

## Akut epiploik apandisit: Bilgisayarlı tomografi bulguları

### *Acute epiploic appendagitis: Computed tomography findings*

Mehmet Sait Doğan<sup>1</sup>, Sümeyra Doğan<sup>2</sup>, İsmet Baran<sup>1</sup>

#### ÖZET

Akut epiploik apandisit kolonun epiploik apendikslerinin enflamasyonu olup akut karın ağrısının nadir bir nedenidir. Kendini sınırlayan, konservatif olarak tedavi edilen bu hastalığın doğru tanısı gereksiz hastane yatışı ve cerrahi girişimlerin önüne geçilmesi bakımından önemlidir. Bu yazıda akut karın ağrısı şikayetiyle acil servise gelen ve akut epiploik apandisit tanısı alan 41 yaşındaki hastanın tanı aşamasındaki ve tedavi sonrasındaki BT bulguları sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Epiploik apandisit, akut karın, bilgisayarlı tomografi

#### ABSTRACT

Acute epiploic appendagitis, an inflammatory process of epiploic appendages, is a rare cause of acute abdominal pain. Accurate diagnosis of this self limiting, conservatively treatable disease is important for preventing unnecessary hospital admission and surgery. In this paper we present pre- and post-treatment computed tomography findings of a 41 years old male patient who admitted to emergency service with acute abdominal pain and diagnosed with acute epiploic appendagitis. *J Clin Exp Invest* 2013; 4 (3): 395-397

**Key words:** Epiploic appendagitis, acute abdomen, computed tomography

#### GİRİŞ

Akut epiploik apandisit kolonun epiploik apendikslerinden kaynaklanan akut karın ağrısının nadir bir nedenidir. Bu durum apendiks epiploikalarının kendini sınırlayan enflamasyonu olup, klinik bulguları cerrahi tedavi gerektiren akut batın tablosunu taklit ettiği için tanısının erken ve doğru konulması önem taşımaktadır [1-5]. Epiploik apandisit tanısı temel olarak kesitsel inceleme yöntemlerine (sıklıkla bilgisayarlı tomografi (BT) ve nadiren ultrasonografi) dayanmaktadır [1,2]. Bu yazıda akut başlangıçlı karın ağrısı şikayeti ile acil servise gelen, yapılan BT incelemesine ve klinik bulgularına dayanarak epiploik apandisit tanısı alan olgunun, tanı - kontrol aşamasındaki BT bulguları sunulmuştur.

#### OLGU

Kırkbir yaşında erkek hasta akut karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın yapılan batın muayenesinde suprapubik bölgede daha belirgin olmak üzere alt kadranslarda hassasiyet saptandı. Fizik muayenesinde tanımlanan karın ağrısı dışında bulgusu olmayan hastanın laboratuvar tet-

kiklerinde (Hemogramda; beyaz küre sayısı 8200/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 14,2 gr/dl, biyokimya analizinde; Açlık kan şekeri: 90 mg/dl, Üre: 35 mg/dl, Kreatinin 0,95 mg/dl, Total bilirubin: 0,8 mg/dl, AST: 19 U/L ALT: 16 U/L, Na: 138 mmol/L, K: 4,7 mmol/L, Cl: 106 mmol/L, Tam İdrar Tetkikinde; görünüm: berrak-sarı, Dansite 1020, PH:6, Glukoz: negatif, Protein: negatif, Keton: negatif, Nitrit: negatif, Kristal: negatif, Lökosit: her sahada 1-2, Eritrosit: yok) anormallik saptanmadı. Sonografik incelemede patoloji saptanmaması ve ağrıda azalma olmaması üzerine bu bölgeye yönelik 5 mm kesit kalınlığı ile İV kontrastlı BT incelemesi yapıldı. Yapılan BT incelemesinde rektosigmoid bileşke anteromedial komşuluğunda, epiploik apandisit ile uyumlu santral hiperdens fokusu bulunan, yüksek dansitede periferik bir rim ile çevrili, yağ dansitesinde, 3,5 x 2,5 cm boyutlarında oval lezyon ve komşu mezenterik yağlı dokuda enflamasyon ile uyumlu inhomojenite izlendi (Resim 1). Lezyon komşuluğunda kolon duvarında kalınlaşma izlenmedi.

