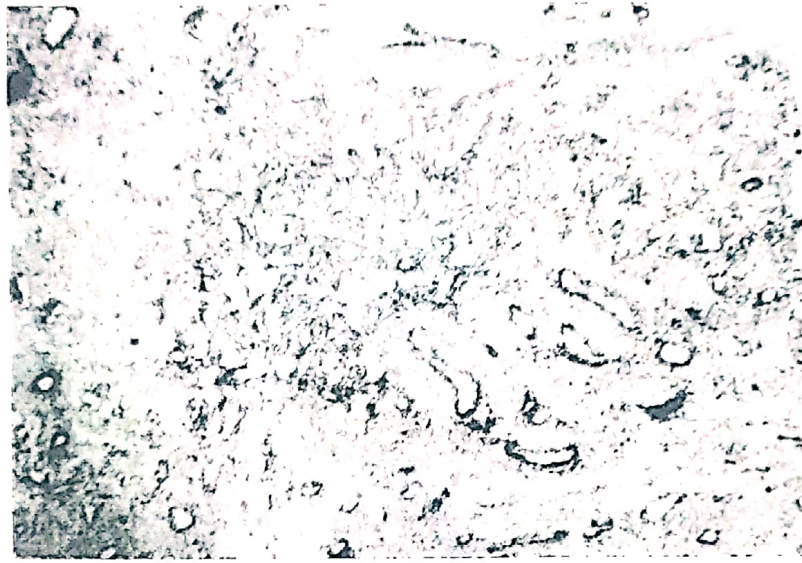
وقد استخدمت هذه الطريقة عند وجود التهاب صفاق معموم وذلك في حالتين فقط وقد أعطت نتائج جيدة.

وقد تم إجراء مفاغرة على شكل R-en-Y مع إخراج العروة المعوية القاصية إلى جدار البطن على شكل " enterostoma " بعد إدخال قنطارين : أحدهما في القسم الداني للمعي لمسافة 20 سم من المفاغرة لإدخال السوائل والآخر عبر القسم القاصي للمعي



شكل (3)

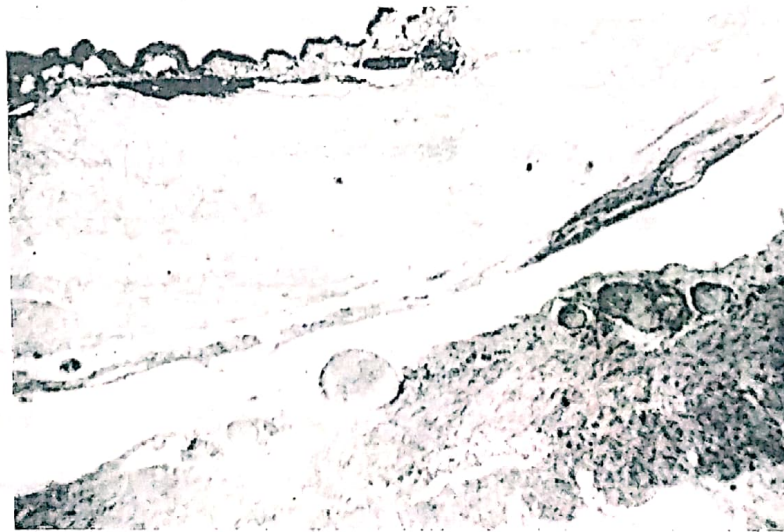
لقد تم فحص الكيسات نسيجياً بعد استئصالها وذلك للتعرف على طبيعتها أشكال (4, 5, 6)



شكل (4) الشكل النسيجي لكيسة لمفاوية مساريقية (HE X 120)



شكل (5) الشكل النسيجي لكيسة لمفاوية ثربية (HE X 120)



شكل (6) الشكل النسيجي للتضاعف الكيسي للأمعاء (HE X 120)

النتائج :

المناقشة : أول من وصف الكيسات المساريقية هو Benivieni عام 1507 في فلورنسا [6] وأول عملية جراحية أجريت على هذه الكيسات كانت من قبل Tillaux عام 1880 [14] .

