

**İNTESTİNAL PERFORASYONU TAKLİT EDEN VE
GEÇİCİ İLEUSA NEDEN OLAN BİR
PNÖMATOZİS KİSTOİDES İNTESTİNALİS OLGUSUNUN BT İLE TANISI
CT diagnosis of a case of pneumatosis cystoides intestinalis which mimics
intestinal perforation with transient intestinal obstruction**

Nevzat Özcan¹, Ömer Özbakır², Mehmet Yücesoy³, Ahmet Candan Durak¹

Özet: Pnömatozis kistoides intestinalis (PKİ), ince ve kalın barsak duvarlarında subserozal veya submukozal, içleri hava ile dolu çeşitli büyüklüklerde, çok sayıda kistlerle karakterize nadir bir hastalıktır. PKİ serbest intestinal perforasyonla karışabilir ve konvansiyonel radyolojik yöntemlerle tanı konulamayabilir. Bilgisayarlı tomografi barsak duvarı ve kistik yapılarla ilgili detaylı bilgiler verecek PKİ' te kesin tanı koydurabilir.

Anahtar Kelimeler: Pnömatozis kistoides intestinalis, Bilgisayarlı tomografi

Summary: Pneumatosis cystoides intestinalis (PCI) is an uncommon gastrointestinal disorder, characterized by various sized gas filled cysts in the wall of the small and large intestine. PCI may simulate intestinal perforation and may not be diagnosed by conventional radiologic methods. Computed tomography may give detailed knowledge about the cystic structures and bowel wall, and may give exact diagnosis.

Key Words: Pneumatosis cystoides intestinalis, Computed tomography

Pnömatozis kistoides intestinalis (PKİ) oluşumu hakkında birçok teori ileri sürülmüştür. Bu hastaların çoğunda kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pilor darlığı veya yakın zamanlarda barsak ameliyatı hikayesi tesbit edilir (1-3). İntramural gaz çok sayıda küçük blebler veya 0.5 ile birkaç cm büyüklükte kistler şeklinde olabilir. Hemen daima kolon sol tarafında olup, kısa veya uzun bir segmenti tutarlar (4). Patlayan kistler diyafragma altında hava toplanmasına neden olduğundan intestinal perforasyonu taklit edebilir (5), ayrıca büyük kistler bası yaparak parsiyel barsak tıkanmasına yol açabilirler (6).

OLGU SUNUMU

Kırk yaşında erkek hasta, bulantı, kusma, karında şişkinlik, karın ağrısı ve ishal nedeni ile hastane-

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Radiyagnostik. Y.Doç.Dr.¹. Gastroenteroloji. Y.Doç.Dr.²,
Prof.Dr.³.*

Geliş tarihi : 22 Temmuz 1994

ye yatırıldı. Dört yıl içinde iki defa mide kanaması nedeni ile ameliyat edildiği öğrenildi. Son ameliyattan 2 ay sonra aralıklı olarak göbek çevresinde kıvrandırıcı ağrı ile birlikte günde 6-7 defa sarı, sulu, kan ve sümük içeren ishal başlamış. Yatıştan 1 hafta önce bu ağrı ve ishal tekrarlamış ve bulantı ile birlikte yediklerini içeren kusmaları olmuş.

Fizik muayenede, ateş 36.8 °C, nabız:108/dk düzenli, kan basıncı 90/60 mmHg idi. Hasta kaşektik olup, turgor tonusu azalmıştı. Akciğerlerde ral ve ronküs yoktu. Karnın bombeliği artmış olup, sertleşme ve hassasiyet yoktu. Karaciğer ve dalak nonpalpabl, barsak sesleri hiperaktif idi. Lenfadenopati, ödem, patolojik refleks, ekstremitelerde his ve kuvvet kaybı yoktu.

Sedimentasyon: 3 mm/saat, Hb: 11.4 g/dl, BK: 5600/mm³, BUN: 12 mg/dl, kreatinin: 0.7 mg/dl, Na: 137 mEq/L, K: 4.4 mEq/L, Cl: 100 mEq/L, total/direkt bilirubin: 0.8/0.4 mg/dl, alkalemi fosfatataz:

53 İÜ, amilaz: 46 İÜ idi. Protein elektroforezi normaldi. Dışkı incelemesinde üç kez parazit görülmedi ve dışkı kültüründe normal flora üredi. Ultrasonografik incelemede karaciğer, dalak, böbrekler normal idi. Rektoskopik incelemede patoloji izlenmedi. Üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemesinde, bulbus arka duvarında 0.5 x 0.5 cm boyutlarında oldukça derin ülser görüldü. Ayakta direkt karın grafisinde her iki subdiyafragmatik bölgelerde serbest hava (Resim 1) ve batin içinde hava-sıvı seviyeleri izlenmekteydi (Resim 2). İnce barsak grafisinde pililerde kabalaşma ve yer yer hafif dilatasyon izlendi. Bilgisayarlı tomografide barsak duvarında intramural gaz kistleri net olarak görüldü (Resim 3).

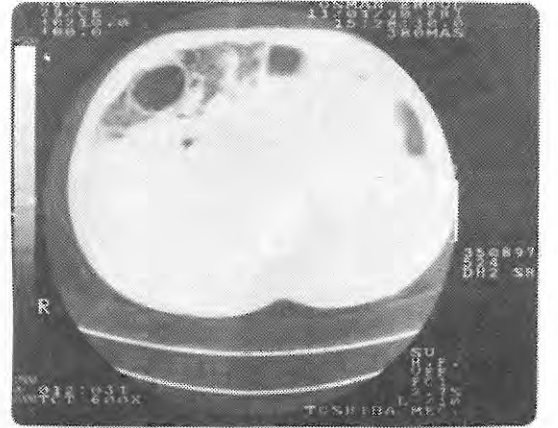
Hastaya nazogastrik dekompresyon uygulandı. Parenteral sıvı ve elektrolit verildi. Ayrıca % 90'lık oksijen inhalasyonuna başlandı. Tedavinin yedinci günü karındaki gerginlik azaldı ve barsak sesleri normale döndü. Onuncu gün hastanın tüm şikayetleri düzeldi ve direkt karın grafisindeki hava-sıvı seviyeleri kayboldu.



