

OLGU

**Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Gangrenöz Çekum Divertikülitisi**  
**A Very Rare Cause of Acute Abdomen: Gangrenous Cecal Diverticulitis**

**İsmail Zihni, Oktay Karaköse, Kazım Çağlar Özçelik, Hüseyin Pülat, Mehmet Zafer Sabuncuoğlu**  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji AD, Isparta, Türkiye.

**Özet**

Kolonun divertiküler hastalığı asemptomatik olup; karın ağrısı, barsak alışkanlıklarında değişiklikler gibi bulgularla beraberdir. Genellikle sol kolon yerleşimli olan hastalık, çıkan kolon ve çekumda nadir olarak (%3,6) görülür. Semptomatik olduğu zaman ise, akut batın kliniği oluşturur. Fizik muayene ile akut apandisitinden ayırt etmek oldukça güçtür. İleri radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanmak gerekmektedir. Tanı genellikle intraoperatif konmaktadır. Sıklık olarak üç yüz appendektomide bir karşılaşılmaktadır. Bu makalemizde iştahsızlık, bulantı, kusma, ateş, sağ alt kadranda ağrısı, ile başvuran olguda ameliyat öncesi tespit edilen çekum divertikülitisi ve akibeti sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çekal Divertikülit, Sağ Kolon Divertikülitisi, Akut Batın.

**Giriş**

Kolonun divertiküler hastalığı genellikle asemptomatik seyrettiği için insidansının belirlenmesi zordur. Özellikle sanayileşmiş batı ülkelerinde yaşlı hasta nüfusunun artması ve yeni tanı yöntemlerinin bulunması ile, giderek daha sık görülmektedir. Hastalığın başlama yaşı sıklıkla 6, 7 ya da 8. dekadlarda olmaktadır. Prevalansı 40 yaş altındaki kişilerde % 10'un altında iken, 80 yaş ve üstü hastalarda % 50-66 arasında değişmektedir (1). En sık sigmoid kolonda yerleşmektedir. Çıkan kolon ve çekumda nadir olarak görülür. Çekal divertikül inflamasyonu; ateş, karın sağ alt kadranda ağrısı, periton irritasyonu, lökositoz gibi semptom ve bulguları ile akut apandisit taklit eder (2). Yazımızda acil serviste akut karın kliniği ile görülen yetişkin bayan hastada; ameliyat öncesi tanısı konulmuş çekum divertikülitisi olgusu sunulmuştur.

**Bulgular**

Yirmidört saat önce başlayan karın sağ alt kadranda ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma ve ateş şikayetleri ile acil servise başvuran 57 yaşındaki bayan hastanın; sağlık geçmişinde kronik böbrek yetmezliği ve tip 2 diabetes mellitusu vardı. Fizik muayenesinde; barsak sesleri hipoaktif olup, karın sağ alt kadranda rebound ve defans mevcuttu. Ateş 38.3°C, lökosit 18300/mm<sup>3</sup>, üre 63 mg/dl, kreatinin 4,82 mg/dl, glukoz 221 mg/dl saptandı. Batın ultrasonografisinde (USG) ileum ve çekumda duvar ödemi izlenirken; apendiks normal olarak değerlendirildi. Bunun üzerine hastaya tüm batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT'de çekumda asimmetrik düzensiz duvar kalınlaşması ve anterolateralinde 33x26 mm aksiyal

