





## OLGU SUNUMU

# Nadir bir akut batın nedeni: Mezenterik pannikülit

Murat KARTAL<sup>1</sup>  , Tolga KALAYCI<sup>1</sup>  

<sup>1</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum.

### ÖZET

Mezenterik pannikülit primer olarak ince barsak mezenterini, nadir olarak da mezokolonu ve omentumu tutan akut veya subakut seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda, akut karın ağrısı nedeniyle kliniğimize başvuran ve laparotomide mezenterik pannikülit tanısı konulan hastamızın tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır. Altmış iki yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma nedeniyle başvurdu. Muayenede akut batın hali olan fakat görüntülemelerde ince barsak tipi ileus dışında patoloji olmayan hasta medikal tedavi için yatırıldı. Medikal tedaviye rağmen batın muayenesi rahatlamayan hastaya tanısal laparotomi yapıldı. Laparotomide ince barsaklarda ödem ve ince barsak mezenterinde barsak duvarına yakın alanda multipl inflamatuvar alanlar (pannikülit ile uyumlu) mevcuttu. Ameliyat sonrası serviste takip edilen ve takiplerinde sorun olmayan hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi.

**Anahtar kelimeler:** ileum, laparotomi, pannikülit

### ABSTRACT

#### A rare cause of acute abdomen: Mesenteric panniculitis

Mesenteric panniculitis is an acute or subacute inflammatory disease that primarily involves the small intestine mesentery, rarely the mesocolon and omentum. In this case report, it is aimed to present the diagnosis and treatment process of our patient who applied to our clinic with acute abdominal pain and was diagnosed with mesenteric panniculitis at laparotomy. A 62-year-old female patient presented with abdominal pain, nausea and vomiting that started two days ago. The patient, who had acute abdomen on examination but had no pathology other than small bowel type ileus, was hospitalized for medical treatment. Diagnostic laparotomy was performed to the patient whose abdominal examination did not improve despite medical treatment. At laparotomy, there were edema in the small intestine and multiple inflammatory areas (consistent with panniculitis) in the small intestine mesentery close to the intestinal wall. The patient, who was followed in the service at postoperative period and had no problems in the follow-up, was discharged on the 3rd postoperative day.

**Keywords:** ileum, laparotomy, panniculitis

## GİRİŞ

Mezenterik pannikülit (MP) primer olarak ince barsak mezenterini, nadir olarak da mezokolonu ve omentumu tutan akut veya subakut seyreden inflamatuvar bir hastalıktır [1]. Hastalığın etiolojisi tam olarak bilinmemekle beraber; geçirilmiş abdominal cerrahi, mezenterik iskemi, obezite, travma ve abdominal inflamatuvar hastalık gibi durumlarla birlikte görülme sıklığı artmaktadır [2].

Mezenterik pannikülit çoğu zaman asemptomatik seyretmektedir. Diğer yandan karın ağrısı, kabızlık, ishal gibi semptomlar da başlangıç semptomu olabilmektedir. Bazen de karın içinde bir kitle ve acil cerrahi gerektiren barsak tıkanıklığı veya barsak iskemisi de başlangıç klinik tablosu olabilmektedir [3].

Mezenterik pannikülit başlıca iki klinik tablo ile kendini göstermektedir: Yağ dejenerasyonu, nekroz ve inflamasyon içeren klasik tip pannikülit ile mezenterde retraksiyona ve fibroze neden olan retraktil pannikülit [4]. Hastalığın tanısı esas olarak bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile konulmaktadır. Akut batın ile seyreden ve görüntüleme yöntemleri ile tanı konulamayan olgularda diagnostik laparotomi/laparotomi de tanıda yardımcıdır [5].

