

**Mezenterik Pannikülit**  
**Mesenteric Panniculitis**  
**<sup>1</sup>Nurşah Başol**

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa  
Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Acil Tıp  
Anabilim Dalı

**Yazışma Adresi:**

Yrd. Doç. Dr. Nurşah  
Başol

Gaziosmanpaşa  
Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Acil Tıp  
Anabilim Dalı

**Tel:** 0356 2129500

**Cep Tel:** 05058170455

**e-mail:** drnursahbs@hotmail.com

**Özet**

Mezenterik pannikülit; mezenterik dokuda yağ nekrozu, kronik inflamasyon ve fibrozis sonucunda gelişen, ender görülen, genellikle iyi klinik seyir izleyen bir hastalıktır. Etiyolojisinde malignansiler, oto-immün hastalıklar başta olmak üzere travma ve geçirilmiş cerrahi bulunabilmektedir. Buna karşın etyolojisi hala netleştirilememiştir. Tedavisi konusunda net bir yaklaşımın mevcut olmadığı bu hastalıkta cerrahi veya medikal olarak farklı seçenekler literatürde yer almakla birlikte konservatif tedavi yaklaşımlarını savunan görüşler de vardır. Tanı aşamasındaki güçlükler yenildikçe hastalığa verilen önem artacak ve bu da etyopatogenezinin aydınlatılma sürecini hızlandırarak uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilip ortak bir yaklaşımın oluşumunu sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Pannikülit, mezenter, karın ağrısı, acil servis

**Abstract**

Mesenteric panniculitis in the mesenteric tissue, fat necrosis, developed as a result of chronic inflammation and fibrosis, a rare disease that is usually followed by a good clinical course. In the etiology, malignancies, especially in auto-immune diseases, trauma and previous surgery have been reported. However, the etiology is stil can't be clarified. The absence of a clear approach for the treatment of this disease with surgery or medical treatment and conservative approaches to participate in the literature advocate different opinions on options are also available. Stage of diagnosis, and that the difficulties will increase the importance given to the disease pathogenesis is eaten by accelerating the process of lighting of the appropriate treatment strategies will be developed and the formation of a common approach.

**Key words:** Panniculitis, mesenter, abdominal pain, emergency department

## Giriş

Mezenterik pannikülit; barsak mezenterini tutan, yağ nekrozu, kronik inflamasyon ve fibrozis ile karakterize ender görülen iyi huylu bir klinik durumdur (1). İlk olarak 1924 yılında Jura tarafından tanımlanmış olan mezenterik pannikülit, sklerozan mezenterit, liposklerotik mezenterit, mezenterik lipodistrofi ya da mezenterik Weber- Christian hastalığı gibi adlarla da bilinir (1-4).

Mezenterik dokuda yağ nekrozu, kronik inflamasyon ve fibrozisin birlikteliği ile karakterize bu hastalıkta, bu üç komponentten hastalığın dönemine göre herhangi biri baskın olarak yer alabilir ve

buna bağlı olarak hastalığın isimlendirilmesi değişiklik gösterir (4). Mezenterin yağlı dokusunun inflamasyonu ve nekroz tabloya hakim ise mezenterik pannikülit olarak adlandırılırken, fibrozisin dominant komponent olması halinde hastalığın “retraktil mezenterit” olarak adlandırıldığı bildirilmiştir (5-7). Mata ve arkadaşları bir çalışmalarında hastalığın evresine göre bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularının dominant komponente bağlı olarak değiştiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada histopatolojik bulgulara göre mezenterik pannikülit sınıflandırılmıştır (8).

<b>İnflamatuvar veya yağlı değişiklikler</b>
Mezenterik Lipodistrofi
Weber- Christian Hastalığının Mezenterik Tutulumu
İzole Lipodistrofi
Mezenterik Lipogranüloma
Psödötümoral İntraabdominal Pannikülit
<b>Fibrotik Değişiklikler</b>
Sklerozan Mezenterit
Kronik Fibröz Mezenterit
Retraktil Mezenterit

