

Pnömozis Kistoides İntestinalis (Olgu Sunumu)

Kısmet Bildirici*, Bekir Yaşar**, Betül Peker**

Özet:

Pnömozis kistoides intestinalis, barsak duvarında submukozal veya subserozal lineer ya da kistik şekilde gaz bulunması ile karakterize önemli, nadir bir hastalıktır. Burada, 55 yaşında erkek hastada saptanan pnömozis kistoides intestinalis sunulmuştur. Hastanın onaltı yıldır bulantı, kusma şikayeti vardı. Mide-duodenum grafisinde pilor stenozu ön tanısı ile operasyona alındı. Operasyonda ileumda hava kistleri izlenmesi nedeniyle rezeksiyon uygulandı.

Anahtar kelimeler: Pnömozis kistoides intestinalis

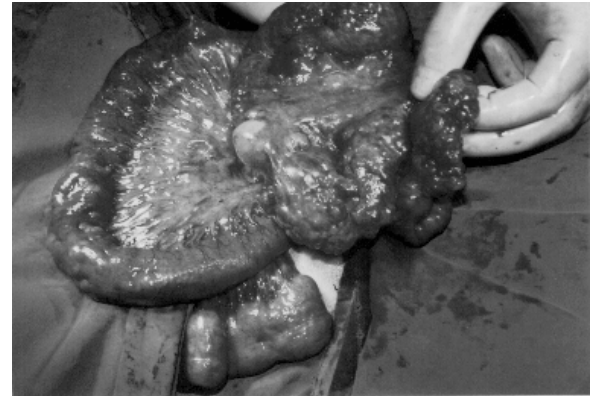
Pnömozis kistoides intestinalis (PKI), öncelikle jejunum olmak üzere tüm gastrointestinal sistemde gözlenebilen, içi gaz ile dolu, büyüklükleri birkaç mm'den birkaç cm'e kadar değişebilen polipoid kitleler şeklinde izlenen oldukça nadir bir hastalıktır (1-4).

Bu makalede, az görülmesi nedeniyle ilginç bulunan bir PKI olgusu klinik ve patolojik bulguları ile birlikte sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Ellibeş yaşında erkek hasta, özellikle yemeklerden sonra meydana gelen bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri onaltı yıldır mevcuttu ve peptik ulkus tanısı ile takip ediliyordu. Antiasit tedavisi alan hastanın şikayetleri son üç ayda giderek artıyordu. Fizik muayenesinde gastrik hassasiyet dışında özellik bulunmayan hastanın rutin laboratuvar bulguları normal sınırlar içinde idi. Baryumlu mide-duodenum grafisinde pilor stenozu saptandı. Abdominal radyografi ve tomografide ince barsak duvarında çok sayıda kistik yapı gözlemlendi. Operasyonda pilor stenozu ile birlikte tüm ileumda pnömosel görünümünde kistik nodülasyonlar'da izlendi (Resim 1). Hastaya trunkal vagotomi, gastroenterostomi ve ileum rezeksiyonu uygulandı. İleum rezeksiyon materyalinin makroskopik değerlendirilmesinde, 20 cm uzunluğunda, 4 cm genişliğinde ince barsak izlendi.

Bir cerrahi sınırdan 1.5 cm diğer cerrahi sınırdan 4 cm uzaklıkta tüm segment boyunca serozal yüzeyde çapları 0.1- 2.5 cm arasında değişen kistik alanlar mevcuttu. Kesit yüzeyinde cidarda çapları 0.1-2.5 cm arasında değişen bazı alanlarda mukozada lümeneye çıkıntılar oluşturan kistler gözlemlendi. Mikroskopik değerlendirmede, kistik alanlardan hazırlanan kesitlerde submukozal ve subserozal alanlarda bir kısmı dev hücrelerle bir kısmı ise yassılaştırmış tek katlı epitel ile çevrili kistik yapılar görüldü (Resim 2,3). Tanımlanan histopatolojik bulgular "pnömozis kistoides intestinalis" ile uyumlu olarak değerlendirildi.



