

Karın içinde serbest hava görünümü veren Pnömatosis intestinalis: Olgu sunumu

Pneumatosis intestinalis mimicking free intraabdominal air: a case report

Emin TÜRK,¹ Erdal KARAGÜLLE,¹ İclal OCAK,² Didem AKKAYA,³ Gökhan MORAY⁴

Kırk yedi yaşındaki erkek hastaya pilor stenozu nedeniyle altı kez endoskopik balon dilatasyonu uygulanmış ve yeterli sonuç alınamamıştı. Cerrahi tedavi kararı verilen hastaya çekilen direkt akciğer grafisinde diyafragma altında serbest hava görünümü vardı, fakat klinik olarak akut karın bulguları yoktu. Abdominal bilgisayarlı tomografide, karaciğer anteriorunda ince bağırsak segmentleri ve ince bağırsak duvarı komşuluğunda serbest hava ya da bağırsak duvarına lokalize hava ayırıcı tanısı net olarak yapılamayan hava görünümleri saptandı. Acil olarak yapılan ameliyatta distal ileal segment duvarında gaz dolu kistler görüldü. Pnömatosis intestinalis karın içinde serbest hava görünümünde ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Endoskopi, gastrointestinal; endoskopik travma; Pnömatosis sistoides intestinalis/tanı/etyoloji/televatı; pilor stenozu.

A 47-year-old male patient had undergone endoscopic balloon dilatation six times due to pyloric stenosis however the result was not satisfying. Surgical treatment was considered. Chest X-ray revealed free sub-diaphragmatic air but there were no acute abdomen signs clinically. In abdominal computerized tomography, there were small intestinal loops anterior to the liver and there was gas collection, which can not be differentiated exactly between an extraluminal free air and the one in the bowel wall of adjacent small bowel segments. In the emergency surgery cysts filled with gas in the wall of distal ileal segments were seen. Pneumatosis intestinalis should be kept in mind in the differential diagnosis of free intraabdominal air.

Key Words: Endoscopy, gastrointestinal; endoscopic trauma; Pneumatosis cystoides intestinalis/diagnosis/etiology/therapy; pyloric stenosis.

Pnömatosis sistoides intestinalis (PSİ) nadir görülen, etyolojisi tam olarak ortaya konamamış, bağırsak subseroza ve submukozasında çoklu gaz dolu kistler ile karakterize olan bir patolojidir.^[1] Gaz dolu kistlerin oluşmasında gastrointestinal lümen içindeki gaz, bakteriler tarafından yapılan gaz ve pulmoner gaz suçlanmıştır.^[2] Pilor stenozu gibi birçok gastrointestinal sistem hastalığı PSİ'ye eşlik edebilir.^[2,3] Ayrıca cerrahi veya endoskopik travmaya sekonder PSİ olguları bildirilmiştir.^[2]

OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşında erkek hasta, yedi yıl önce başlayan, yemekten 3-4 saat sonra olan epigastrik ağrı, dolgunluk, regürjitasyon ve provokasyonlu kusma

şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Kusmanın, yediklerini içerir tarzda olduğu ifade edildi. Hastaya üst endoskopi ile pilor stenozu tanısı konmuş ve balon dilatasyonu yapılmıştı. Hasta balon dilatasyonları ve verilen ülser tedavilerinden sonra birkaç ay kısmen rahatlamış. En son bir ay önce olmak üzere altı kez endoskopik balon dilatasyonu yapılmıştı. Hasta iştahı iyi olmasına karşın 10 yıl içinde 35 kg kaybettiğini belirtti. Hastanın hikayesinde karın ağrısı ifade edilmedi. Bununla birlikte dört yıldır süren asemptomatik HBs Ag taşıyıcılığı mevcuttu.

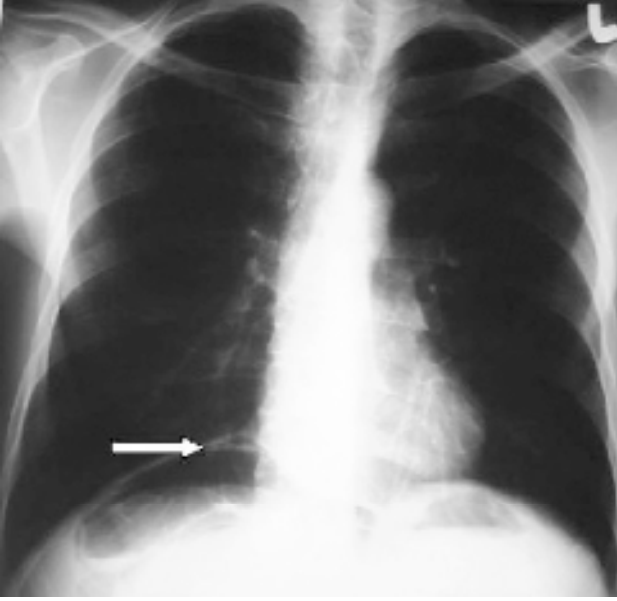
Hastanın laboratuvar tetkiklerinde total kolesterol: 128 (normal değer: 130-200 mg/dl), total protein: 5.7 (normal değer: 6-8 g/dl), LDH: 260 (normal

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Genel Cerrahi Bölümü, ²Radyoloji Bölümü, ³Gastroenteroloji Bölümü, Konya; ⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Bölümü, Ankara.

