

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Primer Apendajitis Epiploika; Tomografinin Etkinliđi

A Rare Cause Of Acute Abdomen: Primary Epiploic Appendagitis; Effectiveness Of Tomography

Mehmet Tolga Kafadar¹, Gürkan Deđirmenciođlu¹, Tuđba Çaviş²

¹ Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

² Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Yazışma adresi:

Mehmet Tolga Kafadar

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Alparslan Türkeş Caddesi No: 27 Beştepe, Emek 06510, Ankara

e-mail: drtolgakafadar@hotmail.com Tel: 0312 2035555 Fax: 0312 2213670

Geliş tarihi / Received: 21.12.2015

Kabul tarihi / Accepted: 01.01.2016

Öz

Primer apendajitis epiploika (PAE), nadir görülen ve kolonun epiploik apendikslerinin enflamasyonu sonucu oluşan klinik bir tablodur. Konservatif tedavinin genellikle yeterli olması sebebiyle, acil cerrahi müdahale gerektiren ve benzer klinik bulgular gösteren diğer akut abdominal ağrı nedenlerinden ayırımı yapılmalıdır. Özellikle karın sol ve sağ alt kadrarlarda ortaya çıkan akut ağrı tablolarında, PAE akılda tutulmalıdır. Tanıda bilgisayarlı tomografi, en etkin ve kesin sonuç veren radyolojik görüntüleme yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bu sayede, gereksiz acil cerrahi müdahaleden kaçınılmış olur. Bu yazıda, akut karın bulguları veren, bilgisayarlı tomografi ile kesin tanı alan ve konservatif yöntemlerle tedavi edilen, nadir bir olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Akut karın, Apendajitis, Tomografi

Abstract

Primary epiploic appendagitis (PEA) is a rare clinical presentation of the inflammation of colonic epiploic appendixes. It should be differentiated from other acute abdominal pain causes with similar symptoms which may need urgent surgery because it is self-limiting and usually can be treated conservatively. PEA should be kept in mind especially in cases with acute pain of the lower right and left quadrants. Computed tomography is the most specific and definite radiologic screening method used to diagnose PEA which prevents the patient from unnecessary urgent surgical intervention. Herein, we present a rarely seen case of PEA which was diagnosed via computed tomography and treated conservatively with acute abdomen symptoms.

KeyWords: Acute abdomen, Appendagitis, Tomography

Giriş

Primer apendajitis epiploika (PAE), kolonun epiploik apendikslerinin kendini sınırlandırıcı, selim ve nadir görülen bir enflamatuvar hastalığı

olarak ifade edilmektedir. PAE, akut karın tablosuna neden olan ve çoğunlukla cerrahi tedavi gerektirmeyen bir klinik durum olduğundan, diğer acil cerrahi tedavi gerektiren hastalıklardan ayırıcı

tanısının doğru yapılması çok önemlidir (1). Bu yazıda, akut karın bulguları olan, bilgisayarlı tomografi ile kesin tanı alan ve uygun konservatif medikal tedavi ile cerrahi gereksinimi kalmayan, 43 yaşında nadir bir olgu sunuldu.

Olgu

43 yaşında erkek hasta, 3 gündür devam eden karın sol alt kadranda ağrısı ve iştahsızlık şikayeti ile acile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede sol alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Hastanın ateşi 37,5 °C olarak ölçüldü. Laboratuvar değerleri incelendiğinde; White blood cell 9300/mm³, C-reaktif protein 25 mg/dl olarak tespit edildi. Diğer tam kan ve biyokimya parametreleri normaldi. Ayakta direk karın grafisinde patolojik bulgu yoktu. Akut karın bulguları olan hastanın oral alımı kesildi. Hastaya 2 mm'lik ardaşık kesitlerle oral kontrastlı tüm abdomen tomografik görüntüleme yapıldı. Tomografik incelemede inen kolonda çevre mesenterik yağlı dokuda enflamasyonla uyumlu çizgilenmeler, dansite artışı saptandı (Resim 1a,b) ve apendajitis epiploika (epiploik apandisit) olarak yorumlandı. Bunun üzerine hastaya acil cerrahi müdahale yapılmadı. Hasta kliniğe yatırıldı, sıvı replasmanı yapıldı ve İV. Seftriakson (2x1 gr), metronidazol %0,5 (3x100 ml), anti-enflamatuar (deksketoprofen trometamol- 2x50mg) tedavi verildi. Tedavinin 3. gününde klinik bulgulara gerileme gözlemlendi. Dördüncü gün hastanın muayene ve klinik bulguları normale döndü. Şikayetleri tekrarlamayan hasta, takibinin 5. günü oral siprofloksasin (2x500 mg) ve metronidazol (3x500 mg) tedavisi ile taburcu edildi. Bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastada herhangi bir problem saptanmadı.

