

# Tenia Saginata Enfestasyonu ile İlişkili Pnömatosis Kistoides İntestinalis: Nadir Bir Antite

## Pneumatosis Cystoides Intestinalis Associated with Tenia Saginata Infestation: A Rare Entity

Dr. Meral UYAR,<sup>a</sup>  
Dr. Tülin YALTA,<sup>a</sup>  
Dr. Reyhan EĞİLMEZ,<sup>b</sup>  
Dr. Hatice ÖZER,<sup>b</sup>  
Dr. Ersin TUNCER,<sup>b</sup>  
Dr. Faruk BAL<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Patoloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Genel Cerrahi Kliniği,  
Sivas Devlet Hastanesi,  
<sup>c</sup>Patoloji AD,  
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Sivas

Geliş Tarihi/Received: 15.05.2009  
Kabul Tarihi/Accepted: 17.09.2009

*Bu olgu 18. Ulusal Patoloji Kongresi  
(25 - 29 Ekim 2008, Antalya)'nde yazılı  
bildiri olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Tülin YALTA  
Sivas Devlet Hastanesi,  
Patoloji Kliniği, Sivas,  
TÜRKİYE/TURKEY  
tdeyalta@gmail.com

**ÖZET** Pnömatosis kistoides intestinalis (PKI) başta jejunum olmak üzere gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde yerleşim gösterebilen, içi gaz ile dolu, kistik oluşumlar şeklinde gözlenen nadir bir hastalıktır. Gastrointestinal sistemin mukozal bütünlüğünü ve peristaltizmini bozan faktörler etiolojide özellikle önemli yer tutar. Sunulan olgu kliniğimize akut karın teşhisiyle kabul edilmiş ve acilen cerrahi işlem planlanmıştır. İnce barsak rezeksiyonu ve takiben yapılan patolojik inceleme PKI ve tenia saginata (TS) adlı gastrointestinal sistem paraziti birlikteliğini göstermiştir. PKI etiolojik olarak primer (idiyopatik) veya sekonder olabilir. İnce barsak yerleşimli PKI ların büyük çoğunluğu ise sekonder faktörlere bağlıdır. Bu olguda diğer sekonder nedenlerin yokluğu sebebiyle, PKI'nın en olası nedeninin TS enfestasyonu olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Pnömatosis sistoides intestinalis; konak-parazit ilişkileri

**ABSTRACT** Pneumatosis cystoides intestinalis (PCI) is a rare disease of the gastrointestinal system primarily involving the jejunum and generally presenting as cystic, gas-filled masses in the gastrointestinal tract. Factors harming gastrointestinal mucosal integrity and peristaltism are particularly important in the etiology. The present case was admitted to our clinic with signs of acute abdomen, and urgent surgical operation was planned. Intestinal resection and subsequent pathological examination demonstrated the co-existence of PCI and tenia saginata (TS), a gastrointestinal system parasite. PCI may be primary or secondary etiologically. The majority of intestinal PCIs are due to secondary factors. Due to the absence of other secondary etiologies, TS infestation was thought to be the most likely cause of PCI in this case.

**Key Words:** Pneumatosis cystoides intestinalis; host-parasite interactions

**Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2010;17(1):63-5**

**P**KI bağırsak duvarında içi gaz dolu kistik kitlelerle karakterize nadir bir hastalık olup, başta jejunum olmak üzere tüm gastrointestinal sistemde (GIS) gözlenebilir.<sup>1</sup> Boyut olarak birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişkenlik gösteren kistik kitleler çok çeşitli ve özel olmayan bazı gastrointestinal semptomlara yol açabilir.<sup>2</sup> Etiyolojisi kesin değildir. Bu olgu sunumunda ise tenia saginata (TS) enfestasyonu ile ilişkili olduğunu düşündüğümüz bir PKI olgusu sunulmuştur.

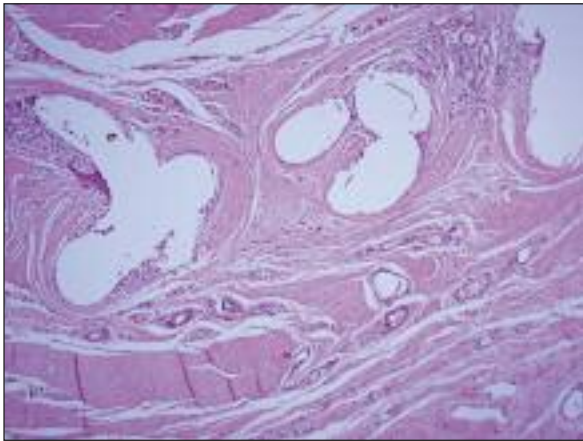
### OLGU SUNUMU

62 yaşında kadın hasta kliniğimize akut karın sebebiyle yatırıldı. Kan ve idrar tetkiklerinde; hafif anemi ve proteinüri mevcuttu. Acilen çekilen düz

