

PNEUMATOSIS CYSTOIDES INTESTINALIS (KARIN DUVARI İÇ YÜZEYİNE YAYILIM GÖSTEREN BİR OLGU)

Suna ERKİLİÇ (*), Coşkun ÖZSARAÇ (**), Ahmet ERKİLİÇ (***)

ÖZET: Pneumatosis Cystoides Intestinalis (PCI), özellikle jejunum, ileum ve kolon olmak üzere gastrointestinal kanalda, çok sayıda içi gazla dolu, submukozal veya subserozal kistlerle kendini gösteren ender bir durumdur. Gaz kistleri tek olabilir veya genellikle olduğu gibi üzüm salkımı şeklinde multipl yapılar oluştururlar. Gelişim mekanizmaları bilinmemekle birlikte olguların % 85'inde diğer bir gastrointestinal kanal lezyonuyla birlikte bulunmaktadır. Bizim olgumuzda, eski bir penetre duodenal peptik ülserle bağlı pilor stenozu vardı. Tüm proksimal jejunum ve mezenterisi salkım şeklinde gaz kistleri içeren tümöre benzer yapılar içermekteydi. Bunlara ek olarak, aynı salkım yapıları karın duvarı iç yüzeyinde de yer almaktaydı. Biz bu ilginç pneumatosis cystoides intestinalis (PCI) olgusunu literatürün ışığında inceledik.

ANAHTAR KELİMELER: Pneumatosis Cystoides, Gastro İntestinal Sistem.

SUMMARY: Pneumatosis Cystoides Intestinalis (PCI) is a rare condition manifested by numerous submucosal or subserosal gas filled cysts of the gastrointestinal tract, especially the jejunum, ileum and colon. The gas cysts may be single, but they occur usually as multiple clusters. The mechanism of their development is not known, but in 85 per cent of cases, the gas cysts are associated with other lesions of the gastrointestinal tract. In our case, there was a pyloric obstruction due to an old penetrated duodenal peptic ulcer. All the proximal jejunum and its mesentery had been contained multiple tumor like gas cysts as clusters. In addition to these, same clusters were located to inner surface of the abdominal wall. We studied this interesting case of the pneumatosis cystoides intestinalis (PCI) in the light of the literature.

KEY WORDS: Pneumatosis Cystoides, Gastro Intestinal System.

GİRİŞ

PCI, gastrointestinal kanalda özellikle jejunum, ileum ve daha az olarak da kolon ve intestinal mezenteride, içi gazla dolu kistler şeklinde kendini gösterir. Ender görülen bu durum ilk kez 1730'da Du Verno tarafından tanımlanmıştır (1,2). Daha sonraları, bu durumun başlıbaşına bir hastalık olmadığı, çoğunlukla diğer çeşitli gastrointestinal kanal hastalıklarında saptanan bir patoloji olduğu belirtilmiştir (3,4,5,6). Gerçekten % 85 oranında diğer bir gastrointestinal patoloji ile birlikte bulunmaktadır. Günümüze kadar binin üzerinde olgu yayınlanmıştır. Ancak literatür araştırmasında karın duvarı iç yüzeyine yayılım gösteren bir olguya rastlamadık. Bu özelliği nedeniyle olgumuzu yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU

H.Ö. 38 yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve sürekli kusma nedeniyle Nizip Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'ne başvurdu. 14 yıllık duodenal peptik ülser yakınması olan hastanın fizik muayenesinde, hasta bitkin ve dehidrate bulundu. Karında orta derecede distansiyon vardı ve klapotaj alınmaktaydı. Üç günlük nazogastrik aspirasyon ve i.v. sıvı-elektrolit tedavisinden sonra operasyona alındı. Üst-orta hat insizyonu ile abdomene girildiğinde, periton açıldığında karın içi serbest havanın varlığı dikkati çekti. Eksplozasyonda, tüm proksimal jejunum ve mezenterisi ve karın duvarının iç yüzeyinin salkımlar şeklinde çok sayıda gaz kistleri tarafından kaplandığı görüldü.

Duodenumda eski penetre bir ülserle bağlı ileri derecede yapışıklıklar, pilorda tüm obstrüksiyon ve oldukça dilate bir mide gözlemlendi. Jejunum ansları ve karın duvarı yüzeyinden sarkan üzüm salkımı şeklindeki gaz kisti kümelerinden ayrı ayrı biyopsi alındı (Resim 1). Hastaya bilateral trunkal vagotomi ve kısmen sağlam bir bölgeden gastrojejunostomi uygulandı. Kistlerin bir kısmı operasyon bitmeden kayboldu.