**Tablo 1:** Mezenterik Pannikülitin Histopatolojik Sınıflandırılması

Mezenterik pannikülitin etyolojisi, net olmamakla beraber ilişkilendirildiği pek çok hastalık vardır. Vaskülitler, granülatöz hastalıklar, romatolojik hastalıklar, malignensiler, pankreatit, geçirilmiş abdominal cerrahi veya travma, iskemik hasar ve enfeksiyonlar altta yatan veya ilişkili olabilecek durumlar olarak sıralanır (2,4,9). Özellikle oto-immünite ve malignensi üzerine durulan iki faktördür. Kimi yazarlar mezenterik pannikülitin altta yatan bir malignensiye cevap olarak geliştiğini savunmuştur (10,11). Daskalogianni ve ark. ise mezenterik pannikülitli olgularının %69.4’ünde malignite saptamışlar, bunlardan

%55.8’inin extra-abdominal yerleşimli olduğunu göz önünde tutarak intra-abdominal maligniteli olgular arasında mezenterik pannikülitin yaygınlığının arttığını söylemenin doğru olamayacağını belirtmişlerdir (4). Yaptıkları çalışma, abdominal BT çekilmiş 7620 vakanın incelenip, %91.8’i insidental olmak üzere, tanıları bu şekilde konulmuş olan vakaları içerdiğinden maligniteli olguların oranının fazla oluşu kaçınılmazdır. Sonuç olarak kronik hastalığı olan olgularda BT çekilme olasılığı mezenterik pannikülit ile ilişkisiz olarak daha fazla olacak ve saptanışı da pek çok pannikülitli olguda olduğu gibi tesadüfi gerçekleşecektir. Yapılan

çalışmalarda mezenterik pannikülit ile idiopatik retroperitoneal fibrozis arasındaki benzerlikler göz önünde tutularak altta yatan sebepler açısından otoimmün bir sürecin etkili olabileceği söylene de bu mekanizma kanıtlanamamıştır (12,13).

Görölme sıklığı nadir olan mezenterik pannikülit, Nicholson ve ark.nın post-mortem 700 vakayı incelendiği bir çalışmalarında %1 oranında tespit edilmiş, bir diğer çalışmada ise %0.6 olarak bildirilmiştir (2,4). Genellikle orta ve geç yaştaki popölasyonda görölen bir hastalıktır. Bir çalışmada 50-70 yaşlar arasında sık göröldüğü ve ortalama yaşın 65 olduğu bildirilmiştir (14). Yapılan bir diğer çalışmada da ortalama yaş 62 olarak belirtilmiştir (4). Erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla görölmektedir (15-17).

Coğrafi dağılım açısından değerlendirildiğinde Nicholson ve arkadaşlarının literatür değerlendirmesi amacıyla yaptıkları bir çalışmalarında 1965- 2008 yılları arasında rapor edilen 218 vakada Amerika, Fransa ve Japonya'dan bildirimlerin ağırlıklı olduğu belirtilmiştir. Net bir coğrafik farklılık olduğunu söylemenin; tanıda önemli yer tutan BT'nin ulaşılabilirliği ve kullanım oranlarına bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğinden dolayı doğru olmayacağı savunulmuştur (2).

Klinik açıdan değerlendirildiğinde hastaların çoğunda tanının insidental olarak konulduğu düşünölecek olursa, çoğunda semptom gözlenmiyor oluşu şaşırtıcı değerildir (4). Semptomatik olanlarda ise en fazla karın ağrısı (genellikle orta hatta veya üst kadranda olmak üzere) ve batında kitle gözlenir (9,11). Bunların yanı sıra; abdominal distansiyon, iştahsızlık, kilo kaybı, ateş, halsizlik, bulantı, kusma, ishal, kabızlık

veya bağırsak alışkanlıklarının değişmesi, asit, plevral veya perikardial effüzyon da görölebilir (9,14,18). Mezenterik kitlenin barsaklara, kan damarlarına ve lenfatiklere olan bası etkisiyle gelişmiş olan bu semptomlar progresif veya aralıklı olabileceği gibi kendini sınırlayıp kısa sürede sonlanıcı nitelikte de olabilir (9,19). Mevcut bası nedeniyle mezenterik pannikülit ile ilişkilendirilen komplikasyonlar; ince barsak obstrüksiyonunu, iskemisini ve superior mezenterik trombozu içerir. Bunların yanında literatürde ince barsak perforasyonu ve protein kaybettiren enteropati gelişmiş olgular da mevcuttur (20,21). Fizik muayenede lokalize abdominal hassasiyet, varsa kitlenin palpasyonu ve yüksek derecelerde olmayan ateşe sıkça rastlanır (18). En sık görölen fizik muayene bulgusu ise sağ üst kadranda ele gelen kitledir (22).

Laboratuar tetkikleri genellikle normaldir ve tanıda yardımcı değerildir (2,9). İnflamatuar sürecin ön planda olduğu hastalarda C reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) yüksekliği gözlenebilir (5,19,23). Bir çalışmada mezenterik pannikülitli olguların %60'ından fazlasında ESR yüksek saptanmıştır (22). Literatürde anemi ve lökosit yüksekliğinin göröldüğü olgular da raporlanmıştır (9,23,24).

Görüntöleme tetkikleri, tanıda, non-invaziv yöntemler içerisinde en değerli olanıdır. Düz batın grafisi veya baryumlu grafinin tanısasal özelliği bulunmasa da ultrasonografi (USG) ve BT ile değerlendirme tanıda çok değerlidir (22,25). Bir çalışma; BT'nin, bulgularının oldukça spesifik olmasından dolayı tek başına tanı koydurucu olabileceğini belirtmiştir (2). Bir diğer çalışma ise

histopatolojik incelemelere gerek duymaksızın tamamen BT ile tanı konulan olguları çalışmasına almıştır (4). Mezenterik pannikülitli olguların ultrasonografik olarak değerlendirilmeye alındığı bir çalışmada, bu olgularda 'tümoral psödokapsül' veya 'fat ring' işareti gibi spesifik BT bulgularının USG'de de saptanabileceği, ayırıcı tanıda diğer sebepleri ekarte etmekte faydalı olduğu fakat kesin tanı için yine de BT çekilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir (9). Mezenterik pannikülitte genellikle görülen BT bulgusu; mezenterik veya komşu barsak anslarına lokalize, kapsüle, çoğunlukla sola yerleşimli, heterojen kitledir (Şekil 1) (2). Bağırsak duvarı kalınlaşmıştır. Daskalogiannaki ve ark. mezenterik pannikülitte 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, kası 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 pannikülit için patognomik olduğu belirtilmiştir (4). Bu çalışmayı destekler nitelikte Sabate ve ark.nın bir çalışmasında da, psödötümoral strip ve 'fat ring halo'nun tanı koydurucu olduğu bildirilmiştir (26).

Daha çok ince barsakları etkileyen mezenterik pannikülitin kolonik tutulumu nadir de olsa gözlenebilir (1). Aynı zamanda mezokolonu, peripankreatik bölgeyi, omentumu, retroperitonu veya pelvisi de etkileyebilir (27). Kesin tanısı

histopatolojik incelemeler neticesinde konulur (Şekil 2) (2).

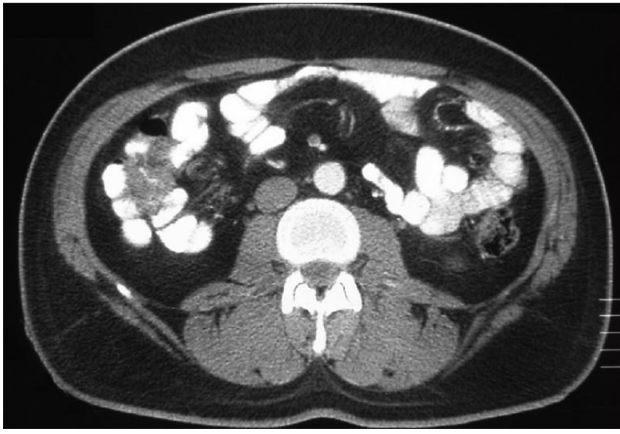
Etyopatogenezinin tam anlaşılabilmesi tedavi konusunda net bir yaklaşımın olmayışına yol açmıştır. Tanıyı kesinleştirip, olası bir malignite durumunu da dışlamak için cerrahi uygulamak gerektiğini savunan kaynaklar mevcut olsa da Daskalogiannaki ve ark.nın yaptığı 49 vakalık bir çalışmada sadece semptomatik olan olgularda biopsi ve cerrahi girişim uygulanmış; diğer vakalar aralıklı çekilen BT'lerle takip edilmiştir (3,4). Cerrahi yaklaşımın barsak obstruksiyonu veya perforasyon gibi mezenterik pannikülitin ciddi komplikasyonlarında uygulanması gerektiği; hafif veya asemptomatik seyreden hastalarda ise tedavi uygulanmaksızın takip edilebileceğini savunan kaynaklar mevcuttur (28). Tedavide ortak bir yaklaşımın mevcut olmadığı mezenterik pannikülitte pek çok hasta konservatif yaklaşımlarla tedavi uygulanmaksızın takip edilirken, literatürde kortikosteroid, azatiopirin, siklofosfamid, talidomid ve tamoksifen ile tedavi edilmiş ve başarı sağlanmış semptomatik hastalar bildirilmiştir (12,24,29,30). Kimi yazarlar hastalığın ilerlemesini önlemek amacıyla tanı konulduktan sonra prednizolon ve sitostatik ajanlarla agresif bir immünsüpresif tedaviyi savunmaktadır (30). Fakat bu konuda yapılmış kontrollü, randomize çalışmalar mevcut değildir (2).

