

Primer epiploik apandisit

Primary epiploic appendicitis

İsmail Zihni, Kazım Çağlar Özçelik, Hüseyin Pülüt, Oktay Karaköse

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji BD, Isparta

Özet

Apendiks epiploikalar gastrointestinal sistemde çekumdan, sigmoid kolon distaline kadar olan bölümde yer almaktadır. Primer epiploik apandisit, yüzlerce epiploik apendiksten birinin torsiyonu, spontan venöz trombozu veya inflamasyonu sonucu oluşan inflamatuvar ve iskemik bir durumdur. Cerrahi gerektiren bir hastalık olmamasına rağmen akut karın bulgularını taklit ettiği için gereksiz laparotomilere neden olmaktadır. Bu yazıda acil servise akut karın semptomları ile başvuran olgunun akıbeti sunulmaktadır.

Pam Tıp Derg 2015;8(3):239-241

Anahtar sözcükler: Primer epiploik apandisit, akut karın, apendiks epiploika.

Abstract

In the gastrointestinal tract, epiploic appendix takes place in the section from caecum to the distal sigmoid colone. Primary epiploic appendicitis is an inflammatory and ischemic condition that results from the torsion of one of hundreds of epiploic appendices, spontaneous venous thrombosis or inflammation. Although it is not a disease requiring surgery, as it imitates acute abdominal symptoms, it causes unnecessary laparotomy. In this article, the final situation of a case that applied to emergency service with acute abdominal symptoms is presented.

Pam Med J 2015;8(3):239-241

Key words: Primary epiploic appendicitis, acute abdomen, appendix epiploic.

Giriş

Apendiks epiploikalar çekumdan rektosigmoid bileşkeye kadar olan kolon segmentleri ve apendiks vermiformis etrafında bulunan, içerisi yağla dolu periton çıkıntılarıdır. En iyi şekilde transvers kolon ve sigmoid kolonda görülürler. Torsiyon, spontan venöz tromboz gibi sebeplerle iske mi ya da inflamasyonu primer epiploik apandisit (PEA) olarak bilinir [1,2]. PEA akut cerrahi karın tablolarını taklit etmesi ve cerrahi gerektirmeksizin destekleyici tedavi ile gerilemesi nedeni ile doğru radyolojik tanının büyük önem taşıdığı bir durumdur. Sol kolon yerleşimli bir PEA, divertikülit klinik semptomlarını taklit ederken; sağ kolon kökenli bir PEA akut apandisit ile karışabilir [3].

Kliniğimize akut karın tablosu ile gelen ve bilgisayarlı tomografi sonrası PEA tanısı konan olgu tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

Otuz beş yaşında erkek hasta, üç gündür devam eden karın sol alt kadranda ağrı ile beraber bulantı ve ateş şikayetleri ile acil servise başvurdu. Anamnezinde ek hastalığı olmayan hastanın ateşi 37,8°C idi. Fizik muayenesinde barsak sesleri hipoaktif, batın sol alt kadranda hassasiyeti ve rebound pozitifliği vardı. Laboratuvar incelemelerinde; CRP:190 mg/l, Wbc:19600/mm³ idi. Tam idrar tetkiki, biyokimyasal değerleri ve tüm abdomen ultrasonografisi (US) olağandı. Yapılan intravenöz kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) batın sol alt kadranda sigmoid kolon ve inen kolon mezosu komşuluğunda yağlı dokularda inflamasyon ile uyumlu kalınlaşma ve kirlenme izlenmekteydi (Resim 1). Görünüm PEA ile uyumlu olması üzerine hastaya medikal tedavi ile izlem

Oktay Karaköse

Yazışma Adresi: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji BD, Isparta
e-mail: oktaykarakose@gmail.com

Gönderilme tarihi: 15.09.2014

Kabul tarihi: 13.01.2015

kararı alındı. Seftriakson ve metronidazol kombinasyonu başlandı. Antibiyoterapi ile birlikte hastanın CRP, beyaz küre ve fizik muayene bulguları gerileme gösterdi. Takiplerinin beşinci günü hasta taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrol muayenesinde şikayeti yoktu ve fizik muayenesi normal olarak değerlendirildi.



Resim 1. İnen kolona komşu mezenterik yağ planlarında, çevresinde inflamasyon ile uyumlu heterojen dansite artımlarının izlendiği görünüm.

