

# Kitle ve Karın Ağrısı ile Kendisini Gösteren Mezenterik Pannikülit

*Mesenteric Panniculitis That Manifests it self With Mass and Abdominal Pain:*

Hatice Kaplanoğlu<sup>1</sup>, Alper Dilli<sup>1</sup>, Veysel Kaplanoğlu<sup>2</sup>, Işık Conkbayır<sup>1</sup>, Baki Hekimoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara  
<sup>2</sup> S.B. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Mezenterik pannikülit, etyolojisi bilinmeyen, benign ve nadir bir durumdur. Kronik inflamatuvar bir süreç olup mezenterik yağ dokusunu etkiler. İyi tanımlanmış 2 tipi vardır. Birincisi akut ve subakut formu mezenterik pannikülit olarak ve ikincisi ise kronik formu retraktil veya sklerozan mezenterit olarak bilinir. Mezenterik pannikülit spesifik klinik bulgu ve tipik semptomları olmadığı için, yanlış tanı konulması ve gözden kaçması çok kolaydır. Doğru tanısı eksploratif laparotomi ve patolojik incelemeyle konur. Literatürde preoperatif olarak tanı konulabilen çok az sayıda olgu bildirilmiştir. Biz preoperatif olarak bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki ile radyolojik tanısını koyduğumuz üç mezenterik pannikülit olgusunun radyolojik bulgularını ve klinik önemini sunuyoruz.

**Anahtar Sözcükler:** *Mezenterik Pannikülit, Bilgisayarlı Tomografi, Ultrasonografi*

Mesenteric panniculitis; which etiology is unknown, is a rare and benign condition. Being a chronic inflammatory process, it affects the mesenteric adipose tissue. There are two well defined types of mesenteric panniculitis. First one is known as acute and subacute form of mesenteric panniculitis and second one is known as chronic retractile form or sclerosing mesenteritis. Since mesenteric panniculitis does not have specific clinical outcome or typical symptoms, it is extremely easy to fail to notice or to lead to a misdiagnosis. The true diagnosis of mesenteric panniculitis is established by explorative laparotomy and pathological examination. There are very few stated cases which can be diagnosed in literature. We; preoperatively, present the significance of three mesenteric panniculitis cases radiological symptoms and clinical importance which we have radiologically diagnosed preoperatively with the computed tomography examination.

**Key Words:** *Mesenteric Panniculitis, Computed Tomography, Ultrasonography*

Mezenterik pannikülit oldukça nadir olup, literatürde 200 vaka bildirilmiştir (1). İlk defa 1920'li yıllarda Jura tarafından tanımlanmıştır (2). Mezenterik yağ dokuyu tutan benign, fibrotik ve kronik inflamatuvar bir durumdur (3). Nadiren mezokolon, peripankreatik alan, omentum, retroperitoneum veya pelvisi de tutabilir (4). Hastalığın insidansının yaşla birlikte arttığı ve 6. ve 7. dekadlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (5). 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 (1, 3). Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, bağımsız olarak gelişebileceği veya enfeksiyon, travma ve iskemi gibi faktörlerce tetiklenebileceği düşünülmektedir (1, 5, 6). Histopatolojisi 3 faz şeklinde tanımlanmıştır. Başlangıçta yağ nekrozu görülür ve mezenterik lipodistrofi olarak adlandırılır. Bunu

inflamasyonun derinleşmesiyle mezenterik pannikülit izler. Son aşamada fibrozisi takiben mezenterik retraksiyon ve kısalma meydana gelir, sklerozan mezenterit olarak adlandırılır (1). Birçok olguda histopatolojik incelemede mezenterik yağ nekrozu (lipodistrofi), kronik nonspesifik inflamasyon (pannikülit) ve fibrozisten (sklerozan mezenterit) oluşan üç aşamaya ait değişiklikler birlikte izlenir. Genellikle mezenterin farklı bölgelerini farklı oranlarda etkilenmiştir (3).

