

Akut karının sık rastlanmayan bir şekli: Poliarteritis nodoza nedeniyle gelişen akut kolesistit

A rare cause of acute abdomen: acute cholecystitis secondary to polyarteritis nodosa

Dr. Zeki DÖŞEYEN¹, Dr. Aydın İNAN¹, Dr. Sançar BAYAR¹, Dr. Cihan BUMİN¹,
Dr. Mahmut KESENCİ², Dr. Özden TOLUNAY³

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı¹ ve Patoloji Anabilim Dalı²,
Sevgi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü³, Ankara

ÖZET: Bu makalede, poliarteritis nodozaya bağlı olarak gelişen akalküloz kolesistitli 32 yaşında bir erkek hasta bildirilmiştir. Hasta, sağ üst kadranda ağrısı nedeniyle hastaneye başvurmuştu. Yapılan abdominal ultrasonografisinde akalküloz kolesistit tespit edildi. Hastaya kolesistektomi ve appendektomi uygulandı. Safra kesesi ve appendiksin patolojik incelemesinde orta büyüklükte arterlerde poliarteritis nodozaya bağlı tutulum tespit edildi. Akalküloz kolesistit poliarteritis nodozaya bağlı olarak nadiren gelişmektedir ve her genel cerrah bu çok nadir durumu aklında bulundurmalıdır.

Anahtar sözcükler: Poliarteritis nodoza, akut karın

SUMMARY: We present the case of a 32 year old man suffering from acalculous cholecystitis due to polyarteritis nodosa. He was admitted to hospital with right upper abdominal pain and high fever. Abdominal ultrasonography revealed acalculous cholecystitis, and cholecystectomy and appendectomy were performed. Pathologic examination of both appendix and gallbladder showed involvement of medium size arteries due to polyarteritis nodosa. Surgeons should be aware of this rare cause of acute acalculous cholecystitis.

Key words: Polyarteritis nodosa, acute abdomen

Poliarteritis nodoza (PAN) arter ve arteriollerin inflamasyonuyla intravasküler tromboza neden olan multisistemik bir hastalıktır. Etkilenen organlarda iskemi meydana gelerek nekroz, atrofi, hemoraji, ülserasyon veya enfeksiyon meydana gelebilir (1). Hastalık rölatif olarak nadir görülür ve genel popülasyonda 100.000 de 6 kişide görülür (2).

OLGU

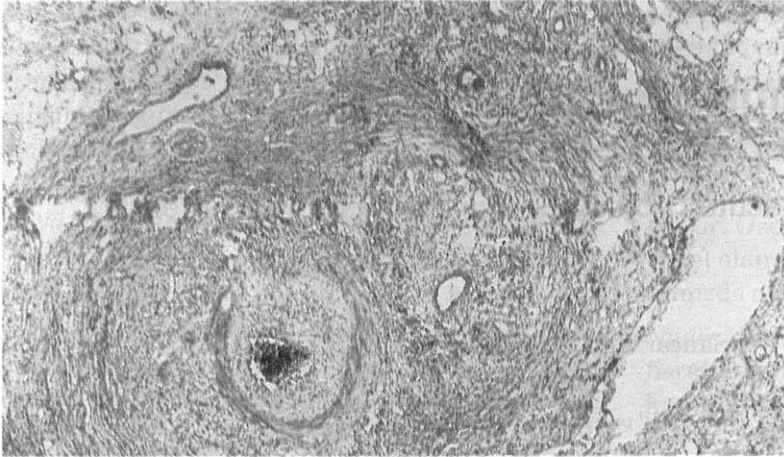
32 yaşındaki erkek hasta HÖ genel cerrahi kliniğimize ateş ve sağ üst kadranda ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde akut kolesistit düşündürülen sağ üst kadranda hassasiyet ve rijidite vardı. Abdominal ultrasonografi incelemesinde taş içermeyen kontrakte safra kesesi tespit edildi.