يعتقد أن الكيسات المساريقية تنشأ من النسيج اللمفاوي نتيجة عطل في تشكل أثناء المرحلة الجنينية [2] ، هذه الكيسات يمكن أن تكون وحيدة أو متعددة وتكون مغطاة بطبقة بطانية " Endothelial " ومحتواها إما كيلوسي أو سائل مصلي [15] . وتتوضع أغلبها في مساريقي الأمعاء الدقيقة وخاصة الدقاق [1 , 3] وفي حالاتنا هذه توضع كل الكيسات المساريقية في الأمعاء الدقيقة.

إن العلامات السريرية لهذه الكيسات هي وجود كتلة بطنية مجسوسة في منتصف البطن، متحركة قليلاً وصوت طبلي أثناء القرع فوق هذه الكيسة [7] . إن انسداد الأمعاء هو أغلب الاختلالات شيوعاً للكيسات المساريقية وذلك بسبب ضغط الكيسة على المعى المجاور أو نتيجة للأنفتال أو الانغلاف، ومن ضمن الاختلالات أيضاً النزف وتمزق جدار الكيسة [1 , 2 , 3 , 4 , 5] .

إن الكيسات الثربية نادرة عند الأطفال وتنشأ نتيجة خطأ تشكل جنيني للأديم

1 - إن أهم اختلالات كيسات البطن عند الأطفال هي انسداد الأمعاء والتي نشاهدها بشكل خاص عند حديثي الولادة

2 - إن أسباب انسداد الأمعاء في الكيسات المساريقية هي انفثال العروة المعوية مع الكيسي حول المساريقي

3 - إن التشخيص الباكر لكيسات البطن وذلك بالاعتماد على الإيكو والتصوير الطبقي المحوري يقلل من نسبة الاختلالات والوفيات.

4 - باستثناء حالة وفاة وحيدة فإن النتائج المباشرة للمعالجة الجراحية كانت جيدة في كل الحالات وإن الأطفال الذين أجريت لهم مفاغرة بطريقة R-en-Y مع إخراج المعى على شكل " Enterostoma " تعرضوا لعمل جراحي آخر وهو إغلاق " Enterostoma " وذلك بعد ثلاثة أشهر من العملية الأولى.

5 - إن المفاغرة على شكل R-en-Y مع " Enterostoma " سمحت لنا بإطعام الطفل باكراً عبر القنطار الداني وقللت من نسبة الاختلالات.

بالنتيجة فإن أغلب الاختلالات للكيسات المساريقية والثربية والتضاعف الكيسي للأمعاء عند الأطفال هو انسداد الأمعاء والذي يتطلب جراحة إسعافية وأحياناً في الساعات أو الأيام الأولى من عمر الطفل.

المتوسط " mesoderma " وكذلك تشوه في النسيج المفاوي [11] .

هذه الكيسات تكون حميدة، وحيدة أو متعددة تحوي على سائل مفاوي أو دموي [11] وإن علامة التموج من أغلب الأعراض شيوعا.

إن أكثر اختلاطاتها هو تمزق الكيسة أو انفثالها وتعطي عندئذ صورة " بطن حاد " [8, 9] ونادراً ما تسبب انسداد أمعاء وذلك لتوضعها أمام الأمعاء [10] أما التضاعف الكيسي للأمعاء يمكن أن يتوضع في أي منطقة من الجهاز الهضمي ابتداءً من الفم وحتى فوهة الشرج ويكون متصلًا مع المعى الأصلي بجدار عضلي مشترك ولهما نفس التروية الدموية [12] .

إن سوء تشكل لمعة المعى بعد مرحلة التصلب في المرحلة الجنينية من التطور كما اعتقد Tander و Bremer يسبب التضاعف المعوي [13] .

من أغلب الأعراض السريرية هو الألم الذي يدل على وجود اختلاطات كانسداد الأمعاء أو الانتقاب [12] وتكون الاقبيات كعرض رئيسي نتيجة انضغاط العروة المعوية المجاورة للتضاعف. وفي مشاهداتنا هذه وجد الانفثال في حالتين وفي حالة ثالثة كان الانضغاط سبباً في الانسداد المعوي.

