



**Olgu Sunumu/Case Report**  
**Nadir Görülen Bir Akut Abdomen Sebebi: Epiploik Apendisit**

**Mehmet ŞİRİK<sup>1</sup>, Sabri ÖZDAŞ<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Adiyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü

<sup>2</sup>Adiyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**ÖZET**

Epiploik apandisit, akut abdomen görünümü veren ve klinik semptomlarından dolayı akut apandisit ve divertikülit benzeri durumları taklit edebilen, cerrahi gerektiren bir hastalık olmamasına rağmen akut karın bulgularını taklit ettiğinden dolayı gereksiz laparotomilere neden olan nadir bir hastalıktır. Epiploik apendiksler kolon segmentleri boyunca sigmoid kolon distal kesimine kadar uzun bir trasede bulunurlar ve epiploik apandisit bunların torsiyonu, trombozu veya inflamasyonu gibi sebeplerle gelişen iskemik ve inflamatuvar bir durumdur. Karın ağrısı bulunan olgularda epiploik apandisit akılda tutulmalı ve klinik ve radyolojik değerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır. Biz burada akut batın bulguları ile acil servise gelen 52 yaşındaki kadın olguyu değerlendirdik.

**Anahtar Kelimeler:** Apendisit, Akut Karın, Bilgisayarlı Tomografi,

**Yazışmadan Sorumlu Yazar**

**Mehmet Şirik**

Adiyaman Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Radyoloji AD,  
Tel : +90 0505 830 35 26

**Email:** [dr.mmtsrk@gmail.com](mailto:dr.mmtsrk@gmail.com)

**DOI:10.30569/adiyamansaglik. 404200**

**Geliş Tarihi: 11.03.2018**

**Kabul Tarihi: 16.04.2018**

---

## A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN: EPIPLOIC APPENDICITIS

### ABSTRACT

Epiplöic appendicitis is a rare disease that does not require surgery. Due to its clinical symptoms it may mimic acute appendicitis and diverticulitis-like conditions. It can cause unnecessary laparotomies because it mimics the findings of acute abdomen. The epiplöic appendages are located in a long trased from the cecum to the distal segment of the sigmoid colon. Epiplöic appendicitis is an ischemic and inflammatory condition that develops such as torsion, thrombosis, or inflammation of these structures. Epiplöic appendicitis should be kept in mind in cases with acute abdominal pain and should be considered in clinical and radiological evaluation. In this article we discuss the woman with acute abdominal pain.

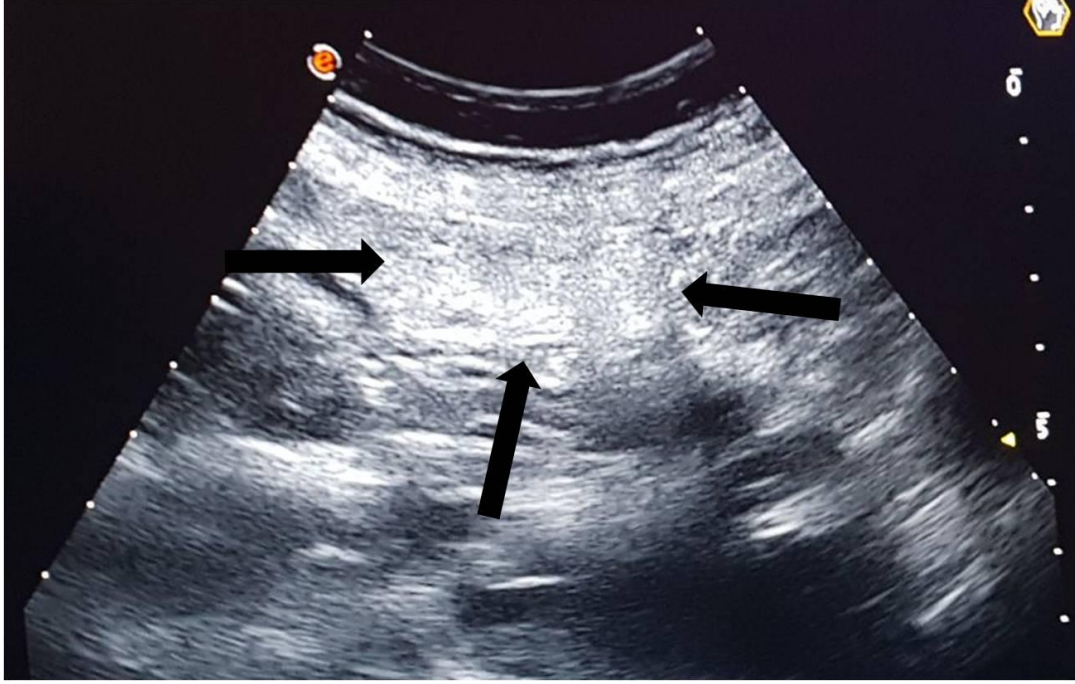
**Key words:** Appendicitis, Acute Abdomen, Computerized Tomography

