

# Adolesan çocukta epiploik apandajit

Ahmet ATICI\*, Mehmet Ali GÜLTEKİN\*\*, Sinan KILIÇ\*

\*Aksaray Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, \*Radyoloji Kliniği, Aksaray

## Özet

Apendiks epiploika torsiyonu genellikle 2-5 dekatta görülen akut batının nadir nedenlerindedir. Nadir olarak çocuklarda da görülmektedir. Primer ve sekonder apendiks epiploika torsiyonu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Hastamız Primer apendiks epiploika olarak değerlendirildi. Radyolojik tanı temel olarak Bilgisayarlı Tomografi'ye (BT) dayansa da Ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) daha az sıklıkta birlikte kullanılmaktadır. Hastanın kliniğine göre konservatif veya cerrahi tedavi önerilmektedir. Bu olgu sunumunda sol alt kadranda karın ağrısı yakınması ile başvuran US ve BT ile tanısı konulan 12 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Tedavi yöntemi olarak konservatif yöntem tercih edildi. Hasta yatışının üçüncü gününde şifa ile taburcu edildi.

**Anahtar kelimeler:** Akut batın, apendiks epiploika, torsiyon, adolesan

## Summary

### *Epiploic appendagitis in an adolescent*

Torsion of appendix epiploica is an uncommon cause of acute abdomen usually encountered by 2-5 decades of life. It is classified as primary and secondary appendix epiploica torsion. Although the primary diagnosis depends on computed tomography (CT), less commonly ultrasonography (US) and magnetic resonance (MR) are also utilized for the diagnosis. According to patient's clinical status conservative or surgical treatment is suggested. In this case report, a 12-year-old boy who was admitted with the complaint of left lower quadrant abdominal pain and diagnosed as primary appendix epiploica torsion is presented. Conservative approach was the treatment of choice. The patient was discharged with cure by the third day of hospitalization.

**Key words:** Acute abdomen, epiploic appendix, torsion, adolescent

## Giriş

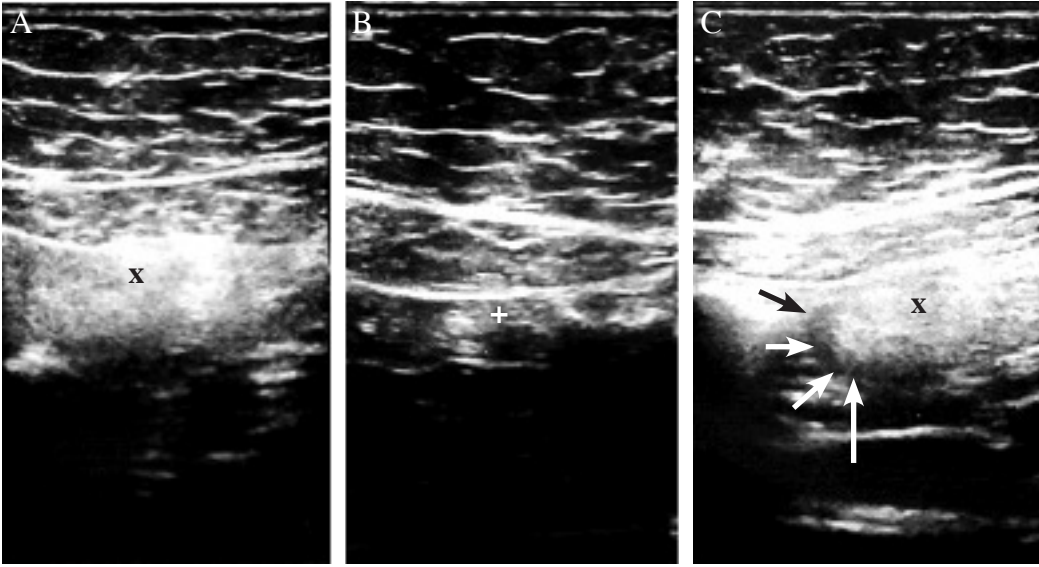
Apendiks epiploika torsiyonu akut batının nadir nedenlerindedir <sup>(1)</sup>. Genellikle orta yaş gurubunda (2-5 dekat) görülmekle birlikte nadir olarak çocukluk yaş gurubunda da görülmektedir <sup>(2,3)</sup>. İlk defa 1950 yılında Lynn ve ark. <sup>(4)</sup> tarafından tanımlanmıştır. Bu yazıda karın sol alt kadranda ağrısıyla başvuran ve konservatif olarak tedavi edilen on iki yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