Genellikle iyi seyirli bir hastalık olan mezenterik pannikülitin kendi kendini sınırlayan bir hastalık olduğu ve 3 ay sonra kendiliğinden gerilediğini belirten çalışmalar mevcut olmakla birlikte (22), ölüm bildirilen vakalar damedir (31,32). Yapılan bir çalışmada mezenterik pannikülitin %20 oranında morbidite ve

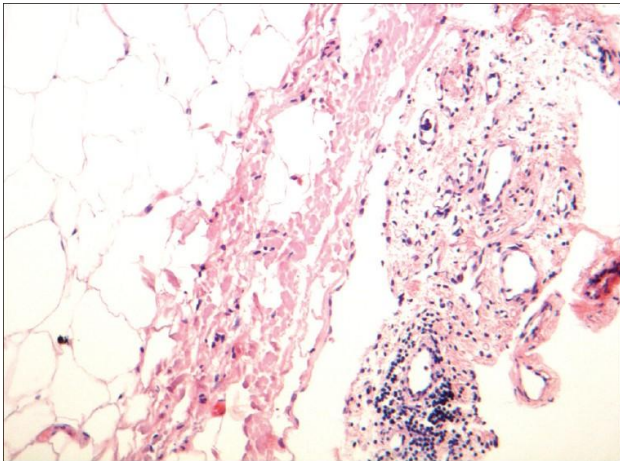
kronik debilitesüreciyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (24).

Acil servise karın ağrısı ile gelen hasta oranının yüksekliği ve başvuran hastaların yaklaşık %35-40 gibi büyük bir kısmında kesin tanı konulamayıp non-spesifik karın ağrısı olarak değerlendirildiği göz önünde bulundurulursa (33-36), acil servis hekimleri için mezenterik pannikülitin önemi daha iyi anlaşılabilir. Belirleyici klinik semptomlarının, bulgularının ve laboratuvar tetkiklerinin bulunmayışı tanı

aşamasında hekimi zorlamakla birlikte, iyi seyirli bir hastalık olan mezenterik pannikülitin, olası komplikasyonları düşünüldüğünde acil serviste karın ağrısının ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiği aşikardır. Bu bilgilerin ışığında, söylenebilir ki mezenterik pannikülit gibi karın ağrısı yapan nadir sebeplerin bilinmesi acil serviste non-spesifik karın ağrısı tanısı alan hasta sayısını azaltacağı gibi hastalara erken dönemde uygun tedavi yaklaşımlarının uygulanmasının da yolunu açacaktır.