Kan beyaz küre sayısı 15500/ml, hemoglobin ve homatokrit seviyeleri normaldi. GGT ve ALP seviyelerinde yükselme dışında biyokimya tetkikleri normal sınırlarda idi. Hepatit B antijeni negatifti.

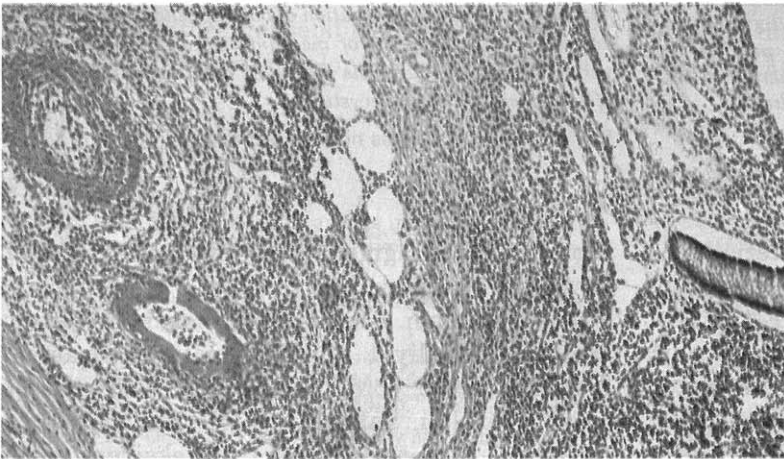
Tıbbi tedaviye rağmen hastanın vücut ısısı 38 °C civarında sabit kaldı ve klinik bulgularında gerileme olmadı. Hasta akalküloz kolesistit ön tanısıyla ameliyat edildi. Ameliyat sırasında karaciğer içine gömülü kontrakte safra kesesi olduğu görüldü. Safra kesesi etrafında abse formasyonu, perforasyon veya kolleksiyon yoktu. Kolesistektomi yapıldı. Ameliyat sırasında çekumun mobil olduğu gözlemlendi ve appendektomi yapıldı.

Ameliyat sonrası dönemde hastanın ateşi düşmedi. Yapılan beyaz küre sayımları normal sınırlardaydı. Ameliyattan onbeş gün sonra hastanın vücut ısısı normale döndü ve hasta herhangi bir problemi olmadan hastaneden taburcu edildi.

Safra kesesi ve appendiksin histopatolojik incelemesinde mukozal ödem, hiperemi ve küçük ve orta büyüklükteki arteriollerde inflamatuvar hücre birikimi ve segmental nekrozla birlikte görülen kanama vardı (Resim 1 ve 2). Lezyonların etrafında duvar tamamen hasarlanmış ve yerini düzensiz fibrinoid nekroza terk etmişti. Damarların adventisiası etrafında beyaz küreden zengin hücrel infiltrasyon vardı.



Resim 1. Safra kesesi duvarında PAN tutulumu. Lümeninde trombus ve iltihabi hücre infiltrasyonu ile birlikte damarın media tabakasında kalınlaşma izlenmektedir. Hemotoksilen & Eozin x 100



Resim 2. Appendix vermiformis duvarında PAN tutulumu gösteren damar kesiti. Perivasküler iltihabi hücre infiltrasyonu ve fibrin birikimi gözlenmektedir. Hemotoksilen & Eozin x 200

Ameliyat sonrasında çekilen koroner ve renal anjiogramlar normal olarak değerlendirildi. Serum antinükleer antikor (ANA), anti-DS DNA, cryoglobulinler, romatoid faktör, CRP ve protein elektroforezi normaldi.

Hastaya kortikosteroid ve siklofosfamid başlandı. Hasta halen takip altında ve hastalığı remisyon-dadır.

