

## SKLEROZLAŞDIRICI MEZENTERİT. MEZENTERİK PANNİKULİT

X.N.ŞİRİNOVA, N.Y.BAYRAMOV, P.R.AYDİNOVA

ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan.

(email:dr.xatireshirinova@hotmail.com)

## Case report

Sclerosing mesenteritis. Mesenteric panniculitis

Kh.N.Shirinova, N.Y.Bayramov, P.R.Aydinova

**Summary:** Sclerosing mesenteritis is a part of a spectrum of idiopathic primary inflammatory and fibrotic processes that affect the mesentery. The clinical presentation ranges from an asymptomatic abdominal mass to acute, systemic syndromes marked by fever, weight loss, malaise, and intestinal obstruction. Laboratory markers of inflammation (ESR and CRP) may be elevated. Imaging with CT is the most sensitive diagnostic tool. Surgical biopsy is usually required to make the diagnosis and to exclude clinical and radiologic mimics such as lymphoma, carcinoid syndrome, and peritoneal carcinomatosis. Treatment should be individualized based upon symptoms, complications and comorbidities. In patients who are symptomatic, they suggest a trial of immunosuppressive therapy (Grade 2C). Glucocorticoids in combination with tamoxifen are the preferred first-line therapy while azathioprine or cyclophosphamide may be useful adjuncts. For refractory cases, thalidomide can be considered. Surgery is best reserved for obstructive complications and usually involves bypass rather than complete resection.

**Key words:** Sclerosing mesenteritis. Mesenteric panniculitis.

## Презентация больного

Склерозирующий мезентерит. Мезентериальный паникулит

Х.Н.Ширинова, Н.Й.Байрамов, П.Р.Айдынова

**Резюме:** Склерозирующий мезентерит является одним из идиопатических воспалительных и фибротических процессов, повреждающих мезентерий. Клинически мезентерит может быть представлен асимптоматическим абдоминальным образованием, а также такими синдромами, как высокая температура, потеря веса, недомогание, кишечная обструкция. Возможно повышение лабораторных маркеров воспаления (ЦРП и СОЭ). КТ является самым чувствительным диагностическим методом. Как правило, необходима хирургическая биопсия для подтверждения диагноза, а также для дифференциации с такими клинически и радиологически схожими заболеваниями, как лимфома, карциноидный синдром, перитонеальный карциноматоз. Лечение должно проводиться индивидуально, основываясь на симптомы, осложнения и сопутствующие заболевания. Для симптоматического лечения данной болезни применяется иммуносупрессивная терапия (Grade 2C). На первой стадии лечения назначается комбинация тамоксифена и глюкокортикоидов, возможно также применение азатиоприна и циклофосфамида. В рефрактерный период заболевания возможно применение талидомида. Мы же в свою очередь применили колхицин (по 1 таб. 2 раза в день). При obstructивных осложнениях применяется хирургическое лечение, как правило вместо резекций предпочитают анастомозы.

**Ключевые слова:** Склерозирующий мезентерит. Мезентериальный паникулит.

Mesenterik pannikulit mezenteriumu zədələyən idiopatik iltihabi və fibrotik proseslərin (mezenterik lipodistrofiya və mezenterik pannikulit daxil olmaqla) bir parçasıdır. Patofizioloji olaraq, bu proseslər kütlə effekti törədərək mədə-bağırsaq mənfəzinin və mezenterium damarlarının tamlığını pozur. Bunlar nadir rast gəlinən patologiyalar olub, ən çox 50 – 70 yaşlı kişilərdə müşahidə edilir və qarın ağrısı, mədə bulanması, qusma, diarreya, çəki itkisi və hərəkətin artması kimi gastrointestinal və sistem əlamətlərlə nəticələnir [1-3].

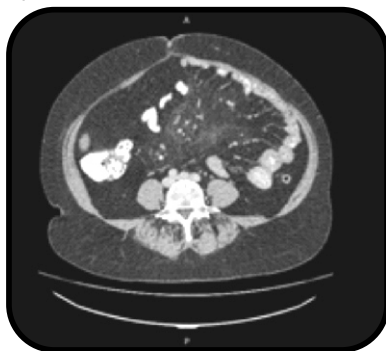
Bir autopsiya seriyasında bu patologiyanın rastgəlmə tezliyinin 1% olduğu bildirilmiş, lakin bir çox hallarda həyat boyu diaqnozunun qoyulmadığı düşünülmüşdür [4]. Mezenterik pannikulitin 3 yaşlı uşaqda da rast gəlinməsinə baxmayaraq, əsasən xəstələr ağdərilili və 50 – 70 yaşlı olmuş, orta yaş 65 qeyd edilmişdir [6]. Bir çox tədqiqatlarda kişilərdə 2:1 nisbət ilə qadınlardan daha çox rast gəlinməsi bildirilmiş, sadəcə bir tədqiqatda 65% qadınlarda müşahidə edildiyi qeyd edilmişdir [4,5].

