



MEZENTERİK PANNİKÜLİT
NADİR İKİ OLGUNUN RADYOLOJİK BULGULARI

¹ Hüseyin Aydın

Mesenteric Panniculitis
Radiological Findings of Two Rare Cases

¹ Isparta Devlet Hastanesi
Radyoloji Kliniği, Isparta.

ÖZET

Mezenterik pannikülit, mezenterik dokunun inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozisi ile karakterize nadir görülen idiopatik benign bir hastalıktır. Genellikle iyi klinik seyir gösterir. Ultrason, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans ile tama yakın doğrulukta tanı konabilir. Bu yazıda, radyolojik yöntemlerle tespit edilen, mezenterin nadir görülen bu hastalığının, iki farklı prezentasyonlu örneği, iki olgu eşliğinde sunulacaktır.

Anahtar kelimeler: Pannikülit, mezenter, karın ağrısı, ultrason, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans.

ABSTRACT

Mesenteric panniculitis is a rare disease in the mesenteric tissue, that is characterized by fat necrosis, developed as a result of chronic inflammation and fibrosis and is usually followed by a good clinical course. In the etiology, malignancies, especially auto-immune diseases, trauma and previous surgery have been reported. The mesenteric panniculitis is diagnosed highly accurately by ultrasound, computed tomography and magnetic resonance. Two different presentations of the mesenteric panniculitis were reported in this study.

Key words: Panniculitis, mesenter, abdominal pain, ultrasound, computed tomography, magnetic resonance.

Submitted/Başvuru tarihi:

25.11.2013

Accepted/Kabul tarihi:

05.02.2014

Registration/Kayıt no:

13.11.335

GİRİŞ

Mezenterik pannikülit barsak mezenterini tutan, kronik inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozis ile karakterize, ender görülen, iyi huylu bir hastalıktır.(1) Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber maligniteler ve otoimmün hastalıklar başta olmak üzere, inflamatuvar hastalıklar, travma ve geçirilmiş cerrahi operasyonlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.(2) Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla olup hayatın genellikle beşinci ve altıncı dekatlarında görülmektedir. Sıklıkla insidental olarak saptanmakla beraber, başta lenfoma olarak,genitoüriner ve gastrointestinal adenokanserlere de eşlik edebilir.(2)

Bu yazıda, tanısı US, BT ve MR ile konmuş iki farklı olgu eşliğinde, mezenterik pannikülitin literatür bulguları gözden geçirilmiştir.

OLGU1

63 yaşında bayan hasta, uzun zamandan beri var olan karın ağrısı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Birkaç yıl önce lomber disk hernisi anamnezi vermiştir.Fizik muaye ve laboratuvar tetkiklerinde anlamlı bir patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya yapılan tüm batin ultrason (US) incelemede, batin içi sol paraumbilikal kesimde 10x9 cm boyutlu heterojen-ekojen iç yapıda kitle formasyonu oluşturan omental yapı yoğunlaşması saptanmış ve görünüm öncelikle, mezenterik pannikülit (MP) ile uyumlu olarak yorumlanmıştır. Takiben yapılan kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemede, superior mezenterik arter orjininden başlayıp, perivasküler dağılımla, jejunal ans bağlantı düzeyine kadar ulaşan, iyi sınırlı, hafif hiperdens, homojen iç yapıda ve komşu barsak anslarını yaylandıran mezenterik kitle lezyonu izlendi. Kitle etrafında ince ve daha yüksek dansiteli kapsül dikkati çekti (resim 1). Kitle bu özellikleriyle, MP için oldukça karakteristik olarak yorumlandı. Eşlik etmesi muhtemel malignite açısından gerekli tetkikler önerilmiş fakat yapılan bu incelemelerde herhangi bir malignite bulgusuna rastlanmamıştır. Hastaya, semptomatik medikal tedavi verilerek taburcu edilmiş ve yakın takip önerilmiştir.

