

# Kronik Lenfositik Lösemili Hastada Asemptomatik Mezenterik Pannikülit

## *Mesenteric Panniculitis in a Patient with Chronic Lymphocytic Leukemia*

<sup>1</sup>Sinan Demircioğlu, <sup>1</sup>Serhat Sayın, <sup>2</sup>İ. Fırat Özcan, <sup>2</sup>Serdar Karaköse, <sup>3</sup>Aynur U. Bilgin, <sup>4</sup>Hakkı Polat

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, <sup>1</sup>İç Hastalıkları A.D., <sup>2</sup>Radyoloji A.D., <sup>3</sup>Hematoloji B.D., <sup>4</sup>Gastroenteroloji B.D., Konya

### Özet

Mezenterik pannikülit, mezenterik yağ dokusunu etkileyen inflamasyon ve fibrozis ile giden bir durumdur. Karın ağrısı, bulantı, kusma gibi semptomlar olabileceği gibi asemptomatik de olabilir. Etyolojisinde sıklıkla travma, abdominal cerrahi, enfeksiyon suçlanmakla beraber son zamanlarda malignite ile birlikteliği artış göstermiştir. Biz, literatürde birlikteliğine rastlamadığımız kronik lenfositik lösemili bir hastada asemptomatik mezenterik pannikülit olgusunu sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Mezenterik pannikülit, kronik lenfositik lösemi, asemptomatik

### Abstract

Mesenteric panniculitis is a situation which effects adipose tissue of the mesentery with inflammation and fibrosis. There may be symptoms like stomachache, nausea, vomiting or asymptomatic. Trauma, abdominal surgery, infection are the main causes and recently its association with the malignancy has been increased. We reported asymptomatic mesenteric panniculitis in a patient with chronic lymphocytic leukemia that hasn't been experienced before in the literature.

**Key words:** Mesenteric panniculitis, chronic lymphocytic leukemia, asymptomatic

### GİRİŞ

Mezenterik pannikülit yağ nekrozu, inflamasyon ve fibrozisin görüldüğü sıklığının ve öneminin tam bilinmediği bir durumdur. Patofizyolojisinde abdominal cerrahi, enflamasyon, vaskülit, malignite gibi birçok faktör suçlanmaktadır. Son çalışmalarda malignite ile birlikte görülmeye sıklığı artmıştır. Karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare, kabızlık, kilo kaybı, ateş gibi birçok semptom görülebileceği gibi asemptomatik de ortaya çıkabilir. Tanı genellikle görüntüleme yöntemlerine dayanır. Gerekli görüldüğü zaman biyopsi yapılabilir. Tedavide görüş birliği yoktur. İmmünespresif tedavilerle ilgili çalışmalar devam etmekle beraber şu anda genel yaklaşım semptomatik tedavidir.

### OLGU

73 yaşında erkek hasta koltuk altında şişlik şikayeti ile başvurdu. Ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı yoktu. Fizik muayenesinde servikal, aksiller multiple lenfadenopatiler saptandı. Hepatomegali ve splenomegali saptanmadı. Hemogramda lökosit sayısı 48.000 idi. Bunun % 91'i lenfositti. Anemi ve trombositopenisi yoktu. Periferik yayma da olgun lenfositler ve basket hücreleri görüldü. Kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliğinden gönderilen flowsitometride olgun B hücreli Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) saptandı. Kemik iliği biyopsisi diffüz KLL tutulumu ile uyumlu idi. Hastaya evre 1 KLL tanısı kondu. Organomegali ve batin içi lenfadenopati araştırmak için çekilen batin tomografisinde sağ alt kadranda ileal anslarda uzunca bir segmentte diffüz simetrik duvar kalınlaşması ve barsak anslarının mezenterik kısmında yağ dokusunda belirgin dansite artışı izlendi. Bu bulgular mezenterik pannikülit olarak yorumlandı. Semptomu olmadığı için herhangi bir tedavi planlanmadı. Hasta halen hematoloji polikliniğinde semptomsuz takip edilmektedir.

### TARTIŞMA

Mezenterik pannikülit ince barsak ve/veya kolon mezenterini etkileyen nadir bir hastalıktır. İlk defa 1924 de Jura tarafından tanımlanmıştır. Retraktif mezenterit, sklerotik mezenterit, liposklerotik mezenterit, mezenterin izole lipodistrofisi, mezenterik lipomatozis, mezenterin lipogranulomu, Weber-Christian hastalığının mezenterik komplikasyonu olarak çeşitli isimlerle adlandırıldı(1). Tipik olarak 6. dekada görülür. Kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülür. Postmortem bakılan 700 den fazla vakada sıklığın %1 olduğu gösterildi(2). Sıklıkla ince barsak mezenterisinde bulunmakla beraber %20 oranında mezokolonda da saptanmıştır(4,6). Nadir olarak mesoapendiks, peripankreatik alan, omentum ve pelvis tutulur(7,8). Mezenterik pannikülitin patofizyolojisi bilinmemektedir(8). Başlangıçta yağ nekrozu, sonra inflamasyon ve otoimmün olaylar gibi çeşitli mekanizmalar öne sürülmektedir. İssa ve arkadaşları, etyolojinin %84 ünden abdominal travma veya cerrahisinin sorumlu olduğunu gösterdiler(4,8). Daskalogiannaki ve arkadaşları %69,3 ünün malignite ile ilgili olduğunu gösterdiler(19). Wilkes ve arkadaşları 118 mezenterik pannikülitli hastanın 45 inde(%38) malignite olduğunu saptadılar. Bu malignitelerin sıklıkla lenfoma, kolorektal ve ürogenital kaynaklı olduğu görüldü.(16) Literatürde vaskülit (Weber-Christian hastalığı, SLE, HSP), granulatöz hastalıklar, pankreatit, malignite ve abdominal tüberkülozu olan hastalarda mezenterik pannikülit bildirildi. Yakınlarda yapılan bir çalışmada abdominal cerrahi yapılan 92 hastanın yaklaşık %40 ında gösterildi(10). Laboratuvar değerleri genelde normal sınırlardadır. Nötrofil, sedimantasyon ve CRP yüksekliği veya anemi nadir de olsa bildirilmiştir(8,10). Tanı radyolojik ve histolojik bulgulara dayanır. Abdominal tomografi kullanımının artması ile