Resim 1. İleumda pnömosel görünümünde kistik nodülasyonlar

Tartışma

Pnömozis kistoides intestinalis, ilk kez 1730'da De Vernoi tarafından tanımlanmıştır. Oldukça nadir görülen bir patolojidir. Bir otopsi serisinde 6553 olgudan sadece ikisinde PKI tespit edilebilmiştir (5). Hastalık tüm yaşlarda görülebilmekte olup yaş ortalaması 45'tir. Erkeklerde daha sık görülür. Ailesel birliktelik nadirdir. PKI, öncelikle jejunum olmak üzere tüm gastrointestinal sistemde izlenebilir (1-4).

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi *Patoloji ve **Genel Cerrahi Anabilim Dalları

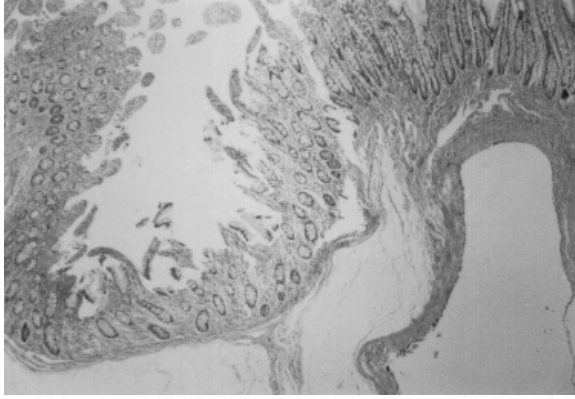
Yazışma Adresi: Dr. Kısmet Bildirici

Akarbaşı Mah. Arısoy Sok.

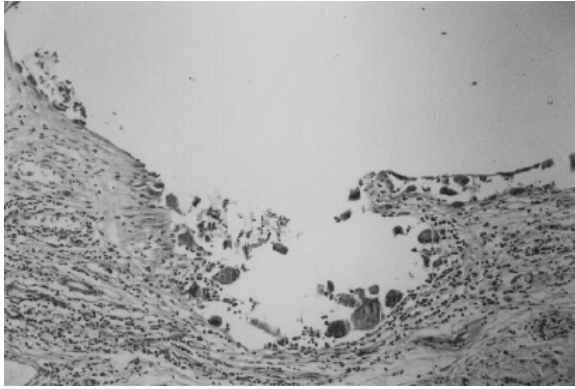
Ayşe Ana Sitesi No:19 B Blok D:8

E-mail:kismetb@ogu.edu.tr

26020-ESKİŞEHİR



Resim 2. İleum submukozasındaki kistik yapılar (H&E x 80).



Resim 3. Bir kısmı dev hücrelerle bir kısmı ise yassılaştırmış tek katlı epitel ile çevrili kistik yapılar (H&E x 200).

Bizim olgumuz 55 yaşında erkek hasta idi ve tüm ileum boyunca kistler saptandı.

Hastalığın multifaktöryel nedenlere bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Vakaların yarısından fazlası gastrik, duodenal ülserler ve pilor stenozu ile birliktedir. Ayrıca kronik obstruktif akciğer hastalığı, kollajen doku hastalıkları, AIDS, gastrointestinal enfeksiyonlar (*Clostridium perfringens* gibi...), iskemik barsak hastalıkları, nekrotizan enterokolit, Crohn hastalığı, divertikülit, apendisit, steroid kullanımı gibi medikal tedaviler (6), geçirilmiş gastrointestinal cerrahilere sekonder olarak PKI gelişebilir (1-4). Bizim olgumuzun öyküsünde peptik ulkus ve pilor stenozu mevcuttu.

Pnömozis kistoides intestinalis gelişimi üzerine değişik görüşler öne sürülmekle birlikte en fazla mekanik ve bakteriyel nedenlerle oluştuğu düşünülmektedir. Mekanik olarak, pulmoner travma, mukozal zedelenme, anastomozlar, obstrüksiyon, basınç artışı ve peristaltizmin artması gibi nedenlerle bağırsak duvarı içine gaz girdiği öne sürülmektedir. Bakteriyel olarak ise gaz üreten bakterilerin submukozaya girdiği ve tüm intestinal duvar

boyunca gaz üreterek, bu kistlerin oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir (1-4). Kistlerin gazla dolu lenfatik damarların iltihabi yabancı cisim reaksiyonuyla büzülmesi ve kaybolmasıyla meydana geldiği bildirilmektedir (1-4). Ancak son zamanlardaki bir görüşe göre, PKI'de lezyonların başlangıcında içi gazla dolu kısmen makrofaj ve dev hücrelerle çevrili psödokistler oluşmakta daha sonra subseroza sekonder olarak mezotel hücreleri ile döşenmektedir (7).

