

Nadir bir karın ağrısı nedeni: mezenterik pannikülit

A rare of cause of abdominal pain: mesenteric panniculitis

Banu Demet ÖZEL COŞKUN¹, Eylem SEVİNÇ², Uğur KALAN³, Engin ALTINKAYA¹, Dilek TEKİŞ¹, Ali KOÇ⁴

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi ¹Gastroenteroloji Kliniği, ²Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, ³İç Hastalıkları Kliniği, ⁴Radyoloji Kliniği, Kayseri

Mezenterik pannikülit, mezenter yağ dokusunun nadir görülen kronik nonspesifik inflamatuvar hastalığıdır. İnce barsak ya da az sıklıkta kolon mezenterini tutar. Etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Mezenterik pannikülit asemptomatik olabileceği gibi karın ağrısı, şişkinlik, bulantı, kusma, ishal ve ateş gibi şikayetlerle başvurabilir. Laboratuvar test sonuçları genellikle normaldir. Tanı genellikle biyopsiye gerek duyulmadan abdominal bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans ile koyulmaktadır. Bu yazıda biz acil servise karın ağrısı ve ishal şikayeti ile başvuran ve karakteristik radyolojik bulguları ile mezenterik pannikülit tanısı konulan olguyu sunduk. Böylelikle karın ağrısının nadir bir nedenine dikkat çekmek istedik.

Anahtar kelimeler: İnce bağırsak mezenter, pannikülit, divertikül

Mezenteric pannikülit is a rare disease characterised by chronic, non-specific inflammation of mesenteric adipose tissue. It mostly affects small intestinal mesentery; but less commonly colonic mesentery may also be affected. Its exact cause is not known. Mesenteric panniculitis may be asymptomatic or accompanied by symptoms such as abdominal pain, bloating, nausea, vomiting, diarrhoea and fever. Results of laboratory tests are generally normal. Diagnosis of mesenteric panniculitis is usually set by abdominal computed tomography and magnetic resonance imaging without the need for biopsy. In this study, we report a case admitted to the emergency room with abdominal pain, diarrhoea and diagnosed as mesenteric panniculitis with characteristic radiological findings. So, we want to draw attention to the cause of this rare abdominal pain.

Key words: Small bowel mesentery, panniculitis, diverticül

GİRİŞ

Mezenterik pannikülit (MP); mezenterin nadir görülen kronik inflamatuvar hastalığıdır (1). Histopatolojik olarak mezenterin yağ nekrozu, akut/kronik inflamasyon ve fibrozis arasında bir histopatolojik spektrum sergilemektedir. Böylece predominant histopatolojik özelliğine göre mezenterik lipodistrofi, mezenterik pannikülit ve sklerozan mezenterit olarak sınıflandırılmaktadır (2). Etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Prevalansı %0,16-7,8'dir. Sıklıkla 50-60 yaş arasında görülmektedir. Erkeklerde kadınlardan 2 kat fazladır. Vakaların çoğunda ince barsak mezenterisi tutulur. Klinik hastalığın evresine göre değişebilmektedir. En sık görülen semptom karın ağrısı, bulantı, kusma ve ele gelen dolgunluktur (1,3). Hastalık genellikle kendi kendini sınırlayıp sonlanabileceği gibi ilerleyerek ince barsak obstrüksiyonu, iskemi ve superior mezenterik ven trombozu gibi komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Bu nadir görülen hastalığa genellikle tesadüfen tanı konulmaktadır. Tanı genellikle biyopsiye gerek duyulmadan abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) ile koyulmaktadır (4).

OLGU SUNUMU

Elli yaşında erkek hasta acil servise 3 gündür devam eden karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile başvurdu. Hastanın karın ağrısının özellikle epigastrik bölgede fazla olduğu ve sol alt kadrana ve sırta doğru yayılmakta olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde açlık glukoz tolerans bozukluğu ve hiperlipidemisi olduğu öğrenildi. Hasta diyet ile takip edilmekte olup herhangi bir ilaç kullanmamakta idi. Fizik muayenesinde, tansiyon: 130/80 mm/Hg, nabız: 80/dk, epigastrik bölgede derin palpasyonda ağrı ve yumuşak dokuda sertlik ele geldi. Laboratuvar değerlerinde; lökosit değeri: 11.200/mm³ iken diğer parametreler normaldi. Çekilen oral ve IV kontrastlı tüm batin bilgisayarlı tomografisinde pankreas inferiorundan mezenter kökünden başlayan kraniokaudal çapı 14 cm, transver çapı 17 cm olan mezenterik yağlı dokuda heterojen psödokapsül ile çevrili belirgin inflamasyon izlendi. Bu inflamasyon MP için karakteristik olan mezenterik arter ve venleri sarmış olup damar çevresinde yağ halo işareti (fat halo sign) mevcuttu. Jejunal ve ileal anslarda duvar kalınlaşması izlenmedi (Resim 1). Bu haliyle hastaya MP tanısı kondu

