

## LIMFANGIOM CHISTIC AL MEZOCOLONULUI LA ADULT

Gh. Ghidirim, I. Găgăuz, I. Mișin, E. Condrațchi

Catedra Chirurgie nr.1 „N. Anestiadi”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”  
Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Chișinău, Republica Moldova

**MESOCOLONIC LYMPHANGIOMA IN ADULT (Abstract):** Lymphangioma is a benign tumor of the lymphatic system, histogenetic it is characterized by a congenital mesenchymal malformation affecting the wall of the lymphatic vessels. Intraabdominal lymphangioma is a rare disease, mesocolon localization being exceptional. Mesocolonic lymphangioma occurs extremely rare in adults. We report a case of lymphangioma of mesocolon in an adult patient. A 23-year old male was admitted with 1 month history of moderate progressive abdominal pain and palpable mesogastric mass. Abdominal ultrasonography (US) and computed tomography (CT) scanning demonstrated a cystic mass located in mesogastric area adherent with the transverse colon and the anterior abdominal wall. Complete excision of the cystic mass was performed. The histological findings were confident with lymphangioma. The postoperative period was uneventful. During a 6 month follow-up period the patient is free of disease recurrence.

KEY WORDS: LYMPHANGIOMA, MESOCOLON

Correspondență: Conf. Dr. Igor Mișin, str. Muncești nr. 52, ap. 60, 2001, Chișinău, Republica Moldova;  
Tel: (+ 37322) 83-24-65; Fax: (+ 37322) 52-20-08; E-mail: mishin\_igor@mail.ru\*

### INTRODUCERE

Limfangiomul este o tumoră benignă de origine mezenchimală a țesutului limfatic, care de obicei se întâlnește la copii și este situată cel mai frecvent în regiunea axilară, cervicală sau în regiunea capului [1-3]. Localizarea intraabdominală a limfangioamelor este rară, iar localizarea în mezocolon este excepțională [2-4]. Incidența limfangiomului mezocolonic este de 1/100000 pentru adulți și 1/20000 la copii [4,5]. Prezentăm un caz clinic de limfangiom cu localizare în mezocolon la un pacient adult, situație care este extrem de rar întâlnită și în pofida utilizării metodelor sofisticate de examinare (ecografie, computer tomografie), diagnosticul nu a fost stabilit preoperator, fiind precizat postoperator prin examenul histologic.

### PREZENTAREA CAZULUI

Bolnavul L.B., în vârstă de 23 ani a fost spitalizat în clinică acuzând dureri moderate în regiunea mezogastrică, care se intensificau la mers, grețuri și prezența unei formațiuni palpabile în regiunea periombilicală. Debutul este de cca 30 zile, când au apărut durerile în regiunea mezogastrică; grețurile s-au instalat recent, după ce a apărut formațiunea palpabilă în regiunea periombilicală.

Examenul obiectiv: abdomenul simetric, participă la mișcările respiratorii, moderat dureros în regiunea mezogastrică, unde se palpează o formațiune de aproximativ 60x50 mm, de consistență dură, moderat dureroasă, imobilă. Tranzit intestinal păstrat. Analizele de laborator în limte normale. La ecografia abdomenului se constată o formațiune lichidiană (110x65x50 mm) în cavitatea abdominală, care are contact cu colonul transvers și peretele abdominal anterior, dar originea formațiunii nu poate fi determinată.

Computer tomografia evidențiază în cavitatea abdominală o formațiune chistică de 115x68x53 mm, la nivelul L3-S1, paramedian, având conținut lichidian cu densitatea de 10-

---

\* received date: 15.11.2007  
accepted date: 30.11.2007

18 UH, contur net, având contact cu colonul transvers și peretele anterior al abdomenului. În polul inferior pereții sunt moderat îngroșați până la 3,5 mm. Structurile adiacente sunt moderat deviate, fără semne de invazie (Fig. 1).

Se intervine chirurgical prin laparotomie medie superioară, în abdomen se determină o formațiune chistică elastică, mobilă, localizată în mezocolon (Fig. 2 a, b). Formațiunea a fost înlăturată complet.

Examen macroscopic: formațiune chistică delimitată de 11,0x6,0x6,0 cm, pe secțiune reprezentată printr-o cavitate cu conținut chilos (Fig. 3 a, b).