Bu olgu sunumunda, akut karın ağrısı nedeniyle kliniğimize başvuran ve laparotomide mezenterik pannikülit tanısı konulan hastamızın tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Altmış iki yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan karın ağrısı nedeniyle Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne başvurdu. Hasta karın ağrısının giderek şiddetlendiğini ve iki defa kusmasının olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus ve hipertansiyon mevcut olup, geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Hastanın vital bulguları şöyle idi: Arteriyel tansiyon 125/78 mmHg, nabız:82 atım/dk, saturasyon %94 (oda havasında), solunum sayısı: 17/dk ve ateş: 37.8°C.

**Atf için:** Kartal M, Kalaycı T. Nadir bir akut batın nedeni: Mezenterik pannikülit. Troia Med J 2022;3(2):64-66. DOI: 10.55665/troiamedj.1060934

**Sorumlu yazar:** Murat KARTAL

**Adres:** Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum. **E-posta:** m.kartal2587@gmail.com. **Telefon:** +905071919609

**Geliş tarihi:** 20.01.2022, **Kabul tarihi:** 16.03.2022



Bu eser Creative Commons Atıf-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
© Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi 2022

Abdominal muayenede batında yaygın hassasiyet, defans, rebound ve distansiyon mevcuttu. Barsak sesleri hipoaktif olarak dinlendi. Rektal tuşe normal gayta bulaşı mevcuttu. Hastanın laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı ( $14.200 \text{ mm}^3/\text{L}$ ) ve C-reaktif protein ( $25 \text{ mg/dL}$ ) yüksekliği dışında özellik yoktu. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde ince barsak tipi hava sıvı seviyesi mevcuttu. Kontrastlı abdominal BT’de ince barsak anslarının dilate olduğu ancak bu dilatasyonu açıklayacak belirgin patoloji olmadığı görüldü. Hastanın muayenesinin akut batın ile uyumlu olması üzerine, hasta cerrahi servisine yatırıldı.

Hastanın oral beslenmesi durduruldu, intravenöz hidrasyon ve profilaktik antibiyoterapi (günde 3 kez metronidazol 500 mg ve günde 2 kez ikinci kuşak seftriakson 1 gr) başlandı. Medikal tedaviye rağmen hastanın batın muayenesinin rahatlamaması üzerine hastaya tanısal laparotomi planlanarak hasta acil ameliyata alındı. Göbek üstü orta hat kesisi ile batına girildi. Eksplorasyonda, ince barsaklarda ödem mevcut olup; barsak lümeninde tıkanmaya neden olacak belirgin bir patoloji yoktu. İnce barsak mezenterinde barsak duvarına yakın alanda multipl inflamatuvar alanlar (pannikülit ile uyumlu) mevcuttu (Şekil 1). Eksplorasyon devamında karın içi başka patolojik bulgu saptanmadı ve ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası serviste takip edilen ve takiplerinde sorun olmayan hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi.

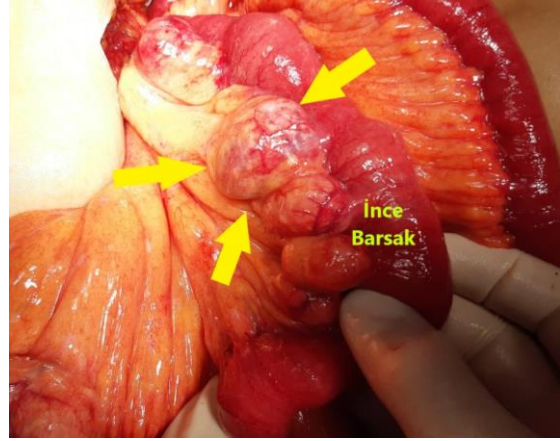
## TARTIŞMA

Mezenterik pannikülit ilk olarak 1994 yılında Juraz tarafından tanımlanan nadir bir hastalıktır. İntestinal mezenterin spesifik olmayan inflamasyonu ile karakterizedir. Hastalık erkeklerde 2-3 kat daha fazla görülme eğilimindedir. Çocuklarda mezenterik doku yetişkinlere kıyasla daha az olduğundan yaş ilerledikçe insidans artmaktadır [6].