İletişim: Banu Demet ÖZEL COŞKUN

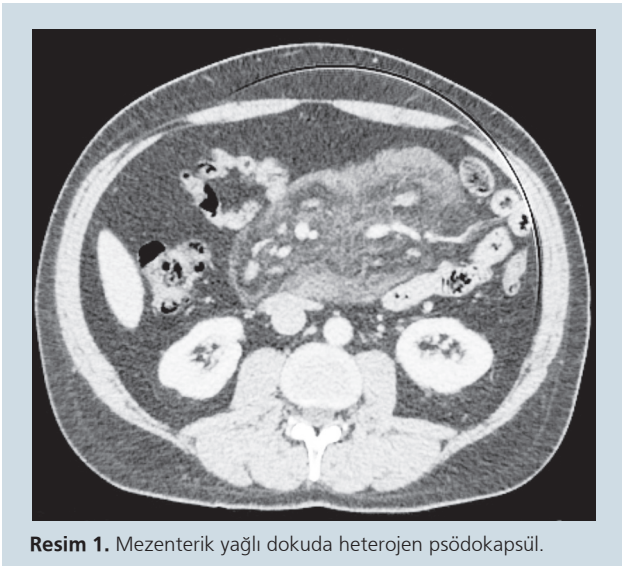
Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Kayseri

Tel: +90 352 336 88 88

E-mail: demetcoskun2@gmail.com

Geliş Tarihi: 27.10.2015 • **Kabul Tarihi:** 05.01.2016

ve gastroenteroloji servisine yatırıldı. Oral alımı stoplandı. İntravenöz hidrasyon, antasit ve ampirik antibiyotik (ciprofloksasin ve metranidazol) tedavisi başlandı. Gayta tetkikinde parazit izlenmedi. Tümör markırları ve otoimmün markırları normaldi. Üst endoskopisi normaldi. Kolonoskopisinde çekum tabanı ve çıkan kolonda yer yer divertikül ağızları izlendi. MR enterografisi normal olarak raporlandı. Hastanın karın ağrısının devam etmesi üzerine prednizolon (1 mg/kg) başlandı ve tedavi 1 ay içerisinde tedrici olarak azaltılarak kesildi. 3 ay sonra çekilen batın MR'da mevcut lezyonun 7 cm'ye gerilediği izlendi. Halen hasta sorunsuz bir şekilde gastroenteroloji polikliniğinde takip edilmektedir.



Resim 1. Mezenterik yağlı dokuda heterojen psödokapsül.

TARTIŞMA

MP, ilk defa M. Jura tarafından tanımlanan mezenterin yağlı dokusunu etkileyen non-spesifik inflamatuvar bir hastalıktır (5). Abdominal görüntüleme yöntemlerinin daha sık kullanılmasına bağlı olarak MP'in tanı sıklığı artmıştır ve MP'in insidansı %0,16-7,8 olarak rapor edilmiştir (3). Genellikle 50-70 yaş (ort yaş 60) arasında görülür. Erkeklerde 2 kat daha fazla görülmektedir. Bizim olgumuzda da MP'in görülme yaşı 50 idi (1,2).

Hastalar asemptomatik olabileceği gibi karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, abdominal distansiyon ve barsak alışkanlıklarının değişmesi (ishal veya kabızlık) gibi gastrointestinal bulgular, nedeni bilinmeyen ateş ve kilo kaybı ile başvurabilir (6,7). Bu semptomlar progresif olabileceği gibi kendini sınırlayıp kısa sürede sonlanıcı nitelikte de olabilir. Nadiren mezenterik inflamasyon/fibrozis mezenterin kılmasına ve mezenterik damarların basısına neden olarak asit, superior mezenterik ven trombozu, mezente-

rik iskemi ve ileus gelişmesine neden olur (8,9). Olgumuzda acile epigastrik bölgeden sırta ve sol inguinal bölgeye yansıyan karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile başvurmuştu. Hastanın takiplerinde mevcut mezenterik inflamasyonda ilerleme izlenmedi.