**Corresponding Address /
Yazışma Adresi:**

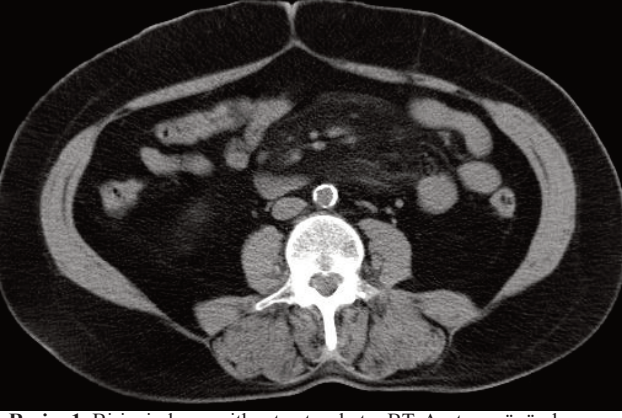
Hüseyin Aydın

Isparta Devlet Hastanesi Radyoloji
Kliniği, 32100, Isparta.

Tel: 0505 5790290

E-posta: huseyinrad@yahoo.com

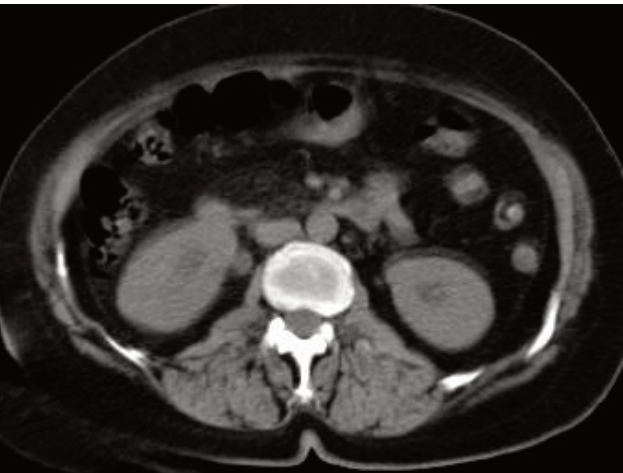
© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr



Resim 1. Birinci olguya ait kontrastsız batın BT. Aortanın önünde ve ağırlıklı olarak orta hattın solunda izlenen, mezenterik vasküler yapıları çevreleyen, iyi sınırlı ve mezenterik yağlı dokuya göre hafif hiperdens kitle lezyonu mevcut olup, hiperdens bir kılıf ile etraf dokudan ayrılmaktadır.

OLGU 2

57 yaşında bayan hasta hematüri ve sağ yan ağrısı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ yan hassasiyeti dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Direkt üriner sistem grafisinde sağ böbrek loju medialinde taş ait opasite saptandı. Hastaya yapılan US incelemede sağ böbrekte hidronefroz, sağ üreter proksimalinde kalkül ve sağ böbrek üst pol anteromedial, kortikomedüller yerleşimli ekojen kitle lezyonu izlenmiş olup anjiomyolipom ön tanısıyla tomografi önerildi. Ayrıca batın içi, paraumbilikal, orta hattın sağında yerleşimli, mezenterik yapıların, iyi sınırlı kitlesel formasyon gösterdiği izlenmiş ve MP ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Takiben, hastanın isteği doğrultusunda, kontrastsız olarak yapılan BT incelemede, sağ böbrekteki hidronefroz ve üreteral kalküle ilave olarak, üst polde sınırları net seçilemeyen ve yağ dansitesinde fokal alan içeren, hafif hipodens, yaklaşık 3 cm boyutlu bir kitle lezyonu izlendi (Resim 2). Kitleyi karakterize etmeye yönelik yapılan kontrastlı MR incelemede, sağ böbrek üst polde 2x3 cm boyutlu, komşu kas grubuna göre T1A'da hipointens ve T2A'da izointens kitle izlendi. Yağ baskılı sekansta, kitlenin bir bölümünün baskılandığı ve post kontrast incelemede üst polünün heterojen olarak kontrast tuttuğu gözlemlendi (Resim 3). Bulgular vasküler komponenti baskın bir anjiomyolipom yada renal hücreli karsinomu temsil edebileceği düşünülerek biopsi önerildi. Ayrıca sağ böbrek medial komşuluğu boyunca mezenterik vasküler yapılar etrafında mezenterik kirlenme diye tarif edilen ancak belirgin bir kapsülü bulunmayan T2A kesitlerde nisbeten düşük ekolu kitlesel lezyon izlenmiş ve MP ile uyumlu olarak yorumlanmıştır (Resim 4). Hasta renal kitleden, başka bir



Resim 2a. İkinci olguya ait kontrastsız batın BT. Sağ para-aortik komşulukta hiperdens bir kılıf ile çevrili, mezenterik dokuya göre hafif hiperdens kitlesel lezyon izlenmektedir.

merkezde opere edilmiş ve patoloji sonucu anjiomyolipom olarak bildirilmiştir.

