

Mezenterik pannikülit

Gürkan Ege, Haluk Akman, Gökhan Çakıroğlu

G. Ege (E), H. Akman
İstanbul International Hospital, Radyoloji Departmanı

G. Çakıroğlu
İstanbul International Hospital, Patoloji Departmanı

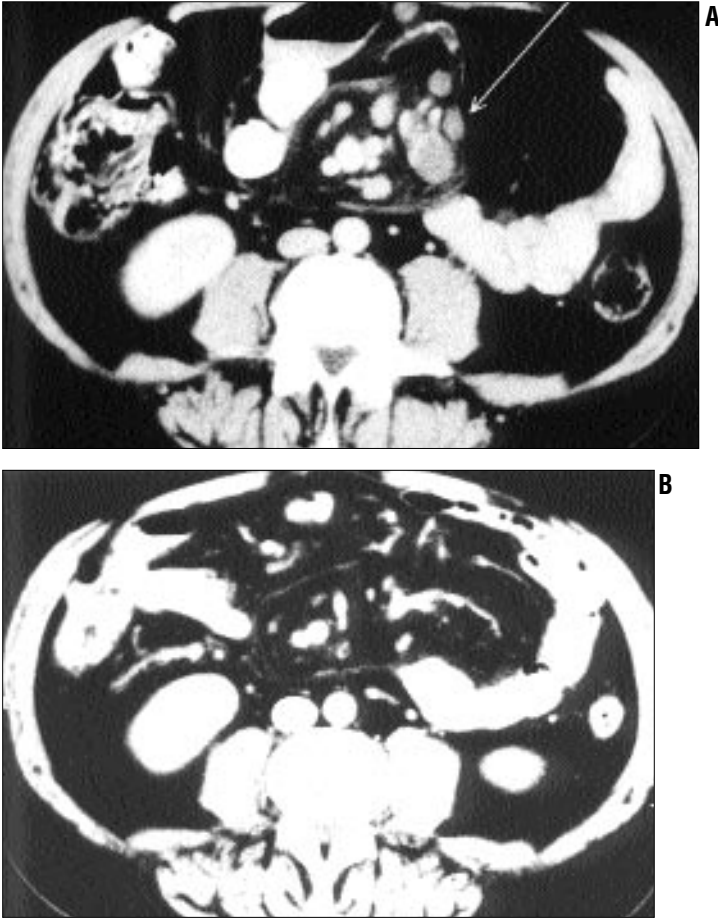
Mezenterik pannikülit; mezenter yağ dokusunun kronik non-spesifik inflamasyonu ile karakterize ender bir hastalıktır. Kesin etyolojisi belli değildir. İnfeksiyon, travma, iskemi, malignite ve vaskülit gibi faktörler etken olabilir.

Bu çalışmamızda, mezenterik pannikülit tanılı iki olgumuzu klinik ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ile sunmayı amaçladık. Olgularımızdan birinde etken biyopsi sonrası abdominal tüberküloz lenfadenit olarak tespit edildi. Bulabildiğimiz kadarıyla, literatürde daha önce tüberkülozla ilişkili mezenterik pannikülit olgusu yayınlanmamıştı. Diğer olgumuzda ise etken non-Hodgkin lenfoma olarak saptandı. Ayrıca her iki olgumuzda da ilginç şekilde duodenumda non-spesifik enterit ile uyumlu bulgular izlendi.

