

Pnömatosis sistoides intestinalis

Yüksel ARIKAN*, Faruk AKSOY*, İbrahim SUNGUR**

*Bolvadin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği , AFYON

**Afyon Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği, AFYON

ÖZET

Sadece ileumu tutan bir pnömatosis sistoides intestinalis olgusu klinik, radyolojik, histopatolojik ve laparotomi bulguları ile birlikte sunulmuş ve literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pnömatosis sistoides intestinalis

SUMMARY

Pneumatosis Cystoides Intestinalis.

A case of pneumatosis cystoides intestinalis involving only the ileum is reported with clinical, radyologic, histopathological and operation findings by the review of the literature.

Key Words: Pneumatosis cystoides intestinalis

1730 yılında De Vernoi, 1876 yılında Bang tarafından ayrıntılı olarak tanımlanan pnömatosis sistoides intestinalis (PCI), gastrointestinal sistemde (GİS) sıklıkla jejunum, ileum ve kalın barsağı; daha az olarak özofagus, mide, duodenum, mezenter, safra kesesi, diyafragma ve peritonu tutan, submukozada veya subserozada içi gaz dolu kistlerden ibaret bir hastalıktır (1-4). Bu hastalık kistik lenföpnömatosis, peritoneal lenföpnömatosis, barsağın büllöz amfizemi ve barsağın gazlı kistleri olarak da isimlendirilmektedir (2,3).

Bu yazımızda nadir görülen bir hastalık olan Pnömatosis sistoidesli bir olgu incelendi ve literatür bilgileri eşliğinde tartışıldı.

OLGU SUNUMU

N.B. 69 yaşında kadın hasta (Prot. No: 1072/380). Karın ağrısı, bulantı, kusma ve karında şişlik şikayetleri ile acil polikliniğine müracaat etti. Öyküsünde şikayetlerinin aralıklı olarak devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet vardı.. Lökosit 12.000/mm³ idi. Ayakta direkt batın grafisinde sağ üst kadranda gaz birikimi mevcuttu. Ultrasonografide safra kesesi hidropik görünümde olup içinde posterior akustik gölge veren multipl kalküller saptandı. Hasta akut taşlı kolesistit ön tanısı ile ameliyata alındı. Laparotomide safra kesesinin hidropik olduğu ve içinde multipl taş olduğu

tespit edildi. Ayrıca ileumda 75 cm'lik bir segmentte çapları 1-2 mm ile 1-2 cm arasında değişen içi gazla dolu multipl kistik oluşumların olduğu görüldü (Şekil 1). Segmenter ileum rezeksiyonu ve ucuca anastomoz uygulandı. Retrograd kolesistektomi uygulandı ve karın anatomik olarak kapatıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 10. gün şifa ile taburcu edildi. Bir ve üçüncü aylardaki kontrol muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

PCI mezenterde veya barsak duvarında submukozal veya subserozal yerleşim gösteren içi gaz dolu boyutları değişken kistlerin varlığı ile karakterize bir patolojidir. PCI patogenezinde mekanik, bakteriyel, pulmoner ve diyete bağlı teoriler bildirilmiştir (1,2,4,5). Görülme sıklığı otopsi çalışmalarında % 0.03 olarak belirtilmektedir (4). PCI, selim tabiatlı olup tek başına ya da başka hastalıklarla birlikte görülebilmektedir (1). Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar, kollajen doku hastalıkları ve nefrotik sendrom bildirilen hastalıklardandır (2,3,6,7). Sadece kolonun tutulduğu durumlarda yandaş hastalığa rastlanmazken, yandaş hastalığın olduğu olgularda ince barsak tutulumu vardır (1). Olgumuzda ileumda segmenter bir tutulum yanında kolelitiazis de saptandı. Erişkinlerde görülme yaşı 50-60 arasındadır. Erkeklerde kadınlara göre 3/1 oranında

Haberleşme Adresi: **Dr. Yüksel ARIKAN**, Bolvadin Devlet Hastanesi Başhekimi, Bolvadin-AFYON

daha fazla görülmektedir (3,4). PCI' de belirgin bir klinik tablo olmamakla birlikte klinik bulgular; karın ağrısı, karında şişlik ve kusma şeklinde ortaya çıkmaktadır (1,4). Olgumuzda da aynı şikayetler tespit edildi. Radyolojik olarak barsak duvarında gaz dolu kistler veya gaz birikimi görülebilmektedir (8,9). Olgumuzda ayakta direkt batın grafisinde sağ üst kadranda gaz kolleksiyonuna ait görünüm saptandı. Bu kistler mekanik barsak tıkanıklığı tablosuna yol açabilmektedir. Radyografide yanıltıcı olarak tümör görüntüsü ile karışabilmektedir (8,9). Olguların çoğunda komplikasyonlardan dolayı cerrahi tedavi uygulanmaktadır (2-4). Laparotomi sırasında da PCI tespit edilmektedir. Olgumuzda da akut taşlı kolisit nedeniyle yapılan müdahale sırasında ileumda PCI saptanmıştır. Gross görünümde polipoid yapıda multiveziküler, içi gaz dolu kistler tespit edildi (Şekil 2). Bu kistler mukozaya doğru kabarıklıklar oluşturmaktaydı.