Tartışma

Epiploik apendiksler, yağ dokusu ve vasküler yapılar içeren, kolon serozasından kaynaklanan

peritoneal çıkıntılardır. PAE apendiksiyel venlerin spontan venöz trombüsü veya epiploik apendikslerin torsiyonu sonucu oluşan, ani başlangıçlı bölgesel karın ağrısına sebep olan nadir bir enflamatuvar hastalıktır. Hastalık genellikle 20-50 yaş arası, obez kişilerde görülür (2). Sigmoid kolon ve çekuma ait apendikslerin tutulumu, muhtemelen daha büyük boyutta ve uzun olmaları nedeniyle daha sık görülmektedir. Çekum ve rektosigmoid bölge arasında kolonun herhangi bir segmentinde bulunabilir, uzunlukları 0,5-5 cm arasında değişebilir (1).

PAE' nin toplumda görülme sıklığı net olarak bilinmemektedir. Ancak günümüzde akut karın ağrısı ile acile gelen hastalarda radyolojik görüntüleme yöntemlerinin daha yaygın kullanılması sonucu daha sık tanısının konulabildiği bildirilmektedir (3). PAE, tomografik incelemede oldukça patognomonik kabul edilebilecek bir görünüme sahiptir. Perikolonik yerleşimli oval veya yuvarlak şekilli, komşu periton yağına göre hafifçe daha dens olmakla beraber yağ dansitesine sahip kitlesel lezyon olarak izlenmektedir. Lezyonun ortasında tromboze damar yapısına karşılık gelen çizgisel veya noktasal bir dansite görülebilir. Bağırsak duvarı ise genellikle normal kalınlıktadır. En sık tutulan yer sigmoid kolon ve inen kolondur (4).

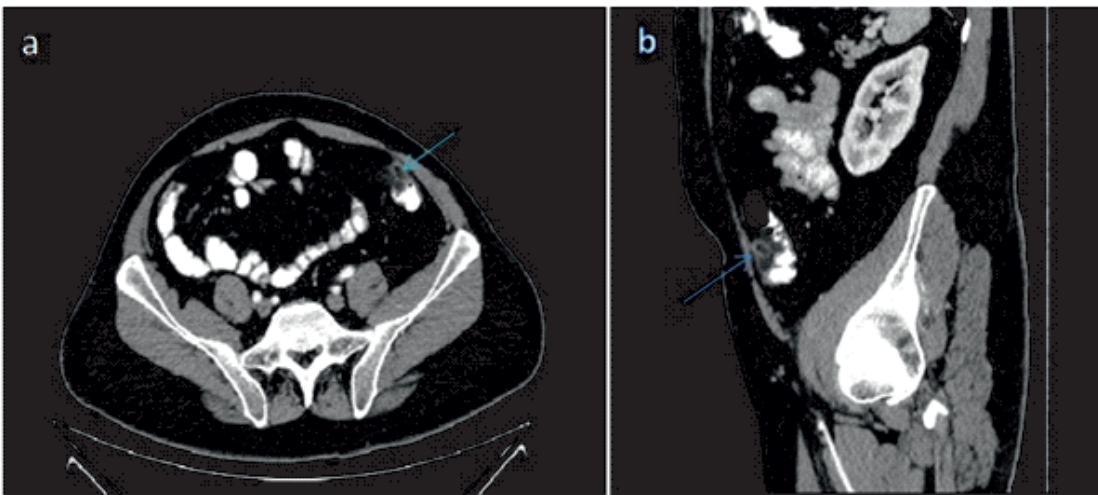
Epiploik apendikslerde enflamasyon gelişmesi, primer veya sekonder nedenlere bağlı olabilir (2). PAE genellikle kendiliğinden gerileyen bir hastalıktır. Epiploik apendiksler, kan akımının zayıf olması, serbest hareket etmelerini sağlayan pediküllü yapıları ve fazla mobil olmaları nedeniyle, torsiyon ve enfarkta kolaylıkla maruz kalmaktadırlar. Sekonder apendajitis epiploika (SAE) ise, epiploik apendikslerde batın içi başka bir enflamatuar patoloji nedeniyle (apandisit, divertikülit, kolesistit, pankreatit, akut jinekolojik hastalıklar, v.s.) dolaylı yoldan enflamasyon gelişimi olarak tanımlanmaktadır. SAE tedavisinde, enflamasyona