Mezenterik pannikülit patogenezinde çeşitli etiyolojik faktörler tanımlanmış olmasına rağmen; kesin etiyoloji tam olarak bilinmemektedir. Emory ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, MP tanısı alan hastaların %84’ünde abdominal travma veya cerrahi öyküsü olduğu bildirilmiştir [7]. Bunun yanında mezenterik tromboz, ilaçlar, termal veya kimyasal yaralanmalar, vaskülitler, otoimmün hastalıklar, pankreatit, safra kaçağı, bakteriyel enfeksiyonlar ve sigara kullanımını etiyolojik faktörler arasındadır [8].

Mezenterik pannikülitin klinik spektrumu, birkaç gün ile yıllar arasında değişebilen geniş bir spektrumdadır. Vakaların çoğu asemptomatik seyretmekte olup, tesadüfen tanı konulmaktadır. Bunun dışında başlangıç semptomu olarak kilo kaybı, karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal gibi semptomlar da görülebilmektedir. Karın ağrıları kronik olabileceği gibi akut şekilde de görülebilmektedir [9].

Hastalığın tanısında laboratuvar testleri genellikle normal aralıktadır. Bazı hastalarda lökositoz, anemi ve eritrosit sedimentasyon hızında artış bildirilmiştir [10]. Birçok olgu sunumunda MP’li hastaların çoğunun ameliyattan önce doğru teşhis edilemeyeceği bildiril-



Şekil 1. İntraoperatif bakıda barsak duvarına yakın mezenterik dokuda pannikülit hali görülmekte (sarı ok ile gösterilmekte).

miştir [11, 12]. Yüksek çözünürlüklü BT veya MRG gibi görüntüleme teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte, mezenterik panniküliti, karsinomatozis, karsinoid tümör, lenfoma, desmoid tümör ve mezenterik ödem gibi benzer görüntüleme özelliklerine sahip diğer mezenterik hastalıklardan ayırt etmek mümkün olmaktadır [13]. Mezenterik pannikülit vakalarında genellikle büyük yağ komponenti ve araya giren lineer bantlar ile yumuşak doku yoğunluğuna sahip heterojen bir kitle görülebilmektedir. Mezenterik pannikülit barsağın dışında olduğu için kolonoskopi genellikle tanı koydurucu değildir. Mitotik figürler olmaksızın inflamatuvar hücre popülasyonlarını ortaya çıkaran parasentez de tanıya yardımcı olabilmektedir. Bizim olgumuzda laboratuvar testlerinde lökositoz ve c-reaktif protein yüksekliği dışında bulgu olmayıp; çekilen kontrastlı abdominal BT’de ileal anslarda dilatasyon dışında mezenterde belirgin bir patoloji görülmedi. Hastanın akut batın halinin devamı üzerine hastaya laparotomi ile tanı konuldu.

Mezenterik pannikülit eşlik eden bir hastalık yoksa çoğu durumda müdahale gerektirmez. Bazı hastalarda uzun süreli ağrı nedeniyle antibiyoterapi, steroid, kolşisin, radyoterapi ve ameliyatı içeren vaka bazlı tedavi seçenekleri de mevcuttur [14]. Medikal tedavi başarısız olursa veya barsak tıkanıklığı veya perforasyon gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonların varlığında cerrahi tedavi endikedir [15]. Prognozu genellikle iyi olup MP’te nüks nadiren görülmektedir. Bizim vakamızda hastanın geçirilmiş cerrahi veya travma öyküsü yoktu. Hastamız akut karın bulgularıyla hastaneye başvurdu ve medikal tedaviye cevap alınmadığından cerrahi planlandı.