Examen microscopic: se determină o malformație vasculară cu conglomerate de cisterne cu conținut limfoid, musculatură netedă în pereții formațiunii, acoperită de epiteliu plat unistratificat (modificări caracteristice limfangiomului) (Fig. 4).

Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Pacientul a fost externat în stare satisfăcătoare.

Examenul clinic și paraclinic la distanță peste 6 luni nu prezintă date de recidiva a tumorii.



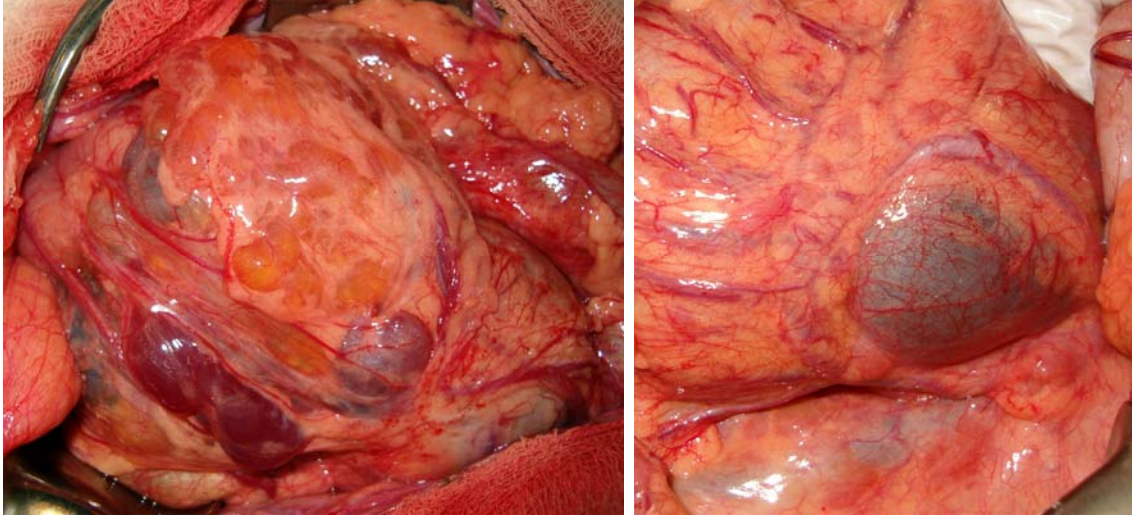
**Fig. 1** Examen computer tomografic: formațiune chistică în cavitatea abdominală în contact cu colonul transvers și peretele abdominal.

## DISCUȚII

Pentru prima dată chistul chilos a fost descris în 1881, iar primul tratament de succes a limfangiomului îi aparține lui Pean în 1883 [6]. Limfangiomul este neoplasm benign rar întâlnit al sistemului limfatic. Cel mai frecvent limfangiomul este localizat în regiunea gâtului - 75% cazuri și se descrie ca higromă chistică, 20% se depistează în regiunea axilară și în fine 5% în alte porțiuni ale corpului, dintre care 1% din cazuri se depistează retroperitoneal [1,2,7,8]. Limfangiomul intraabdominal constituie 5% din totalul limfangiomeilor, dintre care 70,5% localizate în mezenter și 26,2% constituie cele localizate în mezocolon [9,10]. Raportul bărbați : femei este de 3:4 [4,5].

După datele literaturii mondiale la momentul actual chisturile de origine limfatică se clasifică în două tipuri: chist simplu limfatic și limfangiom [5]. În dependență de morfologie

se deosebesc trei forme ale limfangiomului: 1) simplu sau capilar; 2) cavernos; 3) chistic [1,2,6,11]. Etiologia exactă este controversată și există câteva teorii: 1) a transformării inflamator-fibroscice a țesutului limfatic cu predispoziție genetică [6,7]; 2) a sechestrării țesutului limfatic în urma dezvoltării vicioase a canalelor primare ale comunicației limfatico-venoase în perioada embriologică [12,13]; 3) a dezvoltării patologice a canalelor limfatico-venoase în urma unor obstacole în lumenul canalelor limfatic normale [1,4,14]; 4) transformării congenitale a țesutului mezenchimal de origine neoplazică [5].