Etiyoloji tam olarak bilinmemektedir. Ancak otoimmün hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar (karaciğer sirozu, pankreatik hastalıklar, retroperitoneal fibrozis), infeksiyöz hastalıklar (tüberküloz), vasküler hastalıklar (vaskülit, aort anevrizması), malignansiler, travma ve geçirilmiş cerrahi operasyon ile birlikteliği bildirilmiştir (3,10). Putte Katie ve ark, 3820 abdominal BT'yi retrospektif olarak incelemiş ve 94 vakaya MP tanısı konulmuş. Bu MP'li hastaların 46'sında malignensi (önceden tanı almış/yeni tanı konulan), 17'sinde bening hastalık (renal taş, safta taşı ve kolanjit) saptanırken 31 hastada izole bulgu imiş (11). Bechade ve arkadaşlarının yayınladıkları 7 MP'li olgu serisinde; 1 hastada meme kanseri, 2 hastada lenfoma ve 1 hastada renal biyopsi ile kryoglobulinemik vaskülit tanısı saptanmış olup diğer 3 hastada izole mezenterik pannikülit mevcutmuş (12). Olgumuzun özgeçmişinde travma ve geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmayıp olası malignensi için yapılan taramalarımızda herhangi bir malignensi bulgusuna rastlanmadı. Ancak yapılan kolonoskopisinde çekumda ve sağ kolonda divertiküller tespit edildiğinden bu divertiküllerin inflamasyonuna bağlı MP'in geliştiği düşünüldü.

MP'li hastalar özellikle meme, kolorektal, jinekolojik, renal, gastrik kanser ve hematolojik malignansiler (non hodgkin's lenfoma ve plazma hücreli tümörler) ile ilişkilidir. Smith ve ark. 359 MP'li hastanın 81'inde bilinen bir malignensi varken 19 hastaya yeni malignensi tanısı konulduğunu ve geri kalan 249 hastanın 11'inde ise takiplerde malignensi geliştiğini rapor etmişlerdir (13). Wilkes ve ark. MP'li 118 hastanın 45'inde malignensi (14 hasta kolorektal kanser, 13 hasta lenfoma ve 7 hasta ürogenital kanser) tespit etmişlerdir (14).

MP'li hastaların laboratuvar tetkikleri genellikle normaldir ve tanıda yardımcı değildir. İnflamatuvar sürecin ön planında olduğu hastalarda C reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) yüksekliği gözlenebilir (15). Bizim olgumuzda da hafif lokösitoz dışında bir anormal bir bulguya rastlanılmadı. Abdominal BT tanı için en iyi diagnostik yöntem olup BT bulguları tanı için karakteristiktir. Bu nedenle tanı için biyopsiye veya cerrahiye gerek duyulmamaktadır (3,16,17). MP için CT tanı kriterleri: 1) ince barsak veya kolon mezenter kökünde yağ dokusunda heterojen ve psödokapsül içeren kitle görünümü, 2) damar invazyonu olmadan superior mezenterik arterin inflamasyon tarafından sarılması (fat halo sign), 3) kitle etkisiyle

invazyon olmadan barsakların yer değiştirmesi, 4) çapı < 5 mm olan lenf nodunun olması (18). Olgumuzda MP, pankreasın alt sınırından itibaren ince barsak mezenter kökünden başlayan 17x10 cm çapında fat halo sign ve psödokapsül içeren tek kitle şeklinde izlendi. Kolon mezosu ve intestinal duvar normal olarak değerlendirildi.

Ayrırtıcı tanıda inflamatuvar yalancı tümör, Crohn hastalığı, lipom, lipojenik, liposarkom, mezenterik karsinomatozis, lenfoma, karsinoid tümör, desmoid tümör düşünülmelidir. MP'de izlenen yumuşak doku nodülleri, bu nodüller ve mezenterik vasküler yapılar çevresinde hipodens yağ halosu ve tümoral psödokapsül gibi bulgular özellikle lipom, lipojenik liposarkom, lenfoma veya mezenterik karsinomatozide izlenmez ve bu bulgular ayrırtıcı tanıda önemli bir rol oynayabilir (3,19).

Bu hastalığın seyri çoğunlukla iyi huyludur, kendini sınırlar ve inflamatuvar olay kendiliğinden geriler (20). Robbrecht ve arkadaşları 3 farklı klinik sonuç gelişen (tekrarlayan karın ağrısı, konservatif tedavi ile stabil seyreden ve steroid tedavisi ile tam iyileşen) vaka serisi rapor etmişlerdir (21). Agresif seyirli ve semptomatik olgularda terapötik

yaklaşım gerekebilir. Literatürde steroid, kolşisin, azotio-purin, siklofosfamid gibi kemoterapötik ajanların immün-supresif ve antiinflamatuvar özelliklerinden dolayı olumlu etki gösterdiği olgu sunumları mevcuttur (1,22). Cuff ve arkadaşları ve Generaue ve arkadaşları semptomatik MP'li hastalarda kortikosteroid ile birlikte kolşisin tedavisiyle kitle çapında hızlıca azalma olduğunu rapor etmişlerdir (23,24). Cerrahi, barsak obstrüksiyonu veya iskemi gelişen vakalara uygulanabilir (2,23). Bizim olgumuzda mezenterik kitlenin büyük olması ve karın ağrısının devam etmesi üzerine prednizolon (1 mg/kg) başlandı ve 1 ay içerisinde tedrici azaltılarak kesildi. 3 ay sonra çekilen kontrol MR'da kitlenin 7 cm'ye gerilediği izlendi.