Tartışma

PEA genellikle karın lateral kadranda, ani başlangıçlı yer değiştirmeyen, öksürme ve karnın gerilmesiyle şiddetlenen akut ağrı şeklinde ortaya çıkar [4]. Karın ağrısına genellikle bulantı, kusma, ateş ya da laboratuvar tetkiklerinde anlamlı değişiklikler eşlik etmez [5]. Fizik muayenede palpasyonla lokalize hassasiyet ve defans mevcuttur. Daha çok sigmoid kolonda görülen PEA [4,6], akut apandisit ve divertikülit gibi hastalıklarla karışabilir [7]. Yanlış teşhisler gereksiz cerrahi müdahale, tıbbi tedavi ve hastane yatışlarına neden olmaktadır.

Bizim hastamızın batın her iki alt kadranda ağrı eşliğinde ateş ve bulantısı vardı. Fizik muayenede batın sol alt kadranda rebound mevcuttu. Laboratuvar değerleri de incelendiğinde öncelikli tanımız akut batın idi. İlk planda akut apandisit ve divertikülit aklı gelen ön tanımlar oldu. Yapılan abdomen US'da bunları düşündürecek bulguya rastlanılmaması üzerine, hastaya abdomen BT yapıldı.

Geçmişte PEA, eksploratif laparotomilerde beklenmeyen bir bulgu şeklinde ortaya çıkmakta ve bu şekilde teşhis edilmekteydi [8]. Günümüzde hastaneye akut karın ağrısı

nedeniyle başvuran hastalarda radyolojik incelemelerin, özellikle abdomen BT'nin, daha sık ve yaygın kullanımı nedeniyle PEA teşhisi sıklaşmıştır. Teşhis esasen abdomen BT'ye dayanmaktadır [6,8]. PEA, BT incelemede oldukça patognomonik sayılacak bir görünüme sahiptir [9].

PEA genel olarak kendini sınırlayan, benign seyreden bir hastalıktır. Birçok olgu, konservatif yaklaşımla tedavi edilebilir. Bazı olgularda perikolik apse veya tedaviye rağmen gerilemeyen inflamasyon tablosu ile karşılaşılabılır. Sand ve ark.ları 10 hastayı sundukları raporlarında nüks problemini gündeme getirmiş ve konservatif tedavi sonrası 4 hastada benzer şikayetlerin tekrarladığını bildirmişlerdir. Hastalarda nüks veya inflamasyona sekonder gelişen intraabdominal yapışıklıkları önlemede laparoskopik müdahaleyi gündeme getirmişlerdir [4].

Bizim hastamızda da PEA tanısı abdomen BT yapılması ile konuldu. BT'de sigmoid kolon ve inen kolon mezosu komşuluğunda yağlı dokularda inflamasyon ile uyumlu kalınlaşma ve kirlenme görüldü. Diğer tanıları düşündürecek başka bir bulgu yoktu. PEA tanısı konarak, hospitalize edildi ve antibiyoterapi uygulandı. Takibinde klinik ve muayene bulguları gerileyen hasta beşinci gün taburcu edildi.

Sonuç olarak PEA, cerrahi gerektiren akut karın bulgularını taklit edebilen ancak konservatif antibiyoterapi ile tedavisi mümkün olan, tipik BT görünümü ile kolayca tanı konulabilen bir hastalıktır. Gereksiz cerrahi girişimleri önlemek amacıyla ayırıcı tanıda hem radyolog hem de hastayı takip eden hekimin aklında bulunmalıdır.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkilerinin olmadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Sajjad Z, Sajjad N, Friedman M, Atlas SA. Primary epiploic appendagitis: an etiology of acute abdominal pain. *Conn Med* 2000;64:655-657.
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. Sand M, Gelos M, Bechara F, Sand D, Wiese TH, Steintraesser L. Epiploic appendagitis: clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007;1:7-11.
5. Almeida AT, Melao L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians - diagnostic imaging, pitfalls, and look - alikes. *Am J Roentgenol* 2009;193:1243-1251.

6. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT finding in 14 cases. *Radiology* 1994;19:523-526.
7. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, et al. Torsion of the primary epiploic appendagitis: a case series and review of the literature. *Am J Surg* 2010;199:453-458.
8. van Breda Vriesman AC, de Mol van Otterloo AJ, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction. *Eur J Surg* 2001;167:723-727.
9. Birjawi GA, Haddad MC, Zantout HM, Uthman SZ. Primary epiploic appendagitis: a report of two cases. *Clin Imaging* 2000;24:207-209.