**Fig. 2 Aspect intraoperator al limfangiomului chistic al mezocolonului**

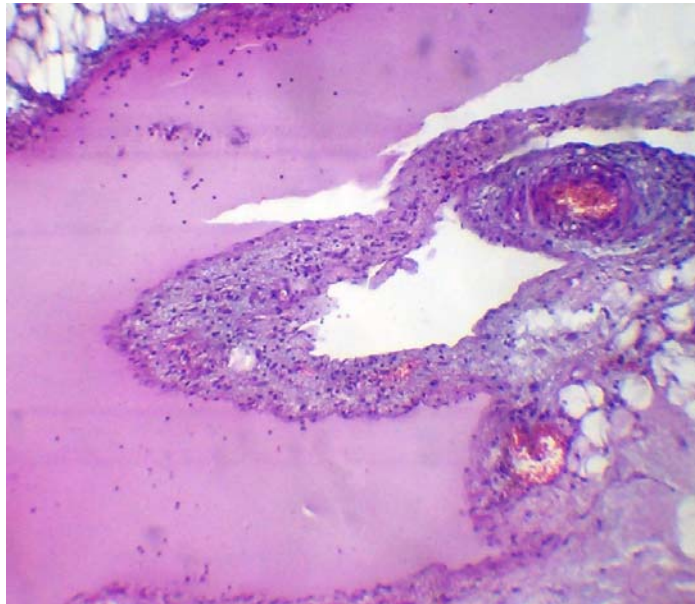


**Fig. 3 Aspect macroscopic și pe secțiune al limfangiomului mezocolonic extirpat**

Varietatea formelor de tumori și chisturi atât benigne cât și maligne a organelor intraabdominale impune necesitatea efectuării diagnosticului diferențial cu limfangiomele. Clinic limfangiomul poate decurge asimptomatic în perioada copilăriei, însă în cele mai multe cazuri clinice este variată și depinde de dimensiunile și sediul tumorii [2,15]. Maladia poate decurge trenant (disconfort abdominal) sau acut (ocluzie intestinală, hemoragie sau volvulus) [2,3,11,15].

Diagnosticul limfangiomului mezocolonic este greu de stabilit clinic, necesită investigații obligatorii prin ecografie și computer tomografie pentru stabilirea extinderii și

invaziei tumorii asupra organelor adiacente. La ultrasonografie pot fi distinse masele chistice, iar tomografia computerizată apreciază extinderea maselor tumorale și conținutul chistului cu densitate redusă [5,16-19]. În pofida utilizării metodelor sofisticate de diagnostic, acesta este precizat intraoperator și histologic [2,3]. Histologic limfangiomul se caracterizează prin prezența endoteliului epitelial plat unistratificat, unui conținut alternativ de țesut limfatic în pereți sub formă de conglomerate de cisterne și spații limfactice mici, musculatură netedă și celule spumoase [2,4,6].



**Fig. 4 Limfangiom chistic - aspect microscopic:  
malformație vasculară având conglomerate de cisterne cu conținut limfoid,  
celule spumoase, epiteliu plat unistratificat.  
hematoxilină-eozină, obx40**

Tratamentul limfangiomului mezocolonic în majoritatea cazurilor este chirurgical procedeu de elecție fiind excizia completă a tumorii cu sau fără rezecție de organ [4-7,9]. În cazurile de limfangiom nerezecabil, o alternativă poate fi marsupializarea tumorii sau coagularea cavității chistice cu laser - argon [2,4,5,8,9,15,20]; sunt prezentate rezultate relativ favorabile după scleroterapie, chimioterapie și radioterapie [5,9,15,20]. În majoritatea cazurilor limfangiomul este benign însă în literatură, în patru cazuri au fost descrise schimbări histologice cu caracter de malignizare a limfangiomului intraabdominal [5]. Prognosticul este favorabil după excizia completă a chistului, iar după marsupializare există posibilitatea recidivei sau formării fistulelor interne [5,15].

## CONCLUZII

Limfangiomul mezocolonului este o patologie foarte rară de origine embrionară, cu predispoziție ereditară. Diagnosticul este dificil și poate fi facilitat de examene paraclinice ca ultrasonografia și tomografia computerizată, însă diagnosticul definitiv poate fi stabilit doar histologic. Limfangiomul mezocolonului necesită diagnostic diferențial cu alte procese expansive intraabdominale. Tratamentul chirurgical cu exereza completă a tumorii este tratamentul de elecție cu sau fără rezecție de organ și are un prognostic favorabil.

