

## Konservatif Tedavi Edilen Primer Epiploik Apandisit Olgusu: Olgu Sunumu ve Literatür Değerlendirmesi

Primary Epiploic Appendicitis Treated Conservatively: Case Report and Review of the Literature

Murat Güner, Nurullah Damburacı

Uşak Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

### ÖZET

*Amaç: Primer epiploik apandisit, apendiks epiploika inflamasyonunun neden olduğu, akut divertikülit veya apandisit gibi cerrahi gerektiren diğer akut karın hastalıklarını klinik olarak taklit eden nadir bir durumdur. Klinik değerlendirme ve görüntüleme yöntemlerinin yardımı ile primer epiploik apandisit tanısı alan hastalarda gereksiz antibiyotik kullanımı, gereksiz cerrahi girişimler ile oluşabilecek morbidite ve mortaliteden kaçınmak mümkündür.*

*Olgu: Yirmi altı yaşında, sol alt kadranda ağrısıyla hastaneye başvuran, epiploik apandisit tanısıyla medikal tedavi uygulanan hastamızı sunmayı amaçladık.*

*Sonuç: Primer epiploik apandisit konservatif olarak tedavi edilebilmekte, bu sayede de gereksiz cerrahi girişim ve komplikasyonlar azaltılabilmektedir.*

*Anahtar Kelimeler: primer epiploik apandisit, bilgisayarlı tomografi*

### ABSTRACT

*Aim: Primary epiploic appendicitis is a rare entity caused by the inflammation of the appendix epiploica that clinically mimics other acute abdomen conditions that require surgery such as acute diverticulitis or appendicitis. Awareness of such a clinical condition with its characteristic imaging findings is important to avoid costly hospitalization, unnecessary antibiotic courses, and the morbidity and mortality associated with surgical procedures.*

*Case: twenty six years old patient, admitted to hospital with left lower quadrant pain. The patient was diagnosed as epiploic appendicitis and treated medically.*

*Conclusion: Primary epiploic appendicitis can be managed conservatively and unnecessary surgical interventions and complications can be prevented.*

*Keywords: primary epiploic appendicitis, computed tomography*

### GİRİŞ

Epiploik apendiksler kolonu saran periton tarafından oluşturulmuş, çekumdan rektosigmoid bileşkeye kadar olan kolon segmentleri ve apendiks vermiformis etrafında bulunan içi yağ dolu periton çıkıntılarıdır (1). Epiploik apendikslerin torsiyon yada spontan venöz tromboz sonucu iskemi ya da inflamasyonu primer epiploik apandisit (PEA) olarak bilinmektedir (2).

PEA çoğunlukla cerrahi müdahale gerektirmeyen, medikal tedaviyle yeterli olduğu bir hastalıktır. PEA kolonda tutulduğu lokalizasyona bağlı olarak akut apandisit, divertikülit, omentum torsiyonu gibi hayatı tehdit eden hastalıkların semptomlarını taklit edebilmektedir (3).

Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) hastalığın tanısında önemli rol oynamaktadır. Görüntüleme

yöntemleri ve klinik değerlendirme ile PEA tanısı alan hastalar konservatif tedavi edilebilmekte ve gereksiz cerrahi girişimlerin önüne geçilebilmektedir (4).

Bu çalışmada Uşak Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi acil servisine karın ağrısı ile başvuran ve yapılan fizik muayene, laboratuvar, görüntüleme sonuçları eşliğinde PEA tanısı alan, konservatif tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

### OLGU

Yirmi altı yaşında erkek hasta karın sol alt kadranda ağrı ve bulantı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Karın ağrısının 24 saatten uzun süredir olduğunu ve başından beri karın sol alt kadranda olduğunu belirtti. Geçirilmiş operasyon öyküsü ve kronik hastalığı olmayan hastamızın başvuru esnasında ateş (aksiler) 36.8 °C ve vital bulguları normal sınırlardaydı. Fizik muayenede karın sol alt kadranda

lokalize hassasiyet mevcuttu, rebound ve defans bulgusu yoktu.