**Tablo 1.** Farklı evreler ve tedaviler(3,5,7,9,13,15)

Hastalık evresi	Predominant histolojik bulgu	Terminoloji	Tedavi
Erken evre	Yağ nekrozu	Mezenterik lipodistrofi	Önerilmez
Intermediate evre	İnflamasyon	Mezenterik pannikülit	İmmüsupresyon Kolşisin Tamoxifen Kortikosteroid Progesteron
Son evre	Fibrozis	Skleroz veya Retraktif mezenterit	Cerrahi

daha fazla tanı konmaktadır. Tomografi değişiklikleri hastalığın evresine bağlıdır, inflamatuvar veya fibrotik mezenterik pannikülit ayrımını yaptırır(17). Tedavi de henüz bir görüş birliği bulunmamaktadır. Tedavi semptomatik yaklaşımdan oluşmaktadır. Steroid ve immüsupresif tedavilerin klinik iyileşme gösterdiğinden bahsedilse de şu ana kadar bununla ilgili geniş randomize kontrollü çalışma yoktur. Ginsburg ve arkadaşları thalidomide verdikleri semptomatik hastaların %75 inin semptomlarının kaybolduğunu göstermişlerdir. Cerrahi yaklaşım biyopsi ile sınırlı olmalıdır. Rezeksiyon veya By-pass cerrahisi barsak obstrüksiyonu veya perforasyonunda önerilmektedir(8). Mezenterik pannikülit kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır(18). Vaka serilerinde 3-5 aylık tomografi takiplerinde lezyonların boyutunda bir değişiklik saptanmadığı gösterilmiştir(19).

Sonuç olarak mezenterik pannikülit bilinmeyenlerle dolu bir durumdur. Malignitelerle birlikteliği hala açıklanamamıştır. Malignitelerin habercisi mi yoksa maligniteye sekonder mi olduğu bilinmemektedir. Malignite ile birlikteliği saptanan vakalar genellikle daha önce kanser tanısı olan vakalardır. Mezenterik pannikülit sıklığı, etyolojisi, tanı ve tedavisi hakkında geniş randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

#### KAYNAKLAR

- Grieser C, Denecke T, Langrehr J, et al. Sclerosing Mesenteritis as a Rare Cause of Upper Abdominal Pain and Digestive Disorders. *Acta Radiol* 2008; 1-3.
- Kuhrmeier A. Mesenteric lipodystrophy. *Schweiz Med Wochenschr* 1985; 115:1218-24.
- Cuff R, Landercasper J, Schlack S. Sclerosing mesenteritis. *Surgery* 2001; 129: 509-10.
- Ginsburg PM, Ehrenpreis ED. In *The NORD guide to rare diseases*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. Mesenteric panniculitis
- Kelly JK, Hwang WS. Idiopathic retractile (sclerosing) mesenteritis and its differential diagnosis. *Am J Surg Pathol* 1989; 13: 513-21.
- Chawla S, Yalamarthi S, Shaikh IA, et al. An unusual presentation of sclerosing mesenteritis as pneumoperitoneum: Case report with a review of the literature. *World J Gastroenterol* 2009;15:117-20. [PMCID: PMC2653289] [PubMed: 19115477]
- Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, et al. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol* 1997; 21: 392-8.
- Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: Various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol* 2009;15:3827-30. [PMCID: PMC2726466] [PubMed: 19673029]
- Durst AL, Freund H, Rosenmann E, et al. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases. *Surgery* 1977; 81: 203-11.
- Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, et al. Sclerosing mesenteritis: Clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:589-96. [PubMed: 17478346]
- Ikoma A, Tanaka K, Komokata T, et al. Retractable mesenteritis of the large bowel: report of a case and review of the literature. *Surg Today* 1996; 26: 435-8.
- Nguyen BD. F-18 FDG PET demonstration of sclerosing mesenteritis. *Clin Nucl Med* 2003; 28:670-1
- Wilkes A, Griffin N, Dobbs B, et al. Mesenteric panniculitis: a paraneoplastic phenomenon? *Dis Colon Rectum* 2012;55(7):806-9.
- Mata JM, Inaraja L, Martin J, et al. CT features of mesenteric panniculitis. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 1021-3.
- Khachaturian T, Hughes J. Mesenteric panniculitis. *Western J Med* 1988; 148:700-1.
- Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Radiol* 2000; 174: 427-31.