**BIBLIOGRAFIE**

1. Jeong WK, Kim Y, Song SY, Heo JN, Park CK. Cavernous mesenteric lymphangioma. *Eur Radiol.* 2006; 16(7): 1625-1628.
2. de Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *Br J Surg.* 1998; 85(3): 395-397.
3. Hornick JL, Fletcher CD. Intraabdominal cystic lymphangiomas obscured by marked superimposed reactive changes: clinicopathological analysis of a series. *Hum Pathol.* 2005; 36(4): 426-432.
4. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L, Chappuis JP, Partensky C, Barth X, Tissot E. Les lymphangiomes kystiques du mésentère et du méso-côlon. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Ann Chir.* 2002; 127(5): 343-349.
5. de Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, Mentha G, Morel Ph. Mesenteric Cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000; 17(4): 323-328.
6. Hauser H, Mischinger HJ, Beham A, Berger A, Cerwenka H, Razmara J, Fruhwirth H, Werkgartner G. Cystic retroperitoneal lymphangioma in adults. *Eur J Surg Oncol.* 1997; 23(4): 322-326.
7. Roisman I, Manny J, Fields S, Shioni E. Intra-abdominal lymphangioma. *Br J Surg.* 1989; 76(5): 485-489.
8. Karaca I, Hosgor M, Sencan A, Etensel B, Mir E. Abdominal cystic lymphangioma: a rare cause of acute abdomen in a neonate. *Pediatr Int.* 2001; 43(5): 525-526.
9. Nizami S, Mohiuddin K, Daudi I, Ahmed Z, Memon MA. Cavernous transverse mesocolonic lymphangioma in an adult. *Am J Surg.* 2007; 193(6): 740-741.
10. Tsukada H, Takaori K, Ishiguro S. Giant cystic lymphangioma of the small bowel mesentery: report of a case. *Surg Today.* 2002; 32(8): 734-737.
11. Iwabuchi A, Otaka M, Okuyama A, Jin M, Otani S, Itoh S, Sasahara H, Odashima M, Kotanagi H, Satoh M, Masuda H, Masamune O. Disseminated Intra-abdominal Cystic Lymphangiomatosis with Severe Intestinal Bleeding. A Case Report, *J Clin Gastroenterol.* 1997; 25(1): 383-386.
12. Elliot GB, Kliman MR, Elliot KA. Persistence of lymphaticovenous shunts at the level of the microcirculation, their relationship to „lymphangioma” of the mesentery. *Ann Surg.* 1970; 172(1): 131-136.
13. Godart S. Embryological significance of lymphangiomas. *Arch Dis Child.* 1966, 41(216): 204-206.
14. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors (3rd edition). St. Louis-Toronto-London: Mosby; 1995. p. 679-700.
15. Güvenç BH, Ekingen G, Tuzlaci A, Senel U. Diffuse neonatal abdominal lymphangiomatosis: management by limited surgical excision and sclerotherapy. *Pediatr Surg Int.* 2005; 21(7): 595-598.
16. Raszkowski HJ, Rehbock DJ, Cooper FG. Mesenteric and retroperitoneal lymphangioma. *Am J Surg.* 1959; 97(3): 363-367.
17. Chou YH, Tiu CM, Lui WY, Chang T. Mesenteric and omental cysts. Analysis of ultrasonographic and clinical study of 15 patients. *Gastrointest Radiol.* 1991; 16(8): 311-314.
18. Bowen B, Ros PR, McCarthy MJ, Olmsted WW, Hjermstad BM. Gastrointestinal teratomas: CT and US appearance with pathologic correlation. *Radiology.* 1987; 164(2): 431-433.
19. Stoupis C, Ros PR, Abitt PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: Imaging of cystic mesenteric and omental masses. *Radiographics.* 1994; 14(4): 729-737.
20. Chung JH, Suh YL, Park IA, Jang JJ, Chi JG, Kim YI, Kim WH. A pathologic study of abdominal lymphangiomas. *J Korean Med Sci.* 1999; 14(3): 257-262.
21. Roumen R, Pruszczynski M, Rieu P, Van den Staak F, Hitge-Boetes C, Festen C. Intraabdominal cyst lymphangiomas in children. *Eur J Surg.* 1996; 162(10): 831-836.