

Pnömatosis Sistoides intestinalis: Vaka Takdimi

PNEUMOTOSIS CYSTOIDES INTESTINALIS: A CASE REPORT

Serdar UĞRAŞ*, Şevki ŞAHİN**, Mehmet N. OĞAN**, Zeki YILMAZ***, Mustafa ŞAHİN"

* Yozgat Devlet Hastanesi Patoloji Uzmanı

** Yozgat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı

*** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, KAYSERİ

ÖZET

Pnömatosis sistoides intestinalis nadir görülen patolojik bir durumdur. Genellikle semptom vermez, ancak barsak duvarındaki kistlerin patlamasıyla bazen akut batin bulguları verebilir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Burada, kolonda rastlanan bir pnömatosis sistoides intestinalis vakası tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Pnömatosis coli, Akut karın

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 1:38-40

SUMMARY

Pneumotosis cystoides intestinalis is a rare clinical condition. It is generally asymptomatic, but, when the cyst ruptured, it is sometimes considered as an acute abdominal condition. The etiology of the disease is unknown. A pneumotosis coli case is reported.

Key Words: Pneumotosis coli. Acute abdomen

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 1:38-40

Pnömatosis intestinalis, gastrointestinal traktusun herhangi bir bölümünde (duvar, mezenter, abdominal organların yüzeyi) nadiren görülen (1), genellikle asemptomatik (2,3) seyreden ve çoğu spontan olarak gerileyen (2,4) gaz ile dolu multipl kistlerdir (1).

Bu makalede Yozgat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine yatırılan bir Pnömatosis coli vakası takdim edilmekte, seyrek görüldüğü için pek tanınmayan bu hastalığın teşhis ve tedavisi, literatür bulguları ile gözden geçirilerek tartışılmaktadır.

VAKA TAKDİMİ

Otuz yaşında erkek hasta, (protokol no: 2322) bir aydan beri devam eden karın ağrısı, ekşime, yanma, bulantı-kusma, şişkinlik şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastada akciğer hastalığı ve diğer sistemlere ait şikayet mevcut değildi. Fizik muayenede batında distansiyon göze çarpmaktaydı. Direkt batin grafisinde sol üst kadranda ve inen kolona uyan bölgelerde lümeni hava ile dolu çok sayıda irili ufaklı kistik yapı gözlemlendi. Pilor stenozu ve pnömatosis coli ön tanılarıyla yapılan

laparatomide pilor stenozu yanısıra transvers kolonun ikinci yarısından başlayıp sigmoid kolona kadar uzanan, serozada yerleşmiş, çapları birkaç milimetreden 3-4 cm'ye kadar değişen flexjra lienaiiste papilier yapılar şeklinde belirgin kitle oluşturan, lümenleritide hava bulunan, kirli beyaz renkte kistik yapılar izlendi. Hastaya bilateral turunkal vagotomi ve gastroenterostomi yapılarak kistik kitlelerden de uygun örnekler alındı (Şekil 1). Kistler daha sonra histopatolojik incelemeye tabi tutuldu. Makroskopik incelemede polipoid üzüm benzeri, kistlerden oluşan kitle vardı. Kistlerin tümeninde hava bulunuyordu. Mikroskopik incelemede ince fibröz bağ dokusundan oluşan kist duvarlarında, seyrek olarak lenfositler izleniyordu. Kistlerin lümenlerinde yabancı cisim dev hücreleri dikkati çekiyordu.

Mayıs 1992 tarihinde ameliyat edilen hastanın aylık kontrollerinde herhangi bir patolojik durum tesbit edilmedi. Hasta halen aylık kontrollerle takibimiz altındadır.

