

Epiploik apandisit: İki olgu nedeniyle literatürün gözden geçirilmesi

Epiploic appendagitis: Report of two cases and review of literature

Nurten TÜRKEL KÜÇÜKMETİN¹, Eser VARDARELİ¹, Murat SARUÇ¹, Bahattin ÇIÇEK¹, Haluk AKMAN²,
Güngör BOZTAŞ³, Nurdan TÖZÜN¹

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul
Acıbadem International Hospital, ²Radyoloji Bölümü, ³Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

Biz burada akut batın tablosu gibi prezente olan iki epiploik apandisit olgusunu sunduk. Ayrıca literatür eşliğinde primer epiploik apandisit patoloji, klinik, tanı ve tedavisini tartıştık.

Anahtar kelimeler: Primer epiploik apandisit

We reported two patients with epiploic appendagitis presented with acute abdominal pain. Reviewing the literature, we also discussed the pathology, clinical features, diagnosis and treatment of the primary epiploic appendagitis.

Key words: Primary epiploic appendagitis

GİRİŞ

Primer epiploik apandisit (PEA) kolonun serozal yüzeyinde bulunan epiploik apandikslerin torsiyonu veya spontan venöz trombozu sonucu görülen ve kendi kendini sınırlayan nadir bir inflamatuvar hastalıktır. Cerrahi tedavi gerektiren bir hastalık olmamasına rağmen, cerrahi akut batın tablolarını taklit ettiği için doğru ve erken tanı konulması önemlidir. Bu yazıda iki olgu eşliğinde epiploik apandisit tanısı ve ayırıcı tanıları gözden geçirilecektir.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

Otuzbeş yaşında erkek hasta, ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş yakınmaları ile acil servise başvurdu. Ağrı künt, devamlı, sol kasık bölgesinde ve hareketle artıyordu. Fizik muayenede bağırsak sesleri olağan, sol alt kadranda perküsyonda ve palpasyonda lokal hassasiyet ve defans mevcuttu, rebound saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Vital bulgularında tansiyon 100/60 mmHg, Nb:72/dk, ateş 38,4°C ölçüldü. Hafif CRP yüksekliği dışında (2,17 mg/dl; N:0-0,50 mg/dl) diğer laboratuvar bulguları normal sınırlar içinde bulundu. Tam kan sayımında lökosit sayısının 8700/mm³ olduğu

görüldü. Hastanın ağrısının devam etmesi üzerine çekilen oral ve intravenöz kontrastlı batın tomografisinde aksiyel kesitte inen kolon ve sigmoid kolon bileşkesinde kolonun anterolateralinde normal periton yağına göre daha yoğun ve periferinde hiperdens halka (rim) ile çevrili yağlı lezyon sahası görüldü ve primer epiploik apandisit tanısı konuldu (Resim 1). Analjezik ilaçlar ile semptomları tedavi edilen hasta ertesi gün taburcu edildi.