Departments of General Surgery, Radiology and Gastroenterology, Medicine Faculty of Başkent University; Department of General Surgery, Medicine Faculty of Başkent University, Ankara; Turkey.

İletişim (Correspondence): Dr. Emin Türk. Başkent Üniversitesi, Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, 42080 Konya, Turkey.

Tel: +90 - 332 - 257 06 06 Faks (Fax): +90 - 332 - 257 06 37 e-posta (e-mail): emint@baskent-kon.edu.tr



Şekil 1. Direkt akciğer grafisinde sağda diyafragma altında serbest hava görünümü.

değer: 100-210 U/L), eritrosit sayısı: 4.22 (normal değer: 4,5-5.8 M/ μ l), hemoglobin: 13.4 (normal değer: 13.5-18 g/dl), prealbümin: 11 (normal değer: 18-45 mg/dl), Anti HBe: pozitif, HBsAg: pozitif, AntiHBe IgG: pozitif, HBV-DNA PCR: negatif, serum demiri: 48 (normal değer: 50-140 μ g/dl) idi.

Üst gastrointestinal endoskopide özofagus alt sfinkter gevşekliği, evre IV özofajit, dilate ve hipotonik mide, antrumda üzeri eksudalı 5-6 mm'lik ülser, antrum prepilorik alanda piloru deforme eden ve kısmen darlığa yol açan ülser vardı. Bulbus hiperemik ve ödemliydi. Apikal bölgede endoskopun geçişine izin veren kısmi darlık mevcuttu. Ülser

zemininden alınan biyopsi sonucu kronik gastrit saptandı. Cerrahi tedavi kararı verilen hastaya çekilen direkt akciğer grafisinde diyafragma altında serbest hava görünümü vardı (Şekil 1). Akut karın bulguları olmayan hastaya, çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi'de (BT) midede belirgin distansiyon, karınıçi minimal sıvı, karaciğer anteriorunda ince bağırsak segmentleri mevcuttu. Ayrıca ince bağırsak duvarı komşuluğunda serbest hava-PSİ ayırımı net olarak yapılamayan bağırsak lümeni dışında hava görünümleri saptandı (Şekil 2a, b). Acil olarak yapılan ameliyatta midenin ileri derecede dilate, pilorun dar olduğu görüldü. Ayrıca çekumun 40 cm proksimalinden başlayan 80 cm'lik ileal ansın serozası üzerinde çapları 0.2 ile 2 cm arasında değişen gaz dolu kistler ve bridler vardı (Şekil 3). Bridektomi, subtotal gastrektomi, iki taraflı trunkal vagotomi ve antekolik izoperistaltik gastrojejunostomi yapıldı. Patolojik incelemede pilorda ülserasyon, antrumda hafif glandüler atrofi ve fokal intestinal metaplazi içeren kronik gastrit bulguları saptandı. Hasta ameliyat sonrası 10. gününde sorunsuz taburcu edildi.

Ameliyattan sonra dördüncü ayında 15 kg kilo alan hastanın şikayeti kalmamıştı ve çekilen yeni abdominal BT tetkikinde karaciğer anteriorunda ince bağırsak segmentleri yoktu, perihepatik minimal serbest sıvı izlendi (Şekil 2c). HBs Ag pozitifliği dışında biyokimyasal değerleri normal sınırlarda bulundu.

TARTIŞMA

Pnömatozis sistoides intestinalis nadir görülen, etyolojisi tam olarak ortaya konamamış, bağırsak subseroza ve submukozasında çoklu gaz dolu kist-



Şekil 2. Ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografide (BT) (a, b) perihepatik serbest sıvı (sağa ok), bağırsak ansları etrafında serbest hava görünümü (yukarı ok) ve midede belirgin dilatasyon (sola ok) vardı. Ameliyat sonrası BT'de (c) perihepatik minimal serbest sıvı saptandı, pnömotozis sistoides intestinalis ile uyumlu hava görünümleri yoktu.