Nadiren tanımlanan bir durum olmasına rağmen, mezenterik pannikülit tanısı çok kesitli BT' nin gelişimi ve daha sık kullanılmasıyla birlikte artmıştır. Literatürde operasyon olmadan tanı konulabilen çok az sayıda olgu bildirilmiştir. Görüntüleme yöntemlerinden BT tetkiki ile operasyon olmadan radyolojik olarak tanısını koyduğumuz klinik prezantasyonları farklı üç mezenterik

Geliş tarihi : 23.05.2014 • Kabul tarihi: 09.01.2014

İletişim

Uz.Dr.Alper DİLLİ  
Radyoloji Kliniği  
Tel : 0 312 326 00 10  
E-Posta Adresi : alperdilli@yahoo.com  
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

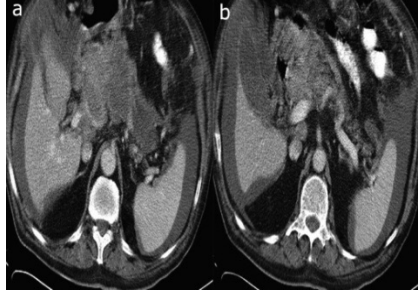
pannikülit olgusunun BT görüntüleme bulguları sunulmuştur.

## OLGU SUNUMLARI

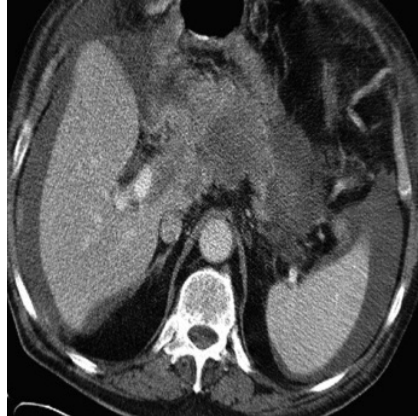
**Olgu 1:** Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta, karında şişlik, halsizlik, iştahsızlık, sırta vuran ve son haftalarda giderek şiddeti artan ağrı ve genel durumunda ciddi kötüleşme şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde, batın nedeniyle distandü görünümdeydi. Alt karında hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar testlerinde, demir eksikliği anemisi (Hgb; 11.8g/dL), orta derecede lökositoz (Wbc, 15.500/  $\mu$ L), nötrofil sayısında artış (11.500/  $\mu$ L), C-reaktif proteinde (CRP) artış (114 mg/L), eritrosit sedimentasyon hızında (ESR) (45 mm/saat) artış, tümör belirteçlerinden CEA (2985 ng/mL), CA-19-9 (3994 u/mL), CA-125 (220 U/mL) seviyelerinde yükselme saptandı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı (KAH), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA)H mevcuttu. PA akciğer radyografisi normal olarak değerlendirildi.

Abdominal Ultrasonografi (US) incelemesinde, karında yaygın asit mayi ve pankreas başı anterior komşuluğunda 55x45 mm boyutlarında hiperekojen kitle saptandı. Pankreas malign neoplazisi ön tanısıyla hastaya oral ve intravenöz kontrast madde verilerek 6,5 mm kesit kalınlığı ve 5 mm kesit aralığı ile torokoabdominal BT çekildi. Toraks kesitlerinde; bilateral plevral efüzyon ve her iki akciğer parankiminde çapları 5 mm altında bir kaç adet parankimal nodül, abdomen kesitlerinde; asit mayi, anterior prepankreatik alanda mezenterik vasküler yapıları kuşatan, komşu ince barsak anslarını posterolaterale iten, porta hepatisi ve peripankreatik alanı infiltre eden, heterojen hiperdens lobüle konturlu 14x7 cm boyutlarında santralinde hipodens alanları bulunan kitle izlendi (Şekil 1). Bu kitlenin pankreas kitlesi olmadığı, öncelikle mezenterik pannikülit olduğu düşünüldü. Ayrıca mezenterik, portal hilusta ve paraçölyak bir kısmının

santrali nekrotik birkaç adet lenfadenopati (LAP) saptandı. Peritonda kontrastlanma ve peritoneal implant kaydedildi (Şekil 2).



**Şekil 1:** (a) Anterior prepankreatik alanda heterojen hiperdens kitle, (b) kitle mezenterik vasküler yapıları sarıyor, vena porta hepatisi ve peripankreatik alanı infiltre ediyor.

