

## PNÖMATOZİS SİSTOİDES İNTESTİNALİS

Dr. Lema TAVLI \*, Dr. Şakir TAVLI \*\*, Dr. Nahit ÖKEŞLİ \*\*\*,  
Dr. Ömer KARAASLAN\*\*\*\*, Dr. Osman YILMAZ \*\*\*\*\*, Dr. Özden VURAL \*\*\*\*\*

### ÖZET

*Bu yazıda, bir pneumatosis cystoides intestinalis vakası sunularak, literatür bilgileri ile birlikte, bulgular tartışılmıştır.*

### SUMMARY

#### *Pneumatosis Cystoides intestinalis*

*In this article, a case of pneumatosis cystoides intestinalis is presented and relevant literature was discussed.*

### GİRİŞ

Barsak submukoza ve subserozasını tutan (1, 4) içi gaz ile dolu kistlerin mevcudiyetiyle karakterli, ince barsaklarda, daha az sıklıkla da kalın barsaklarda görülen nadir bir hastalıktır (1, 3, 4). Erkeklerde kadınlara oranla aşikar bir şekilde daha fazla görülür (1).

### VAKA TAKDİMİ

Z.K. 61 yaşında erkek hasta. 11.9.1989 tarihinde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatırılarak tedavi gördü.

Hasta daha önce bulantı ve hazımsızlık şikayetleri ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, burada yapılan endoskopik muayenede özofagus alt uçta 5-7 mm. lik erozyonlar ve hiperemi, preplörik bölgede büyük kurvatur tarafında mukozadan kabarık nodüler yapıların mevcut olduğu gözlenmiş. Pilor kanalı hizasında ise 8 mm. çapında ülser tespit edilmiş. Klinik olarak özofajit, ülser ve pilor stenozu tanısı konulmuş. Alınan biyopsi sonucu peptik ülser ve yalancı yangısal polipler olarak bildirilmiş. Yapılan tedaviye rağmen şikayetleri süren hasta fakültemizin genel cerrahi kliniğine başvurdu ve yatırıldı.

Yapılan tetkikler sonucunda hastada pilor stenozu ve terminal ileumda obstrüksiyon yapan tümöral oluşum tesbit edildi. Hasta ameliyata alınarak Bilateral Trunkal Vagotomi + Gastroenterostomi + Ileum Rezeksiyonu uygulandı. Patoloji laboratuvarına gönderilen materyel 40 cm. uzunluğunda ince barsak parçası idi. Serozada en büyüğü 1,5 cm. çapında içleri hava ile dolu çok sayıda kistik yapılar görüldü. Kistlerin bir kısmı mukoza altında olup, mukozayı lümeneye doğru kabartmışlardı. Yapılan mikroskopik inceleme sonucu submukozada ve subserozada iç yüzleri endotele benzeyen tek sıralı hücrelerle döşeli, lenfa damarlarını andıran kistik yapılar izlenmiş olup (Resim I), bu yapıların bazılarının lümeninde yabancı cisim dev hücreleri tipinde dev hücreler görülmüştür. (Resim II). Bu

\* S.Ü.T.F. Patoloji A.B.D. Öğr. Üyesi, Yrd. Doç. Dr.

\*\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Uz. Dr.

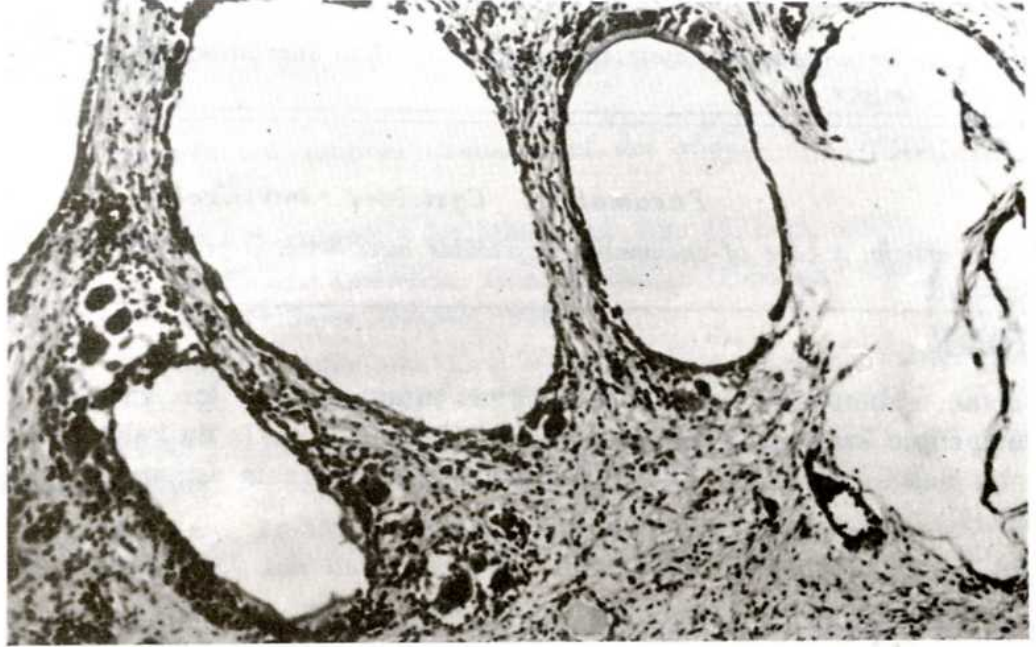
\*\*\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğretim Üyesi, Yrd. Doç. Dr.

\*\*\*\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. Öğretim Üyesi, Yrd. Doç. Dr.