neden olan primer patolojinin giderilmesi esastır (5). PAE' de enflamasyon perikolik bölgeye sınırlı izlenirken, SAE' de kolon duvarında kalınlaşma, lümeninde daralma, apse, perikolik sıvı koleksiyonu veya hava kabarcıklarının varlığı görülmektedir (6). Tomografik incelemede, ayırıcı tanıda diğer yağ dokusu içeren lezyonlar, akut omental enfarkt, mezenterik pannikulitis, omental tümör (liposarkom), yağ nekrozu, akut divertikülit ve mezokolonik tümör de düşünölmelidir (7).

PAE tedavisi ile ilgili tartışmalar hala devam etmektedir. PAE' nin kendini sınırlandıran, oral antibiyotik ve antienflamatuvar tedavi ile konservatif yaklaşımla giderilebilen bir hastalık olduğunu savunanlar çoğunluktadır (8). Biz olgumuza, akut karın bulguları olmasına rağmen acil cerrahi girişim uygulamadık. Konservatif medikal tedavi ile hastada klinik düzelme sağlandı. Bazı olgularda nadiren de olsa peritonit, adhezyon, intusepsiyon, barsak tıkanıklığı, intraperitoneal kayıp cisimcik oluşumu ya da abse gelişimi gibi komplikasyonlar görölebilmekte ve cerrahi müdahale gerekmektedir (9). Bazı yazarlar ise, takip ettikleri olgularda erken nüksün sık saptanması nedeniyle, sekonder

komplikasyonların önlenmesi ve hastalığın çabuk atılması için tedavide erken cerrahi girişimi önermektedirler. Sand ve ark. takip ettikleri 10 PAE olgusunda, 1 hastayı konservatif yöntemler ile izlerken, diğer 9 hastayı opere ettiklerini bildirmişlerdir (5). Opere edilen 9 hastanın 4'ünde ise ameliyat gereksinimi, konservatif takip edilen olgularda hastalığın erken dönemde nüks etmesinden kaynaklanmıştır. Bu nedenle PAE vakalarında genel olarak konservatif yaklaşım öneriliyor olsa da, hekimlerin kendi deneyimleri doğrultusunda erken cerrahi girişiminde düşünölmeli gerektiği vurgulanmıştır. Cerrahi girişimde genellikle laparoskopik yaklaşım önerilmektedir, yöntem ise enflame appendiksin bağlanıp eksize edilmesi şeklindedir.

Sonuç olarak akut karın ağrısı ile acile gelen hastalarda PAE ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Cerrahi müdahale için acele edilmemelidir. Bilgisayarlı tomografi ile kesin tanı alabilen bu hastalarda, konservatif medikal tedaviler oldukça yüz güldürücüdür. Tanı konulamayan ve akut karın bulguları devam eden hastalarda laparoskopi veya laparotomi uygulanmalıdır.



Resim 1 a,b: Aksiyel ve sagittal kesitlerde, sol alt kadranda inen kolon anteriorunda yaklaşık 1.5 cm çapında santrali yağ dansitesinde (-40 HU), çevre mezenterde inflamasyona bağlı hiperdansitenin bulunduğu epiploik apandisit ile uyumlu alan

Kaynaklar

1. Legome EL, Belton AL, Murray RE, et al. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002;22(1):9-13.
2. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology* 1994;191(2):523-26.
3. Sirvanci M, Tekelioğlu MH, Duran C, et al. Primary epiploic appendagitis: CT manifestations. *Clin Imaging* 2000;24(6):357-61.
4. Birjawi GA, Haddad MC, Zantout HM, et al. Primary epiploic appendagitis: a report of two cases. *Clin Imaging* 2000;24(4):207-9.
5. Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis: clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007;1(7):7-11.
6. vanBredaVriesman AC, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omentalin farction: pitfall sandlook-alikes. *Abdom Imaging* 2002;27(1):20-8.
7. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. *Radiographics* 2005;25(6):1521-34.
8. Schnedl WJ, Tillich M, Lipp RW. Image of the month. Primary epiploic appendagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8(2):A16.
9. Bonnefoy S, Corberand D, Sinayoko L, et al. Epiploic appendagitis: report of a case. *Gastroenterol Clin Biol* 2008;32(12):1092-94.