BT incelemesi sonrası hastaya epiploik apandisit tanısı konularak analjezik kullanımı ve yatak istirahati önerildi. 1 ay sonra yapılan kontrol BT in-

<sup>1</sup> Mardin Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, Mardin, Türkiye

<sup>2</sup> Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Radyoloji Kliniği, Türkiye

**Correspondence:** Mehmet Sait Doğan,

Mardin Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, Türkiye Email: msaitdogan@hotmail.com

Received: 28.04.2013, Accepted: 13.05.2013

celemesinde ilk BT incelemesinde saptanan yağlı lezyon boyutlarında küçülme ve çevre mezenterik yağlı dokudaki inhomojenitede gerileme görüldü (Resim 2).



**Resim 1.** Rektosigmoid bileşke anteromedial komşuluğunda, epiploik apandisit ile uyumlu santral hiperdens foku bulunan, yüksek dansitede periferik bir rim ile çevrili, yağ dansitesinde, 3,5 x 2,5 cm boyutlarında, oval lezyon (ok) ve komşu mezenterik yağlı dokuda enflamasyon ile uyumlu inhomojenite izlenmektedir.



**Resim 2.** Konservatif tedaviden 1 ay sonra yapılan kontrol BT incelemesinde yağlı lezyon boyutlarında küçülme (ok) ve çevre mezenterik yağlı dokudaki inhomojenitede gerileme dikkati çekmektedir.

## TARTIŞMA

Epiploik (ya da omental) apandiksler, kolonun serozal yüzeyine vasküler bir sap ile bağlı, içi yağla dolu, 0,5-5 cm boyutlarında peritoneal keseciklerdir [1,2]. Epiploik apandisit, epiploik apandikslerin vasküler oklüzyonuna neden olan torsiyonu ya da venöz oklüzyonu sonucu oluşan iskemisi ve enflamasyondur [1,2]. Sıklık sırasına göre sigmoid kolon, inen kolon ve sağ hemikolon komşuluğunda görülür. Bu

durumla genellikle yaşamın 4.-5. dekatında çoğunlukla erkeklerde karşılaşılr [4-8].

Akut epiploik apandisit klinik olarak çoğunlukla sol alt kadranda olmak üzere akut başlangıçlı ağrıya neden olur ve bu semptom nedeniyle akut divertikülit ile karışabilir ayrıca çekum düzeyinden kaynaklanırsa da klinik tanıyı akut apandisit lehine yönlendirebilir [1,2]. Ancak genelde bu durumlardan farklı olarak akut epiploik apandisitte genellikle ağrıya bulantı, ateş ve lökositöz eşlik etmez [1,2,7].