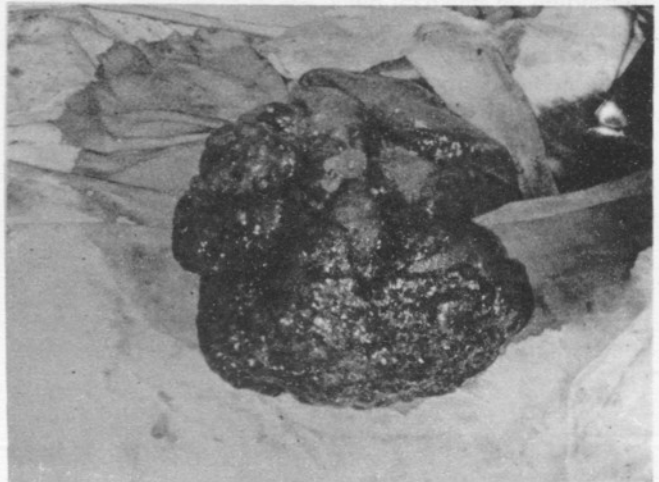
Postoperatif yedinci gün hasta yakınmasız olarak taburcu edildi.

Spesmenlerin mikroskopik incelenmesinde, her iki yerden alınan örneklerin aynı yapıyı gösterdiği saptandı. Kesitlerde, gevşek fibrolipomatöz doku stroması içerisinde, iç yüzü yassılaştırmış epitelle döşeli kistik yapılar, çevresinde yaygın mononükleer hücre infiltrasyonu ile yer yer reaksiyoner multinükleer dev hücre formasyonlarına rastlandı (Resim 2 ve 3).

TARTIŞMA

PCI ve etyo-patogenezi tanımlandığından bu yana tartışılmakla birlikte tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Mekanik, bakteriyel, immünolojik ve neoplastik birçok neden ileri sürülse de (3,7,8,9,11,13,17), en çok taraftar bulan mekanik olanıdır (1,2,11). Gerçekten PCI % 85 oranında diğer bir gastrointestinal patoloji ile birlikte bulunmaktadır (3,12).

Bunlar sırasıyla sayılacak olursa, ilk sırayı gastro-duodenal peptik ülser almaktadır. Daha sonra çeşitli neden-

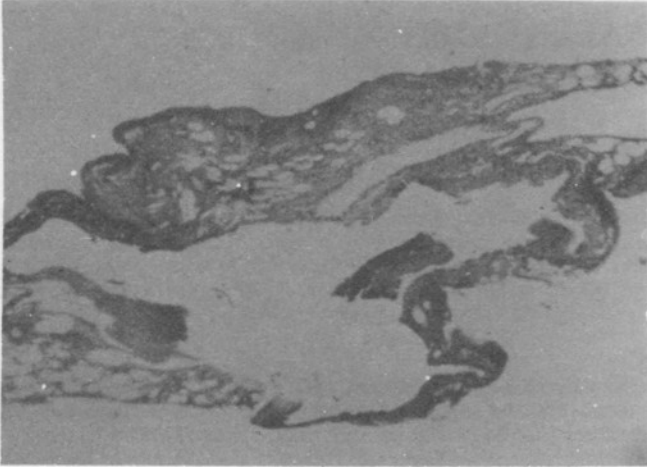


Resim 1: Operasyon sırasında jejunum anslarındaki gaz kistlerinin makroskopik görünümü.

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D. As. Dr.

** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D. Yrd. Doç. Dr.

*** Nizip Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü Uz. Dr.



Resim 2: Subserozal, yassılaştırmış epitelle döşeli gaz kistleri ve çevresindeki mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu (H.E. x 40).

lere bağlı intestinal obstrüksiyonlar gelmektedir. Bunu barsak anastomozları, mezenterik vasküler obstrüksiyonlar, akut nekrotizan enterokolit, kronik inflamatuvar barsak hastalıkları (Crohn, ülseratif kolit ve Tbc), kollajen hastalıkları (özellikle skleroderma), perforatör divertikülit, abdominal travma, koroziv madde içilmesi, barsak parazitleri, intestinal lenfosarkom ve barsağın cerrahi girişimleri izlemektedir (3,5,12). Bu patolojilerin ortak yönü, ya intralümenal basınç artımı ya da intestinal mukozal bütünlüğün bozulması veya her ikisinin de bir arada bulunmasıdır. Ancak olguların % 15'inde hiçbir gastrointestinal patoloji bulunmamaktadır. Bu nedenle olayın pulmoner orijinli olabileceği ileri sürülmüştür. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda görülmesi bunu destekler gibi görünmesine karın pek inandırıcı bulunamamaktadır (3).