TARTIŞMA

PAN orta büyüklükte müküler arterlerin seg-

mental inflamasyon ve nekrozu ve etkilenen damarların beslediği dokularda gelişen sekonder iskemi ile karakterizedir. PAN nörolojik, kardiyovasküler, pulmoner, renal ve gastrointestinal sistem de dahil olmak üzere bütün organları etkileyebilir (3). Gastrointestinal sistemde hastalığın en çok etkilediği kısım jejunumdur. Literatürde sık olmasa bile appendiks, safra kesesi ve dalağın iskemik nekrozu bildirilmektedir (4). PAN daki akut kolesistitin nedeni taştan daha çok genelde vasküler bütünlüğün bozul-

masına bağlıdır ve bir seride görülme oranı % 1.66 olarak bildirilmiştir (5). PAN'nın nadir de olsa sağ üst kadranda ağrısına neden olduğu bilinmektedir. Genel cerrah bunu aklında bulundurmalıdır. Hastalığın tanısında ve komplikasyonlarının tedavisinde majör cerrahi girişimler sıklıkla gerekebilir (4).

Bizim olgumuzda preoperatif tanı akalküloz kolesistitti. Ultrasonografik incelemede safra kesesi kontrakte görünümdeydi. Bu da kronik inflamasyon ve buna bağlı duvar kalınlaşması ile kesenin distansiyonunun engellendiğini düşündürmekteydi. Histolojik olarak hastalığın nedeninin PAN olduğu anlaşıldı. Hasta retrospektif olarak incelendiğinde hastanın sol el 3, 4 ve 5. parmaklarında bulunan parestezisini nörolojik tutulumu düşündürmektedir. Preoperatif dönemde alınacak detaylı anamnez ve fizik muayene ve PAN'dan şüphelenmenin tanıda önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu hastada ilginç olan bir nokta da laparotomi sırasında makroskopik olarak normal gözüken appendiksin histopatolojik olarak incelenmesinde PAN tarafından tutulmuş olmasıdır. Bu da appendektominin doğru bir karar olduğunu göstermektedir. Literatürde safra kesesi ve appendiksin beraber tutulmasıyla ilgili

bilgiye rastlanmamıştır. Bize göre hastalığın sistemik tutulumu nedeniyle makroskopik olarak normal gözüke de laparotomi sırasında ileride tutulma ihtimali nedeniyle appendektomi yapılması uygun olacaktır.

Serolojik testler PAN için spesifik değildir. Hastalığın tanısı tipik lezyonlardan yapılan biyopside nekrotizan arteritin gösterilmesi veya orta büyüklükteki damarlarda tipik anevrizmaların angiografik olarak tespiti ile konulabilir. Yaşamsal organların tutulumu prognozun belirlenmesinde önemlidir. Normal koroner ve renal angiogram ve makroskopik olarak normal karaciğer hastamızda iyi prognozun belirtici olabilir.

Sonuç olarak bilinmeyen nedenli karın ağrısı ve ateş nedeni vaskülitik bir hastalık olabilir ve bu hastalığın klinik belirti ve bulguları (artralji, myalji, raş, periferik nöropati vb) preoperatif dönemde araştırılmalıdır. Serum hepatit B antijeninin bu hastalıkla yakın ilişkisi olduğundan tetkik edilmelidir (5). Bizim olgumuzda olduğu gibi negatif te olabilir. PAN için doku tanısı önemlidir. Postoperatif dönemde hastalar diğer organ sistem tutulumları için de tetkik edilmeli, steroid ve immünsüpresan ajanlarla kontrol altında tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gullichsen R, Ovaska J, Ekfors T. Polyarteritis nodosa of the descending colon. *Eur J Surg* 1991; 157: 421-2.
2. William HE Jr, Raymond SM, Joseph LM. Surviving gastrointestinal infarction due to polyarteritis nodosa: a rare event. *Am J Surg* 1992; 58: 167-72.
3. Mc Cauley RL, Johnston MR, Fauci AS. Surgical aspects of

systemic necrotizing vasculitis. *Surgery* 1985; 97: 104-10.

4. Satereau D, Cessot F, Gainant A, et al. Cholécytite alithiasique et hépatite virale B révélatrices d'une périartérite noueuse. *Gastroenterol Clin Biol* 1990; 14: 391-3.
5. Barquist ES, Goldstein N, Zinner MJ. Polyarteritis nodosa presenting as a biliary structure. *Surgery* 1991; 109: 16-9.