

# »Ascites« kan vara en bukcyta



**JOHAN DANIELSON**, underläkare  
Johan.Danielsson@akademiska.se  
**HUSSEIN NAJI**, avdelningsläkare  
**ERIK SKÖLDENBERG**, med dr, avdelningsläkare

**ROLF CHRISTOFFERSON**, docent, överläkare; samtliga vid barnkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

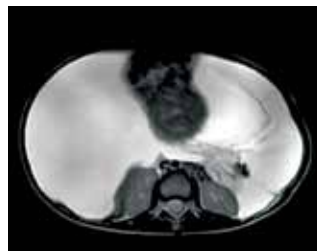
Bukcystor utgående från mesenterium eller oment är ovanliga. Hos barn under 15 år är de dock tio gånger vanligare än hos vuxna, med en incidens på cirka 1/11 000–20 000 slutenvårdsinläggningar [1-3]. Cystorna antas uppstå genom tillväxt av ektopiska lymfkärl utan kommunikation med det normala lymfsystemet eller genom att olika lager av mesenteriet/omentet inte löder samman på normalt sätt under fosterlivet. Av cystorna är 80 procent mesenterialcystor och 20 procent omentcystor [1, 4]. Kongenitala cystor upptäcks i dag ofta genom prenatalt ultraljud men kan även upptäckas senare, aningen som bifynd vid bildgivande undersökningar eller genom att de ger symptom. Behandlingen av bukcyta är öppen eller laparoskopisk radikal enukleation, men tarmresektion eller partiell excision av cystan kan behövas om excision inte är möjlig. Enbart aspiration av cystinnehåll rekommenderas inte [2, 5, 6]. Obehandlade cystor kan leda till komplikationer såsom cysttorsion, infarkt av cystan, volvulus, anemi från blödning in i cystan, mekanisk ileus och urinvägsobstruktion. Risken för komplikationer anses vara högre hos barn [4].

## FALLBESKRIVNING

En pojke hade sedan födseln haft stor mage. Föräldrarna hade påpekat detta på BVC men fått lugnande besked. I februari 2009 sökte föräldrarna på länslasarett på grund av oro över magens storlek. Pojken var då 2,5 år gammal men var tvungen att använda kläder av en 5–6-åring storlek för att magen skulle få plats. Vid besöket upptäcktes ett blåsljud på hjärtat, och på misstanke om hjärtsvikt utfördes ultraljudskardiografi som utföll normal. Efter att föräldrarna i början av juni återigen stött på utfördes ultraljudsundersökning av buken, som visade uttalad ascites men inga organförstorningar. Dopplerundersökning av bukkärlen och sedvanliga blodlaborationer var normala. Eftersom pojken mår bra valde man att avvakta.

Förnyad ultraljudsundersökning av buken efter sommaren visade oförändrad bild, varför magnetisk resonanstomografisk undersökning av buken utfördes i oktober. Undersökningen visade rikligt med ascites med septa samt tumörmisstänkta förändringar mesenterielt och peritonealt (Figur 1). Ultraljudsvägled punktation och cytologisk undersökning av ascitesvätskan utfördes, men man fann inga maligna celler. Patienten remitterades till regionens barnonkologiska enhet, varifrån man direkt skickade vidare remissen till barnkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala för vidare utredning.

**»Den radiologiska bilden vid gigantiska cystor i buken är snarlik den vid ascites, varför diagnosen kan vara svår att ställa radiologiskt.«**



**Figur 1.** Magnetisk resonanstomografisk axialbild av bukens nedre del, T2-viktad sekvens där vätska ger en ljus signal. Tarmpaketet ses ihopträngt centralt och anteriort, omgivet av den stora septerade cystan.



**Figur 2.** Den större cystan efter att den tömts på sitt innehåll. Dess ursprung från colon sigmoideums mesenterium ses precis utanför bukväggen.