Kendi olgumuzda da ileri derecede komplike bir duodenal peptik ülser ve buna bağlı tam pılör obstrüksiyonu vardı. Kistler, tüm proksimal jejunum anslarını, mezosunu ve karın duvarının iç yüzünü tamamen salkımlar halinde kaplamıştı. Olayın bu derece yaygın oluşu patolojinin uzun süreli ve şiddetli olduğunun bir göstergesidir.

Mekanik görüşe göre, kistler içindeki gazın kaynağı barsak içindeki gazdır. Lümen içinde herhangi bir nedenle basınç artımı ve mukozal devamlılığın bozulması nedeniyle, gaz lenfatik kanallara itilmekte olayın süre ve şiddetine bağlı olarak, önce submukozal sonra subserozal yayılım göstermekte ve görünen gaz kistlerinin oluşumuna neden olmaktadır. Patolojinin devam etmesi sonucu, intestinal mezenter ve hatta olgumuzda olduğu gibi karın duvarı iç yüzünde subperitoneal yayılım söz konusu olmaktadır.

Kistlerin içindeki gazın incelenmesi sonucu yüksek oranda azot gazının bulunması ve kompozisyonunun luminal gaza benzemesi, mekanik görüşü desteklemektedir (15). Ayrıca kistler sterilidir (4,6).

Bakteriyel orijinli olabilecek gazlara ve mikroorganizmalara rastlanmamıştır (15). Kistler yüzeyel yayılım gösterirken bazıları patlamakta ve serbest peritoneal gaza neden



Resim 3: Kist çevresindeki reaksiyoner multinükleer dev hücre formasyonları (H.E. x 100).

olmaktadır. Kendi olgumuzda bunu gözledik. Karın duvarına yayılım göstermesi nedeniyle ilginç olan olgumuz, bu görünümüyle mekanik teoriyi desteklemektedir (3,4,6,7,8,10,14,16). Karın duvarı tutulumunu patolojik sürecin ileri bir seviyesi olarak görmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Andrede V.H.: Intestinal pneumatosis: Presentation of five cases. Am. J. Proct. 19: 39, 1968.
2. Cutler D., Maldonado P., Garcia-Luna J.: Pneumatosis cystoides intestinalis: Report of 22 cases, Am. J. Proct., 20: 261, 1969.
3. Finelli D.S., McClary R., Carda RADJ.: Pneumatosis cystoides intestinalis: Report of two cases and review of the literature. Military Medicine, 152 (11): 574, 1987.
4. Glandiuk S., Fazio V.W.: Pneumatosis cystoides intestinalis. A review of the literature. Dis. Colon Rectum. 29 (5): 358, 1986.
5. Glandiuk S., Fazio V.W.: Pneumatosis cystoides intestinalis in Crohn disease. Dis. Colon Rectum. 28 (12): 951, 1985.
6. Kissane J.M., Anderson W.A.D.: Anderson's Pathology, Volume II, Eighth Ed., The C.V. Mosby Company, p.1057-58, 1985.
7. Longo W.E., Balantyne G.H.: Pneumatosis cystoides intestinalis: Presentation as an acute abdomen. J. Clin. Gastroenterology. 9 (5): 571, 1987.
8. Morson B.C.: Gastrointestinal Pathology. IMP Dawson. Blackwell Scientific Publication, Second Ed., p.435-6, 1979.
9. Mueller C.F., Morehead R., Alter A.J.: Pneumatosis intestinalis in collagen disorders, Radiology, 115: 300, 1972.
10. Pahlman L., Enander L.K.: Pneumatosis cystoides intestinalis in young patients. Acta Chir. Scand., 154: 547, 1988.
11. Reyna R., Soper R.T., Condon R.E.: Pneumatosis intestinalis: Report of twelve cases. Am. J. Surg., 125: 667, 1973.
12. Rosai J.: Ackerman's Surgical Pathology, Vol. I, Seventh Ed., The C.V. Mosby Company, p.590-1, 1989.
13. Smith P.H., Walter L.H.: Pneumatosis intestinalis, Am.J.Path., 48: 455, 1967.
14. Soutter D.I., Halschi G.B.: Pneumatosis cystoides intestinalis simulating malignant colonic obstruction. Can. J. Surg., 28 (3): 272, 1985.
15. Sutton D.N., Poskitt K.R.: Pneumatosis cystoides intestinalis, Anaesthesia, 39: 776, 1984.
16. Sweriduk S.T., Deluca S.A.: Pneumatosis cystoides intestinalis, Am. Fam. Physician, 32 (4): 113, 1985.
17. Yale C.E., Balish E., Wu J.P.: The bacterial etiology of pneumatosis cystoides intestinalis. Arch. Surg., 109: 89, 1974.