Olgu bildirisi

Olgu 1

49 yaşındaki erkek olgumuz ara sıra gelen karın ağrıları, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Zaman zaman ateş yükselmesi ve terleme dönemleri mevcuttu. Fiziksel muayenesinde batın orta kısmında hafifçe hassas, şüpheli kitle ele gelmekteydi. Laboratuvar bulguları mikrositik anemi dışında normaldi. Daha sonra olguya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı ve biyopsiler alındı. Anterumda konjesyon ve erozyon izlendi. Duodenumda villöz atrofi, belirgin plazma hücre infiltrasyonu ve hafif lökosit infiltrasyonu saptandı. Bu bulgular non-spesifik enteropati olarak değerlendirildi. Sonra olgumuza oral ve intravenöz kontrast maddeli rutin batın BT (Siemens Somatom Plus 4) uygulandı. Tomografi tetkikinde mezenter yağ dokusundan kaynaklanan ve süperior mezenterik damarları içeren, değişik boyutlardaki lenf nodüllerinin eşlik ettiği kitlemsi lezyon görüldü. Mezenter yağ dokusunun yoğunluğu inflamasyon nedeniyle belirgin olarak artmıştı ve etrafı hiperdens bir kılıfla çevrilmişti (Resim 1A). BT bulguları mezenterik pannikülit ile uyumlu bulundu. Olguya daha sonra laparotomi yapıldı. Mezenter yağ dokusu ve lenf nodları rezeke edildi. Histolojik incelemede, mezenter dokuda lipid-yüklü makrofajlar ile lenf nodüllerinde reaktif, selim ve hiperplastik karakterde kazeöz nekroz tespit edildi. Tanı tüberküloz lenfadenit olarak kondu. Mezenter dokuda ise dev hücreler, kazeöz nekroz ve basil saptanmadı. Bu nedenle sekonder tüberküloz mezenterit ekarte edildi. Dokuz aylık spesifik tedavi sonrası kontrol BT uygulandı. Mezenter yağ dokusunun yoğunlu-



Resim 1. 49 yaşındaki olgumuzda (Olgu 1), mezenter yağ dokusundan kaynaklanan, mezenter damarlar ile eşlik eden lenf nodüllerini saran, etrafında ince hiperdens kılıf bulunduğu, inflamasyon ile uyumlu artmış yoğunluğun oluşturduğu kitlemsi lezyon izlenmekteydi (A). Dokuz aylık spesifik tedavi sonrası yapılan kontrol BT incelemesinde mezenter yağ dokusunda rezidüel çok hafif yoğunluk ile güçlükle seçilebilen kılıf mevcuttu. Ancak lenf nodülleri tamamen kaybolmuştu (B).

ğu belirgin olarak azalmıştı, ancak etrafındaki ince, hafif hiperdens kılıf seçilebiliyordu. Lenf nodülleri ise kaybolmuştu (Resim 1B).

Olgu 2

48 yaşındaki erkek olgumuzun zaman zaman olan ishal atakları, karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri mevcuttu. Son zamanlarda yüksek ateş ve gece terlemeleri ortaya çıkmıştı. Fiziksel muayenede batın orta alanda hassasiyet bulundu. Laboratuvar bulguları; makrositik anemi, lökositlerde hafif yükselme ve kronik hepatoselüler hastalık nedeniyle hepatik enzimlerde yükseklik şeklindeydi. Olgumuz tanı amacıyla rutin batın BT tetkikine alındı. BT'de mezenter yağ dokusundan kaynaklanan, süperior mezenter damarları ve birkaç lenf nodülünü de içeren kitlemsi lezyon izlendi. Lezyon

etrafındaki hiperdens kılıf nedeniyle iyi sınırlıydı ve komşuluğunda az miktarda sıvı mevcuttu (Resim 2). Lezyon içindeki yağ dokusunun yoğunluğu retroperitoneal alandaki yağdan oldukça fazlaydı. Olgunun BT bulguları mezenter pannikülit ile uyumlu bulundu. Olgumuz laparotomi önerisini kabul etmedi. Daha sonra olgumuza başka bir merkezde laparotomi uygulandığını ve patolojik tanının non-Hodgkin lenfoma olduğunu öğrendik. Olgumuzun yakın geçmişinde üst gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanmıştı ve olgumuza gastroduodenit ile non-spesifik enteropati teşhisi konmuştu.

Tartışma

Literatürde günümüze kadar yaklaşık 200 mezenterik pannikülit-fibrozis

olgusu değişik isimler altında rapor edilmiştir. Bunlar arasında; retraktil mezenterit, mezenterik pannikülit, liposklerotik mezenterit, mezenterin izole lipodistrofisi, mezenterik lipomatozis, mezenterin lipogranülomu, Weber-Christian hastalığının mezenterik manifestasyonları ve sklerozan mezenterit sayılabilir (1-4). Kesin tanı için üç major patolojik özellikten biri gereklidir: fibrozis, kronik inflamasyon veya yağlı infiltrasyon. Olguların çoğunda üç komponent de, değişik oranlarda bir arada bulunabilir. Mata ve arkadaşları hastalığın dönemine bağlı olarak, hangi komponent dominant ise BT bulgularının değiştiğini bildirmişlerdir (5). Eğer dominant patolojik komponent inflamasyon ve yağlı infiltrasyon ise hastalık mezenterik pannikülit olarak tanımlanır (6). Fibrozisin dominant olduğu olgularda ise tanı genellikle retraktil mezenterit (4). Mezenterik pannikülitin diğer bir tanımı ise; yağ dokusunun kronik inflamasyonu sonucu oluşan selim kitlemsi lezyon olarak ifade edilebilir (7).