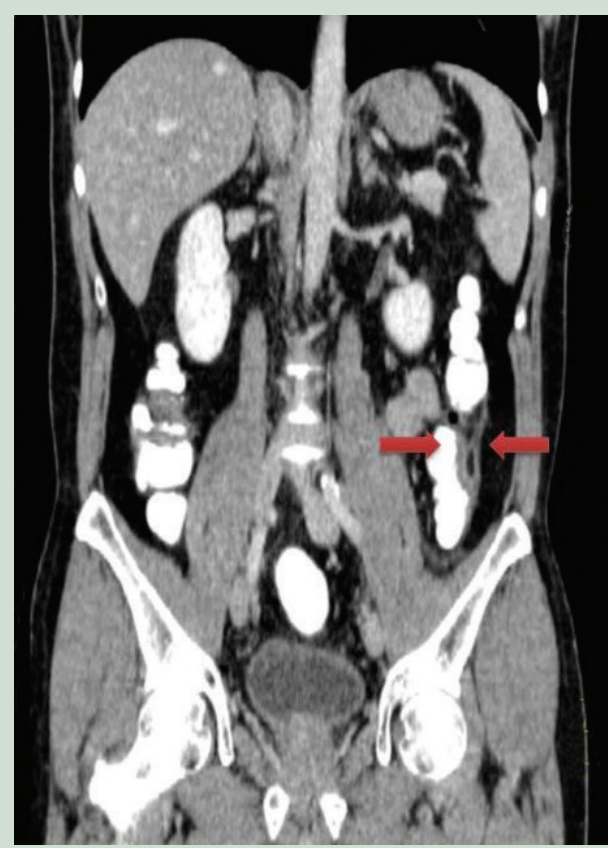
Olgu 2

Altmış altı yaşında kadın hasta, 4 gün önce aniden başlayan, şiddeti günden güne artan, sol kasık ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Ağrının özellikle hareketle arttığını ve istirahatte azaldığını tarif ediyordu. Ağrıya bulantı, kusma ve ateş eşlik etmiyordu ve dışkılama alışkanlığında değişiklik olmamıştı. Antihipertansifler dışında kullandığı ilaç yoktu. Sol inguinal ve suprapubik bölgede perküsyonda ve palpasyonda lokal hassasiyet ve defans dışında diğer fizik muayene bulgularında özellik yoktu. Vital bulgularında TA:145/80mm Hg, Nb:74/dk, Ateş: 37,8° C ölçüldü. Hemogramda lökosit sayısı normal (7300/mm³), CRP yüksek saptandı (4,01mg/dl; N:0-0,50 mg/dl). Divertikülit ön tanısı ile batın tomografisi çekildi (Resim 2) ve sigmoid

Adres: Nurten TÜRKEL KÜÇÜKMETİN

Avrupa Konutları Atakent 2 Sitesi 4. Blok Daire: 46
Halkalı, Küçükçekmece, İstanbul • Tel: +90 212 468 42 33
Faks: +90 212 663 30 01 • E-posta: nturkel@hotmail.com

Geliş Tarihi: 20.10.2013 • **Kabul Tarihi:** 20.11.2013



Resim 1. Oral ve intravenöz kontrastlı batın tomografisinde aksiyel kesitte inen kolon ve sigmoid kolon bileşkesinde kolonun anterolateralinde, santral kısmı hipodens, yağ yoğunluğunda, çevresinde ince hiperdens halka (rim) ve en dışta yağlı doku inflamasyonuna bağlı yoğunluk artışını gösteren lezyon.

kolonda perikolonik yerleşimli oval, 2 cm çapında, komşu periton yağına göre hafifçe daha yoğun, periferik halka ile çevrili lezyon görülerek akut epiploik apandisit tanısı konuldu.