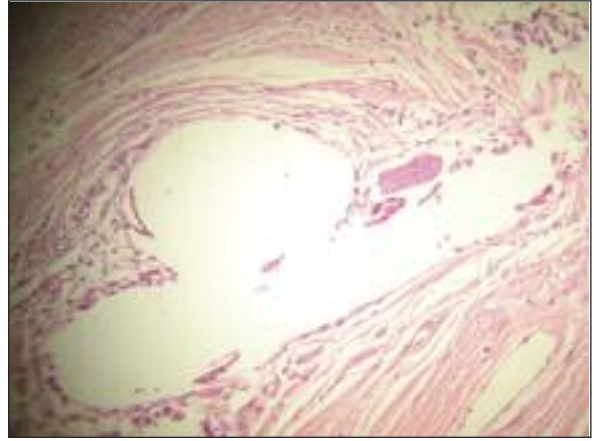
batın grafisinde ince barsakda gaz görünümü dikkati çekti. Hastanın klinik durumu nedeniyle acilen cerrahi işlem planlandı. Operasyon sırasında şüpheli ince barsak bölgelerinin rezeksiyonu ve uç uca anastomoz yapıldı. Eksize edilen 101.5 cm uzunluğunda ince barsak materyalinin makroskopik incelemesinde, birkaç santimetre boyutlarında, birkaç adet polipoid kistik oluşum ve bu oluşumlar arasında kanama odakları gözlemlendi. Barsak materyali mezenter boyunca açıldığında beyaz renkte halkalı parazit gözlemlendi. Eksize barsak materyalinin mikroskopik olarak incelemesinde mikst tipte enflamasyon, yoğun kan damarları ve multinükleer dev hücreler içeren granülasyon dokusunun eşlik ettiği submukozal dilate kistik oluşumlar gözlemlendi (Resim 1). Resim 2’de ise dilate kistik oluşum ve çevresindeki iltihabi yanıt ve dev hücre oluşumu daha yakın planda görülmektedir. Makroskopik görünümü ile TS olarak tanımlanan parazitin mikroskopik kesiti Resim 3’de sunulmuştur. Olgu TS’nin eşlik ettiği PKI ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

## TARTIŞMA

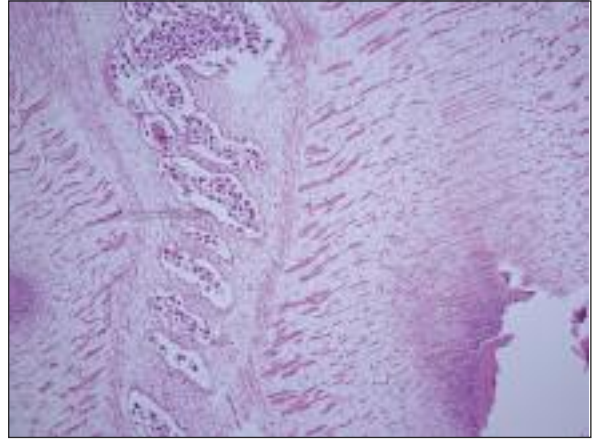
PKI barsak duvarında gaz oluşumu ile karakterize bir antitedir.<sup>2</sup> Her iki cinsiyette ve her yaşta gözlemlenirken beraber daha çok orta yaşlı erkeklerde rastlanmıştır.<sup>3</sup> Hastaların büyük çoğunluğunda, duodenal ve gastrik ülserler gibi diğer GIS patolojileri eşlik eder.<sup>3</sup> Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kollajen doku hastalıkları, GIS enfeksiyonları,



**RESİM 1:** Granülasyon dokusunun eşlik ettiği pnömatozis kistoides intestinalis ile uyumlu içerli hava dolu submukozal dilate kistler (HE, 25 X).



**RESİM 2:** Dilate submukozal kist ve çevresindeki iltihabi yanıt ve dev hücre oluşumu (HE, 200 X).



**RESİM 3:** Barsak içerisinden çıkarılan tenia saginata'nın mikroskopik kesiti (HE, 25 X).

Crohn gibi bazı GIS hastalıkları, GIS operasyonları ve intestinal obstrüksiyon gibi GIS peristaltizmi bozan çeşitli durumlar etiyolojide ileri sürülmüştür.<sup>4</sup>