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre sayısı 8200/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 16,2 gr/dl, biyokimya analizinde; açlık kan şekeri: 80 mg/dl, Üre: 21 mg/dl, Kreatinin 0,86 mg/dl, Total bilirübin: 0,9 mg/dl, AST: 22 U/L ALT: 56 U/L, Na: 142 mmol/L, K: 4,3 mmol/L, Cl: 105 mmol/L, CRP: 3,2 mg/L sedimentasyon: 1 mm ile normal sınırlardaydı. Tam idrar tetkikinde anormallik saptanmadı. Sonografik incelemede sol alt kadranda mezenterde hafif kirlenme görülmesi üzerine bu bölgeye yönelik İV kontrastlı BT incelemesi yapıldı. Yapılan BT incelemesinde; İnen kolon ve sigmoid kolon bileşkesi düzeyinde kolon anteriorunda ortası yağ dansitesinde çevresinde ince hiperdens rimi bulunan ve çevre yağ dokuda da eşlik eden dansite artışları izlenen lezyon gözlemlendi (Şekil 1). Tarif edilen lezyon boyutu yaklaşık 17 mm ölçüldü. Tarif edilen lezyon komşuluğundaki peritonda da az miktarda reaktif kalınlaşma ve kontrast tutulumu gözlemlendi (Resim-1). Klinik, laboratuvar ve görüntü bulguları eşliğinde hastaya PEA tanısı konuldu ve hastaya analjezik ve yatak istirahati önerilerek poliklinik takibine alındı. Hastaya 1 ay sonra yapılan sonografik görüntüleme patolojik bulguların kaybolduğu görüldü ve hastanın kliniği tamamen normale döndü.



**Şekil 1. Epiploik apandisit Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü**

## TARTIŞMA

Epiploik apandiks ilk kez 1543 yılında Vesalius tarafından tanımlanmıştır. 1956 yılında Lynn ve ark. epiploik apandikslerin lokalize alt kadranda ağrısı nedeni olabileceğini belirtmiştir (5). Epiploik apandiksler kolon anterior veya posterolateral duvarında bulunan yuvarlak, lobüle ya da elonge sub serozal yağ yastıklarıdır (6, 7). Tüm kolonda

50-100 arasında epiploik apandisit bulunur ve bunların % 57 si rektosigmoid bölgede bulunur. Genellikle 1-2 cm genişlikte ve 2-5 cm uzunluğunda olurlar ancak obezlerde 15 cm kadar ulaşabileceği belirtilmiştir (6, 8). Dolaşımı kolik arter dallarından sağlanmaktadır ve kan akımı zayıftır. Pediküllü yapıları nedeniyle serbest hareket edebilmekte ve kolaylıkla vasküler enfarkt ve torsiyona maruz kalabilmektedirler (3). Epiploik apandikslerin torsiyonu, spontan venöz trombozu ve inflamasyonu primer epiploik apandisit olarak tanımlanır ve genellikle nonspesifik karın ağrısı ile akut karın tablosu oluşturan diğer hastalıklar ile karışabilmektedir.

PEA nadir rastlanan klinik bir hastalıktır. İnsidansı 1 milyonda 8.8 olarak belirtilmiştir (9). 12-82 yaş aralığında görülebilmektedir ancak en sık 2 ve 5. dekatta saptanmaktadır (10). Görüntüleme yöntemlerinin artmasıyla PEA ile daha çok karşılaşılmaktadır.

PEA genellikle lokalize ani başlangıçlı öksürme ve karın gerilmesi ile şiddetlenen ağrı ile ortaya çıkmaktadır. Karın ağrısına bulantı kusma eşlik edebilir. Fizik muayenede hassasiyet en sık rastlanan bulgudur genellikle defans ve rebound gözlenmez (11). Genellikle ateş eşlik etmez ve laboratuvar değerleri normal sınırlardadır (12).

Ayırıcı tanıda akut apandisit, divertikülit, kolesistit, hemorajik over kisti, over torsiyonu, ektopik gebelik, maligniteler, mezenterik lenf adenit, omental patolojiler akıldan tutulmalıdır. PEA akut karın oluşturan hastalıkları taklit edebileceği gibi gereksiz operasyon ve komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Bu nedenle PEA şüphesi olan hastalar mutlaka görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidir.

PEA tanısında en sık kullanılan görüntüleme yöntemleri Ultrason ve bilgisayarlı tomografidir (13, 14). USG'de kolon komşuluğunda iyi sınırlanmış, komprese olmayan heterojen hiperekoik karakterde kitle lezyonu ve çevresinde hipoekoik bir rim bulunur. Renkli Doppler USG'de lezyon içerisinde kan akımı tespit edilemez (2, 4). Sadece USG kullanılarak PEA tanısı koymak zor olabilmektedir. PEA tanısı koymada en önemli görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografidir (13). BT'de kolon anterolateralinde genellikle 1-4 cm boyutlarında, yuvarlak veya oval, normal karın yağ dokusundan hafifçe yüksek yoğunlukta kitlelerin görülmesi PEA için patognomonik kabul edilir. Kitlelerin etrafındaki

visseral periton kalınlaşmıştır. Bölgesel retroperitoneal yağ dokusunda iltihabi çizgilenmeler mevcuttur (5). Diğer BT bulguları arasında tromboze veni temsil eden santral yüksek yoğunluklu nokta ya da çizgi, komşu barsak duvarında kalınlaşma, komşu barsak ansları üzerine kitle etkisi ve komşu parietal peritonda kalınlaşma sayılabilir (5). Bizim hastamızda da ultrason ve bilgisayarlı tomografi yardımcı görüntüleme yöntemi olarak kullanılmış ve BT yardımıyla tanıya ulaşılmıştır.