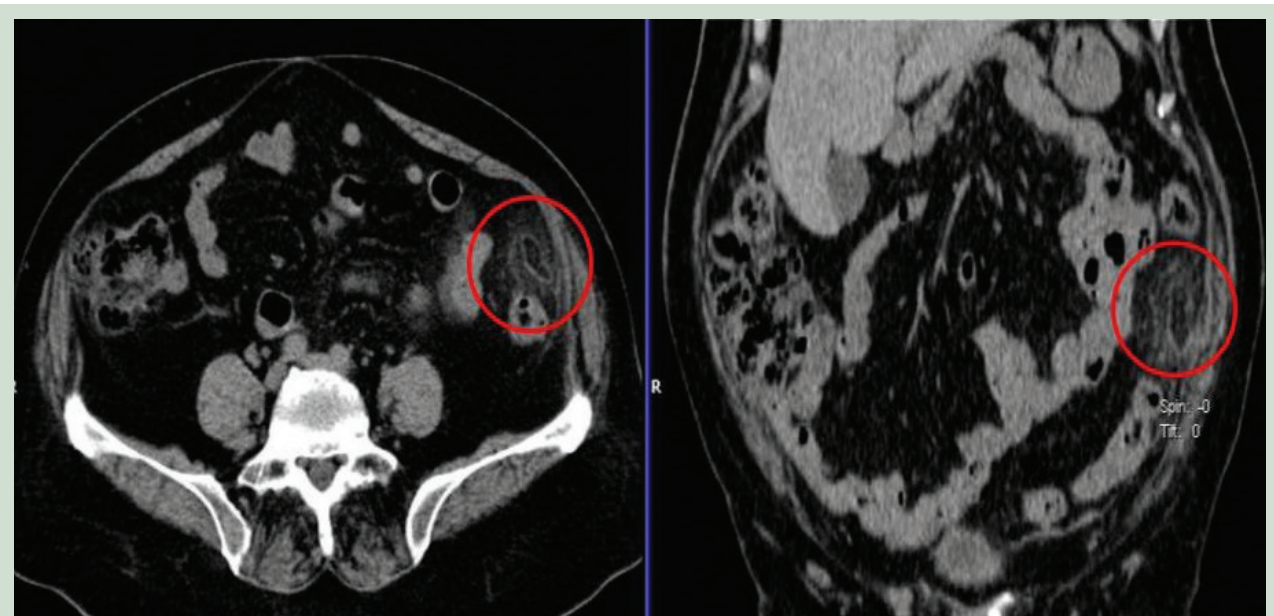
TARTIŞMA

Epiploik apandiksler serbest tenia ve omental tenia boyunca iki sıra halinde uzanım gösteren, kolonun serozal yüzeyinden kaynaklanan, yağ içeriği zengin peritoneal ceplerdir. Çekum ile rektosigmoid bileşke arasında yerleşirler, uzunlukları 0,5-5 cm olabilir ve sayıları 50-100 kadardır. Kolik arter dallarından bir yada iki küçük arteriol ile beslenir ve tortiyoz venler ile drene olurlar (1-6). Gerek kan akımının zayıf olması ve gerekse de pediküllü ve hareketli oluşları torsiyona, iskemiye ve hemorajik infarkta kolay maruz kalmalarına yol açar (1,5,7,8).

Anatomik olarak ilk kez 1543 yılında Vesalius tarafından tanımlanmış ve 1853’de Virchow epiploik apandikslerin gezici cisimler olabileceğini söylemiştir. 1956 yılında Lynn ve arkadaşları epiploik apandisit terimini kullanmışlardır (1,5,9).

Epiploik apandikslerin fonksiyonları hakkında fikir birliği yoktur, ancak bakteriyostatik özellikleri olduğu düşünülmektedir (minyatür omentum), ayrıca kolon için yumuşak, esnek, destekleyici yastık görevi yapmaktadırlar (1).

Epiploik apandikslerin inflamasyonu primer ve sekonder olmak üzere iki forma ayrılır. Primer epiploik apandisitte epiploik apandikslerin torsiyonu veya spontan venöz



Resim 2. Sigmoid kolonda perikolonik yerleşimli oval 2 cm çapında, komşu periton yağına göre hafifçe daha yoğun, görünümde inflame yağlı doku ve santral kısmında izodens görünümde yağ nekrozu.

trombozu görülür. Sekonder form ise divertikülit, apandisit ve kolesistit gibi komşu organların inflamasyonuna bağlı oluşur (5-7,10).

PEA net bir ilişki olmamakla birlikte sıklıkla obez kişilerde ve 20-50 yaş arasında, cinsiyet farkı olmaksızın görülür. Cerrahi literatüre göre PEA'ler %57 rektosigmoid bileşkede, %26 ileoçekal bölgede, %9 çıkan kolonda, %6 transvers kolonda, %2 inen kolonda görülmektedir (11). Klinik bulgular inflamatuvar olayın lokalizasyonuna göre değişmekle birlikte ağrı sıklıkla sol ve sağ alt kadranda tarif edilir. Ağrı ani başlar, lokalizedir, künt, keskin ve kolik tarzında olabilir, ağrıda migrasyon yoktur. Bulantı, kusma, hastaların 1/4'de görülebilir. Barsak alışkanlığında değişiklik yoktur. Ateş nadiren 38,3°C'yi geçer. Çoğu hastada lökosit sayısı normal veya hafif artmıştır, CRP hafif yükselir. İskemik yağ nekrozunun inflamatuvar cevabı tetikleyebileceği ve bunun sonucu CRP değerinde hafif artma olabileceği düşünülmektedir (1,4,5,9-11).