TARTIŞMA

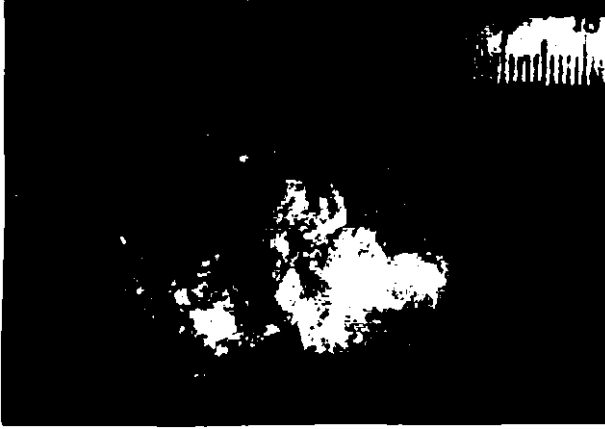
Pnömatosis intestinalis, gastrointestinal traktusta nadir görülen gaz kistleri olu (2) ilk olarak 1730 yılında Du Vernoi tarafından îarif edildiği bildirilmiştir (5). Daha sonra değişik isimlerle îanımlanmıştır(6,7).

Her yaşta görülmekle birlikte en sık 30-70 yaşlarında görülür (8,9). Erkek-kadın oranı 2/1'dir (8).

Geliş Tarihi: 06.03.1993

Kabul Tarihi: 09.02.1994

Yazışma Adresi: Serdar UĞRAŞ
Yozgat Devlet Hastanesi
Patoloji Uzmanı
YOZGAT



Şekil 1. Pnömatosis sistoides intestinalis kistik dokunun makroskopik görünümü.

Vakaların %85'inde primer hastalığa diğer hastalıklar eşlik ederken, %15'inde tek başına bulunur (1). Yetişkinlerde Pnömatosis intestinalise, mide ve duodenum ülserleri, enterokolitler (4) ve kronik akciğer hastalıkları eşlik eder. Ayrıca vasküler, mekanik neoplastik, iltihabi barsak hastalıkları (2), Crohn hastalığı (5) da bu duruma refakat edebilir. İntestinal obstrüksiyon (Pilor stenozu, duodenal stenoz, mekonyum ileusu, Hirschprung vs.)(2), uzun süren steroid tedavisi ve kemik iliği nakli sonucu da (7,10) pnömatosis intestinalis gelişebilmektedir. Spontan benign pnömoperitoneuma genellikle pnömatosis intestinalis de eşlik eder (6),

Kolonda, ileumdan daha sık yerleştiğine (7) dair görüşler varsa da genellikle ince barsakta ve özellikle jejunumda, ikinci sıklıkta kolonda görülürler (12). Vakaların %42'si ince barsak, %36'sı kolon, %22'si ise kolon ve ince barsakta yerleşirler. Sadece kolonda yerleşmiş ise; %80'i sigmoid, %50'si inen kolon, %40't transvers kolon, %10'u ise diğer bölgelerde lokalize olur (1,8). Bu marjinal kan akımı sebebiyle olabilir (7). Rektumda, nadiren mide ve özofagusta görülür (4). Lezyonlar uniform olarak barsağın tamamına dağılılabildikleri gibi izole olarak bir segmenti tutabilirler. Kistler genellikle submukozada olmak üzere barsak duvarının her tabakasında yerleşirler (2,7).

Genellikle asemptomatik olup (2,3,8) bazen nonspesifik semptomlarla kendini gösterir. Karın ağrısı, kabızlık, müköz ishal (3,7), mukoza ülserasyonuna bağlı rektal kanamalar, subserozal ve mezenterik gaz kistlerinin ruptürüne bağlı pnömoperitoneum (2) ve mekanik intestinal obstrüksiyon semptomları (9) görülür. Yaygın ince barsak tutulumunda malabsorbsiyona rastlanabilir (1).

Gaz kistleri birkaç mm'den birkaç cm'ye kadar değişen çapta olup genellikle 1 cm'yi aşmazlar (2,7).

Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber gaz kistlerinin oluşumu hakkında teoriler vardır;

1) Ciddi öksürükle giden akciğer hastalıklarında alveolierin ruptürü veya amfizematöz büllerinin patlaması sonucu açığa çıkan hava medlastinuma buradan toraks hareketleri ile pulmoner arter duvarına girer. Buradan aort duvarı yoluyla barsak arterlerinin duvarına geçerek pnömatosis intestinalise sebep olur (2).

2) Oksijen oranının azaldığı (kronik abstrüktif akciğer hastalıkları, kistik fibrozis, iskemik barsak hastalığı V b.) durumlarda barsakta anaerob bakterilerin çoğalması ve barsak lümeninde staz sebebiyle artan hidrojen gazının, artmış intraluminal basınç (3) ve peristaltizmin de etkisiyle mukozadaki hasardan (duodenal ülser, künt abdominal travma, cerrahi anostomoz, sigmoidoskopi vb. sebebiyle) barsak duvarına geçip submukozal alanda yerleşmesi ile pnömatosis intestinalis gelişir (2,7,9).

3) Lenfatiklerden gelen gazlarla kistler oluşabilir (9).

4) Barsak lümeninde aşırı karbonhidrat fermentasyonu ile aşırı hidrojen gazı yapımı ve barsak duvarında asit-baz dengesinin bozulması (2).

5) Yüksek oranda alınan kortikosteroidler barsak duvarında lenfoid dokuyu azaltarak submukozada defekt oluşmasına sebep olurlar (14).

Teşhis genellikle, radyolojik muayene (sigmoidoskopi ve diğer radyolojik yöntemler) (12) ve başka sebeplerle yapılan operasyonlar esnasında veya otopsi esnasında konur (3). Vakaların %58'inde karın filmiyle teşhis konur. Karın filminde lineer, sirkumferensiyal radyolüsen alanlar veya kistik yapılar görülür (7). Lineer formda bütün gastrointestinal traktus tutulmuş olup genellikle barsakta iske mi, nekroz veya ciddi mukozaya tahribi vardır. Kistik yapılar varsa genellikle iske mi, nekroz görülmez (15,16). Submukoza ve subserozadaki kistler en iyi Baryumlu grafide görülürler (7). Ultrason ve kompute rize tomografi'de teşhis yöntemi olarak kullanılabilir. Peritonit olmaksızın pnömoperitoneum görülmesi pnömatosis intestinalis için karakteristiktir (3). Nodüler kitle olarak görülebildikleri (8) gibi kolon poliplerini de (17) taklit edebilirler. Kolonoskopide görüntü; lenfoma, poliposis veya lenfoid hiperplaziye benzer (1).

Komplikasyonları; rektal kanama, volvulus, torsiyon, pnömoperitoneum (12,18), obstrüksiyon, pnömoperikardium, malabsorbsiyon ve kan kaybıdır (8).

Kistler spontan olarak kaybolabilirler (2,4,18). kaybolmayanlara konservatif tedavi (Nazogastrik sonda, sıvı ve elektrolit ilavesi) antibiyotiklerle bakterilerin çoğalmasının engellenmesi, elemental diyet verilmesi (7,13), total parantal beslenme (13) uygulanabilir. %70-100'lük devamlı, aralıklı, aralıklı pozitif basınç ventilasyonu veya hiperbarik oksijen tedavisi ciddi vakalarda yardımcı olur, ancak yüksek akımlı oksijen kronik akciğer hastalığı olanlarda kontrendikedir (1) ve pulmoner hasar riski olan hastalara %55-75'lik oksijen tedavisi yapılmalıdır (7).. Yüksek oksijen basıncı, kandaki nitrojen basıncını azaltarak kist boşluğunda bol miktar-

da bulunan nitrojenin kana geçmesini ve bunun sonucu kistlerin küçülmesi ve hattâ kaybolmasına yardımcı olabilir (8). Kortikosteroidler etkili olmayıp cerrahi rezeksiyon, mortalite ve morbidite oranının yüksek olması (13) ve yaygınlaşma (7) ihtimali sebebiyle tavsiye edilmez. Komplikasyonlar görülmediği sürece cerrahi tedavi gerekmez (12). Ancak konservatif tedavi ile düzelmeyen hastalarda kistlerin bulunduğu segment çıkarılarak bypass yapılmaktadır (7). Kist lümenine ve duvarına %1'lik 1-2 cc. aethoxysclerol verilmesi sonucu kistlerin büzüştüğü gözlenmiştir. Metronidazol ile iyileşen hastalar da vardır (6,7).