**Abstract**

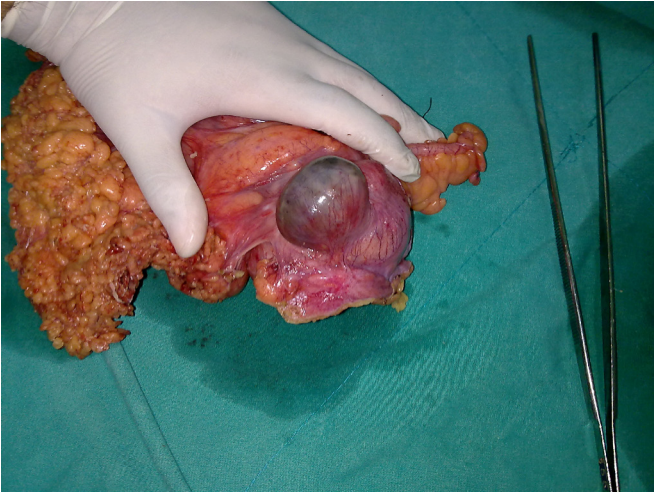
Involvement of caecum in diverticulosis coli is infrequent, accounting for 3.6% of all colonic diverticula and progress is usually asymptomatic. In symptomatic cases, acute abdomen is seen clinically. It may be difficult to distinguish from acute appendicitis with physical examination and the use of advanced radiological imaging methods is required. The diagnosis is generally made intraoperatively. The reported frequency is approximately 1 in 300 appendectomies. The case is here reported with results of a patient who presented with complaints of lack of appetite, nausea, vomiting, high temperature and right lower quadrant pain who was preoperatively diagnosed with caecal diverticulitis.

**Keywords:** Caecal Diverticulitis, Right-sided Diverticulitis, Acute Abdomen.

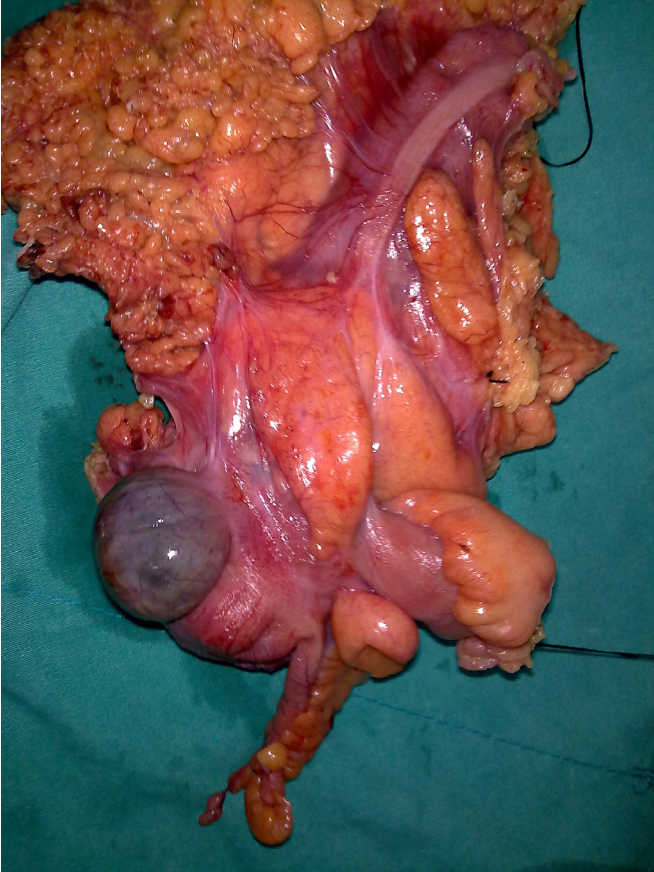
boyutlu divertiküler genişleme ile birlikte periçekal bölgede mezenterik yağ dokusunda kirlenme görüldü. Apendiks çevresinde yağ planları normal izlendi. Acil olarak opere edilen hastanın eksplorasyonunda, çekumda yaklaşık 3cm'lik gangrene divertikül tesbit edildi. Apendiksin normal olduğu görüldü. Çekumda mevcut olan enflamasyon ve nekroz nedeni ile olguya sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi uygulandı (Resim 1, 2). Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 7. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