PEA tedavisi tartışmalıdır. PEA çoğu zaman kendini sınırlayan semptomların antibiyotik gereksiz antiinflamatuvar ilaçlarla konservatif olarak tedavi edildiği genellikle 10 günden kısa sürede gerilediği bir hastalıktır (4, 15). Nadiren barsak tıkanıklığı, adezyon, apse, peritonit gibi komplikasyonlar gelişir ve cerrahi müdahale gerekebilir. Literatürde tanısız laparoskopik ve laparoskopik rezeksiyon yapılabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (5). Bizim hastamıza sadece analjezik-antiinflamatuvar konservatif tedavi uygulanmış ve semptomlar gerilemiştir.

#### SONUÇ

Bu olgu sunumunda amacımız, akut apandisit veya divertikülit gibi diğer benzer durumlarla karıştırılabildiğinden lokalize akut karın ağrısının nedenlerini ayırt ederken her cerrahın akılda tutulması gereken nadir klinik sunumlardan birini vurgulamaktır. Gereksiz hastanede yatışı ve ameliyatı önlemek için tanıya ulaşmada karın BT taraması ile birlikte uygun fizik muayene yapılması önemlidir. Bununla birlikte, persistan semptomlar ve konservatif tedavinin başarısızlığı durumunda, hasta hala iltihaplı uzantının laparoskopik apendektomisine ihtiyaç duyabilir

PEA apandisit, divertikülit gibi akut karın nedenlerini taklit eden karın ağrısına neden olabilmektedir. Lokalize karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran hastalarda PAE ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Gereksiz hastanede yatışı ve ameliyatı önlemek için tanıya ulaşmada Ultrason ve özellikle BT önemli yardımcı görüntüleme yöntemleridir. PEA tanısı alan hastalar konservatif olarak tedavi edilebilmekte böylelikle gereksiz cerrahi girişim ve komplikasyonları önlenebilmektedir.

#### AÇIKLAMA

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: Inflammatory disease. *Radiographics* 2000;20:339-418.
2. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. *Radiology* 1997; 204: 713-717.
3. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, et al. Radiologic aspects of infarction of the appendix epiploica. *J Radiol* 1998;79:1479-1485.
4. A.K. Singh, D.A. Gervais, P.F. Hahn, P. Sagar, P.R. Mueller, R.A. Novelline, Acuteepiploic appendagitis and its mimics, *Radiographics* 2005;25:1521-1534.
5. Hwang JA, Kim SM, Song HJ, Lee YM, Moon KM, Moon CG, et al. Differential diagnosis of left sided abdominal pain: Primary epiploic appendagitis vs colonic diverticulitis. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 6842-6848.
6. Ghahremani GG, White EM, Hoff FL, et al. Appendices epiploicae of the colon: radiologic and pathologic features. *RadioGraphics* 1992; 12: 59-77.
7. Carmichael DH, Organ CH. Epiploic disorders: conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg* 1985; 120: 1167-1172.
8. J. Saad, H.A. Mustafa, A.M. Elsani, F. Alharbi, S. Alghamdi, Primary epiploicappendagitis: reconciling CT and clinical challenges, *Indian J. Gastroenterol.* 2014;33: 420-426.
9. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. *J Radiol.* 2008 ;89:235-243.
10. Almeida AT, Melao L, Viamonte B, et al. Epiploic Ap-pendagitis: An entity frequently unknown to clinicians-di-agnostic imaging, pitfalls, and look- alikes. *Am J Roent-genol* 2009;193:1243-1251.
11. McMahan AJ, Hansell DT. Primary appendicitis epiploicae mimicking acute appendicitis. *Postgrad Med J* 1988;64:903- 905.
12. Sand M, Gelos M, Bechara F, et al. Epiploic appendagitis: clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007;1:7-11.
13. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT finding in 14 cases. *Radiology* 1994;19:523- 526.
14. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, et al. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8:435- 438.
15. Nagaich N, Sharma R, Singh M, Nagaich Y, Sharma I, Malik D et al. Primary Epiploic Appendagitis: A Diagnostic Challenge, Clinical Spectrum and Experience from a Tertiary Centre. *International Journal of Current Advanced Research* 2015; 4: 482-484.