**Figur 3.** Bukens konfiguration preoperativt.



**Figur 4.** Bukens konfiguration postoperativt.

På barnkirurgiska kliniken utfördes ett nytt ultraljud med försök till tappning av vätska. Man fick bara ut 100 ml vätska med utseende som vid en äldre blödning. På grund av pseudoascites, orsakad av en flerrummig cystisk tumör med blödning, tog vi beslut om diagnostisk laparoskopi på misstanke om mesenterial- eller omentcysta. Vid laparoskopi kunde man konstatera att cystan fyllde större delen av bukhålan och att ursprunget bedömdes vara vänstercolon. Laparoskopi bedömdes vara för tekniskt svår varför vi gick vidare med laparotomi. Cystan visade sig utgå från colon sigmoideums mesenterium och läckte vätska efter tidigare punktioner. Den kunde dock tömmas på totalt cirka 3,5 liter blodtingerad vätska (20 procent av patientens kroppsvikt) (Figur 2-4). Vi fann också en mindre cysta om cirka 50 ml som utgick från colon transversums mesenterium. Den stora cystan exciderades i sin helhet, medan cysttaket exciderades på den mindre cystan. Partiell resektion utfördes eftersom flera större grenar från a colica media löpte i den mindre cystans bakvägg. Postoperativt utvecklade patienten adhesionsileus och behövde reopereras en dryg vecka efter primäroperationen. Därefter har förloppet varit komplikationsfritt. Pojken kommer att följas med ultraljud då det finns en viss risk för recidiv av den partiellt exciderade cystan.

## DISKUSSION

Vid litteratursökning har vi funnit fyra liknande fall där barnets familj sökt på grund av stor mage, men där ett »doctor's delay« uppkommit då behandlande läkare tolkat symptomen

## SAMMANFATTAT

**Bukcystor utgående från mesenterium eller oment är ovanliga. De är dock viktiga att komma ihåg som differentialdiagnoser vid stor mage, diffus buksmärta och en klinisk bild som överensstäm-**

**mer med ascites, i synnerhet hos barn.**

**Vid symptom och fynd som kan överensstämma med bukcyta rekommenderas tidig kontakt med barnkirurgisk klinik.**

### »Vid misstanke om cysa bör kontakt tas med barnkirurgisk klinik för hjälp med vidare diagnostik och eventuell åtgärd.«

som ascites orsakad av exempelvis portvenstrombos eller peritoneal absorptionsdefekt [7-9]. Vårt fall är således inte unikt utan belyser det faktum att mesenterial- eller omentcystor är viktiga differentialdiagnoser som bör övervägas hos barn med »ascites«. Den radiologiska bilden vid gigantiska cystor i buken är snarlik den vid ascites, varför diagnosen kan vara svår att ställa radiologiskt. Vid misstanke om cysa bör kontakt tas med barnkirurgisk klinik för hjälp med vidare diagnostik och eventuell åtgärd.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, Stockmann PT, Ternberg JL. Mesenteric cysts in children. *Surgery*. 1994;115:571-7.
2. Richard RR. Mesenteric and omental cysts. In: O'Neill JA, Rove MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. *Pediatric surgery*. St Louis, MO: Mosby Year Books; 1998. p.1269-75.
3. Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg*. 1997;63:287-90.
4. Pantanowitz L, Botero M. Giant mesenteric cyst: A case report and review of the literature. *The Internet Journal of Pathology*. 2001;1(2). ISSN 1528-8307.
5. Burkett JS, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am Surg*. 1994;60:432-5.
6. Vu JH, Thomas EL, Spencer DD. Laparoscopic management of mesenteric cyst. *Am Surg*. 1999; 65:264-5.
7. Moraliouglu S, Sönmez K, Türkyilmaz Z, Basaklar AC, Kale N. A child with giant omental cyst. *Acta Chir Belg*. 2007;107:724-5.
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. Klin B, Lotan G, Efrati Y, Vinograd I. Giant omental cyst in children presenting as pseudoascites. *Surg Laparosc Endosc*. 1997;7:291-3.