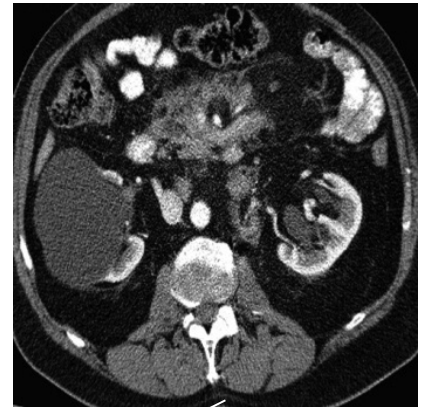


**Şekil 2:** Karında serbest sıvı, peritonda kontrastlanma ve peritoneal implant

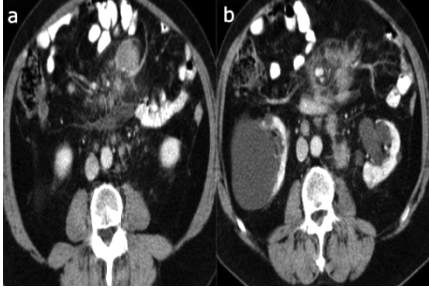
Olguya boşaltıcı parasetez yapıldı. Asit mayinde sitoloji ve kültür çalışıldı. Kültüründe üreme olmadı. Sitoloji incelemesinde; mezotel hücreleri, inflamatuvar hücreler ve arada atipik hücreler kaydedildi. Bulgular malignite açısından anlamlı olarak değerlendirildi. Mide endoskopisi yapıldı. Mide kardiyasında mukoza çepçevre ödemli, hiperemik ve irregüler görünümde saptandı. Çok sayıda biyopsi yapılarak örnekler alındı. Biyopsi sonucu intestinal tip adenokanser geldi. Kitleye BT eşliğinde biyopsi yapıldı ve sonucunda; yağ nekrozu, hemorajik odaklar, sklerozan fibrozis, mononükleer hücre infiltrasyonu ve proliferasyonu, lipid yüklü makrofajlar içeren iltihabi fibroadipoz doku, yani mezenterik pannikülit

olarak raporlandı. Olgu tedavisi için onkoloji servisine yatırıldı.

**Olgu 2:** Atmış sekiz yaşında erkek hasta, epigastrik ve umbilikal bölgede ağrı ve rahatsızlık hissi ile hastanemize başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar testlerinde anormal bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde benign prostat hiperplazisi (BPH), hipertansiyon, KAH, sigara kullanımı vardı. Yapılan US incelemesinde orta hatta prepankreatik ve mezenterik sahada belirgin yağlanma saptandı. Olguya yapılan abdominal BT tetkikinde, ince barsak mezenter kökünde vasküler yapıları saran, sol paraaortik alana doğru uzanan, içerisinde çok sayıda dağınık yerleşimli, milimetrik boyutta yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyonun izlendiği, mezenterik yağ dokuya spiküler uzanımlar gösteren, heterojen dansitede kapsüle kitle lezyonu izlendi (Şekil 3, Şekil 4) ve mezenterik pannikülit olarak yorumlandı. Yağlı kitleyi parsiyel olarak çevreleyen tümöral psödokapsül ile uyumlu hiperdens çizgi şeklinde hat izlendi. Vasküler yapılar ve yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyonlar çevresinde halo şeklinde yağ dokusu (fat ring sign) mevcuttu. İnce barsak ansları periferde doğru itilmiş durumdaydı. Olgunun yapılacak olan biyopsi veya cerrahi tedaviyi kabul etmemesi nedeniyle histopatolojik doğrulaması yapılamadı.



**Şekil 3:** Mezenter kökünde vasküler yapıları saran, heterojen dansitede kitle lezyonu, vasküler yapı çevresinde ise yağ dokunun korunduğu izleniyor (fat ring sign)

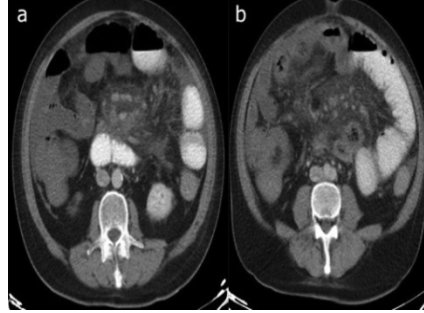


**Şekil 4:** (a) Kitlenin içerisinde çok sayıda milimetrik boyutta yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon, (b) kitleyi parsiyel olarak çevreleyen hiperdens çizgi şeklinde hat (tümöral psödokapsül)