Fizik muayene bulguları spesifik olmamakla birlikte, lokalize hassasiyet ve defans saptanır. Rebound hastaların 1/4'ünde görülebilir.

Yapılan bir çalışmada hastaların %55'te sol alt kadranda %33'te sağ alt kadranda ve %10'da orta alt kadranda hassasiyet saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların 1/4'de hassasiyetin olduğu yerde kütle palpe edilmiştir (5,10).

PEA'nın gerçek insidansı bilinmemektedir. Ancak günümüzde akut karın ağrısı ile hastaneye başvuran kişilerde radyolojik görüntüleme yöntemlerinin daha yaygın kullanılması nedeniyle tanı konulma sıklığının arttığı gözlenmiştir. Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR), epiploik apandisit tanısında kullanılan görüntüleme yöntemleridir. USG'de kolonun hemen komşuluğunda komprese olmayan, solid, hiperekoik ve çevresinde hipoekoik halka bulunan kütle lezyonu görülür. Kolon duvarında inflamasyona ait bulgular izlenmemektedir (2,9,12,13). BT bulguları epiploik apandisitte patognomonik olup, tanı koydurucudur. Perikolonik yerleşimli oval veya yuvarlak şekilli 2-4 cm çapında, komşu periton yağına göre hafifçe daha yoğun, periferik halka ile çevrili (seroza tabakasındaki inflamasyona bağlı) yağ içerikli lezyon olarak izlenir. Lezyonun ortasında tromboze vene karşılık gelen çizgisel ya da noktasal bir dansite görülebilir. Visseral ve parietal peritonda kalınlaşma ve komşu barsak anslarında kompresyon diğer BT bulgularıdır (1,2,10,12-15). Hastalığın tanısı için MR gerekli değildir, ancak peritondaki inflamatuvar değişiklikleri gösterebilir.

Epiploik apandisitte inflamasyonun derecesine göre çeşitli komplikasyonlar görülebilir, inflamasyon yapışıklıkları

tetikleyebilir. Diğer nadir komplikasyonlar arasında lokal abse formasyonu, "intussusception", barsak obstrüksiyonu ve peritonit sayılabilir (1,2).

Cerrahi olarak çıkarılan epiploik apandisitlerin patolojik değerlendirilmesinde yağ nekrozu, inflamatuvar hücreler, tromboze damarların varlığı ile karakterize akut infarkt bulguları saptanmıştır.

Primer epiploik apandisit ayırıcı tanısında divertikülit, akut apandisit, omental infarkt, omentum torsiyonu, pelvik inflamatuvar hastalığı, mezenterik pannikülit, yağ içeren tümörler ve sekonder epiploik apandisit gibi hastalıklar yer alır (8).

Akut apandisit daha genç yaşta görülür, bulantı, kusma, anoreksi, obstipasyon, ateş ve lökositoz gibi eşlik eden semptomlar vardır, ağrı gezici karakterdedir (2,16,17).

Akut divertikülit daha çok yaşlı kişilerde saptanır, genellikle bulantı, kusma, ateş, lökositoz vardır, ağrı lokalize olmaktan çok alt kadrana yayılır ve rebound pozitifliği daha sıktır, lökositoz hastaların %50'den fazlasında görülür. Tomografide divertiküllerin görülmesi, perikolik yağlı dokuda inflamatuvar değişiklikler veya abse oluşumu, kolon duvar kalınlığının artması divertikülitin tipik BT bulgularıdır (1,2,17).

Omental infarkt akut apandisiti taklit eden ve nadir görülen akut batın tablosudur. Birkaç gündür devam eden genellikle sağ alt kadranda veya sağ üst kadranda ağrısı ile karakterizedir, genellikle 2. dekatta sıktır Omentum torsiyonu olmadan oluşan infarktın en sık nedeni travma ya da omental venin trombozudur. Obezite, konjestif kalp yetmezliği, dijital grubu ilaç kullanımı, son zamanlarda geçirilmiş abdominal cerrahi omental infarkta sebep olan predispoze faktörlerdir (2). Omentum torsiyonu ya da omental infarkt sağ tarafa lokalizedir ve daha büyük kütleli lezyon görülür, ayrıca BT'de omental infarktın çevresinde, PEA'de görülen hiperdens bir kılıf bulunmamasıdır ve kolonun medialine yerleşme eğilimindedir, oysa PEA kolonun anterolateraline yerleşir (2,11,14).