Hastalığın spesifik etyolojisi belli değildir. Bilinmeyen etkenlere otoimmün yanıt ve mezenter iskemisi patojen mekanizmalar olarak önerilmiştir (8,9). Mezenterik pannikülit ile malignansi arasındaki ilişki, özellikle lenfoma, literatürde bildirilmiştir (2,3,10, 11). Malignansi ile mezenterik pannikülit ilişkisindeki patojenik mekanizma bilinmemektedir. Kipfer ve arkadaşları mezenterik pannikülitin altta yatan abdominal malignansiye non-spesifik bir yanıt olduğunu vurgulamışlardır (3). Fakat başka bir çalışmada ise sonuçlar bu öneriyi desteklemektedir (1). Çünkü onlar mezenterik pannikülit ve malignansili olguların %55.8'inde (n:19) hastalığı ekstra-abdominal kaynaklı bulmuşlardır.

Hastalık genellikle asemptomatiktir. Semptomlar başladığında bulgular abdominal ağrı, hassasiyet ile birlikte ateş, kilo kaybı ve bağırsak rahatsızlıkları şeklinde ortaya çıkabilir. Semptomlar intermitan veya progresif olabilir. Laboratuvar bulgularında özellik yoktur. Kitlemsi lezyonun komplet rezeksiyonu genellikle im-



Resim 2. 48 yaşındaki diğer olgumuzda (Olgu 2), yoğunluğu oldukça artmış mezenter yağ dokusu ile etrafını saran, ince hiperdens kılıf izlenmekteydi (A). Mezenterik damarlara eşlik eden lenf nodüllerine ilaveten kitlesiz lezyonun komşuluğunda çok az miktarda sıvı dikkati çekmekteydi (B).

kansızdır ve olgular genellikle fayda görmez.

Mezenterik pannikülitin görülme sıklığı konusunda literatürde kesin bilgi bulunamamıştır. Daskalogiannaki ve arkadaşları çalışmalarında %0.6 oranını bulmuşlardır (1). Olgularının %65.3'ü kadındı. Bu oran daha önce 68 olguyu içeren başka bir çalışmadaki erkek/kadın =1.8 oranıyla uyumlu değildi (12). Literatürde bildirilen ortalama yaş ise 60-65 arasındaydı (1,3,12).

Son yıllarda mezenterik pannikülitin BT bulgularının oldukça tanı koydurucu olduğu bildirilmektedir. Örneğin Daskalogiannaki ve arkadaşları geniş serili çalışmalarında, genellikle tanıyı BT özelliklerine dayanarak koymuşlardır (1). 49 olgunun sadece 4'üne biyopsi uygulamışlardır. Başka bir örnekte, Chopra ve arkadaşları (13) sirozlu olgularda mezenter,

omental ve retroperitoneal ödem oluştuğunu açıklamışlardır. Mezenterik ödemin BT bulguları ise, mezenterik pannikülit ile oldukça benzerdir. Mezenterik ödem görünümünün; hafif infiltratif yoğunluk artışından mezenterik damarları saran kitlesiz kılıfa kadar değişiklik gösterdiğini vurgulamışlardır. Onların BT bulgularının tanımlaması, Daskalogiannaki ve arkadaşlarının tanımı ile hemen hemen aynıdır (1). Sabate ve arkadaşları ise çalışmalarında "pseudotumoral stripe" ve mezenter damarların çevresindeki "fat ring sign" bulgularının mezenterik pannikülit için tanı koydurucu olduğunu bildirmişlerdir (14). Bizim iki olgumuzda da tespit ettiğimiz tanı kriterlerimiz şunlardır: inflamasyon nedeniyle yoğunluğu artmış mezenter yağ dokusu, superior mezenterik damarları ve eşlik eden lenf nodüllerini saran iyi sınırlı, hiperdens kılıfın gö-

rülmesi, komşu ince bağırsaklarda tutulum olmaması. Her iki olgumuzda da hiperdens ince kılıfın varlığı, Sabate ve arkadaşlarının "pseudotumoral stripe" bulgusunu desteklemektedir.