PKI gelişiminde mekanik ve bakteriyel etkenler önemli bir yer tutar.<sup>3</sup> Özellikle Clostridium perfringens gibi gaz üreten bazı bakterilerin submukozaya infiltre olarak burada kistlere neden olduğu düşünülmüştür. GIS operasyonu sonucu mukozaya hasarı ve peristaltizmi etkileyen GIS obstrüksiyonu gibi çeşitli mekanik etkenler de özellikle barsak duvarı içine gaz girişine sebep olarak PKI gelişimine neden olabilirler. PKI nadiren laktuloz, steroid ve bazı kemoterapotik ilaçların kullanımıyla da ilişkili olabilir.<sup>5</sup> Son zamanlarda bir anti-diya-

betik ajan olan alfa glikozidaz inhibitörlerinin PKI ile ilişkisi bildirilmiştir.<sup>6</sup> PKI gastrointestinal sistem kanserleriyle de ilişkili olabilir. Duodenal adenokarsinomla ilişkili gastrik PKI bildirilmiştir.<sup>7</sup> PKI ayrıca sekonder nedenler olmadan, idiyopatik olarak da görülebilir.<sup>2</sup> Ancak ince barsak yerleşimli PKI genelde sekonder nedenlere bağlı olarak gelişir. Ayrıca kalın barsak da sık olarak tutulan bölgelerden biridir ve özel olmayan bazı gastrointestinal semptomlara yol açabilir.<sup>2</sup> Sunulan vakada kistler ince barsak yerleşimli ve submukozal olup ve yukarıda belirtilen olası sekonder PKI nedenlerinden hiçbirinin hikaye veya bulguları mevcut değildi. İnce barsak yerleşimli PKI'nın genelde sekonder nedenlere bağlı olarak geliştiği dikkate alındığında, bu olguda PKI'nın olası nedeninin TS enfestasyonu olduğu ve GIS peristaltizmini bozarak PKI gelişiminde etkili olduğunu düşünülebilir. PKI'lı hastalar genelde konstipasyon, diare, abdominal ağrı vb.gibi çok özel olmayan şikayetlerle başvururlar.<sup>3</sup> Aynı-

ca nadiren de olsa perforasyon ve nekroz gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilir.<sup>8</sup> Sunulan olgu ise ağır bir klinik durum olan akut karın tablosuyla başvurmuştur. PKI'da tanı bazı durumlarda zor olabilmektedir. Göğüs ve batin radyografilerinde serbest intraperitoneal hava, bilgisayarlı tomografide (BT) barsak duvarında içi gaz dolu kistik kitleler gözlemlenebilir.<sup>9</sup> Bu olguda da acil olarak çekilen düz batin grafisinde barsakta hava görünümü mevcuttu, ancak hastanın klinik durumu nedeniyle BT incelemesi yapılamadı. Tedavide özellikle sekonder olgularda cerrahi endikasyon yoksa etiyolojiye yönelik tedavi ile birlikte antibiyotik ve hiperbarik oksijen tedavisi verilebilir. Ancak bu olgu akut karın tablosuyla başvurduğu için öncelikli olarak cerrahi girişim düşünülmüştür.

Sonuç olarak; PKI ve TS enfestasyonu birlikteliği mevcut olan bu olgu, oldukça nadir rastlanan PKI'nın TS enfestasyonuna da bağlı olarak gelişebileceğini göstermektedir.

## KAYNAKLAR

1. Akpolat N, Yahşi S, Yekeler H, Bülbüller N. [Pneumatosis cystoides intestinalis: a case report]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2002;22(1):63-6.
2. Snape J, Hulman G, Reddy PR, Panto PN. Pneumatosis coli: an uncommon but treatable cause of faecal incontinence. *Int J Clin Pract* 1998;52(7):501-3.
3. Bildirici K, Yasar B, Peker B. [Pnomotosis kistoides intestinalis (case report)]. *Van Medical Journal* 2001;8(4):131-3.
4. Barton LL. Pneumatosis intestinalis in childhood. *J Pediatr* 1999;134(1):124-5.
5. Park JY, Yoon JY, Min SY, Hong SK, Park JS, Jang EJ, et al. A case of recurrent pneumatosis cystoides intestinalis associated with recurrent pneumoperitoneum. *Korean J Gastroenterol* 2007;50(3):188-92.
6. Tsujimoto T, Shioyama E, Moriya K, Kawaratani H, Shirai Y, Toyohara M, et al. Pneumatosis cystoides intestinalis following alpha-glucosidase inhibitor treatment: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008;14(39):6087-92.
7. Bilici A, Karadag B, Doventas A, Seker M. Gastric pneumatosis intestinalis associated with malignancy: an unusual case report. *World J Gastroenterol* 2009;15(6):758-60.
8. Zimoch R. Pneumatosis coli complicated with necrosis and perforation wall of sigmoid colon and diffuse peritonitis. *Pol Arch Med Wewn* 2006;115(4):361-5.
9. Hwang J, Reddy VS, Sharp KW. Pneumatosis cystoides intestinalis with free intraperitoneal air: a case report. *Am Surg* 2003;69(4):346-9.