## Olgu

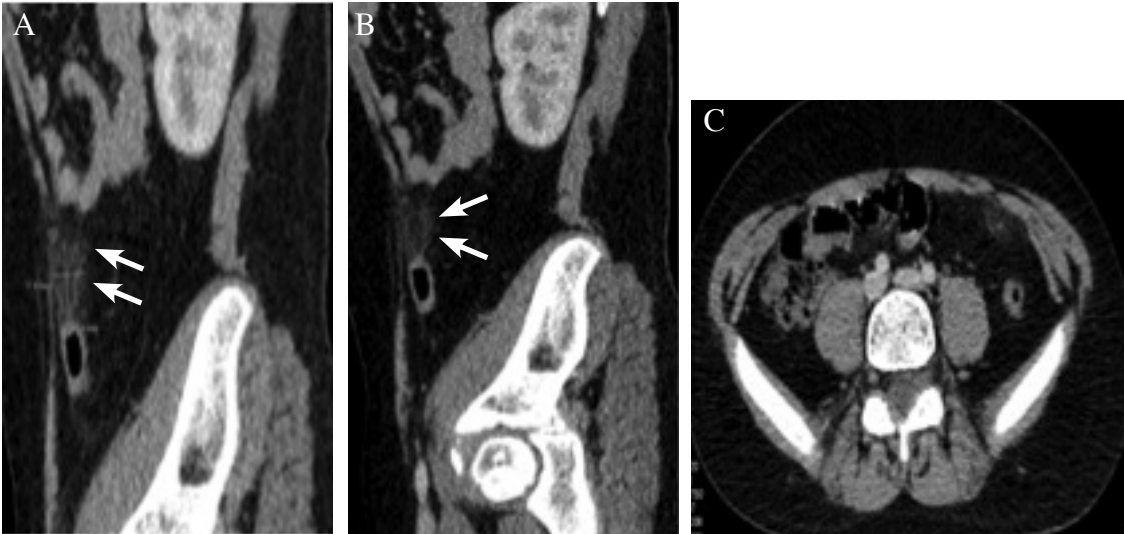
On iki yaşında erkek hasta iki günlük karın ağrısı yakınması ile hastanemize başvurdu. Hastanın ilk gün bir defa kusma ve devamında eşlik eden karın ağrısı dışında öyküsünde başka bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Hastanın bakılan hemogram ve bi-

yokimya değerleri normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde özellik yoktu. Batın ultrasonografisinde (US) batın sol alt kadranda sigmoid kolona uyan lokalizasyonda, sigmoid kolon ve batın ön duvarı arasında, yaklaşık 4 cm çapında, komprese olmayan, hiperekojen ovoid yapıda solid lezyon saptandı (Resim 1A, 1B, 1C). Epiploik apandajit veya omental enfarkt ön tanısıyla hastaya IV kontrastlı, oral kontrastsız tüm abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) ile ileri inceleme yapıldı. Sigmoid kolon komşuluğunda, anteriorda yaklaşık 24x17 mm boyutunda, çevresinde hiperdens rimi bulunan santrali yağ dansitesinde ovoid yapıda lezyon saptandı. Lezyon santralinde lineer hiperdensite mevcuttu. Komşu kolon duvar kalınlığı normaldi (Resim 2A, 2B, 2C). Hastanın kliniğinin iyi olması nedeniyle konservatif tedavi planlanarak antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavi başlandı. Hastanın yatışının ikinci gününde karın ağrısı tamamen geçti. Oral alım sonrası sıkıntısı olmayan hasta yatışının üçüncü gününde şifa ile taburcu edildi. 10 gün sonra çekilen kontrol US'de özellik yoktu. Hasta üçüncü ayında sorunsuz bir şekilde takip edilmektedir.