**Şekil 1.** Aksiyal kesitli abdominal BT de ince barsaklar etrafındaki mezenterik yağ dokusu içerisinde kitle görüntüsü



**Şekil 2.** Mezenterik pannikülitin histolojik görüntüsü; inflamatuvar mononükleer hücre infiltrasyonu, fokal yağ nekrozu ve pannikülit ile uyumlufibrozis görünümü.(H&E x40)

## Kaynaklar

1. 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.
2. 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.
3. Robert L., Belland Neal E., McGraw-Hill., Raphael R. Schwartz's Principles of Surgery 8th edition eds. 2007; 1134-8.
4. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR*. 2000;174:427-31.
5. Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J SurgPathol*. 1997;21:392-8.
6. Aach RD, Kahn LI, French RS. Obstruction of the small intestine due to retractile mesenteritis. *Gastroenterology*. 1968;54:594-8.
7. Fujiyoshi F, Ichinari N, Kajiya Y. Retractable mesenteritis: small-bowel radiography, CT, and MR imaging. *AJR*. 1997;169:791-3.
8. Mata JM, Inaraja L, Martin J, Olazabal A, Castilla MT. CT features of mesenteric panniculitis. *J Comput Assist Tomogr*. 1987;11:1021-30.
9. 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.
10. Kipfer RE., Moertel CG., Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med*. 1974;80:583-8.
11. Wilkes A, Griffin N, Dixon L, Dobbs B, Frank A. Mesenteric Panniculitis: A Paraneoplastic Phenomenon? *Dis Colon Rectum*. 2012;55:806-9.
12. Bush RW, Hammar SP, Rudolph RH. Sclerosing mesenteritis: response to cyclophosphamide. *Arch Intern Med*. 1986;146:503-5.
13. Handelsman JC, Shelley WM. Mesenteric panniculitis. *Arch Surg*. 1965;91:842-50.
14. 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.
15. Ginsburg P, Ehrenpreis E. The NORD Guide to Rare Diseases. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Mesenteric panniculitis. 2007;350-61.
16. Chawla S, Yalamarathi S, Irshad A, Tagore V, Skaife P. An unusual presentation of sclerosing mesenteritis as pneumo peritoneum: Case report with a review of the literature *World J Gastroenterol*. 2009;15:117-20.
17. Durst AL, Freund H, Rosenmann E, Birnbaum D. Mesenteric panniculitis: Review of the literature and presentation of cases. *Surgery*. 1977;81:203-11.
18. Ogden WW, Bradburn DM, Rives JD. Mesenteric panniculitis: Review of 27 cases. *Ann Surg*. 1965;161:864-73.
19. 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.
20. Rajendran B., Duerksen DR. Retractable mesenteritis presenting as protein-losing gastroenteropathy. *Can J Gastroenterology*. 2006;787-9.
  21. Horing E, Hinger T, Hens K, Von Gaisberg U, Kieninger G. Protein-losing enteropathy: first manifestation of sclerosing mesenteritis. *Eur J Gastroenterology Hepatol*. 1995;481-3.
  22. Khachaturian T, Hughes J. Mesenteric panniculitis. *Western J Med*. 1988;148:700-1.
  23. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol*. 2009;15:3827-30.
  24. Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:589-96.
  25. 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.
  26. Sabate JM, Torrubia S, Maideu J, et al. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. *AJR*. 1999;172: 625-9.
  27. Guo-Li G, Wang S, Wei X-M, Ren L, Li D-C, Zou F. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of abdominal pain and intraabdominal mass: a cases report *Cases Journal*. 2008; 1:242.
  28. Koornstra J., Van Olffen GH., Van Noort G. Retractable mesenteritis: to treat or not to treat. *Hepatogastroenterology*. 1997;44:408-10.
  29. Ferrari TCA, Couto CM, Vilaca TS, Xavier MA, Faria LC. An unusual presentation of mesenteric panniculitis. *Clinics Sao Paulo*. 2008;63:843-4.
  30. Tytgat GN, Roozendaal K, Winter W, Esseveld MR. Successful treatment of a patient with retractile mesenteritis with predonisone and azathioprine. *Gastroenterology*. 1980;79:352-6.
  31. Soergel KH, Hensley GT. Fatal mesenteric panniculitis. *Gastroenterology* 1966; 51: 529-536
  32. Andersen JA., Rasmussen NR., Pedersen JK. Mesenteric panniculitis: a fatal case. *Am J Gastroenterol*. 1982;77:523-5.
  33. Graff LG., Robinson D. Abdominal pain and Emergency Department Evaluation *Emerg Med Clin North Am*. 2001;19:123-36.