TARTIŞMA

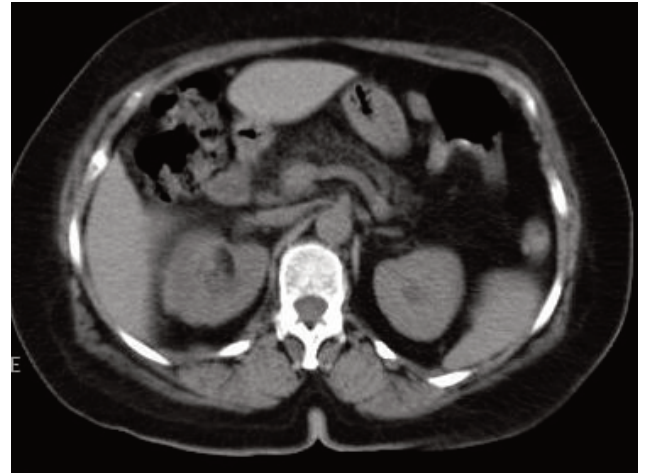
MP, ilk olarak 1924 yılında Jura tarafından tanımlanmış olup, sklerozan mezenterit, liposklerotik mezenterit, Weber-Christian hastalığının mezenterik varyantı hastalığın tanımlanmasında kullanılan diğer adlandırmalardır (2). Mezenterik dokuda değişik derecelerde kronik inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozis vardır. Baskın olan doku komponentine göre 3 tip tanımlanmıştır. MP'de akut inflamasyon ön plandadır. Mezenterik lipodistrofide mezenter yağ doku dejenerasyonu-nekrozu söz konusudur; ancak çoğu kez mezenterik lipodistrofiyi MP'den ayırt etmek zor olduğundan sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Retraktif mezenterit, MP'nin daha ileri ve invaziv evresi olarak düşünülmekte olup fibrozis ve retraksiyon ön plandadır (2).

Genellikle orta ve ileri yaşta popülasyonda görülmekte olup, ortalama yaşın 65 olduğu bildirilmiştir (3). Erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla görülmektedir (4,5). Her iki hasta da kadın olup, altıncı dekad grubundaydılar.

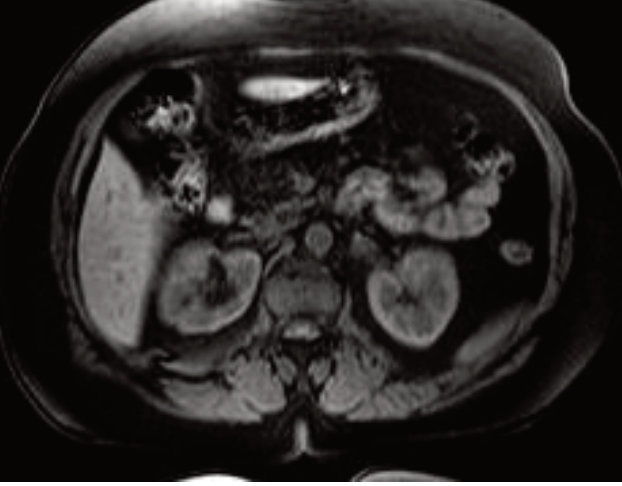
Prevalansı %0.6 olup, etyolojisi tam olarak bilinmemektedir (2). Otoimmünte, mezenterik iskemi, geçirilmiş travma, abdominal cerrahi, enfeksiyonlar ve malignensi, üzerinde durulan etyolojik faktörlerdir. Kimi yazarlar MP'nin, altta yatan bir malignensiye cevap olarak geliştiğini savunmuştur (6,7). Lenfoma başta olmak üzere genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem adenokanserleriyle ve benign patolojilerden ise vaskülitler, granümatöz hastalıklar ve pankreatit ile birlikteliği vardır (2). Hatta MP'li hastaların %15'inde hastalık seyri boyunca lenfoma gelişebilir (8). Daskalogianni ve ark. ise MP'li olgularının %69.4'ünde malignite saptamışlar, ancak bunların %55.8'inin extra-abdominal yerleşimli olduğunu göz önünde tutarak intra-abdominal maligniteli olgular arasında MP'in yaygınlığının arttığını söylemenin doğru olamayacağını belirtmişlerdir (2). Nadiren tek başına da bulunabilir (9). Birinci olgunun hikayesinde lomber disk ameliyatı dışında etyolojik faktör olabilecek bir bulgu saptanmamış ve idiyomatik olarak değerlendirilmiştir. İkinci olgumuzda ise panniküle eşlik eden, sağ renal hücreli karsinom mevcuttu.