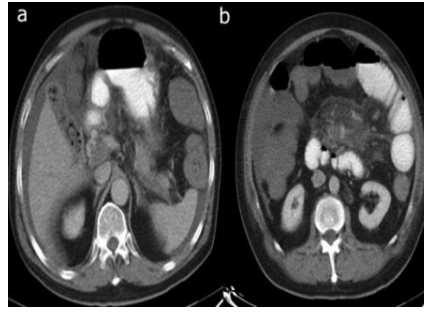
**Olgu 3:** Atmış beş yaşında erkek olgu, bir haftadır devam eden karın ağrısı ve iştahsızlık şikâyeti ile hastanemize başvurdu. FM'sinde karında hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar bulgularında lökositoz dışında anlamlı bulgu yoktu. Özgeçmişinde diyabet, peptik ülser hastalıkları mevcuttu. Abdominal US' de sağ parakolik ve pelvik lokalizasyonda serbest sıvı ve ileal ans duvarlarında ödem ile uyumlu duvar kalınlaşması izlendi. Oral ve intravenöz kontrast madde verilerek 6,5 mm kesit kalınlığı ve 5 mm kesit aralığı ile yapılan abdominal BT' sinde; mezenter kökü düzeyinde vasküler yapıları çevreleyen, mezenterik yağ dokuya spiküler uzanımlar gösteren heterojen hiperdens yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu mevcuttu (Şekil 5). Kitle içerisinde çok sayıda dağınık yerleşimli, milimetrik boyutta yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon izlendi. Kitleyi çevreleyen tümöral psödokapsül ile uyumlu hiperdens çizgi şeklinde hat izlendi. Görünüm mezenterik pannikülit ile uyumlu değerlendirildi. Portal ven ve süperior mezenterik ven lümeninde tromboz mevcuttu (Şekil 6). Ayrıca subhepatik ve parakolik minimal serbest sıvı izlendi.

Abdominal BT görüntüleme bulgularına rağmen, rahatlamayan ve akut karın bulguları devam eden hastaya laparotomi yapıldı. Laparotomide ince barsakların nekroze mezosunun ileri derecede ödemli olduğu izlendi. Mezenterik pannikülit tanısı doğrulandı. Olguya ince barsak

rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu, yağ nekrozu, inflamatuvar mononükleer hücre infiltrasyonu, fibroblast proliferasyonu içeren fibroadipoz doku ve konjesyon bulguları ile mezenterik pannikülit olarak değerlendirildi.



**Şekil 5:** (a) Mezenterik yağ dokuya spiküler uzanımlar gösteren heterojen hiperdens kitle, (b) kitle içerisinde çok sayıda milimetrik boyutta yumuşak doku dansitesinde nodüler lezyon



**Şekil 6:** (a) Portal ven lümeninde tromboz, (b) süperior mezenterik ven lümeninde tromboz, kitleyi çevreleyen tümöral psödokapsül

## TARTIŞMA

Mezenterik pannikülit, etyoloji kesin olarak bilinmeyen, mezenterik yağ dokuyu tutan kronik nonspesifik inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozisten oluşan tümör benzeri kitle ile karakterize bir hastalıktır (3, 5). İlk defa 1920'lerde Jura tarafından tanımlanmıştır (2). Yedi yüz'ün üzerinde olguda yapılan otopsi çalışmasında popülasyonun %1'inde saptanmıştır (6). Hastalığı tanımlamak için literatürde mezenterik pannikülit, sklerozan mezenterit, fibröz mezenterit, retraktil mezenterit, liposklerotik mezenterit, ksantogranülatöz mezenter, inflamatuvar psödötümör, sistemik

nodüler pannikülit, mezenterik lipogranülom, sklerozan lipogranülatöz, mezenterik lipodistrofi gibi çeşitli isimler kullanılmıştır (5). Mezenterin inflamatuvar hastalığı histolojik olarak ilerleyici bir dizi değişikliklerle karakterizedir. Başlangıçta mezenterik lipid dolu makrofajlarca infiltre edilir ve mezenterik lipodistrofi olarak adlandırılır. Bu durumun daha da ilerlemesi ve üzerine inflamasyon ve yağ nekrozunun eklenmesiyle mezenterik pannikülit olarak bilinen akut ve subakut formu ortaya çıkar. Fibrozis ve nekrozun ortaya çıktığı, mezenterde kılcalmanın olduğu kronik formu ise retraktil veya sklerozan mezenterit olarak bilinir (1, 7). Bizim olgularımızda 2'sinin histopatolojik tanısı konmuş olup, inflamasyon ve yağ nekrozu daha baskın komponentlerdi, mezenterik pannikülit olarak tanımlandı. Bu nedenle biz de mezenterik pannikülit terimini kullandık.