Mezenterik pannikulitin etio-patogenetik amillərinə keçirilmiş abdominal cərrahi əməliyyat və ya travma, autoimmun proseslər, paraneoplastik sindrom, işemik zədələnmə və infeksiya aiddir.

KT görüntülmə ən həssas diaqnostik üsuldur. Cərrahi biopsiya adətən diaqnoz qoymaq, limfoma, karsinoid sindrom və peritoneal karsinomatoz kimi klinik və radioloji baxımdan oxşar xəstəlikləri inkar etmək gərəklidir.

Müalicə simptomlara, ağırlaşmalara və yanaşı xəstəliklərə əsaslanaraq individual aparılmalıdır. Simptomatik xəstələrdə immunosuppressiv müalicə tövsiyə edilir (Grade 2C). Cərrahiyyə obstruktiv ağırlaşmalarda tətbiq edilir, adətən rezeksiya əvəzinə bypass icra edilir.

**Klinik halın təsviri:** 49 yaşlı qadın xəstə qarında daimi ağrı şikayətilə klinikaya müraciət etmişdir. Başqa şikayəti olmamışdır. Anamnezində 15 il əvvəl “Laparotomiya. Total histerektomiya” əməliyyatı keçirmişdir. Aparılmış klinik (Qarnı yumşaq, ağrılıdır. Qarındaxili palpasiya edilən törəmə təyin edilməmişdir.), laborator (Eritrositlər –  $5,11 \times 10^{12}/L$ , Hemoqlobin –  $14,3 g/dL$ , Leykositlər –  $5,98 \times 10^9/L$ , Trombositlər –  $322 \times 10^3/L$ , EÇS – 19 mm/saat, FSH –  $76,2 mIU/mL$ , Prolaktin –  $163,2 mIU/mL$ , Estradiol –  $62,38 pmol/L$ , CA-125 –  $<5,5 U/mL$ , TSH –  $3,26 uIU/mL$ ,  $sT_4$  –  $15,4 pmol/L$ , Qlükoza (acliq) –  $6,1 mmol/L$ , ALT –  $41 U/L$ , AST –  $26 U/L$ ) və instrumental (Tam abdomen KT – Mezenterik piy toxumasında düzgün konturlu, kütlə şəkilli sıxlıq artışı (Şəkil 1)) müayinə metodları vasitəsilə xəstəyə “Mezenterik pannikulit” diaqnozu qoyulmuşdur.



**Şəkil 1. Mezenterik piy toxumasında düzgün konturlu, kütlə şəkilli sıxlıq artışı. Mezenterik pannikulit**

Xəstəyə konservativ müalicə başlanmış, Kolxisin 1 tab x 2 dəfə olmaqla təyin edilmişdir. 2 illik izləmə xəstədə klinik yaxşılaşma müşahidə edilmiş, ağrılar aradan qalxmışdır.

**Yekun olaraq,** Mezenterik pannikulit naməlum etiologiyalı qarın ağrısının nadir səbəblərindəndir. Ləng gedişli olub, proqnozu adətən yaxşıdır, nazik bağırsaqlarda işemiya və keçməzlik kimi ağırlaşmalara səbəb olur. Abdominal KT müayinəsi diaqnostika üçün kifayət edir. Buna görə də lazımsız biopsiya və cərrahi müdaxilələrdən qaçmaq lazımdır. Simptomatik və proqressiv gedişli xəstələrdə konservativ müalicə seçilə bilər.

## ƏDƏBİYYAT:

1. Durst A.L., Freund H., Rosenmann E., Bimbaum D. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases // Surgery 1977; 81:203.
2. Kipfer R.E., Moertel C.G., Dahlin D.C. Mesenteric lipodystrophy // Ann Intern Med 1974; 80:582.
3. Monahan D.W., Poston W.K. Jr, Brown G.J. Mesenteric panniculitis // South Med J 1989; 82:782.
4. Khachaturian T., Hughes J. Mesenteric panniculitis // West J Med 1988; 148:700.
5. Daskalogiannaki M., Voloudaki A., Prassopoulos P., et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases // AJR Am J Roentgenol 2000; 174:427.
6. Akram S., Pardi D.S., Schaffner J.A., Smyrk T.C. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-twopatients // Clin Gastroenterol Hepatol 2007 2007; 5:589.

**Rəyçi:** ATU-nun Ümumi cərrahiyyə və anesteziologiya kafedrasının dosenti:

*t.ü.f.d. C.H.Cümşüdoğ*

*Redaksiyaya 28.09.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur*