

Peptik ülser perforasyonu ve kronik obstruktif akciğer hastalığı bulunan bir hastada: Pnömatozis sistoides intestinalis

Determination of perforated peptic ulcer and chronic obstructive pulmoner disease: Pneumatosis cystoides intestinalis

Ercan GEDİK, Sadullah GİRĞİN

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Pnömatozis sistoides intestinalis (PSİ), barsak duvarında submukozal ve/veya subserozal hava kistlerinin bulunması ile karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. 56 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır ataklar halinde şiddetlenen karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde peritoneal iritasyon bulguları mevcuttu. Direkt karın grafisinde, sağ diafragma altında serbest hava mevcuttu. Hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Yapılan incelemede; ileoçekal valvin 10 cm proksimalinde başlayıp 170 cm'lik ince barsak segmentinin serozal yüzeyini kaplayan ve en büyüğü yaklaşık olarak 3 cm çapa ulaşan çok sayıda hava kesecikleri, sağ diafragma paryetal periton kısmında da multipl sayıda hava kesecikleri olduğu görüldü. Piloroplasti hattı üzerinde 0,5 cm boyutunda kapalı perforasyon alanı olduğu görüldü ve primer olarak onarıldı. Postoperatif dönemde hastaya kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) tanısı konularak buna yönelik tedavi ve rehabilitasyon uygulandı. Sonuç olarak, acil girişim gerektiren sekonder pnömatozis sistoides intestinalis vakalarında postoperatif dönemde neden araştırılmalı ve buna yönelik tedavi yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: PSİ, peptik ulkus perforasyonu, KOA

Pneumatosis cystoides intestinalis is a rarely seen disorder, characterized by multiple subserosal and/or submucosal gas-filled cysts in the bowel wall. A 56-year-old man with symptoms of attacks of nausea, vomiting, abdominal pain and distension for nearly one year was admitted to our department. In the physical examination, peritoneal irritation findings were present. Direct radiography demonstrated free intraperitoneal air under the right diaphragm. An emergency laparotomy was performed with the diagnosis of acute abdomen. During laparotomy, multiple gas bubbles were observed in the subserosa of the 170 cm ileal segment starting 10 cm proximal from the ileocecal valve, with the biggest cyst reaching 3 cm in diameter. Multiple gas bubbles were detected in the parietal peritoneum of the diaphragm's right section. A perforation closed-hole with a diameter of 5 mm in the center of the pyloroplasty line was noticed and repaired primarily. Postoperatively, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was diagnosed and appropriate treatment and rehabilitation were applied. In conclusion, the reasons for secondary PCI cases, which require urgent operation, should be investigated carefully and the treatment should be done accordingly.

Key words: Pneumatosis cystoides intestinalis, perforated peptic ulcer, COPD

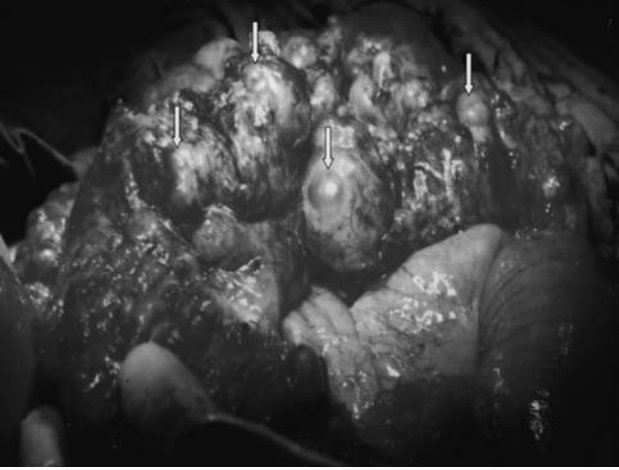
GİRİŞ VE AMAÇ

Pnömatozis sistoides intestinalis (PSİ), intestinal duvarda hava kistlerinin submukozal ve/veya subserozal bulunması ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır (1). PSİ'nin, klinik tablosu genellikle asemptomatik olmakla beraber, uzun süreli karın ağrısı, intestinal obstrüksiyon, intussepsiyon ve rektal kanama gibi belirtilere yol açabilir (2, 3). Klinik ve radyolojik olarak tanı zor konulabilir. Bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi, endoskopik görüntüleme yöntemleri, çift kontrastlı kolon grafisi ve direkt karın grafileri tanıya yardımcı olabilir (3, 4). Tanı konulan asemptomatik hastalarda medikal tedavi ile olumlu yanıt alınır. Ancak intestinal obstrüksiyon, iskemi ve perforasyon düşünülen hastalara acil cerrahi girişim gerekir (5, 6). Peptik ülser perforasyonu ve

kronik obstruktif akciğer hastalığı olan PSİ'li olgumuzu sunmayı amaçladık.

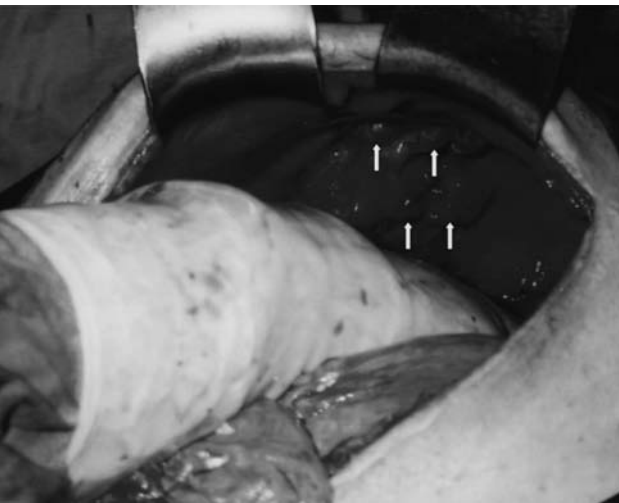
OLGU

56 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir yıldır ataklar halinde şiddetlenen karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde son 3 yılda, bir yıl arayla 2 ameliyat ve sonuncusunu 8 ay önce olmak üzere 3 defa duodenal ülser nedeniyle ameliyat olan hastanın yapılan fizik muayenesinde, peritoneal iritasyon bulguları mevcut idi. Direkt karın grafisinde, sağ diafragma altında serbest havası mevcut olup, lökosit sayısı 6500/mm³ idi. Hastada akut batın düşünülerek, acil şartlarda ameliyata alındı.



Resim 1. İnce barsak serozasındaki hava kesecikleri

Yapılan incelemede; ileoçekal valvin 10 cm proksimalinden başlayıp 170 cm'lik ince barsak segmentinin serozal yüzeyini kaplayan ve en büyüğü yaklaşık olarak 3 cm çapa ulaşan çok sayıda hava keseciklerinin olduğu görüldü (Resim 1). Aynı zamanda sağ diyafragmanın paryetal periton kısmında multipl sayıda hava kesecikleri mevcuttu (Resim 2). Hastada generalize peritonit varlığı saptandı. Karaciğer ile duodenum arasında kalın bantlar şeklinde yapışıklıklar görüldü ve bunlar ayrıştırıldığında, daha önceki ameliyata ait piloroplasti hattı üzerinde 0,5 cm boyutunda kapalı perforasyon alanı tespit edildi ve primer olarak onarıldı. Postoperatif erken dönemde hastada solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine hastaya kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) tanısı konarak buna yönelik tedavi ve rehabilitasyon



Resim 2. Sağ diyafragma paryetal periton kısmındaki hava kesecikleri

uygulandı. Yapılan incelemelerde konnektif doku hastalığını düşündürecek bulguya rastlanılmadı. Hastanın üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinde, submukozal hava keseciklerinin bulunmadığı görüldü. Postoperatif 10 gün antibiyotik (Siprofloksasin ve Metronidazol) ve 15 gün süresince total parenteral nütrisyon uygulandı. Hasta şifa edildi ve bir yıl takibinde PSİ lehine herhangi bir bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

PSİ, gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesinin duvarında gaz bulunmasıyla görülebilen nadir bir hastalıktır. En sık 40-50 yaşlar arasında görülür. Görülme sıklığı azda olsa erkek cinsiyette daha fazladır (5). PSİ'nin patogenezi açıklamak için çok sayıda teori öne sürülmesine rağmen bunlardan üçü yaygın olarak kabul görmüştür; (a) Mekanik teori: Obstrüksiyona bağlı barsak lümeninde gaz birikimi sonucu basınç artmasından dolayı mukozal yırtıklardan lenfatik kanallar içine geçen gaz, barsak perisaltizmi ile submukozal alandan barsak distaline doğru ilerler. (b) Pulmoner teori; Obstrüktif akciğer hastalığında içi hava dolu kistlerin rüptüre olması ile yüksek basınçlı havanın posterior mediasten yoluyla retroperitoneal boşluğa burada ise barsak mezenterine ilerleyerek sonuçta barsak duvarı lenfatiklerine ulaşır. (c) Bakteriyel teori; Escherichia Coli, Clostridia ve diğer gaz fermente eden organizmalar tarafından üretilen gaz absorbe edilerek submukoza tarafından tutulur ve buradan barsak duvar lenfatiklerine ilerler (2, 4, 6). PSİ tedavisinde Metronidazol ve hiperbarik oksijen kullanımını bu teoriyi destekler.