Klinik bulgular nonspesifik ve atipiktir. Karında rahatsızlık hissi, kronik karın ağrısı, barsak alışkanlığında değişiklik, kanama, karın içi kitle, ateş, bulantı, kusma, şilöz asit ve kilo kaybı başlıca klinik belirti ve şikâyetlerdir (1-8). Literatürde en sık bildirilen şikâyet karın ağrısıdır (9), üç olgumuzda da karın ağrısı şikâyeti ön plandaydı.

Hastalığın insidansının yaşla birlikte arttığı ve 6. ve 7. dekadlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (5). İki olgumuz 60 yaşının ve bir olgumuz ise 70 yaşın üstündeydi. Bazı serilerde erkeklerde (2:1 ve 3:1) daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (5). Üç olgumuzda erkekti.

Etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Bağımsız olarak gelişebileceği veya enfeksiyon, travma ve iskemi gibi faktörlerce tetiklenebileceği bildirilmiştir (1, 5, 6). Bunlara ek olarak geçirilmiş cerrahi sonrası, hipersensivite reaksiyonları, travma, ilaçlar, vaskülitler, A vitaminozisi, termal veya kimyasal yaralanmalar, pankreatit, otoimmün hastalıklar, malign tümörler (özellikle lenfoma), paraneoplastik sendrom, vaskülitler ve granülatöz hastalıklar, tütün

kullanımı, safra ve idrar kaçağı da predispozan faktörler olarak belirtilmiştir (1, 4, 10-14). Daskalogiannaki ve ark. çalışmalarında mezenterik pannikülit ile malignite arasında %69,3 oranında birliktelik bildirmişlerdir (9). Canyigit ve ark. çalışmalarında: %17,6 oranında malignite, %33,3 oranında daha önce geçirilmiş operasyonlar, %39,2 oranında sigara, %17,6 oranında KAH, %19,6 oranında ürolitiazis, %35,2 oranında hipertansiyon, %25,5 oranında hiperlipidemi, %21,5 oranında diyabet ile mezenterik pannikülit arasında ilişkili saptamışlardır (5). Olgularımızdan birinde hastane başvurusu sonrası yapılan endoskopik tetkikte mide adenokarsinomu saptandı. Aynı hastamızda hipertansiyon, KAH, KOAH mevcuttu. İkinci olgumuzda BPH, hipertansiyon, KAH ve kronik sigara kullanımı vardı. Üçüncü olgumuzda ise diyabet, peptik ülser ve safra kesesinde taş mevcuttu.

Laboratuvar bulguları sıklıkla normaldir. Çalışmalarda ESR ve/veya diğer akut faz reaktanlarında artış olabileceği bildirilmiştir (3). Olgularımızdan ikisinde ESR, birinde ise CRP seviyelerinde artış saptandı. Bir olgumuzda laboratuvar bulguları normaldi.

Sklerozan mezenterit birçok olguda barsak mezenterini tutmasına rağmen, aynı zamanda mezokolon, peripankreatik bölge, omentum, retroperiton ve pelvisi de tutabilir (4). Olgularımızın ikisinde kitle mezenter kökünde yerleşimli ve birinde prepankreatik alanda lokalizeydi.

US ve BT tetkikleri mezenterik pannikülitin değerlendirilmesinde ve tanısında kullanılmaktadır. Mezenterik pannikülitin US tetkikinde, mezenter kökünde iyi sınırlı, homojen hiperekoik yağlı kitle şeklinde izlenir. Mezenter kompresyonunun azalması bir diğer tanıya yardımcı ipucudur. Renkli Doppler US incelemede mezenterik damarların kitle içerisinde olduğu izlenir ve jejunal ve ileal vasküler dallarda yüksek dirençli akım saptanır. Ancak tanıda US bulguları

nonspesifik olup kesitsel yöntemlerle desteklenmelidir (7, 11, 12). Bir olgumuzda US tetkikinde; karında yaygın asit mayi ve pankreas başı komşuluğunda anteriorda 55x45 mm boyutlarında heterojen hiperekoik kitle saptandı. İkinci olgumuzda, orta hatta prepankreatik ve mezenterik alanda belirgin yağlanma mevcuttu. Son olgumuzda ise karın alt kadrantlarda serbest sıvı ve ileal ans duvarlarında ödem lehine duvar kalınlaşması vardı.