Hastalarda diare, kanlı gaita, abdominal ağrı, abdominal distansiyon, konstipasyon, kilo kaybı ve tenesmus sık gözlenen şikayetlerdir. Bununla beraber fizik muayene nadiren anormaldir (1-4). Olgumuzda bulantı ve kusma şikayetleri vardı ve fizik muayenesinde gastrik bölgede hassasiyet dışında anormal bulgu saptanmadı.

Makroskopik olarak, birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişen büyüklüklerde submukozal ya da subserozal kistik oluşumlar gözlenmektedir. PKI, lokalize ya da diffüz olabilir. Kistlerin birbirleriyle ve barsak ile bağlantısı yoktur. Bazen komşu mezenter dokusunda ve lenf bezlerinde kistik lezyonlar görülebilmektedir (1-4,8). Mikroskopik olarak ise submukoza veya subserozada değişik çaplarda kistik boşluklar gözlenir. Kistler, tek sıra yassılaştırmış epitel, histiosit ve multinükleer dev hücreler ile döşelidir. Kistlerin bir kısmı ise döşeyici epitelden yoksundur (1-4).

Tanıda kullanılan en yaygın yol abdominal radyografidir (1-4). Ultrason ve bilgisayarlı tomografi bağırsak duvarındaki gaz dolu kistleri göstermede yardımcı olabilir (9).

Pnömozis kistoides intestinalis olgularında genellikle cerrahi rezeksiyon yapılmaktadır. Ancak hiperbarik oksijen tedavisi ile başarılı sonuçlar alınabileceği bildirilmektedir. Ayrıca spontan remisyon saptanan olgular da bulunmaktadır (1-4).

Hastalık kronik, benign bir gidişe sahiptir. Ancak rüptür olduğunda pnömoperitoneum gözlenebilir. İskemik barsak hastalıklarında ve nekrotizan enterokolitli olgularda ise fetal seyredebilir (1-4).

Sonuç olarak, pnömozis kistoides intestinalis eşlik eden lezyonlar sık görülmesine rağmen nadir görülen kronik, benign bir gidişe sahip bir hastalıktır.

Pneumotosis Cystoides Intestinalis (Case Report)

Abstract:

Pneumotosis cystoides intestinalis is a rare but important condition in which gas is found in a linear or cystic form in the submucosa or subserosa of the bowel wall. In this article, a

pneumatisis cystoides intestinalis case is presented which is defined in a patient who is suffering from nausea, vomiting for sixteen years and operated due to suspicion of pyloric stenosis after double contrast barium meal examination of the stomach and duodenum. The ileum is resected due to gas-filled cysts.

Key words: *Pneumatisis cystoides intestinalis*

Kaynaklar

1. Heng Yao, Schuffler MD, Haggitt RC, Rohrmann CA: Pneumatisis intestinalis: A review. Am J Gastroenterol 90:1747-58,1995.
2. Pear BL: : Pneumatisis intestinalis: A review. Radiology 207:13-9,1998.
3. Eğilmez R, Tuncer E, Türkkän İ, Arıkan G: Pnömotozis Kistoides İntestinalis (Olgu Sunumu). Tr Ekopathol Derg 5:5760, 1999.
4. Tavlı L, Tavlı Ş, Ökeşli N, Karaaslan Ö, Yılmaz O, Vural Ö. Pnömotozis Kistoides İntestinalis (Olgu Sunumu). S. Ü. Tıp Fak. Derg. 5:225-7, 1989.
5. Holt S, Stewart I, Heading R: Resolution of primary pneumatisis coli. J R Coll Surg 23:297-9, 1978 (Abstract).
6. Barton LL: Pneumatisis intestinalis in childhood. J Pediatrics 9:124, 1999.
7. Holl K, Nolte H, Zorning C, Schroder S. Pneumatisis intestinalis-histologie, immunzytochemie und neue theorie zur morphogenesis. Pathol 14:199-204, 1993.
8. Mehta SN, Friedman G, Fried GM, Mayrand S: Pneumatisis cystoides intestinalis: laparoscopic features. AM J Gastroenterol 91:2610-12, 1996.
9. Diwakaran HH, Presti ME, Longo WE: Pneumatisis intestinalis. AM J Surg 179:110,2000.