PSİ etiyolojisine göre ikiye ayrılır. Primer pnömatozis (İdiopatik tip), %15 oranında görülür ve sıklıkla kalın barsakları tutar. Sekonder pnömatozis ise %85 oranında görülür; Obstrüktif akciğer hastalığı, pylor stenozu, peptik ülser, jinekolojik kanserler, amiloidozis, sistemik lupus eritomatozis, gastrointestinal sistem vaskülitleri, Sjögren sendromu, mikst konnektif doku hastalığı, dermatomyozitis, poliarteriosa nodosa, romatoid artrit ve temporal arterit gibi sistemik hastalıklara birlikte görülür (1, 9, 10) ve sıklıkla ince barsakları tutar (11, 12). Primer PSİ'de submukozal, sekonder tipte ise lezyonlar subserozal tabakada daha sık görülürler (8).

Olgumuzda etiyolojik olarak KOAH ve peptik ülser bulunması, lezyonlarının ince barsaklarda

subserozal yüzeyde olması nedeniyle sekonder PSİ tanısı konuldu. Tespit edilen iki sebepten hangisinin sekonder PSİ tablosuna neden olduğu ayırt edilemedi.

Asemptomatik PSİ'li hastaların %85'inde tedaviye gerek yoktur (13). Son çalışmalarda subserozal hava keseciklerinin rüptürüne bağlı benign pnöperitoneum bulunan hastalarda ameliyat gerekli olmadığı ve bunların medikal olarak tedavi edilebildikleri rapor edilmiştir (4, 6, 9). Fakat abdominal sepsis, intestinal perforasyon veya

peritonit tablosunun bulunması acil laparotomi endikasyonlarıdır (5, 13). Barsak duvarında biriken gazın emilebilmesi için hiperbarik oksijen tedavisi önerilmektedir (5, 6, 13). Ancak, hastanemizde bu tedavi yöntemi bulunmadığı için bu tedavi yöntemini hastamıza uygulayamadık.

Sonuç olarak, sekonder PSİ'de cerrahi girişim gerektiren durum yok ise antibiyotik ve hiperbarik oksijen tedavisi yanı sıra etiyolojik neden araştırılarak, buna yönelik tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Grasland A, Pouchot J, Lepout J, et al. *Pneumatosis cytoides intestinalis*. *Presse Med* 1998; 27: 1804-12.
2. Heng Y, Schufflerr MD, Haggitt RC, et al. *Pneumatosis intestinalis: A review*. *Am J Gastro* 1995; 90: 1747-58.
3. Perek A, Kapan M. *Pneumatosis cytoides intestinalis: pylor stenozuna eşlik eden bir olgu*. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1999; 13: 87-9.
4. St Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. *The spectrum of pneumatosis intestinalis*. *Arch Surg* 2003 Jan; 138: 68-75.
5. Lee CT, Liu KL, Shun CT, et al. *Subserosal bullae in pneumatosis intestinalis*. *Surg* 2006; 139: 851-3.
6. Tchabo N, Grobmyer S, Jarnagin W, et al. *Conservative management of pneumatosis intestinalis*. *Gyne Oncolo* 2005; 99: 782-4.
7. Uzunköy A, Baba F, İnan A, et al. *Nadir bir ileus sebebi: Pnömatosis sistoides intestinalis*. *Kolon ve rektum hast derg* 2003; 13: 62-5.
8. Hwang J, Reddy VS, Sharp KW. *Pneumatosis cytoides intestinalis with intraperitoneal air: a case report*. *Am Surg* 2003; 69: 346-9.
9. Grasland A, Pouchot J, Lepout J, et al. *Pneumatosis cytoides intestinalis in systemic disease: 3 cases*. *Presse Med* 1998; 27: 1785-8.
10. Aoki M, Suwa A, Nakajima A, et al. *A case of systemic sclerosis complicated with pneumoperitoneum and Pneumatosis cytoides intestinalis*. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi* 1998; 21: 159-65.
11. Sleisenger MH, Fordtran JS. *Gastrointestinal disease. 5th edition*. Philadelphia: Saunders, 1993; pp: 1542-5.
12. Fenoglio - Preiser CM. *Gastrointestinal pathology*. Newyork: Raven Press 1989; pp: 687-90.
13. Goel A, Tiwari B, Kujur S, Pankuly PK. *Pneumatosis cytoides intestinalis*. *Surg* 2005; 105: 659-60.