**Adres:** Uzm. Dr. Ahmet Atıcı, Aksaray Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Aksaray  
**Alındığı tarih:** 27.05.2015  
**Kabul tarihi:** 04.08.2015



Resim 1. US görüntüleri. A; Batın sol alt kadranda maksimum hassasiyetin bulunduğu lokalizasyonda batın ön duvarı hemen posteri-orunda oval yapıda hiperekojen lezyon (x). B; Daha distal ve medial kesimde normal ekojenitede yağ dokusu görülmekte (+). C; oval yapıda hiperekojen lezyon (x) ve çevresinde hipoekoik halka işareti (oklar).



Resim 2. IV kontrastlı, oral kontrastsız tüm abdomen BT görüntüleri. A, B; sagittal imajlar, sigmoid kolon komşuluğunda 24x17 mm hiperdens rimi bulunan santrali yağ dansitesinde lezyon ve çevre yağ planlarında kirlenme. C; Aksiyel imaj, santralde noktasal hiper-dansite (santral dot işareti).

## Tartışma

Epiploik apandiksler kolonu saran periton tarafından oluşturulmuş, çekumdan rektosigmoid bileşkeye kadar olan, kolon segmentleri ve apandiks vermiformis etrafında bulunan sayıları 50-100 arasında değişen içi yağ dolu keseciklerdir. Epiploik apandiksler aldıkları kan akımının zayıf olması ve hareketli pediküllü yapıları nedeniyle kolaylıkla torsiyone neden olabilmektedir <sup>(5)</sup>.

Epiploik apandajit, epiploik apandikslerin torsiyonu veya venöz okluzyona sekonder ortaya çıktığı düşünülen, kendini sınırlayabilen, nadir görülen benign inflamatuvar bir hastalıktır <sup>(2,6,7)</sup>. Primer Epiploik Apan-dajit (PEA) insidansı milyonda 8,8 oranındadır <sup>(8)</sup>. Patognomonik bulgularının olmaması ve diğer cerrahi gerektiren durumları taklit edebilmesi nedeniyle klinik tanı oldukça zordur <sup>(2)</sup>. Ancak karın ağrısıyla başvuran hastalarda radyolojik görüntülemelerden US ve BT'nin daha yaygın kullanılması nedeniyle daha çok tanınmaya başlanmıştır <sup>(8)</sup>.

Primer ve sekonder apendiks epiploika torsiyonu şeklinde sınıflandırılmaktadır (6). PEA epiploik apendikslerin torsiyonu yada spontan gelişen tromboz sonucu oluşan inflamasyonu tarif eder. Sekonder epiploik apandajit ise divertikülit, apandisit, kolesistit gibi batın içi diğer inflamatuvar olaylara bağlı olarak gelişen epiploik apandiks iltihabıdır. Bizim hastamız PEA olarak değerlendirildi. PEA spontan torsiyon, kalsifikasyon, primer veya sekonder inflamasyon, inkarsere inguinal herni gibi çeşitli şekillerde bulgu verebilir (4). PEA'da hasta genellikle alt kadranda ani başlayan bir karın ağrısı tarif eder (9). Gastrointestinal semptomlar ve hafif ateş eşlik edebilir. PEA'da lökositoz görülmekle birlikte laboratuvar, bizim hastamızda da olduğu gibi, tamamen normal olabilmektedir.

Radyolojik tanı temel olarak BT'ye dayansa da US ve Manyetik Rezonans (MR) daha az sıklıkta birlikte kullanılmaktadır (2). BT incelemede epiploik apandajit 1-4 cm boyutlara ulaşan, ovoid yapıda, çevresinde inflamatuvar değişikliklerin eşlik ettiği yağ dansitesinde, anterior kolonik duvarda, perikolik yerleşimli lezyon şeklinde görülmektedir. 2-3 mm kalınlığında hiperdens rim inflame visseral peritonu temsil eder ve tanısıl bir bulgudur. Bu bulgu ultrasonografide hipokoik halo olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Santralde, hiperdens, silik sınırlı yuvarlak veya lineer alan tromboze venöz yapıyı veya hemoraji-fibrozin santral kısmını temsil etmektedir (santral dot işareti). Bu işaret tanıda önemli olmasına rağmen yokluğu tanıyı dışlamaz (2). Kolon duvar kalınlığı nadiren eşlik edebilmektedir (2,7).

