

**Nadir Görülen Karın Ağrısı Nedeni: Pannikülit Olgu Sunumu**  
**The Rare Cause of Abdominal Pain: Pannicullite (Case Report)**  
**Alpaslan Kısınma<sup>1</sup>, Keziban Uçar Karabulut<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi  
Konya Sağlık Meslek  
Yüksek Okulu

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Acil Tıp AD

**Corresponding Author:**

**Dr. Alpaslan Kısınma**

**E-mail:**

dralpaslankisinma@hotmail.com

**Özet**

Mezenterik pannikülit, nadir görülen idiopatik benign bir hastalıktır. Mezenterik dokunun inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozisi ile karakterizedir. Kronik inflamasyonla seyrederek. Geçirilmiş abdominal cerrahit travma, vaskülit, granülomatöz hastalık, malignensi veya enfeksiyon ile ilişkili olabilir. Mezenterik pannikülit semptomsuz olabileceği gibi karın ağrısı, şişkinlik, bulantı, kusma, ishal ve ateş gibi şikayetlerle başvurabilir.

**Olgu Sunumu 1:** Altmış yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Karın sol tarafında başlayıp sırta yayılan tarzda karın ağrısı mevcuttu. Yapılan batın ultrasonografi pannikülit ile uyumlu olduğu tespit edildi.

**Olgu Sunumu 2:** Kırkdört yaşında kadın hasta karın sağ üst ve alt kısımlarda ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan batın ultrasonografisi Pannikülit lehine değerlendirildi.

Sonuç: Pannikülit nadir görülen bir karın ağrısı nedenidir. Acil servise başvuran karın ağrılı hastalarda düşünülmesi gereken akut ve acil bir hastalıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Servis, Karın Ağrısı, Pannikülit

**Abstract:** Mesenteric panniculitis is a rare idiopathic benign disease. It is characterized by inflammation, fatty necrosis and fibrosis of the mesenteric tissue. It progresses with chronic inflammation. It may be associated with previous abdominal surgery-trauma, vasculitis, granulomatous disease, malignancy or infection. Mesenteric panniculitis may be asymptomatic or may present with complaints such as abdominal pain, bloating, nausea, vomiting, diarrhea and fever.

**Case 1:** A 60-year-old female patient was admitted to the emergency department with a complaint of abdominal pain. There was abdominal pain that started on the left side of the abdomen and spread to the back. The abdominal ultrasonography was interpreted in favor of Panniculitis.

**Case 2:** A 44-year-old female patient presented with a complaint of pain in the right upper and lower quadrants of the abdomen. The abdominal ultrasonography was interpreted in favor of panniculitis.

**Result:** Panniculitis is a rare cause of abdominal pain. It is an acute and emergency disease that should not be considered in patients with abdominal pain admitted to the emergency department.

**Keywords:** Emergency Department, Abdominal Pain, Panniculitis,

**Giriş:** Mezenterik pannikülit (MP) barsak mezenterini tutan, yağ nekrozu, kronik inflamasyon ve fibrozise yol açan nadir görülen bir hastalıktır (1,2). MP 1924 yılında Jura tarafından tanımlanmıştır. MP aynı zamanda sklerozan mezenterit, liposklerotik mezenterit, mezenterik lipodistrofi ya da mezenterik Weber-Christian hastalığı gibi değişik isimler ile de adlandırılmıştır (3,4).

Nadiren mezokolon, peripankreatik alan, omentum, retroperitoneum veya pelvisi de tutabilir (5). Pannikülit etiyojisi tam olarak tanımlanamamakla birlikte yapılan çalışmalarda otoimmün hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar (karaciğer sirozu, pankreatik hastalıklar, retroperitoneal fibrozis), infeksiyöz hastalıklar (tüberküloz), vasküler hastalıklar (vaskülit, aort anevrizması), malignansiler, travma ve geçirilmiş cerrahi operasyon ile birlikteliği gösterilmiştir (6).

Klinik bulgular genelde nonspesifik ve atipiktir. Bununla birlikte karında rahatsızlık hissi, kitle, ateş, barsak alışkanlığında değişiklikler, kanama, şilöz asit veya kilo kaybı gibi semptomlar görülebilir (7).

Çalışmamızda acil servise karın ağrısı ile başvurup klinik, fizik muayene ve batin Ultrasonografi (USG) ile MP tanısı koyduğumuz iki olgu değerlendirildi.

Olgu 1: 60 yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Ağrısı göbek sol tarafından başlayıp karın alt tarafına ve sırtta doğru kuşak tarzında yayılan karakterdeydi. Yaklaşık 3 gündür varmış ve giderek artmış. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında başka bir hastalığı yokmuş. Yapılan fizik muayenesinde vital bulgular stabildi. Batın muayenesinde sol paraumblikal bölgede palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Diğer fizik muayene bulgularında herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Laboratuvar bulguları yüksek lökosit seviyesi (WBC:17000/ $\mu$ L) ve nötrofil sayısı 14.4 / $\mu$ L),dışında normaldi. Hastaya batın USG yapıldı. USG’de mezenter kökü düzeyinde yağ doku planlarında eko artışı gözlenmiş olup panniküllit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta genel cerrahi kliniği ile konsülte edildi. Ayaktan medikal tedavisi düzenlenerek taburculuğu planlandı.