## GİRİŞ

Epiploik apendiksler iki sıra şeklinde kolonda tenia coli'ye paralel seyreden yağlı uzantılardır. Bu yapıların spontan torsiyonu, trombozu veya hemorajik infarktı gibi nedenlerle inflamasyon meydana gelir (1). Genel olarak, epiploik apandisit kendi kendini sınırlayan bir hastalık olup çoğu hasta bir hafta kadar bir sürede konservatif tedavi ile iyileşir. Akut karın bulguları nedeniyle gereksiz cerrahi müdahaleden kaçınmak için doğru tanının konulması büyük önem arz etmektedir. Rutin işleypşte akut batın bulguları olan hastaların direk grafi sonrası ilk radyolojik değerdirmesi abdominal ultrasonografi (US) olmaktadır. Ancak tanı güçlüğü yaşanması durumunda takiben bilgisayarlı tomografi (BT) incelemeleri rutin olarak yapılmaktadır. Abdominal bölgenin BT incelemelerinin tanısai değeri daha yüksek olup bu inceleme ile epiploik apandisitinin neden olduğu visseral periton kalınlaşması daha iyi görülebilir (2)

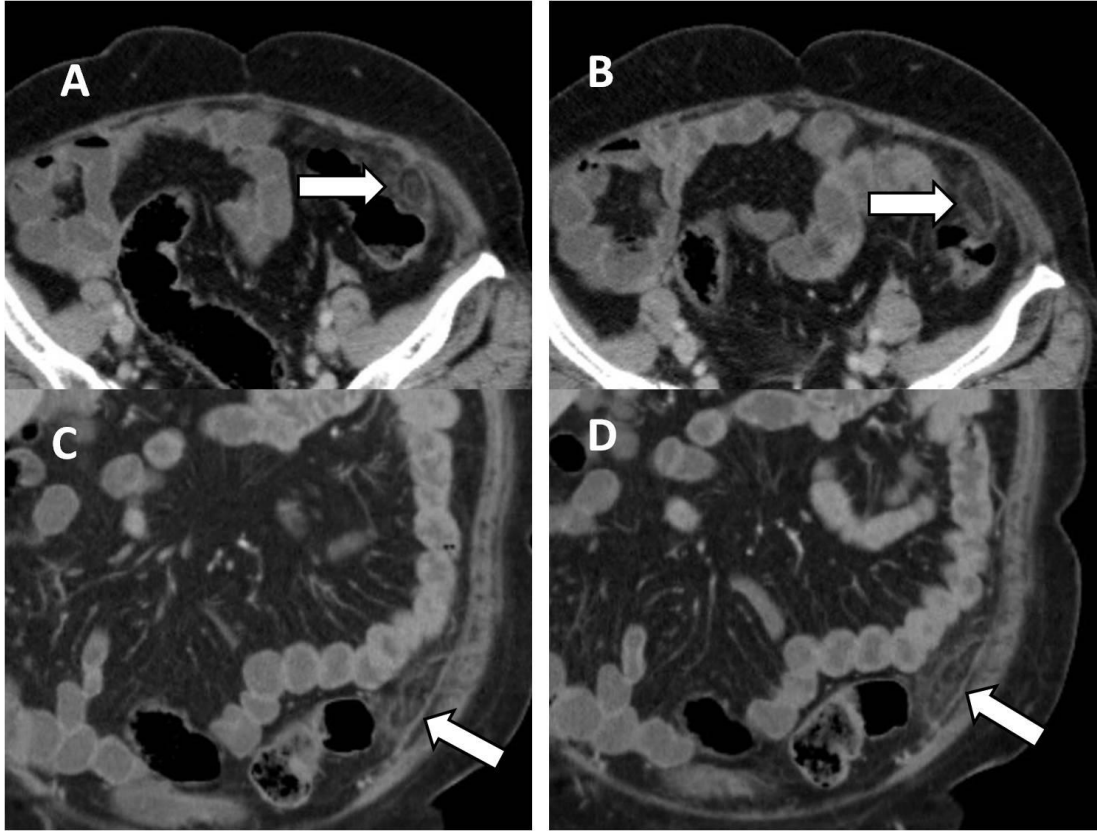
## OLGU

Olgumuz 52 yaşında kadın hastadır. Acil servisten kliniğimize akut batın ön tanısıyla abdominal US incelemesi istemi ile gönderildi. Dört gündür aralıklı devam eden özellikle karın sol alt kadranda daha belirgin ağrı şikayeti tanımlamaktadır. Bunlara ek olarak, bulantı ve ateş şikâyetleri de olduğu öğrenildi. Hastanın abdominal ultrasonografisinde batın sol alt kadranda semptomatik lojda mezenterik yağlı planlarının ekojenitesinin diğeri alanlara göre belirgin sınır vermeyecek şekilde artış gösterdiği belirlendi. US bulgusu bu alanda olası mezenterik ödeme uyumlu olarak değerdendirildi (**Resim 1**).



**Resim 1:** Tüm Abdominal ultrasonografide batın sol alt kadranda semptomatik lojda mezenterik yağlı planlarının ekojenitesinin diğer alanlara göre belirgin sınır vermeyecek şekilde artış(oklar).

