

Mesenterialcyste er en sjælden årsag til mavesmerter hos børn

Mirwais Dawar & Mogens Rørbæk Madsen

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Regionshospitalet
Herning

Ugeskr Læger
2015;177:V10140538

Mavesmerter er hyppigt forekommende hos børn. Hos de fleste børn, som indlægges akut med mavesmerter på en kirurgisk afdeling, er smerterne enten selvlimiterende og svinder spontant eller er forårsaget af kendte og hyppigt forekommende tilstande, som ikke udgør væsentlige diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer. Imidlertid kan mavesmerter hos børn i enkelte tilfælde skyldes sjældent forekommende sygdomme, og et sådant tilfælde præsenteres her.

SYGEHISTORIE

En tiårig, i øvrigt rask dreng havde haft periodevis mavesmerter gennem seks måneder og accentuering gennem de seneste tre uger, hvor han var blevet tilset to gange i pædiatrisk regi. Smerterne blev tolket som obstipation og blev uden særlig effekt behandlet med Movicol (kaliumchlorid, macrogol 3350, natriumchlorid, natriumhydrogencarbonat). Han blev indlagt akut med kraftige, turevis mavesmerter, kvalme og flere alimentære opkastninger. Objektivt fandtes han afebril med påskyndet puls, abdomen var let distenderet, men blødt og uden erkendelige udfyldninger. Der var palpationsømhed i venstre side, men ingen peritonealreaktion, og de biokemiske værdier var normale.

En UL-skanning suppleret med en CT (Figur 1)

viste en stærkt dilateret cystisk struktur på 14 cm i diameter i højre side af abdomen, mens tarmpakketet var displaceret opadtil mod venstre, og mesenteriet tilsyneladende var torkveret 360 grader i retning mod uret. Ved akut laparotomi fandt man i tyndtarmskrøset en 25 × 15 cm stor cyste med en tyndtarmslyngeliggende fladtrykt og afklemt hen over midten (Figur 2). Cysten blev excideret in toto med samtidig resektion af det involverede tyndtarmssegment (15 cm), og den øvrige tarm blev detorkveret og genanbragt anatomisk intraabdominalt. Det postoperative forløb var ukompliceret, og drengen blev udskrevet på den tredje postoperative dag med genetableret normal tarmfunktion.

En histologisk undersøgelse viste resektat med benign mesenterialcyste beklædt med mesotelligende celler og normal tyndtarm.

Tyve måneder senere blev drengen genhenvist med nyopståede intermitterende mavesmerter på mistanke om »adhærens«-smerter. Man foretog CT-enteroklyse og laparoskopi, som begge viste normale forhold, specielt ikke recidiv af mesenterialcysten.

DISKUSSION

Fraset ovariecyster er intraabdominale cyster sjældent forekommende og kun sparsomt omtalt i littera-

FIGUR 1

Præoperativ CT-billede.



FIGUR 2

Peroperativt foto af mesenterialcysten med en tyndtarmslyngeliggende afklemt henover.



turen, ofte i kasuistisk form. Cysterne ses hos patienter i alle aldre, men hyppigst hos børn [1], og angives at være årsagen til indlæggelse hos et ud af 20.000-30.000 børn, der bliver indlagt på hospital [1]. Cysterne kan være lokaliseret i mesenteriet, omentet eller retroperitonealt; alle disse strukturer har samme embryologiske oprindelse. Hos børn ses mesenterialcyster langt hyppigst i tyndtarmsmesenteriet [1-4]. Symptomerne er ukarakteristiske mavesmerter (hos 60-90% [1, 3, 4]) eller abdominaldistention (hos ca. 50% [1, 3]), men tilstanden kan også ses som akut abdomen pga. cysteruptur, blødning, volvolus eller kompression af cystenære organer [3]. Fordi tilstanden er sjælden, og symptomerne er ukarakteristiske, blev diagnosen tidligere hyppigst stillet ved operation (> 60% [1, 4]), men i dag kan diagnosen med stor sikkerhed stilles ved UL-skanning eller CT, [5] og i et stigende antal tilfælde er diagnosen fastlagt præoperativt.

Behandlingen er excision af cysten, ved mesenterialcyster ofte med samtidig nødvendig tarmresektion. Retroperitoneale cyster kan ikke altid fjernes komplet, hvorfor marsupialisation kan være nødvendig, hvilket medfører en vis risiko for recidiv [1, 4].

Mavesmerter og abdominaldistention er også typiske symptomer hos børn med funktionel obstipation, som ses hos 3% af børn i alderen 9-13 år, og som er årsag til 25% af de ambulante pædiatriske gastroenterologiske forløb [5]. Denne diagnosen stilles ved anamnese og almindelig objektiv undersøgelse, og behandlingen er kostvejledning og Movicol. Kun i tilfælde af behandlingsrefraktær obstipation er der indikation for yderligere udredning, og mesenterialcyste bør da erindres som mulig årsag til mavesmerter, specielt når mere almindelige årsager er udelukket.

SUMMARY

Mirwais Dawar & Mogens Rørbæk Madsen:

Mesenteric cyst is a rare origin for abdominal pain in children
Ugeskr Læger 2015;177:V10140538

A ten-year-old boy with known episodes of moderate abdominal pain during 18 months suddenly developed severe abdominal pain, and a CT scan showed a 25 × 15 cm cystic process. The patient was operated and a mesenteric cyst was removed along with 15 cm of small bowel. Post-operative course was uneventful. Mesenteric cysts are rare, but should be considered as an origin for abdominal pain in children, particularly after exclusion of more common diagnoses.

KORRESPONDANCE: Mogens Rørbæk Madsen, Kirurgisk Afdeling A, Regionshospitalet Herning, Gl. Landevej 61, 7400 Herning. E-mail: mogmad@rm.dk

ANTAGET: 16. december 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 16. februar 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J et al. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg* 1986;203:109-12.
2. Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ et al. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994; 115:571-7.
3. Nam SH, Kim DY, Kim SC et al. The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *J Korean Surg Soc* 2012;83:102-6.
4. Tan JJ-Y, Tan K-K, Chew S-P. Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg* 2009;33:1961-5.
5. Pedersen CE, Jønsson IM, Siggaard C et al. Behandling af kronisk obstipation hos børn – en gennemgang af et Cochranereview. *Ugeskr Læger* 2013;175:1855-8.