Sonuç olarak, seyrek görülen ve genellikle başka bir hastalığa eşlik eden bu sendroma tanı konduğu anda altında yatan sebebin ortadan kaldırılmasına yönelik çaba sarfedilmeli ve komplikasyonlar ortaya çıkmadığı sürece cerrahi tedaviden mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Micklefield GH, Kuntz HD, May B. Pneumatosis cystoides intestinalis: case reports and review of the literature. *Mater Med Pol* 1990; 22(2):70-2.
- Morson Basil C. *Systemic Pathology*. Vol. 3. Alimentary Tract. Churchill Livingstone 1987:275-6, 388-9.
- Talbot IC, Price AB. *Biopsy Pathology in Colorectal Disease*. Chapman and Hall 1987:352-4.
- Kissane JM. *Anderson's Pathology*. Vol. 2. The CV Mosby Company 1985:1057-58.
- McCollister DL, Hammermann HJ. Air, air, averywhere: Pneumatosis cystoides coli after colonoscopy. *Gastrointest-Endosc* 1990; 36(1):75-6.
- Sachse RE, Burke GW. Benign Pneumatosis intestinalis with subcutaneous emphysema in a liver transplant recipient. *Am J Gastroenterol* 1990; 85(7):876-9.
- Sequeira W. Pneumatosis cystoides intestinalis in systemic sclerosis and other diseases. *Semin Arthritis Rheum* 1990; 19(5):269-77.
- Chippindale AJ, Desai S. Two unusual cases of pneumatosis cystoides. *Clin Radiol* 1991; 43(3):180-2.
- Rosai Juan. *Ackerman's Surgical Pathology*. Vol 1. The CV Mosby Company 1989:590-1.
- Capitiano MA, Greenberg SB. Pneumatosis intestinalis in two infants with rotavirus gastroenteritis. *Pediatr Radiol* 1991;21(5):361-2.
- London NJ, Bailey RG, Wall AW. Spontaneous benign pneumoperitoneum complicatin scleroderma in the absence of pneumatosis cystoides intestinalis. *Postgrad Med J* 1990; 66(771):61-2.
- Schwartz SI, Shires GTom, Spencer Frank C. *Principles of Surgery*. Vol. 1. McGraw-Hill Book Company 1988:1215.
- Pun YL, Russell DM, Taggart GJ. Pneumatosis intestinalis and pneumoperitoneum complicatign mixed connective tissue diseases. *Br J Rheumatol* 1991; 30(2):146-9.
- Tjon A, Tham RT, Vlasveld LT. Gastrointestinal complications of cytosine-arabioside chemotherapy: findings on plain abdominal radiographs. *AJR Am J Roentgenol* 1990; 154<1>:95-8.
- KnechileSJ, Davidoff AM. Pneumatosis intestinalis, surgical management and clinical outcome. *Ann Surg* 1990; 212(2):160-5.
- SivitCJ, Josephs SH, Taylor GA. Pneumatosis intestinalis in children with AIDS. *AJR Am Jour-Roentgenol* 1990; 155(1):133-4.
- Spigelman AD, Williams CB, Visell JK. Pneumatosis coli: a source of diagnostic confusion. *Br J Surg* 1990; 77(2):155.
- Johansson K, Kindstrom E. Treatment of obstructive pneumatosis coli with endoscopic sclerotherapy: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(1):94-6.