Olgu 2: 44 yaşında kadın hasta karın sağ tarafında ağrı şikayeti ile servisimize başvurdu. Yaklaşık 4 saat önce şiddeti artmış. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı yokmuş. Yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabildi. Batın muayenesinde umblikus sağ tarafında daha fazla olmak üzere sağ alt ve üst kadrantları içerecek şekilde palpasyonla hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayenesinde herhangi bir

patoloji görülmedi. Laboratuvarında WBC değeri 14000 / $\mu$ L, 11800 / $\mu$ L olarak tespit edildi. Diğer laboratuvar testleri normaldi. Hastanın yapılan batın USG ‘sinde mezenter kökü düzeyinde yağ doku planlarında heterojenite ve eko artışı gözlendi ve pannikülit lehine yorumlandı. Ağrısı devam eden hasta medikal tedavi için genel cerrahi servisine yatırıldı.

Tartışma: MP, mezenterin yağlı dokusunu etkileyen non-spesifik inflamatuvar bir hastalıktır. Abdominal görüntüleme yöntemlerininin daha sık kullanılmasına bağlı olarak MP’in tanı sıklığı artmıştır ve MP’in insidansı %0,16-7,8 olarak rapor edilmiştir (8). 50-70 yaş arasında daha sık görülmektedir (9).

Ancak bizim ikinci olgumuzda olduğu gibi daha erken dekadlarda da görülebilmektedir. Hastalar acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, abdominal distansiyon ve ishal veya kabızlık gibi gastrointestinal sistemi etkileyen semptomlar ile başvurabileceği gibi, aynı zamanda nedeni bilinmeyen ateş ve kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlar ile de başvurabilirler (10,11).

Pannikülit herhangi bir belirti vermeden kendini sınırlayıp sonlanabileceği gibi ince barsak obstrüksiyonu, iskemi ve superior mezenterik ven trombozu gibi komplikasyonlara da yol açabilmektedir.

Pannikülit tanısı, USG, abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konulabilmektedir (12). Bizim olgularımızda tanı USG ile konulup medikal tedavi ve takip uygulanmıştır.

Tedavisi konusunda net bir yaklaşımın mevcut değildir. Hastalığın seyri genelde iyi olup inflamasyon kendiliğinden gerilemektedir. Yapılmış çalışmalarda kortikosteroid ile birlikte kolşisin kullanımının pannikülit çapında hızlı bir azalma yaptığı görülmüş. Barsak obstrüksiyonu gelişen vakalarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır (12, Cuff R, Landercasper J, Schlack S. Sclerosing mesenteritis. Surgery 2001;129:509-10). Bizim olgularımızda medikal tedavi tercih edildi.

Acil servise yüksek oranda karın ağrısı ile hasta başvurmakta ve başvuran bu hastaların yaklaşık %35-40 lık kısmına kesin tanı konulamayıp nonspesifik karın ağrısı olarak değerlendirilir. Bu durum göz önüne alındığında acil servis hekimleri için mezenterik pannikülitin önemi daha iyi anlaşılabilir (12, 14).

Sonuç olarak acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran çok sayıda hasta başvurmaktadır. Pannikülit akut batın nedenleri ekarte edildikten sonra akla gelmesi ve atlanmaması gereken bir

durumdur. Erken tanı ve tedavi edilmesi hastalığın seyri ve tedavisi açısından önemlidir.

### Kaynaklar

1. Psarras K, Symeonidis N, Pavlidis ET, et al. Retractable mesenteritis appearing as a sigmoid colon tumor. Tech Coloproctol 2010;14:69-70.
2. Bush RW, Hammar SP, Rudolph RH. Sclerosing mesenteritis: response to cyclophosphamide. Arch Intern Med 1986;146:503-5
3. Nicholson A, Smith D, Diab M, Mesenteric panniculitis in Merseyside: a case series and a review of the literature Ann R Coll Surg Engl. 2010; 92:95.
4. Robert L., Belland Neal E., McGrawHill., Raphael R. Schwartz's Principles of Surgery 8th edition eds. 2007; 1134-8
5. Gu GL, Wang SL, Wei XM, et al. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of abdominal pain and intraabdominal mass: a case report and review of the literature. Cases J 2008;1:242
6. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. AJR Am J Roentgenol 2000;174:427-3
7. Rees JR, Burgess P. Benign mesenteric lipodystrophy presenting

- as low abdominal pain: a case report. J Med Case Reports 2010;4:119
8. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. AJR Am J Roentgenol 2000;174:427-31
  9. Hussein MRA, Abdelwhewd SR. Mesenteric panniculitis: an update. Exp Rev Gastroenterol Hepatol 2015;9:67-78
  10. Van Lingen CP, Zeebregts CJ, Gerritsen JJ, et al. Mesenteric Panniculitis presenting as colitis. ANZ J Surg 2004;74:176.
  11. Volpicelli G, Saracco W. A case of mesenteric panniculitis: multiple involvement of the emergency department before final diagnosis and appropriate treatment. Eur J Emerg Med 2007;14:104-5
  12. Basol N. Mezenterik pannükülit. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;4:1-7
  13. Cuff R, Landercasper J, Schlack S. Sclerosing mesenteritis. Surgery 2001;129:509-10
  14. Graff LG., Robinson D. Abdominal pain and Emergency Department Evaluation Emerg Med Clin North Am. 2001;19:123-36