Hastaların çoğunda tanı insidental olarak konur ve çoğu semptom vermez. Semptomatik olanlarda ise en fazla karın ağrısı ve batında kitle gözlenir (7,10). Bizim olgularımızda da ön planda olan semptom karın ağrısıydı.

Laboratuvar tetkikleri genellikle normaldir ve tanıda yardımcı değildir (11,10). İnflamatuvar sürecin ön planda olduğu hastalarda C reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR)



Resim 2b. Sağ böbrek üst polde, sınırları belirsiz ve fokal yağlı dansite alanı bulunduran kitle lezyonu.

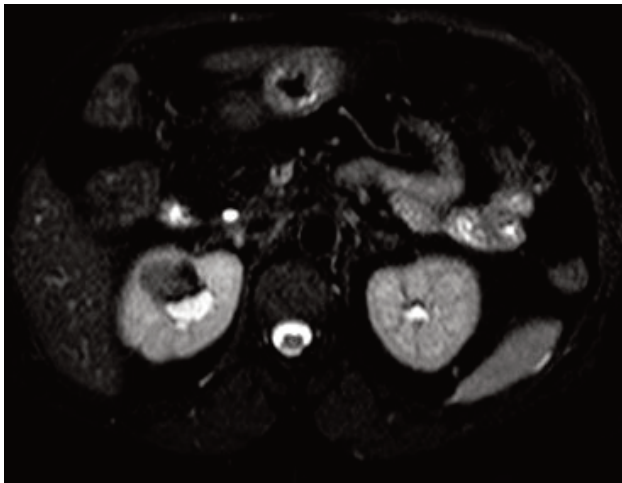


Resim 3a. İkinci olgunun MR görüntüsü: T1A yağ baskılı aksiyal kesit: Sağ para-aortik (mezenterik yağlı dokuya göre) hafif hiperintens, kümüle kaba nodüller iç yapıda iyi sınırlı mezenterik kitle formasyonu izleniyor. Ayrıca, sağ böbrek üst poldeki kitle içinde baskılanmış yağa ait fokal düşük sinyal alanı izlenmektedir.

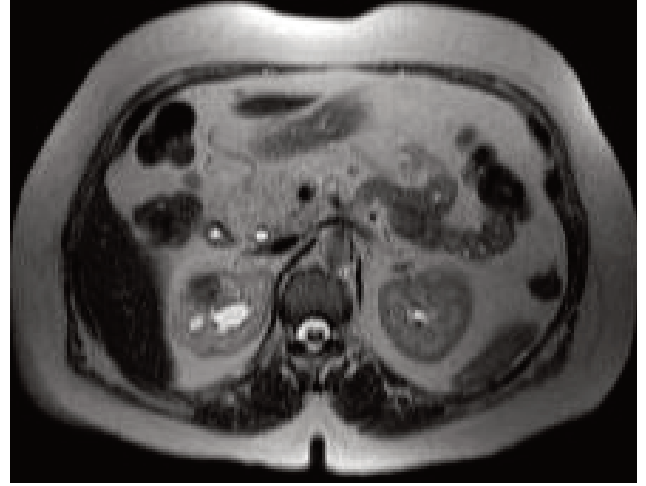
yüksekliği gözlenebilir (12,13,14). Her iki olgumuzda da laboratuvar bulgularında anormallik saptanmadı.

Ultrasonografi (US) kolay ulaşılabilir olması, uygulama güvenliği ve daha ekonomik olması nedeniyle, rutin uygulamalarda MP'yi tespit ve lokalize ederek tanıya hızlı bir şekilde ulaşmayı sağlar. Batın içi, omental yoğunlaşmayı temsil eden, iyi sınırlı, genellikle homojen-ekojenik kitle şeklinde izlenir. Bu görünüm yağ doku kökenli kitleyi düşündürür ve ileri tetkik olarak BT'ye yönlendirir (15). Her iki olguda da US ile kitleyi tespit edip, öncelikle mezenter kökenli kitle düşünülerek, ayırıcı tanı için BT yapılmıştır.