BT görünümüleri hastalığın evresine bağlı olarak mezenterik yağ doku dansitesinde belirgin artıştan, solid yumuşak doku kitlesi şeklindeki görünüme kadar değişmektedir. Normal mezenterik yağ doku dansitesi subkutanöz ve retroperitoneal yağ dansitesi ile benzerdir (Hounsfield unit (HU): -100 ila -160 ). Mezenterik yağ doku dansitesindeki artma puslu ve bulanık mezenter olarak adlandırılır (5) ve sklerozan mezenterit için anlamlıdır. Histopatolojik olarak mezenterik yağ dokuda difüz inflamasyon dominant ise, mezenter kökünde lokalize, barsak anslarına komşu heterojen, enkapsüle, solid yumuşak doku kitlesi ve kitle çevresinde mezenter kökü boyunca uzanan difüz serpijinöz yumuşak doku dansiteleri görülür. Bu yumuşak doku dansiteleri inflamatuvar infiltrasyonu ve fibrotik alanları gösterir (7). Kitle porta hepatisi ve peripankreatik alanı infiltre edebilir. Kitle mezenterik damarları çevreler fakat mezenterik damarlarda invazyon ve yer değişikliğine neden olmaz. Ayrıca yağlı kitle içerisinde çok sayıda dağınık yerleşimli, çapları 5 mm' nin altında, yumuşak doku dansitesinde küçük nodüller lezyonlar izlenir. Ayrıca mezenterik damarları ve nodüller lezyonları çevreleyen, hipodens halo şeklinde yağ dokusu izlenir (5, 9, 15-17). Bu görünüm "fat ring sign" olarak adlandırılır. Bu bulgu sklerozan mezenteriti, mezenterit tutan lenfoma, karsinoid tümör ve karsinomatozis gibi diğer hastalıklardan ayırıcı tanısında yardımcıdır (15). Yağlı kitleyi kısmi olarak çevreleyen hiperdens çizgi şeklinde hat izlenir bu tümöral

psödokapsül olarak adlandırılır (5, 9, 15-17).

Şayet hastalıkta histopatolojik olarak fibrozis baskın olan komponentse, BT tetkikinde yine yukarıda tanımlanan yumuşak doku dansitesinde kitle saptanır. Ancak kitle içerisinde küçük kalsifikasyon odakları patolojik inceleme esnasında izlenir. Bu kalsifikasyonların BT tetkiki ile tanımlanması oldukça nadirdir. Literatürde radyolojik olarak kalsifikasyonun tanımlandığı 2 olgu bildirilmiştir (7).

Olgularımızdan ikisinde mezenterik pannikülit mezenter kökünde yerleşimli, diğer olguda ise prepankreatik alanda yerleşimli hipoekoik kitle saptanmıştı. Üç olguda da kitle mezenterik damarları çevreliyordu ancak damarlarda itilme bulgusu saptanmadı. Üç olguda da yağlı doku içerisinde mezenterik lenf nodları izlendi. Ancak olgulardan ikisinde mezenterik damarları ve lenf nodlarını saran hipoekoik halo saptandı. Üç olguda da tümöral psödokapsül mevcuttu.

Tariflenen BT bulguları kuvvetle mezenterik panniküliti düşündürse de spesifik değildir. Bu nedenle mezenterik lenf nodunun kısa aksını 10 mm' yi geçtiği olgularda maligniteyi ekarte etmek için mutlaka biyopsi yapılmalıdır. Mezenterik pannikülitte mezenterik lenf nodunun kısa aksı (ortalama 6,4 mm) 10 mm' nin altındadır (5, 11, 17). Olgularımızdan birinde lenf nodunun çapı 10 mm nin üstündeydi. Bu olguya daha sonra yapılan endoskopik inceleme ile mide adenokarsinom tanısı kondu, ayrıca BT eşliğinde yapılan biyopsi ile mezenterik pannikülit tanısı doğrulandı. Diğer iki olgumuzda lenf nodlarının kısa aks çapı 10 mm' den daha küçüktü.

