

Gis Perforasyonunu Taklit Eden Pnömatozis İntestinalis Olgusu

38

Hasan ÇANTAY¹

GİRİŞ

Pnömatozis intestinalis (Pİ), 1730 yılında ilk defa Duo Vernoi tarafından tarif edildiği gibi, ince ve kalın barsak subseroza ve submukozasında çoklu gaz dolu kistler ile karakterize olan bir patolojidir (1). Literatürde pnömatozis intestinalis etyopatogenezinde gaz dolu kistlerin oluşmasına sebep olan gastrointestinal lümen içindeki gaz, bakteriler tarafından üretilen gaz ve pulmoner gaz bulunmaktadır (2). Birçok hastalıkla birlikte olabileceği gibi, primer olarak tek başına da görülebilmektedir. Hastaların %15'i primer veya idyopatik pnömatozis intestinalis olarak, %85'i ise çeşitli bağ doku hastalıkları, barsak iskemisi, obstrüksiyon nekrotizan enterokolit, obstrüktif akciğer hastalıkları ve ilaç kullanımı (immunsupresan, steroid, kemoterapotik ilaçlar) gibi farklı hastalıklara sekonder pnömatozis intestinalis olarak ortaya çıkmaktadır (3).

Pilor stenozu, peptik ülser, organ transplantasyonu, iskemik ve inflamatuvar bağırsak hastalığı, kronik hemodiyaliz ve nefrotik sendrom birliktelik gösterebileceği hastalıklardandır. Ayrıca üst ve alt GİS endoskopisi sonrasında da rapor edilmiştir (4).

Pİ çok sayıda hastalıkla beraberlik gösterdiği için herhangi bir hastalık için tek başına tanısıl bir bulgu değildir. Etiyolojide birçok teori öne sürülmekle birlikte, en çok kabul görenler mekanik ve bakteriyel teorilerdir. Pİ genelde semptom vermemektedir. Nadiren de olsa hastalar karın ağrısı, bulantı kusma, abdominal distansiyon, diyare ve konstipasyon gibi semptomlar ile hastaneye başvurlar. Acil tedavi gerektirecek ölümcül rahatsızlıklarda olabileceği gibi, sadece medikal tedavi ve konservatif takip gerektirecek selim hadiselerle de birliktelik gösterebilir (4,5).

Az sayıda olguda gaz dolu kistlerin rüptüre olması nedeniyle masif intraabdominal serbest hava saptanmıştır (6). Bu çalışmamızda GİS perforasyonunu taklit ederek, acil cerrahi endikasyon gerektiren bir Pİ olgusu sunulmaktadır.

VAKA SUNUMU

87 yaşında erkek hasta iki gün önce başlayan karın ağrısı, karında şişkinlik ve bulantı şikayetleri

¹ Dr.Öğr.Üyesi Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, hasan_cantay@hotmail.com

Erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görül-en Pİ, 3-5. dekatta pik yapar. Vakaların %42'sin-de ince bağırsak, %36'sında kolon ve %22'sinde hem kolon hem ince barsak hem de mezenter ve omentum gibi ekstraintestinal dokularda tutulum mevcuttur (9).

Pnömatosis intestinalis genellikle semptom vermez. Bazen vakalarda diyare, distansiyon, konstipasyon, tenesmus, rektal kanama, karın ağrısı ve kilo kaybı görülebilir. Yaklaşık %3'ünde intestinal obstrüksiyon, perforasyon veya pnömo-toraks ile sonuçlanabilir. Pnömatosis intestinalis-te klinik bulguların şiddeti ile hastalığın tutulumu arasında belirgin bir ilişki yoktur (10).

Patogenezi tartışmalı olan Pİ ile ilgili çok sayıda teori bildirilmektedir. Genel görüşe göre üç farklı mekanizmadan bahsedilmektedir. Birincisi muko-za ve bağışıklık sistemindeki harabiyete bağlı ga-zın lümeninden bağırsak duvarına geçmesi. İkincisi bağırsak lümeni içindeki aşırı bakteriyel gaz üreti-minin mukozayı aşır bağırsak duvarına ulaşması. Üçüncüsü ise akciğer hasarına bağlı gazın medi-astene, retroperitona ve buradan da mezenter ve bağırsak duvarına ulaşması şeklindedir (11).