BT, tanıda çok değerlidir (15,17). Bir çalışmada BT'nin bulgularının oldukça spesifik olmasından dolayı, tek başına tanı koydurucu olabileceği belirtilmiştir (11). Daskalogiannaki ve ark. MP'e özgü BT bulgularını, süperior mezenterik damarları saran iyi sınırlı yağlı kitle, komşu bağırsak anslarının yer değiştirmesi, 5 mm'den küçük iyi sınırlı yumuşak doku nodülleri, nodül veya damarların etrafını saran, hipodens 'fatty halo' ve 'psödötümoral strip' olarak isimlendirilen, damarları çevreleyen çok ince bir şerit görünümü olarak bildirmiştir. Psödötümoral strip, (yağ ile çevrelenen veya yer değiştiren mezenterik damarlarla birlikte görüldüğünde ki, buna 'fat ring halo' da denir), mezenterik pannikül için patognomik olduğu belirtilmiştir (2). Her iki



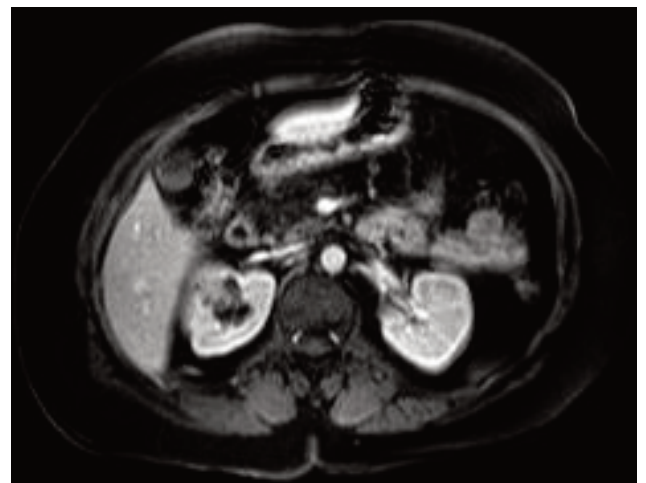
Resim 3c. İkinci olgunun MR görüntüsü: T2A yağ baskılı aksiyal kesit: Kitle, etraf mezenterik yağlı dokudan, kümüle milimetrik hafif hiperintens nodüllerden oluşan sınırları ayıt edilebilen lezyon olarak izlenmektedir.



Resim 3b. İkinci olgunun MR görüntüsü: T2A SE aksiyal kesit: Tanımlanan mezenterik kitle, etraf mezenterik yağlı dokuya kıyasla hafif hipointens olup, kitle içinde vasküler yapılara ait sinyalsiz milimetrik edaklar bulunmaktadır.

olguda da benzer şekilde, mezenterik vasküler yapıları saran ancak distorsiyona yol açmamış, yoğunluğu artmış ve birinci olguda etrafını sınırlayan daha yüksek dansiteli bir kılıfın sardığı, mezenterik kitle izlenmiştir. İkinci olguda ek olarak muhtemel etyolojik faktörü düşündüren ve fokal yağ dansite alanı barındıran (öncelikle anjiyomyolipoma ile uyumlu) sağ renal kitle görüntülenmiştir.

MR bulguları da tanı koydurucu niteliktedir. MP'in sinyal özellikleri, baskın olan doku komponentine bağlıdır (18). İnflamasyonun ön planda olduğu durumlarda mezenter yağ dokuda "kirlenme" tarzında heterojen intensite değişiklikleri ve bu alanda 5mm'den küçük çapta mezenterik lenf nodları izlenir. Vasküler yapıları çevrelemekle birlikte, vasküler yapıların ve lenf nodlarının çevresinin, normal yağ doku intensitesinde ince bir halo ile korunması önemli bir bulgudur. Lezyon, diğer normal yağlı dokudan, kalınlığı genellikle 3mm'yi geçmeyen bir şerit/psödökapsül ile sınırlanabilir. Fibrozisin ön planda olduğu durumlarda lezyonlar düşük intensitede izlenmektedir. Ayrıca, diğer mezenterik hastalıklardan ayırıcı olarak kullanılan bir özellik de, %98 olguda, pannikülit kitlesinin büyük kısmının, orta hattın solunda yerleşimli olması ve 5mm den küçük, dağınık, düzgün sınırlı yumuşak doku nodüllerinin varlığıdır. Bunun da sebebi jejunal mezenterin, MP'ye daha meyilli olması olarak gösterilir



Resim 3d. İkinci olgunun MR görüntüsü: T1A yağ baskılı postkontrast aksiyal kesit: Böbrekteki kitle normal parankime göre orta dereceli kontrast tutulumu göstermektedir.