لقد شوهد التهاب الصفاق في حالتين حيث أجريت لهما مفاغرة بطريقة R-en - Y وإخراج العروة المعوية على شكل " Enterostoma إلى جدار البطن، وتم إدخال قنطار في العروة الدائنية لإطعام المريض باكراً والقنطرة القاصية للتخفيف عن مكان المفاغرة والتقليل من نسبة الاختلاطات بعد الجراحة، ونحن نعتقد بان هذه الطريقة ضرورية جداً في حالات التهاب الصفاق وذلك لإراحة الأمعاء وثبات المفاغرة.

إن الهدف من وضع قنطارين هو إطعام المريض باكراً من خلال القنطار الدائني متجاوزاً مكان المفاغرة وبالتالي التخفيف من الاضطرابات الشاردية التي قد تكون عند هؤلاء الأطفال بالتهاب الصفاق كما أن القنطار القاصي يخفف من الضغط على مكان المفاغرة حيث يوجد عند الطفل التهاب صفاق وخزل معوي وبالتالي فإن كمية السائل التي تمر عبر المفاغرة تكون أقل في حال وجود القنطار.

إن التطور في استخدام الأمواج الفائقة الصوت يسمح لنا بتشخيص هذه الكيسات أثناء الحياة الجنينية داخل الرحم ويكشف عن اختلاطاتها.

بالمحصلة، إن نسبة الوفيات في مشاهداتنا بلغت (6 %) وهي منخفضة نسبياً إذا ما قورنت بالنتائج العالمية [3, 11] .

REFERENCES

المراجع

1. Chung , M. A. Brandt ML , ST - Vil D , 1991 - Yazbecks : *Mesenteric cysts in children*. J. ped. surg. 26 , 1306 - 1308.
2. Colodny , A. H. 1986 - *mesenteric and omental cysts* : Welch K J , Randolph J. G. , Ravitch M M, O , Neill , J. A , Rowe M J : *Pediatric surgery* vol. 2 , 4 ed year Book med. publ. chicago, pp. 921 - 925 1. Arekion , H. F. 1891 - *Etude sur les kystes du mesentere* , Paris .
3. Mollitt , D. L. , Ballantin TV. N. , Grasfeld G. L. 1978 - *Mesenteric cysts in infancy and childhood*. surg. Gynecol. obst. , vol. 147 , p : 182 - 184.
4. Walker , A. R. , Putnam ,T. C. 1973 - *Omental , mesenteric and retroperitoneal cysts* , A clinical study of 33 new cases. *Ann. surg*, vol. 178 , p. 13 - 19.
5. Hardin , W. J , Hardy , J. D. 1970 - *Mesenteric cysts* , Amer. J. surg. vol. 119 , p. 640.
6. Benevieni , A. De. 1507 - *Abditis Nonnullis ac Mimandis Norborum et Sonatoriom Cowsis* (N37), Florentine.
7. Arekion , H. F. 1891 - *Etude sur les kystes du mesentere*. Paris.
8. Oliver , G. A. 1964 - *The omental cyst , a rare cause of acute abdomen*. *Surgery* , vol. 56, p : 588.
9. Philipsen ,T. , Thomsen , J. L. 1980 - *Multiple cyster , mesenterium og oment som arsaq til akut abdomen*. Ugeskr. Laeger - vol. 142 , no 25, pp: 1619 - 1629.
10. Molander ,M. L , Mortensson W. , Uden R. 1982 - *Omental and mesenteric cysts in children* 1991 - *Acta pediatric Scand.* , vol. 71 , pp. 227 - 229.
11. Kushch , N. I. , Timchenko A. D. , Koval E. C. 1985 - *Omental lymphangioma' s in children*. *Vesnik chirurgi* , pp : 101 - 104.
12. Earle I. w. 1980 - *Alimentary tract duplications* : Holder T. M. , Ashcraft K. W. , *Pediatric surgery* pp. 445 - 455.
13. Bremer , J.L. 1944 - *Diverticula and Duplication of The Intestinal Tract*. *Arch. Pathol.* 38 : 132 ,.
14. Tillaux , P. J. 188 - *Kyste du mesentere chez un homme ; ablation par la gastrostomie*. *Rev. Ther Med. chir. Paris* 470 - 479.
15. Estourgie RJA , van Beek MWPM. 1981 - *Mesenteric cysts* , Z. Kinderchir 32 , 223 - 230.