Sonuç olarak; MP nedeni net olarak bilinmeyen nadir bir karın ağrısı nedenidir. Genellikle iyi prognoza sahip olduğu gibi nadiren ilerleyerek ince barsakta iskemi ve tıkanıklık gibi komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Abdominal BT bulguları tanı için karakteristiktir. Bu nedenle gereksiz yere biyopsi veya cerrahi işlemlerden kaçınılmalıdır. Semptomatik ve progresif seyirli hastalarda terapötik tedavi gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. Bush RW, Hammar SP, Rudolph RH. Sclerosing mesenteritis: response to cyclophosphamide. Arch Intern Med 1986;146:503-5.
2. Hussein MRA, Abdelwhewd SR. Mesenteric panniculitis: an update. Exp Rev Gastroenterol Hepatol 2015;9:67-78.
3. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. AJR Am J Roentgenol 2000;174:427-31.
4. Basol N. Mezenterik pannükülit. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;4:1-7.
5. Jura V. Mesenterite retrattile-caso clinico: risultati sperimentali, rilievi patogenetici, considerazioni cliniche. Policlinico 1927;(sez. Chir)34: 535-56, 566-99.
6. Van Lingen CP, Zeebregts CJ, Gerritsen JJ, et al. Mesenteric Panniculitis presenting as colitis. ANZ J Surg 2004;74:176.
7. Volpicelli G, Saracco W. A case of mesenteric panniculitis: multiple involvement of the emergency department before final diagnosis and appropriate treatment. Eur J Emerg Med 2007;14:104-5.
8. Durst AL, Freund H, Rosenmann E, Birnbaum D. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases. Surgery 1977;81: 203-211.
9. Hobson ML, Johari AS, Woon W, et al. Mesenteric panniculitis causing ischemic bowel: a case report. Int Surg 2008;93:238-40.
10. Parra-Davila E, McKenney MG, Sleeman D, et al. Mesenteric panniculitis: case report and literature review. Am Surg 1998;64:768-71.
11. Van Putte-Katier N, van Bommel EF, Elgersma OE, Hendriksz TR. Mesenteric panniculitis: prevalence, clinicoradiological presentation and 5-year follow-up. Br J Radiol 2014;87: 20140451.
12. Bechade D, Durand X, Desrame J, et al. Etiologic spectrum of mesenteric panniculitis: report of 7 cases. Rev Med Interne 2007;28:289-95
13. Smith ZL, Sifuentes H, Deepak P, et al. Relationship between mesenteric abnormalities on computed tomography and malignancy: clinical finding and outcomes of 359 patients. J Clin Gastroenterol 2013;47:409-14.
14. Wilkes A, Griffin N, Dixon L, et al. Mesenteric panniculitis: a para-neoplastic phenomenon?. Dis Colon Rectum 2012;55:806-9.
15. Nicholson A, Smith D, Diab M. Mesenteric panniculitis in Merseyside: a case series and a review of the literature. Ann R Coll Surg Engl 2010;92:W31-4.
16. Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): spectrum of disease. Radiographics 2003;23:1561-7.
17. Mata JM, Inaraja L, Martin J, et al. CT features of mesenteric panniculitis. J.Comput Assist Tomogr 1987;11:1021-3.
18. Van Breda Vriesman AC, Schuttevaer HM, Coerkamp EG, Puy-laert JB. Mesenteric panniculitis: US and CT features. Eur Radiol 2004;14:2242-8.
19. Sabate JM, Torrubia S, Maideu J, et al. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. AJR Am J Roentgenol 1999;172:625-9.
20. Dieguez Aliaga F, Larsson JC, Ballario F, et al. Mesenteric panniculitis: a case report and a review of the literature. Acta Gastroenterol Latinoam 2013;43:312-5.
21. Robbrecht DG, Alidjan F, Eikemans B, et al. Mesenteric panniculitis: variable presentations. Ned Tijdschr Geneesk 2012;155:A4555.
22. Miyake H, Sano T, Kamiya J, et al. Successful steroid therapy for postoperative mesenteric panniculitis. Surgery 2003;133:118-9.
23. Cuff R, Landercasper J, Schlack S. Sclerosing mesenteritis. Surgery 2001;129:509-10.
24. Genereau T, Bellin MF, Wechsler B, et al. Demonstration of efficacy of combining corticosteroids and colchicine in two patients with idiopathic sclerosing mesenteritis. Dig Dis Sci 1996;41:684-8.