(19). İkinci olguda MR incelesi yapıldı ve literatürde belirtilen MR sinyal karakterleriyle uyumlu kitle lezyonu saptandı. Ancak kapsül oluşumunu izlenmedi. Yine kitlede, fibrozisin ön planda olduğunu düşündüren , nisbeten düşük T2A sinyal özelliği dikkati çekmiştir. İlaveten sağ böbrek üst polde hafif dereceli kontrast tutan ve yağ komponenti bulunan anjiomyolipom ile uyumlu kitle lezyonu izlenmiştir. Bu hasta başka bir merkezde renal kitle nedeniyle opere edilmiş ve patolojik tanısı anjiomyolipom olarak bildirilmiştir.

Sonuç olarak, nadir görülen ve genellikle insidental olarak saptanan MP, genellikle asemptomatik olmakla beraber, kronik karın ağrısı yapabilen, genellikle malignite yada inflamtuar hastalıklara eşlik eden bir hastalıktır. Radyolojik yöntemler, çoğu zaman biopsiye gerek kalmadan, kolayca tanı koyması ve eşlik etmesi muhtemel patolojiler açısından uyarıcı olması nedeniyle, mezenterik pannikülitin doğru tanı, tedavi ve takibi açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- Pokharitov A, Chomov G. Mesenteric panniculitis of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2007;1:108.
- Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR*. 2000;174:427-31.
- Amor F, Mohsen F, Romano P, Pernter P, Widmann J, Mazzoleni G, Osele L, Amor W. Mesenteric panniculitis presenting with acute non-occlusive colonic ischemia. *International Archives of Medicine*. 2011;22-9.
- Ginsburg P, Ehrenpreis E. The NORD Guide to Rare Diseases. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Mesenteric panniculitis. 2007;350-61.
- Durst AL, Freund H, Rosenmann E, Birnbaum D. Mesenteric panniculitis: Review of the literature and presentation of cases. *Surgery*. 1977;81:203-11.
- Kipfer RE., Moertel CG., Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med*. 1974;80:583-8.
- Wilkes A, Griffin N, Dixon L, Dobbs B, Frank A. Mesenteric Panniculitis: A Paraneoplastic Phenomenon? *Dis Colon Rectum*. 2012;55:806-9.
- Mazure R, Fernandez MP, Niveloni S, et al. Successful treatment of retractile mesenteritis with oral progesteron. *Gastroenterology* 1998;114:1313-1317.
- Bechade D, Durand X, Desrame J, et al. Etiologic spectrum of mesenteric panniculitis: Report of 7 cases. *Rev Med Interne* 2007 May;28(5):289-295.
- Roso N, Garriga V, Cuadrado M, Carbo S, Vizcaya S, Medrano S. Sonographic findings of mesenteric panniculitis: Correlation with CT and literature review *Journal of Clinical Ultrasound*. 2006;34:169-76.
- Nicholson A, Smith D, Diab M, Mesentericpanniculitis in Merseyside: a case series and a review of the literature *Ann R Coll Surg Engl*. 2010; 92:95.
- Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclero sing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J SurgPathol*. 1997;21:392-8.
- Kida T, Suzuki K, Matsuyama T, Okita M, Isozaki Y, Matsumoto N, Miki S, et al. Sclerosing Mesenteritis Presenting as Protein-losing Enteropathy: a Fatal Case *Intern Med*. 2011;2845-9.
- Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol*. 2009;15:3827-30.
- Başol N. Mezenterik Pannikülit. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;4:1-7
- Khachaturian T, Hughes J. Mesenteric panniculitis. *Western J Med*. 1988;148:700-1.
- Shah DM, Patel SB, Shah SR, Goswami KG. Mesenteric panniculitis a case report and review of the literature. *Indian J Radiol Imaging*. 2005;15:191-2.
- Yiğit H. Haftanın olgusu: Mezenterik Pannikülit. *Türk manyetik Rezonans Derneği*, 11. 06. 2012 <http://yeni.mrder.org.tr/index/default.aspx?id=783>
- Drew AT, Evan SS. Body MRI çevirisi, Olgun DÇ, 2008 İstanbul Tıp Kitabevi. Sklerozan mezenterit:237-239.