Resim 1. Ayakta direkt batın grafisinde bilateral subdiyafragmatik serbest hava izlenmektedir



Resim 2. Ayakta direkt batın grafisinde karın içinde yaygın hava-sıvı seviyeleri mevcuttur



Resim 3. Bilgisayarlı tomografik incelemede barsak duvarında intramural gaz kistleri görülmektedir

TARTIŞMA

PKİ'li hastaların % 15'inde patoloji izole olup, beraberinde respiratuvar veya gastrointestinal hastalıklar bulunmaz. Olguların % 85'inde ise ince barsak biyopsisi, cerrahi barsak anastomozu, pilor darlığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi havanın intestinal duvar boyunca yayılmasına yol açabilecek bir neden vardır (3,7,9). PKİ'de fizik muayene genellikle spesifik bir bilgi vermez. Direkt karın grafisinde barsak duvarı boyunca radyolüsent kist dizeleri görünümü diagnostiktir. Baryumlu kolon incelemesinde ise intramural gaz dolu kistler baryum kolonu üzerine indentasyonlar yaparak dolma defektleri oluştururlar. Ancak bu radyolojik görünüm birçok gastrointestinal patolojide görülebilir. Küçük kistler ince poliplerle karışabilir (4,10). Büyük kistlerin dolma defektleri inflamatuvar psödöpolipleri taklit edebilir. Barsağın iskemik lezyonlarında benzer tablo görülebilir. Kolon grafisinde reversibl parmak basısı belirtisinin görülmesi tanıya yardımcıdır (11). Ülseratif kolit, Crohn hastalığı gibi iskemik barsak hastalıklarında baryumlu kolon grafisinde mukozada düzensizlik ve polipoid dolma defektleri olabilir (4,8). PKİ'nin ayırıcı tanısında gaz dolu kistlerin lüsent görünümleri, diğer

patolojilerin yumuşak doku dansitesindeki görünümleri ile karşılaştırılarak yapılabilir. Ayrıca kistlerin palpasyonla komprese edilebilir ve asemptomatik olmaları da önemlidir (4,10).

Bazı olgularda barsak duvarındaki gaz konvansiyonel radyografilerle gösterilemeyebilir. Kontraslı incelemelerde de kontrast maddenin barsak duvarını fazla dilate etmesi duvar içindeki kistik yapıların örtülmesine neden olabilir. Bilgisayarlı tomografi gerek obstrüksiyon nedenlerinin, gerekse barsak duvarlarının değerlendirilmesinde etkili olabilir. Nitekim olgumuzun bilgisayarlı tomografi ile ayırıcı tanısı doğru olarak yapılmıştır. Bilgisayarlı tomografide yumuşak doku rezolüsyonu konvansiyonel yöntemlerden üstün olup, ince kesitler alabilmektedir. Barsak duvarının değerlendirilmesinde bu özellikler son derece faydalı olmakta ve ayrıca bu yöntemle olgulara kolay ve hızlı tanı konabilmektedir (7). Olgumuzun çekilen akciğer ve ayakta direk batın grafilerinde subdiyafragmatik serbest havanın görülmesine karşın, fizik muayenede perforasyonu düşündüren başka bir bulguya rastlanmaması PKİ' si düşündürmüş olmakla birlikte burada tanıyı asıl belirleyici faktör bilgisayarlı tomografik incelemedir.

KAYNAKLAR

1. Feinberg SH, Schwartz MZ, Clifford S, et al. Significance of pneumatosis cystoides intestinalis after jejunoileal by-pass. *Am J Surg* 1977; 133:149-153.
2. Keyting WS, Mc Corver RR, Kovar JL, and Daywith AL. *Pneumatosis intestinalis: A new concept. Radiology* 1961; 76:733-41.
3. Koss LG. Abdominal gas cysts (pneumatosis cystoides intestinorum hominis). *Arch Pathol* 1962; 53:523-26.
4. Reed PR. The plain film of abdomen. In: Juan M Taveras, Joseph T. Ferrucci (eds), *Radiology. Diagnosis, imaging, intervention. JB Lippincot, Philadelphia* 1993, pp 8-9.
5. Mutchins WN, Gore RW, and Foley MJ. CT demonstration of pneumatosis intestinalis from bowall infarction. *Comput Radiol* 1983; 7:283.
6. Marshak R H, Lindner A E, Maklansky D. *Pneumatosis cytoides coli. Gastrointest Radiol* 1977; 2:85.
7. Rice RP, Thompson WM, Gedgudas RK. The diagnosis and significance of extraluminal gas in abdomen. *Radiol Clin North Am* 1982; 20:819.
8. Furgacs P, Wright PM and Wyatt AP. Treatment of intestinal gas cysts by oxygen breathing. *Lancet* 1979; 1:579-81.
9. Seamen WB, Fleming RJ and Baker DH. *Pneumatosis intestinalis of the small bowall. Semin Roentgenol* 1966; 1:234.
10. Olmsted WM, Madewell JE. *Pneumatosis cystoides intestinalis: A pathophysiologic explanation of the roentgenographic signs. Gastrointest Radiol* 1976; 1:177.
11. Ghahremani GG, Purt RB and Beachly MC. *Pneumatosis coli in Crohn's disease. Am J Dig Dis* 1974; 19: 1315-17.