Takip edilen olgularda pannikülitin fibrozise progresyon görülmesi literatürde oldukça nadir bildirilmiştir (15).

Ayrıca ilginç olarak, iki olgumuzda da non-spesifik enteropati ile uyumlu benzer endoskopik bulgular saptanmıştı. Bu mezenterik damarların lezyon tarafından sarılmasına bağlı intestinal mukozada bir takım değişikliklere bağlı olabileceği gibi tesadüfi bir bulgu da olabilir. Bu konunun ayrı bir tartışma konusu olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç olarak, mezenterik pannikülit ender bir hastalık olup tek başına veya diğer hastalıklarla birlikte görülebilir. Hastalığın BT özellikleri, son yıllarda açıklandığı gibi, oldukça tanı koydurucudur. Olgularımızdan birinde neden tüberküloz lenfadenitti. Bulabildiğimiz kadarıyla literatürde tüberküloz enfeksiyonu ile ilişkili ilk mezenterik pannikülit olgusuydu. Ayrıca her iki olgumuzda da non-spesifik enteropati ile uyumlu bulgular mevcuttu. Mezenterik pannikülit ile non-spesifik enteropati arasındaki ilişkinin gelecekte geniş serili çalışmalarda araştırılacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR* 2000; 174:427-431.
2. Ogden WW, Bradburn DM, Rives JD. Mesenteric panniculitis: review of 27 cases. *Ann Surg* 1965; 161:864-873.
3. Kipfer RE, Moertel CG, Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med* 1974; 80:583-588.
4. Fujiyoshi F, Ichinari N, Kajiya Y, et al. Retractable mesenteritis: small-bowel radiography, CT and MR imaging. *AJR* 1997; 169:791-793.
5. Mata JM, Inaraja L, Martin J, et al. CT features of mesenteric panniculitis. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11:1021-1023.
6. Emory TS, Monihan JM, Car NJ, et al. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol* 1997; 21:392-398.
7. Thompson GT, Fitzgerald EF, Somers SS. Retractable mesenteritis of the sigmoid colon. *Br J Radiol* 1985; 58:266-267.
8. Bush RW, Hammar SP, Rudolph RH. Sclerosing mesenteritis: response to cyclophosphamide. *Arch Intern Med* 1986; 146:503-505.
9. Hartz R, Stryker S, Sparberg M, et al. Mesenteric tumefactions. *Am Surg* 1980; 46:525-529.
10. Janish HD, von Kleist D, Pfretzschner C, et al. Mesenteric lipodystrophy: differential diagnosis of a benign abdominal tumor (in German). *Wien Med Wochenschr* 1984; 134:417-419.
11. Harris RJ, van Stolk RV, Church JM, et al. Thoracic mesothelioma associated with abdominal mesenteric panniculitis. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:2240-2242.
12. Durst AL, Freund H, Rosenmann E, et al. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases. *Surgery* 1977; 81:203-211.
13. Chopra S, Dodd GD, Chintapalli KN, et al. Mesenteric, omental, and retroperitoneal edema in cirrhosis: frequency and spectrum of CT findings. *Radiology* 1999; 211:737-742.
14. Sabate JM, Torrubia S, Maideu J, et al. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. *AJR* 1999; 172:625-629.
15. Kelly JK, Hwang WS. Idiopathic retractile (sclerosing) mesenteritis and its differential diagnosis. *Am J Surg Pathol* 1989; 13:513-521.

CASE REPORT: MESENTERIC PANNICULITIS

Mesenteric panniculitis is a rare disease characterized by a chronic non-specific inflammation of the mesenteric adipose tissue. The etiology of the disease is unknown.

We present two cases diagnosed as mesenteric panniculitis. In one, the cause was biopsy-proved abdominal tuberculous lymphadenitis. The cause of the second case was non-Hodgkin's lymphoma.

Recently computed tomography features of the disease, which are quite diagnostic, have been clearly depicted. Open biopsy is not therefore always necessary for the diagnosis of the disease.

To our knowledge, mesenteric panniculitis associated with tuberculous infection has not been previously reported. Interestingly, our cases had similar endoscopic biopsy findings which were consistent with non-specific enteropathy composed of villous atrophy and chronic inflammation. We would like to emphasize that the relation between mesenteric panniculitis and non-specific enteropathy should be investigated in future studies.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:553-556