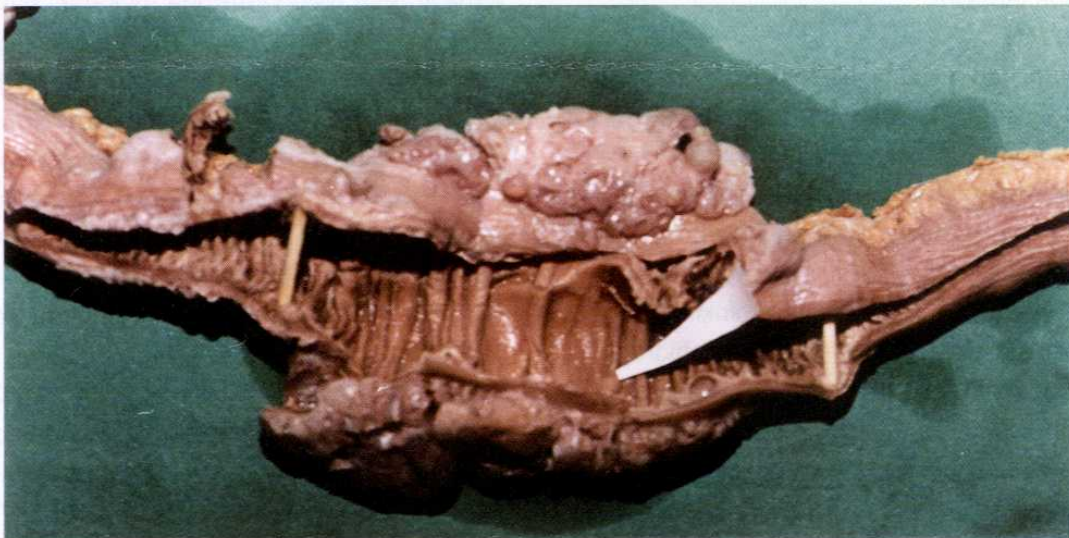
Mikroskopik görünümde ise kist etrafında mültiçekirdekli dev hücreler tespit edilir (10). Tutulan barsak bölgelerinde kriptit, kripta abseleri, kronik inflamatuvar ve granülomatöz değişiklikler tespit edilir. Lümen, içerisindeki gazın inflame kriptalardan oluşarak submukozal kistlerde toplandığı belirtilmektedir (5,10).

Komplikasyon gelişmemiş olgularda konservatif tedavi uygulanmaktadır. Oksijen uygulaması, oral antibiyotikler ve diyet uygulaması şeklinde yapılan



Şekil 2. İçi gaz dolu kistin histopatolojik görünümü.

konservatif tedavi ile başarılı sonuçlar alındığı belirtilmektedir (3,4). Şiddetli kanama, barsak tıkanması, perforasyon gibi komplikasyon gelişmiş vakalarda veya inatçı semptomların mevcudiyetinde cerrahi tedavi uygulanır (4). Olgumuzda ileumdaki segmenter tutulum kısmi obstrüksiyon oluşturacak düzeyde idi. Bu nedenle segmenter ileum rezeksiyonu ve ucuca anastomoz uygulandı. Rezeke edilmiş ileum segmenti açıldığında mukozada düzleşme, mültipl kistik oluşumlar ve mukozal kabarıklıklar tespit edildi. Histopatolojik değerlendirmede kist etrafında mültiçekirdekli dev hücrelerin varlığı gösterilmiştir (Şekil 2). Bu bulgular makroskopik tanımımızı desteklemektedir.



Şekil 1. Çıkarılan ileum segmentinin gross makroskopik görünümü.

KAYNAKLAR

1. Bertram P, Treutner KH, Winkeltan G, Boss HJ, Statz G. Pneumatosis intestinalis. Langenbecks Arch Chir. 1993; 378(4):249-54.
2. Ecker JA, Williams RG, Clay KI. Pneumatosis cystoides intestinalis. Bullous emphysema of the intestine, a review of the literature. Am J Gastroenterol 1971; 56:125-7.
3. Galandiuk S, Fazio V. Pneumatosis cystoides intestinalis: A review of the literature. Dis Colon Rectum 1986; 29: 358-63.
4. Jamart J. Pneumatosis cystoides intestinalis. A statistical study of 919 cases. Acta Hepato-Gastroenterol 1979; 26:419-22.
5. Holl K, Nolte H, Zornig C, Schroder S. Pneumatosis intestinalis histology, immunocytochemistry and theory of morphogenesis. Pathologe. 1993; 14(4):199-204.
6. Litsuka T, Kobayashi M, Izumi Y, Koyama A. Pneumatosis cystoides intestinalis following steroid treatment in a nephrotic syndrome patient: Report of a case. Nippon Jinzo Gakkai Shi 1993; 35(3): 293-7.
7. Pasquier E, Wattiaux MS, Peigney N. First case of pneumatosis cystoides intestinalis in adult dermatomyositis. J Rheumatol 1993; 20(3): 449-503.
8. Feozko PJ, Mezwa DG, Farah MC, White BD. Clinical significance of pneumatosis of the bowel wall. Radiographics. 1992;12(6): 1069-78.
9. Xavier JL, Boscagi G, Clandel N, Montaigut JY. Pneumatosis cystoides intestinalis. Ann Radiol 1991; 34 (6-7): 401-6.
10. Pieterse AS, Leong AS, Rowland R. The mucosal changes and pathogenesis of pneumatosis cystoides intestinalis. Hum Pathol 1985; 16: 683-8.