Mezenterik pannikülitin kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konulmakla beraber; patolojik incelemede spesifik olmayan bir inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozis görülmektedir. İncelenen dokunun bol miktarda makrofaj, lenfosit ve plazma hücreleri tarafından infiltre edildiği görülür [16,17]. Bulgular mezenterik pannikülit için spesifik olmasa da tanı konulması için

yardımcıdır. Olgumuzda, öz eleştiri olarak ve intraoperatif patolojik görünümlere dayanılarak, biyopsi alınmasına gerek duyulmamıştır.

Sonuç olarak, mezenterik pannikülit izole veya diğer hastalıklarla birlikte ortaya çıkabilen nadir bir hastalıktır. Bu benign inflamatuvar hastalığın teşhisi genellikle zor olup; standart bir tedavi seçeneği yoktur. Akut batın ile seyretmeyen olgularda anti-inflama-

tuvar veya immünsüpresif ilaçlar bir seçenek iken; mekanik barsak obstrüksiyonu veya barsak iskemisi durumlarında cerrahi tedavi önerilmektedir.

**Çıkar çatışması:** Yok

**Finansal destek:** Yok

## KAYNAKLAR

1. Coşkun BDÖ, Sevinç E, Kalan U, Altınkaya E, Tekiş D, Koç A. Nadir bir karın ağrısı nedeni: Mezenterik pannikülit. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2016;15(1):28-30.
2. Hussein MRA, Abdelwahed SR. Mesenteric panniculitis: An update. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology 2015;9(1):67-78.
3. Van Lingen CP, Zeebregts CJ, Gerritsen JJ, Klaase JM, Van Baarlen J. Mesenteric panniculitis presenting as colitis. ANZ Journal of Surgery 2004;74(3):176.
4. Ekuke EO, Diallo FD, Benjelloun EB, Benajah D-A. Mesenteric panniculitis: Case report. Journal of Surgery and Medicine 2018;2(3):350-2.
5. van Breda Vriesman A, Schuttevaer H, Coerkamp E, Puylaert J. Mesenteric panniculitis: US and CT features. European Radiology 2004;14(12):2242-8.
6. Delgado Plasencia L, Rodríguez Ballester L, López-Tomassetti Fernández E, Hernández Morales A, Carrillo Pallarés A, Hernández Siverio N. Panniculitis mesentérica: Experiencia en nuestro centro. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2007;99(5):291-7.
7. Gögebakan Ö, Osterhoff MA, Albrecht T. Mesenteric panniculitis (MP): A frequent coincidental CT finding of debatable clinical significance. Rofo 2018;190(11):1044-52.
8. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: Prevalence and associated diseases. AJR Am J Roentgenol 2000;174(2):427-31.
9. Marsaudon E, Berthy J, Gautreault A, Mamoune S, Boucekkine R. Acute abdominal pain. Rev Med Interne 2018;39(10):827-8.
10. Castro YM, Ramón RD, Baró DL. Panniculitis mesentérica. Revista Cubana de Medicina 2021;60(4).
11. Grieser C, Denecke T, Langrehr J, Hamm B, Hänninen EL. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of upper abdominal pain and digestive disorders. Acta Radiol 2008;49(7):744-6.
12. Küpeli A, Göktepe M. Mesenteric panniculitis. Arch Basic Clin Res 2019;1(1):41-2.
13. Buragina G, Biasina AM, Carrafiello G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: A critical overview. Acta Bio Medica: Atenei Parmensis 2019;90(4):411.
14. Miyake H, Sano T, Kamiya J, et al. Successful steroid therapy for postoperative mesenteric panniculitis. Surgery 2003;133(1):118-9.
15. Rudraiah H, Kalke SV, Desai A. A rare case report of sclerosing mesenteritis presenting as a huge abdominal mass. Journal of Advanced Clinical and Research Insights 2018;5(5):170-2.
16. Sağnak Z, Ersöz Ş, Mungan S, Alhan E. Tümör benzeri kitle oluşturan mezenterik pannikülit: Olgu sunumu. Fırat Tıp Dergisi 2017;22(1):55-58.
17. Başol N. Mesenteric panniculitis. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 4:1-7.