Anamnezinde ek hastalığı olmayan hastanın ateşi 38<sup>0</sup>C idi. Fizik muayenesinde barsak sesleri normoaktif, batın sol alt kadranda hassasiyeti ve rebaund pozitifliği vardı. Laboratuvar incelemelerinde; Wbc:9300/mm<sup>3</sup> olmasına rağmen CRP:2,51 mg/dL, sedimentasyon 42 mm/h idi. Tam idrar tetkiki, biyokimyasal değerleri olağandı. Yapılan intravenöz kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) batın sol alt kadranda inen kolon distaline uyan alandaki mezenterik yağlı dokularda inflamasyon, komşu peritonda kalınlaşma ve tanımlanan inflame alanın santral kesiminde korunmuş hipodens alan izlenmiş olup öncelikle epiploik apandisit olarak değerlendirildi (**Resim 2**). Hasta medikal tedavi ile izleme alındı. Medikal tedavi ile birlikte hastanın fizik muayene bulgularında ve sedim/CRP'sinde gerileme gözlemlendi. Tedavinin üçüncü günü yapılan ultrasonografi kontrolünde tanımlanan önceki bulgular gerilemişti. On gün sonraki kontrol muayenesinde şikâyeti yoktu ve fizik muayenesi normal olarak değerlendirildi.



**Resim 2:** İntravenöz kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografide transvers ve koronal görüntülerde batın sol alt kadranda inen kolon distaline uyan alandaki mezenterik yağlı dokularda inflamasyon ve komşu peritonda kalınlaşma(oklar)

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Epiploik apendiksler kolon segmentleri boyunca tenia kolilerin antimezenterik yüzlerinde yerleşim gösteren yağ ve damar içeren kesecik şeklinde peritoneal yapılardır. Epiploik apendikslerin torsiyonu veya spontan venöz trombozu sonucu epiploik apandisit gelişir. Epiploik apandisit, akut karın nedeni olabilen ve akut apandisit veya divertikülit olarak yanlış tanı konabilen nadir görülen bir klinik durumdur (3). Primer epiploik apendajit, sıklıkla kadınlarda ve obez hastalarda görülmekle birlikte belirgin bir cinsiyet ayrımı gözlenmemektedir. Herhangi bir yaşta meydana gelebilmesine rağmen 2. ve 5. dekatta daha sık olarak ortaya çıkabilir (3,4). Altta yatan tetikleyici nedenler arasında bu mobil uzantıların duruş değişikliği ya/ya da hareket ile birlikte torsiyone olabileceği ileri sürülmektedir (2).