Mezenterik pannikülitin ayırıcı tanısında, karsinoid tümör, nekrotizan pankreatit, lipom, liposarkom, myelolipom, teratom, anjiyomyolipom, apse, hematoma, peritoneal karsinomatozis, sarkom, lenfoma, mezenterik ödem,

tüberküloz, desmoid tümör, Whipple hastalığı, yabancı cisme bağlı kronik inflamasyon gibi hastalıklar yer almaktadır (12, 17,18). Kesin tanısı histopatolojik olarak konmaktadır. Makroskopik olarak mezenter difüz, nodüler veya multinodüler olarak büyümüş izlenir ve malign bir tümörü veya lenfomayı taklit edebilir (6).

Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur. Cerrahi tedavi önerilmemektedir. Hastalık takip edildiğinde kısmi veya tam düzelme gösterebileceği gibi,

ilerleyici veya ilerleyici olmayan seyirde gösterebilir. Genelde kendini sınırlayan klinik seyir gösterir ve kendiliğinden geriler (5, 17). Medikal tedavide steroidler, azotioprin, siklofosamid, tamoksifen, progesteron, kolşisin, talidomit gibi farklı ilaçlar tek başına veya birlikte kullanılmıştır. Her olgu farklı tedavi protokolüne farklı cevap vermektedir (5).

Sonuç olarak, mezenterik pannikülit mezenterik inflamasyonla karakterize kompleks bir hastalıktır. Klinik

görünümü nonspesifik ve çok değişken olabilmektedir. Nedeni anlaşılamayan ciddi sistemik bulguları bulunan, özellikle karın semptomları olan ve akut faz reaktanlarını yüksek saptanan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir. Ayrıca BT tetkikinde tanımlanan tanısal kriterler bu hastalık için spesifik olmamasına rağmen ayırıcı tanıda yardımcıdır.

## KAYNAKLAR

1. Rees JR, Burgess P. Benign mesenteric lipodystrophy presenting as low abdominal pain: a case report. *J Med Case Reports* 2010;4:119.
2. Jura V: Mesenterite retrattile-caso clinico: risultati sperimentali, rilievo patogenetico, considerazioni cliniche. *Policlinico* 1927;34:535-556.
3. Amor F, Farsad M, Polato R, et al. Mesenteric panniculitis presenting with acute non-occlusive colonic ischemia. *Int Arch Med* 2011;4:22.
4. 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.
5. Canyigit M, Koksall A, Akgoz A, et al. Multidetector-row computed tomography findings of sclerosing mesenteritis with associated diseases and its prevalence. *Jpn J Radiol* 2011;29:495-502.
6. Nicholson JA, Smith D, Diab M, et al. Mesenteric panniculitis in Merseyside: a case series and a review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92:31-34.
7. Shah DM, Patel SB, Shah SR, et al. Mesenteric panniculitis: a case report and review of the literature. *Indian J Radiol Imaging* 2005, 15:191-192.
8. Azzam I, Croitoru S, Naschitz JE. Sclerosing mesenteritis: a diagnostic challenge. *Isr Med Assoc J* 2004;6:567-568.
9. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:427-431.
10. Ege G, Akman H, Cakiroglu G. Mesenteric panniculitis associated with abdominal tuberculous lymphadenitis: a case report and review of the literature. *Br J Radiol* 2002 ;75:378-380.
11. van Breda Vriesman AC, Schuttevaer HM, Coerkamp EG, et al. Mesenteric panniculitis: US and CT features. *Eur Radiol* 2004;14:2242-2248.
12. Rosón N, Garriga V, Cuadrado M, et al. Sonographic findings of mesenteric panniculitis: correlation with CT and literature review. *J Clin Ultrasound* 2006;34:169-176.
13. Delgado Plasencia L, Rodríguez Ballester L, López-Tomassetti Fernández EM, et al. Mesenteric panniculitis: experience in our center. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99:291-297.
14. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol* 2009;15:3827-3830.
15. Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): spectrum of disease. *Radiographics*. 2003;23:1561-1567.
16. Sabaté JM, Torrubia S, Maideu J, et al. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1999;172:625-629.
17. Wat SY, Harish S, Winterbottom A, et al. The CT appearances of sclerosing mesenteritis and associated diseases. *Clin Radiol* 2006;61:652-658.