US, tetkik sırasında, maksimum hassasiyetin olduğu bölgeye odaklanılarak ön tanı oluşturmada faydalı olmasına rağmen, kesin tanıyı ortaya koyabilmek için BT inceleme gerekmektedir. US incelemede maksimum hassasiyetin olduğu bölgede, kolon ile batın ön duvarı arasında, batın anterior veya anterolateral kompartmanında, ovoid veya yuvarlak şekilli komprese olmayan hiperekoik solid yağ dokusu şeklinde görülmektedir (2).

Ayrıncı tanısının ilk planda divertikülit, omental infarkt, akut apandisit ile ayrıca solda sigmoid kolon torsiyonu ve diğer cerrahi karın ağrısı ile yapılması gerekmektedir (2,3). 660 olguluk bir çalışmada apandisit veya divertikülit ön tanısıyla tetkik edilen hastaların %2'sinde PEA saptandığı belirtilmiştir (10). Klinik

olarak en çok divertikülit ile karışmaktadır (6). Tanı sonrası tedavi yaklaşımı hala tartışmalıdır. Hastanın kliniğine göre konservatif veya cerrahi tedavi önerilmektedir. Tanıdan emin olunamadığı zaman tanısıl ve tedavi amaçlı laparoskopi önerilmektedir. Cerrahi tedavi oldukça etkili ve kür sağlamaktadır. Konservatif yaklaşımda antibiyotik ve antiinflamatuvar tedavi oldukça güvenlidir. Konservatif tedavide genellikle 5-7 gün arasında spontan rezolusyon görülmektedir (3). Hastamızda karın ağrısının başlangıçtan 5 gün sonra tamamen kaybolduğu görüldü. Konservatif tedavi sonrası nadiren adezyon, barsak obstrüksiyonu, invajinasyon, peritonit veya abse formasyonları gelişebilmektedir (2). Bir çalışmada 10 hastanın dördünde takip esnasında nüks bulguları tespit edilmiştir (5).

## Sonuç

PEA daha çok orta yaş grubunda görülmekle birlikte cerrahi karın ağrısıyla başvuran çocuk yaş grubunda da akla getirilmelidir. Tanıda US ve BT oldukça etkilidir. Tanı sonrası konservatif tedavi oldukça güvenlidir. Hasta konservatif tedavi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle takip edilmelidir.

## Kaynaklar

1. Sheikh KA, and Malik AA. Torsion of an epiploic appendix mimicking acute appendicitis. *International Journal of Surgery* 2008;6(6):488-489. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.07.006>
2. Almeida AT, Melao L, Viamonte B, et al. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians-diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. *American Journal of Roentgenology* 2009;193(5):1243-1251. <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.08.2071>
3. Cho MS, Hwang-Bo S, Choi UY, et al. A Case of Epiploic Appendagitis with Acute Gastroenteritis. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition* 2014;17(4):263-265. <http://dx.doi.org/10.5223/pghn.2014.17.4.263>
4. Dockerty M, Lynn T, and Waugh J. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. *Surgery Gynecology & Obstetrics* 1956;103(4):423-433.
5. Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery* 2007;7(1):11. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-7-11>
6. Li L, Shen Z, Xu L, Guo G, et al. Recurrent abdominal pain and fever as clinical manifestations: epiploic appendagitis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2014;7(11):4523.
7. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. CT appearance of acute appendagitis. *American Journal of Roentgenology* 2004;183(5):1303-1307. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.183.5.1831303>

8. de Brito P, Gomez MA, Besson M, et al. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on computed tomography in adults with abdominal pain [in French]. *Clinical Imaging* 2008;32(5):417. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinimag.2008.06.017>
9. Aslam MB, and Hasan N. Torsion of an appendix epiploica present at the vermiform appendix: a rare cause of acute abdomen. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15(5):509-510.
10. Rao PM, Wittenberg J, and Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. *Radiology* 1997;204(3):713-717. <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.204.3.9280248>