Sklerozan mezenterit, mezenterin nonspesifik inflamasyonu ve fibrozi ile giden, tipik olarak 6.-7. dekatta görülen ve etiyojisi net olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare ve kilo kaybı ile seyredir, olguların çoğunda hastalık kendi kendini sınırlar. Kronik inflamasyonun önde gittiği durumlarda mezenterik pannikülit, yağ nekrozunun ön planda olduğu durumlarda mezenterik lipodistrofi ve fibrozun yaygın olduğu zamanlarda ise retraktil mezenterit tanımları kullanılmaktadır. Sklerozan mezenteritte lezyonların çapı PEA'den büyüktür ve genellikle ince barsak mezenter köküne yerleşirler, lezyonun çevresinde hiperdens halka (rim) ve merkezinde yağ nekrozuna bağlı fokal hipodensite yoktur.

PEA kendi kendini sınırlayan ve genellikle semptomları 10 günden az süren bir hastalıktır. Toksik olmayan hastada konservatif yaklaşım uygundur, ağrı için analjezik ve anti-inflamatuvarlar verilebilir, komplikasyon görülmeyen

hastalarda antibiyotiğe gerek yoktur (1,3,4,7,9,10).

Sonuç olarak PEA nonspesifik karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda patognomonik BT bulguları ile akılda tutulması gereken bir hastalıktır (1,2,4,5,9,11).

KAYNAKLAR

1. Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis- clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007;7:11.
2. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics* 2005;25:1521-34.
3. Ammar H, Looney SC, Malani A. Epiploic appendagitis. *Lancet* 2009;373:2054.
4. Schnedl WJ, Tillich M, Lipp RW. Primary epiploic appendagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:A16.
5. Vinson DR. Epiploic appendagitis: a new diagnosis for the emergency physician. Two case reports and a review. *J Emerg Med* 1999;17:827-32.
6. Apakama CT, Zelada Getty JL, Stolyarov Y, Ponnappalli S. Epiploic appendagitis: a rare, often missed diagnosis. *Am Surg* 2011;77:653-5.
7. Song HJ, Lee SJ, Lee JH, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:435-8.
8. Aurello P, Petrucciani N, D'Angelo F, et al. Management of primary epiploic appendagitis in the laparoscopic era. *Am Surg* 2012;78:112-4.
9. Özdemir S, Gülpınar K, Leventoğlu S, et al. Torsion of the primary epiploic appendagitis: case series and review of the literature. *Am J Surg* 2010;199:453-8.
10. Legome EL, Sims C, Rao PM. Epiploic appendagitis: adding to the differential of acute abdominal pain. *J Emerg Med* 1999;17:823-6.
11. Macari M, Laks S, Hajdu C, Babb J. Caecal epiploic appendagitis: an unlikely occurrence. *Clin Radiol* 2008;63:895-900.
12. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. CT appearance of acute appendagitis. *Am J Roentgenol* 2004;183:1303-7.
13. Oztunali C, Kara T. Radiologic findings of epiploic appendagitis. *Med Ultrason* 2013;15:71-2.
14. Çakırer S, Savaş MR. Primary appendagitis epiploica: diagnosis and follow-up with CT (case report). *Tani Girisim Radyol* 2004;10:147-50.
15. Yavuz K, Atasoy Ç, Akyar S, et al. Primer epiploik apendagitis: Bilgisayarlı tomografi bulguları. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2002;1:60-2.
16. Romano S, Lombardo P, Cinque T, et al. Acute colonic disease: How to image in emergency. *Eur J Radiol* 2007;61:424-32.
17. Karam AR, Birjawi GA, Sidani CA, Haddad MC. Alternative diagnoses of acute appendicitis on helical CT with intravenous and rectal contrast. *Clin Imaging* 2007;31:77-86.