Akut epiploik apandisit tanısı klinik bulgular eşliğinde BT görüntüleme ile konulur [1,2]. BT dışında da ultrasonografi ve nadiren manyetik rezonans ile epiploik apandisitte ait görüntüleme bulguları tanımlanmıştır [3,9,10]. Akut epiploik apandisit BT'de görülen en belirleyici özelliği kolon anterior duvarına bitişik, çevresinde enflamatuvar değişikliklerin eşlik ettiği çapı 5 cm'den küçük yağ dansitesinde oval lezyon olmasıdır. Lezyon visseral peritonun kalınlaşmasına bağlı olarak yüksek dansiteli periferik rim ile çevrilidir [1-4]. Lezyon santralinde tromboze vasküler yapı ya da hemorajik değişikliklere karşılık gelen iyi sınırlı çizgisel ya da noktasal bir dansite izlenebilmekle birlikte bu bulgunun olmaması tanıyı dışlamaz [1,2]. Enflamasyonun yayılımına bağlı olarak paryetal peritonda kalınlaşma eşlik edebilir. Genellikle kolon duvarında kalınlaşma izlenmez, intestinal obstrüksiyon ve abse formasyonu nadirdir [1,2]. Tanıyı takip eden 2 hafta içerisinde klinik bulgular geriler, ancak BT bulgularının kaybolması daha uzun sürer. Altı ay içerisinde BT bulguları aynen sebat edebileceği gibi lezyonun boyutlarında rezidüel yumuşak doku dansitesi görünümüne varan küçülme de izlenebilir. Altı ayı geçen sürelerde elde edilen kontrol incelemelerinde bulguların genellikle gerilediği bildirilmiştir [1,2]. BT'de enflamatuvar yağlı lezyonların ayırıcı tanısında epiploik apandisit yanısıra omental infarkt, akut divertikülit, mezenterik pannikülit, travma ve liposarkom gibi omental neoplazmlar yer almaktadır [1,2]. Omental enfarkt tipik olarak sağ alt kadranda ağrısıyla prezente olur ve BT'de sağ alt kadranda anterior abdominal kasların derininde iyi sınırlı kontrastlanmayan oval yumuşak doku kitlesi izlenir. Omental enfarkt epiploik apandisit farklı olarak sıklıkla 2. dekatta izlenir, lezyonun çapı 5 cm'den büyük olabilir ve yüksek dansiteli periferik rim izlenmez [1,2,5]. Akut divertikülit, akut epiploik apandisit göre daha ileri yaşların hastalığıdır ve karın ağrısına daha sık olarak bulantı, kusma, ateş ve lökositöz eşlik eder. Akut divertikülitte, divertiküller, mezokolonda enflamasyon ve abselerin eşlik edebileceği kolonik duvar kalınlaşması izlenir [1,2,7]. Mezenterik pannikülit yaşamın 6.-7. deka-

tında ortaya çıkan, sebebi bilinmeyen ince barsak mezenterik kökünün kronik enflamasyonudur. Lezyon epiploik apandisit göre daha büyüktür, kolon duvarı ile ilişkili değildir ve akut batına neden olmaz. Mezenterik neoplazmlar, heterojen dansitede, düzensiz sınırlı olmaları, buldukları lokalizasyonda kitle etkisine neden olabilmeleri ile ayırt edilebilirler [1,2].

Akut epiploik apandisit kendini sınırlayan bir hastalık olup antibiyoterapi gerekmesizin antiinflamatuar ilaçlarla konservatif olarak tedavi edildiğinde, genellikle 10 günden kısa sürede semptomların gerilediği gözlenir [1-5] Sunulan olguda da klinik bulgular eşliğinde tipik BT bulgularıyla akut epiploik apandisit tanısı konan hastanın semptomlarında 1 hafta içerisinde konservatif tedaviyle gerileme izlendi ve 1 ay sonra yapılan kontrol BT incelemesinde bulguların gerilediği görüldü.

Sonuç olarak diğer akut batın tablolarıyla karışabilen ancak konservatif olarak tedavi edilebilen bir durum olan akut epiploik apandisit doğru tanısı için eşlik eden klinik bulguların yanısıra, lezyon boyutu, lokalizasyonu, yüksek dansiteli periferik riminin olması, kolonik duvar tutulumunun olmaması gibi BT görünüm özelliklerinin bilinmesi ve diğer yağlı lezyonlarla ayırıcı tanısının yapılabilmesi gereksiz antibiyoterapi, hastane yatışı ve cerrahi girişimlerin önüne geçilmesi bakımından önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics* 2005;25:1521-1534.
2. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. CT of acute appendagitis. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:1303-1307.
3. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology* 1994;191:523-526.
4. Danielson K, Chernin JR, Amberg JR, et al. Epiploic appendagitis: CT characteristics. *J Comput Assist Tomogr* 1986;10:142-143.
5. McClure, MJ, Khakili K, Sarrazin J, et al. Radiological Features of Epiploic Appendagitis and Segmental Omental Infarction. *Clinical Radiology* 2001;56:819-827.
6. Zissin R, Hertz M, Osadchy A, et al. Acute epiploic appendagitis: CT findings in 33 cases. *Emerg Radiol* 2002;9:262-265.
7. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:435-438.
8. Legome EL, Belton AL, Murray RE, et al. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002;22:9-13.
9. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, et al. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8:435-438.
10. Sirvanci M, Balci NC, Karaman K, et al. Primary epiploic appendagitis: MRI findings. *Magn Reson Imaging* 2002;20:137-139.