Tanıda ayakta direk batın grafisi (ADBG) vaka-ların 2/3'ünde pozitif bulgu verirken, abdominal bilgisayarlı tomografi en ideal tanı yöntemidir (7). Her geçen gün hastaların tedavisinde konservatif takip edilebileceği görüşü artsa da hala cerrahi tedavi gereken hastaların oranı %66'dır (1). 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada cerrahi kararını vermede çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu çalışmada hipotansiyon varlığı, vazopressör ilaç kullanımı, peritonit bulguları varlığı, akut böbrek yetmezliği bulguları, mekanik solunum desteği alıyor olmak, laktat düzeyinin 2 mmol/L nin üze-rinde olması, portal vende gaz görülmesi, bulantı, yaşı 60 ve üzeri olması, bikarbonat düzeyinin 20 mmol/L'nin altında olması, beyaz küre değerinin 12x10⁹/L nin üzerinde olması, tomografi bulgusu olarak bağırsakta genişleme, duvar kalınlığında artış, karın içerisinde serbest hava görülmesi, asit varlığı gibi risk faktörleri de tanımlanmıştır (12). Bu çalışmaların amacı medikal tedavi ve konserva-tif takip edilecek hastalar ile acil cerrahi gereksini-mi olan hastaların ayırımı yapabilmektir.

ADBG'de diyafram altı serbest hava ve abdomi-nal bilgisayarlı tomografide batın içi serbest hava ve sıvı mevcudiyeti ve akut batın tablosu olan has-tamız perforasyon öntanısıyla ameliyat edilmiştir. Fakat perforasyon bulunamamıştır.

Pnömatosis intestinalis bazen ayaktan tedavi edilebilecek bir hastalığa bağlı gelişebilirken, ba-zen de cerrahi tedavide gecikme sonucu ölümcül seyredebilecek hastalıkların bulgusu olmaktadır.

Çalışmamızda gastrointestinal sistem perfo-rasyonunu taklit ederek acil cerrahi gereksinimi oluşturan bir pnömatosis intestinalis olgusu su-nulmuştur. Batın içi radyolojik olarak tespit edilen serbest hava görüntüsü varlığında, intestinal per-forasyon ya da gaz yapabilen bakteriyel enfeksi-yonlar ile ayırıcı tanıda pnömatosis intestinalis de akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tahiri M, Levy J, Alzaid S, Anderson D. An approach to pneu-matosis intestinalis: factor affecting your management. *Int J Surg Case Rep* 2015; 6: 133-7.
2. St Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The spectrum of pneumatosis intestinalis. *Arch Surg* 2003;138:68-75
3. Brill SE, Skipworth J, Stoker DL. Conservative management of pneumatosis intestinalis and massive pneumoperitoneum in the acute abdomen: a case report. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 113.
4. Maeda Y, Inaba N, Aoyagi M, Kanda E, Shiigai T. Fulminant Pneu-matosis intestinalis in a Patient with Diabetes Mellitus and Mi-nimal Change Nephrotic Syndrome. *Intern Med* 2007; 46(1): 41-4. DOI:10.2169/inlenialmdicine.46.6076
5. Wayne E, Ough M, Wu A et al. Management algorithm for pneumatosis intestinalis and portal venous gas: treatment and outcome of 88 consecutive cases. *J Gastrointest Surg* 2010; 14: 437-48.
6. Sakurai Y, Hikich M, Isogaki J, et al. Pneumatosis Cystoides intes-tinalis Associated with Massive Free air Mimicking Perforated Diffuse Peritonitis. *World J Gastroenterol* 2008; 14(43): 6753-6. DOI: 10.3748/w-jgl 4.6753
7. Haltaş H, Yenidünya S, Akçay A, Köktener A, Bayrak R, Sürgit Ö. İntestinal perforasyonu taklit eden intraperitoneal masif ser-best hava ile ilişkili pnömatosis intestinalis: olgu sunumu. *İnönü Üni-versitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 19: 184-7.
8. Ito M, Abe M, Maruyama T, et al. Pneumatosis cystoides intes-tinalis and hepatic portal venous gas on peritoneal dialysis. *Clin Nephrol* 2014; 82: 347-50
9. Feczko PJ, Mezwa DG, Farah MC, White BD. Clinicalsignificance of Pneumatosis of the bowel wall. *Radiographies* 1992; 12(6): 1069-78.
10. Braumann C, Menenakos C, Jacobi CA. Pneumatosisintestinalis-a pitfall for surgeons? *Scand J Surg* 2005;94(1); 47-50.
11. St Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The spectrum of pneumatosis intestinalis. *Arch Surg* 2003; 138: 68-75.
12. DuBose JJ, Lissauer M, Maung AA, et al. Pneu-matosis Intestina-lis Predictive Evaluation Study (PIPES): a multi center epidemio-logic study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 75: 15-23.