Ağrı genellikle sağ veya sol alt abdominal kadranda lokalizedir ve divertikülit veya apandisit taklit edebilir. Karın ağrısı genellikle başlangıçta hızlıdır ve hareketle şiddetlenir (3). Bizim olgumuzda ağrı sol alt kadranda lokalizeydi ve hareketle ağrı şiddeti belirgin bir değişiklik göstermemekle beraber muayenede rebound ve defans bulguları mevcuttu. Yapılan bir çalışmada hastaların hepsinde bir haftaya kadar olan süre zarfında karın ağrısı mevcut olmasına rağmen hastaların çoğunda ateş, bulantı, kusma, ishal veya kabızlık gibi semptomlar gözlenmemişti. Lokalize abdominal hassasiyet ve defans genellikle fizik muayenede bulunur. Lökosit sayısı normal veya hafif yükselebilir (1). Bizim olgumuzda ağrı ön plandaydı ve subfebril bir ateş mevcuttu. Anlamlı bir lökosit yüksekliği yoktu ancak sol alt kadranda hassasiyeti ve defans mevcuttu. Epiploik apandisit, divertikülit, kolesistit, hemorajik over kisti, over torsiyonu, ektopik gebelik, kolorektal kanser ve mezenterik lenfadenit düşünülebilir (5). Akut karın ağrılarında erken tanı ve doğru teşhis önemlidir, çünkü yanlış teşhis gereksiz tıbbi tedavi, cerrahi eksplorasyon ve hastane yatışlarına neden olabilmektedir (6). Spesifik olmayan prezentasyonu ve belirgin klinik özelliklerin olmaması göz önüne alındığında, radyolojik görüntüleme olmaksızın epiploik apandisit tanısı koymak zordur. Tanı koymak için genellikle abdominal ultrason ve sıklıkla da BT gibi ek görüntülemeler gereklidir (3). Epiploik apandisit genellikle kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır ve hastalar spontan olarak 7-30 gün içinde iyileşebilirler. Günümüzde doğru bir radyolojik tanı konduktan sonra oral antiinflamatuvar ilaçlarla yapılan konservatif tedavi standart tedavi şeklidir (7).

Sonuçta; özellikle sol ve sağ alt kadranda karın ağrısı ile başvuran hastalarda, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının şüpheli olduğu akut batın olgularında epiploik apandisit mutlaka akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Medikal tedavi ile tedavisi mümkün olan ve kendini sınırlayan bir hastalık olduğu için cerrahi gerektiren akut karın sebeplerinden ayırt

edilmelidir. Şüpheli olgularda başta bu durum için patognomonik bulguları olan BT olmak üzere, tamda radyolojik yöntemler önemli bir yere sahiptir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Choi YU, Choi PW, Park YH, Kim JI, Heo TG, Park JH, et al. Clinical characteristics of primary epiploic appendagitis. *J Korean Soc Coloproctol.* 2011;27:114–21.
2. Serhatlıoğlu, S, Koç M.. Primer epiploik apandisit tanısında çok kesitli bilgisayarlı tomografi bulguları. *FÜ Sağ Bil Tıp Derg,* 2015;29:109-12.
3. Almuhanha, A. F., Alghamdi, Z. M., Alshammari, E. Acute epiploic appendagitis: A rare cause of acute abdomen and a diagnostic dilemma. *Journal of family and community medicine.* 2016;23(1);48.
4. Matos H. and Isidoro Costa. "Primary Epiploic Appendagitis" *Indian Journal of Surgery* (2015);77(3):1395-1396.
5. Şirik M., Abeş M., İnan İ., Apaydın H. Ö., Baykan A. H., Kafadar S.; Olgu sunumu/Case report Barsak Obstrüksiyonu Bulguları ile Başvuran Pediatrik Meckel Divertikülit Olgusu.
6. Koplay, M., Özbek, S., Sivri, M., Alptekin, H., Erdoğan, H., Nayman, A. Primary epiploic appendagitis, Clinic and radiologic imaging findings. *Dicle Medical Journal.* 2013;40(2): 264-268.
7. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, Uslu HY, Turkoz E, Ozcay N, et al. Torsion of the primary epiploic appendagitis: A case series and review of the literature. *Am J Surg.* 2010;199:453–8.