\*\*\*\*\* S.Ü.T.F. Patoloji A.B.D. Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

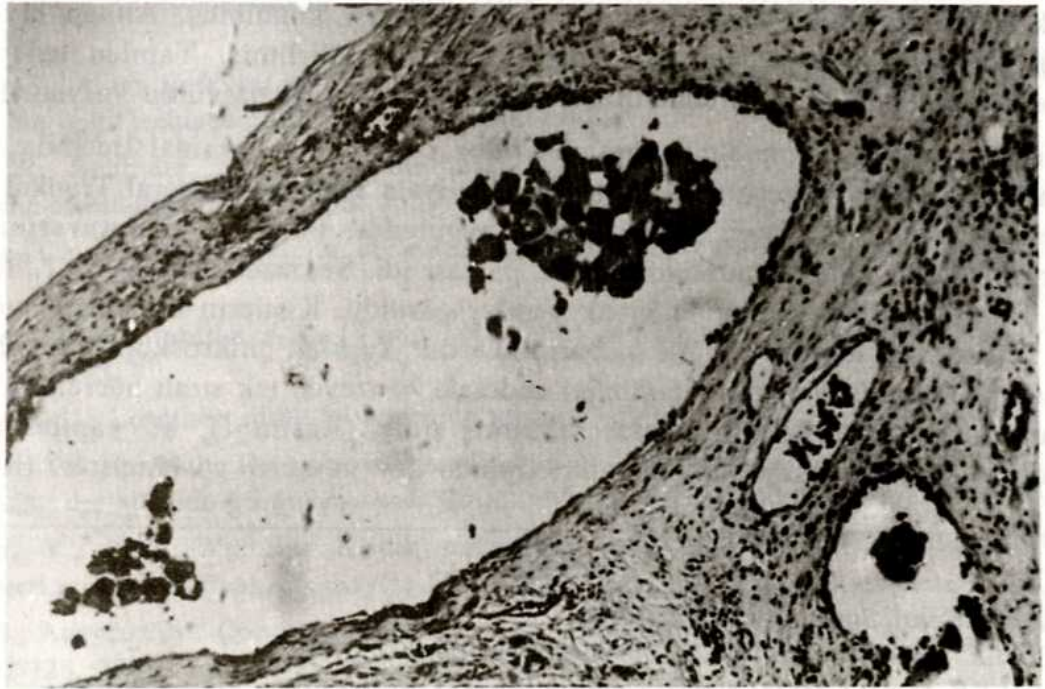
\*\*\*\*\* S.Ü.T.F. Patoloji A.B.D. Araştırma Görevlisi.

bulgulara dayanarak Pneumatosis cystoides intestinalis tanısı konulmuştur



RESİM I

İç yüzeyleri endotele benzeyen tek sıralı hücrelerle döşeli, lenfa damarlarını andıran kistik yapılar. H.E. x 40



RESİM II

Kistik yapıların lümenlerinde yabancı cisim dev hücreleri. H.E. x 100

## TARTIŞMA

Hastalık genellikle 56 yaş civarında ve erkeklerde daha sık olarak izlenir. Vakaların yarısından fazlasında gastrik ve duodenal ülserler ve pilor stenozu ile birlikte (1). Bu durumda kistler subserozal yer yer de submukozal olarak görülürler.

Bazı otörler intestinal gaz kistlerinin kaynağı olarak artmış intratorasik basınç sonucu alveoler rüptür, veya kusma sonucu intratorasik basınç artmasının yol açtığı tansiyon pnömomediastinum neticesi gelişen , aorta etrafındaki fasiadan posterior parietal peritoneuma hava kaçıışı olduğunu ve netice olarak intestinal kan damarları boyunca bu havanın dekompresyonu ile barsak serozasında kist oluştuğunu ileri sürerler (4). Pilor bölgesinde ülserasyonla birlikte olduğu zaman kistler büyük sıklıkla ince barsaktadır. Orijini bilinmediği veya solunum bozukluğu ile birlikte olduğu durumda karakteristik olarak ileoçekal bölgededir. Sigmoidoskopi esnasında da bu hastalık gelişebilir. Bu durumda kistler inen kolonda bulunurlar (2).

Obstrüksiyon veya volvulus gibi nadir durumlar olmadıkça kistler klinik bulgu vermezler. Diyare, malabsorbsiyon, bazen kanlı gaita gelişebilir. Kistler genellikle kendiliğinden ortadan kaybolabilir, bazen de senelerce durabilirler.

Mikroskopik olarak submukoza veya subserozada lenfatik damar kesitlerini andıran endotel şeklinde hücrelerle döşeli kistik yapıların bazılarında multinükleer dev hücreler izlenir. Bazı kistlerin ise döşeyici epitelleri yoktur. Kistler barsak lümeni ile veya birbirleriyle iştirakli değildir.

Akut bir olay gelişmedikçe kistlere dokunulmaz. Zamanla kaybolabildikleri gibi, kaybolmayıp asemptomatik olarak durabilirler. Bazen tedavi olayı meydana getiren nedene yöneliktir (4).

## KAYNAKLAR

1. Anderson, W.A.D.: Pathology, 6th ed. Volume 2, The C.V. Mosby Company. St Louis, p: 1121-1122, 1971.
2. Christopher D., Sabiston, D.C.Jr.: Textbook of Surgery, The Biological Basis Modern Surgical Practice, 12th ed., W.B. Saunders Company, p: 1022, 1981.
3. Rosai, J.: Ackerman's Surgical Pathology, 7th ed. Volume 1, The C.V. Mosby Company, Washington, p: 590-91, 1989.
4. Spiro, M.H.: Clinical Gastroenterology, Collier-Mac Millan Limited, London, p: 566-67, 1970.