Şekil 3. Ameliyatta distal 80 cm'lik ileal ansın serozası üzerinde çapları 0.2 ile 2 cm arasında değişen gaz dolu kistler ve bridler görüldü.

ler ile karakterize olan bir patolojidir.^[1] PSİ erkek ve kadında eşit oranda ve en sık 6. dekatta görülür.^[3] Bizim olgumuz 47 yaşında erkek hastaydı. Hastalığın büyük bir kısmı jejunum ve ileumu tutarken, kolon %6 oranında etkilenir.^[1] Bu olguda da ileal segmentlerde PSİ vardı. Apandisit, Crohn hastalığı, pilor stenozu, ülseratif kolit, divertiküler hastalık, nekrotizan enterokolit, gastroduodenal ülser ve sigmoid volvulus gibi birçok gastrointestinal sistem hastalığı PSİ'ye eşlik edebilir.^[2] Bunun yanında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kollajen doku hastalıkları, AIDS, glukokortikoid kullanımı gibi gastrointestinal sisteme bağlı olmayan durumlarda da PSİ bildirilmiştir.^[3] Cerrahi veya endoskopik travmaya sekonder PSİ olguları bildirilmiştir.^[2] Yaklaşık %20 olguda PSİ'ye eşlik eden patoloji saptanamamış ve hastalık primer olarak kabul edilmiştir.^[3] Olgumuzda da pilor stenozu vardı ve en sonucusu bir ay önce olmak üzere altı kez balon dilatasyonu yapılmıştı. Ayrıca ameliyattan bir hafta önce üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılarak ülserden biyopsi alınmıştı. PSİ'de diyare, konstipasyon, rektal kanama, tenesmus, kilo kaybı ve karın ağrısı gibi nonspesifik semptomlar görülebilir.^[2] %3 oranında ise volvulus, intestinal obstrüksiyon, tansiyon pnömo-periton, kanama, intüsespsiyon ve intestinal perforasyon gibi komplikasyonlar görülebilir.^[4] Bu olgu-

da kilo kaybı ve hafif derecede malnütrisyon vardı. Direkt karın grafisi ve abdominal BT PSİ'nin tanısında değerli görüntüleme yöntemleridir.^[2] Buna rağmen hastada iyi seyirli bir PSİ varsa ve pnömo-peritonyum saptanmıyorsa radyolojik tanı oldukça güçtür. Bu olguda direkt akciğer grafisinde diyafragma altı serbest hava görünümü bulunuyordu. Hastada akut karın bulguları olmaması nedeniyle çekilen abdominal BT tetkikinde karaciğer anteriorunda ince bağırsak segmentleri vardı. Ayrıca ince bağırsak duvarı komşuluğunda serbest hava-PSİ ayırımı net olarak yapılamayan bağırsak lümeni dışında hava görünümleri saptandı. BT'de şüphelenilmesine rağmen kesin tanı ameliyatta konuldu.

Hastalığın tedavisinde %50'lere varan oranda spontan remisyon görülmesi ve cerrahi sonrası gaz kistlerinin tekrar oluşabilmesi nedeniyle asemptomatik olgularda spesifik bir tedavi uygulanmamaktadır.^[1-3] Semptomatik hastalarda perforasyon, peritonit ve sepsis tablosu yoksa öncelikle nonoperatif oksijen tedavisi uygulanır.^[2] Olgumuzda, hastanın semptomu olmaması nedeniyle sadece bridektomi yapıldı. Hastada PSİ etyolojisi olarak öncelikle pilor stenozu daha az olasılıkla da endoskopik travma düşünüldü. Pilor stenozu için yapılan cerrahi girişimden dört ay sonra çekilen kontrol abdominal BT'de PSİ ile uyumlu hava görünümleri saptanmadı. Etiyolojik nedenin ortadan kaldırılmasıyla PSİ tablosunun düzeldiği görüldü. Karın içinde radyolojik olarak gösterilen serbest hava görünümü varlığında intestinal perforasyon veya gaz yapabilen bakteriyel enfeksiyonlar yanında ayırıcı tanıda PSİ'de akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Blumberg D, Wald A. Other diseases of the colon and rectum. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, editors. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 7th ed. China: Saunders; 2002. p. 2307-9.
2. St Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The spectrum of pneumatosis intestinalis. Arch Surg 2003;138:68-75.
3. Gagliardi G, Thompson IW, Hershman MJ, Forbes A, Hawley PR, Talbot IC. Pneumatosis coli: a proposed pathogenesis based on study of 25 cases and review of the literature. Int J Colorectal Dis 1996;11:111-8.
4. Galandiuk S, Fazio VW. Pneumatosis cystoides intestinalis. A review of the literature. Dis Colon Rectum 1986;29:358-63.