**Tartışma**

Kolonun divertiküler hastalığı en sık sigmoid kolonda görülür (1). Batı toplumlarında kolonik divertiküllerin % 3,6'sını çekal divertiküller oluşturur (2). Çekal divertiküllerin ancak % 15'inde divertikülit gelişir (3). Sağ kolon divertikülleri sol kolona oranla daha genç yaşta ortaya çıkmaktadır. Çekum divertikülleri olgumuzda izlediğimiz gibi anterior yerleşimli, konjenital ve gerçek divertiküllerdir (4). Vakaların tamamında divertikül tektir ve genellikle asemptomatik seyirlidir. Ancak semptomatik olduklarında karşımıza inflamasyon, kanama veya perforasyonla çıkabilir. Bu olgularda karın sağ alt kadranda ağrısı, ateş, bulantı, kusma ve lökositoz bulunmakta ve klinik olarak akut apandisit taklit ettiği için ameliyat öncesi tanı koymak oldukça güç olmaktadır. Çekum divertikülitisi tanısı alan hastaların % 65-85'inde teşhis ameliyat sırasında konmaktadır (5-7). Fizik muayenenin yanında USG ve BT tanıda büyük yardımcıdır. Olgumuzda batın USG'de tesbit edilen periçekal inflamasyonun apendikse bağlı olmayabileceği düşünülerek çekilen batın BT ile ameliyat



**Resim 2.** Sağ hemikolektomi piyesinde çekumda gangrene olmuş ve içi püyü dolu divertikül.



**Resim 2.** Salim apandiks ve çekum divertiküliti.

öncesi tanı konulabilmiştir. Çekum divertikülitinin nadiren görülmesi ve ameliyat öncesi tanı konmasının zorluğu nedeni ile tedavisinde spesifik standart bir tedavi yoktur. Tedavi antibiyoterapi ile takipten, divertiküektomi veya sağ hemikolektomiye kadar değişmektedir (7-10).

Sonuç olarak acil serviste sıklıkla karşılaşılan akut apandisit olgularında; ayırıcı tanıda çekum divertikülü de

düşünülmelidir. Tanısı radyolojik olarak tesbiti ile mümkündür. Olgunun akıbetini takip veya kolonik rezeksiyon şeklinde iki ayrı yönde etkileyecek olan bu tanı, sık karşılaşılan karın sağ alt kadranda ağrılarında akılda tutulmalıdır.

### Kaynaklar

1. Place RJ, Simmang CL. Diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002; 16: 135-148.
2. Sardi A, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and ascending colon. A review of 881 cases. Am Surg 1987; 53: 41-45.
3. Park HC, Lee BH. Suspected uncomplicated cecal diverticulitis diagnosed by imaging: initial antibiotics vs laparoscopic treatment. World J Gastroenterol 2010; 16: 4854-4857.
4. Karatepe O, Gulcicek OB, Adas G, Battal M, Ozdenkaya Y, Kurtuluş I, Altıok M, Karahan S. Cecal diverticulitis mimicking acute appendicitis: a report of 4 cases. World J Emerg Surg 2008; 3: 16.
5. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, Brown MG. Inflamed solitary cecal diverticulum - it is not appendicitis, what should I do? Ann R Coll Surg Engl 2006; 88: 672-674.
6. Cole M, Ayantunde AA, Payne J. Caecal diverticulitis presenting as acute appendicitis: a case report. World J Emerg Surg 2009; 4: 29.
7. Kumar S, Fitzmaurice GJ, O'Donnell ME, Brown R. Acute right iliac fossa pain : not always appendicitis or a caecal tumour: two case reports. Cases J 2009; 2: 88.
8. Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P, Karamanlis E, Stefopoulou M, Kouskouras K, Dimitriadis A, Harlaftis N. Perforated diverticulum of the caecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. Tech Coloproctol 2004; 8: 116-118.
9. Griffiths EA, Date RS. Acute presentation of a solitary caecal diverticulum: a case report. J Med Case Rep 2007; 1: 129.
10. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Chen MF. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. Am J Surg 2003; 185: 135-140.