

Primer Apendajitis Epiploika: Nadir Bir Akut Karın Ağrısı Nedeni

Primary Epiploic Appendagitis: A Rare Cause of Acute Abdominal Pain

Yasin KARA* Azamet CEZİK*, Nail UZUNLULU**, Nuri Alper ŞAHBAZ*,
Yahya Kemal ÇALIŞKAN*, Mustafa Uygur KALAYCI*

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

ÖZ

Primer apendajitis epiploika (PAE) kolonik apendiks epiploikalarının pedikülünün torsiyonuna sekonder veya santral venlerinin trombozuna bağlı enfarkt nedeniyle oluşan nadir rastlanan klinik bir durumdur. Apendiks epiploikaların benign ve kendi kendini sınırlayıcı inflamatuvar bir hastalığıdır. Acilde akut apendisit, akut kolesistit veya akut divertikülit gibi cerrahi tedavi gerektiren akut batın nedenlerini taklit ederek yanlış laparatomilere neden olabilmektedir.

Bu makalede, laboratuvar ve muayene bulguları cerrahi akut karın hastalıklarını taklit eden, yapılan oral-i.v. kontrastlı batın BT ile primer apendajitis epiploika tanısı konulup, konservatif yöntemlerle başarı ile tedavi edilen bir olgumuzu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: akut karın ağrısı, apendajitis epiploika, ayrıcı tani

ABSTRACT

Primary epiploic appendagitis is a rarely encountered clinical entity that probably results from infarction secondary to the torsion of the colonic appendice(s) or thrombosis of central veins of appendice(s), rarely encountered and mimicks surgical acute abdominal pain. It is a benign and self-limiting inflammatory disease of appendiceal epiploicae. In emergency departments, by mimicking some acute abdominal causes as acute appendicitis, acute cholecystitis or acute diverticulitis which need to be treated with surgical intervention, may cause negative unnecessary laparatomies.

In this paper we present a patient whose laboratory and examination findings mimic surgical acute abdominal diseases, which were diagnosed as primary epiploic appendagitis with the use of contrast enhanced abdominal CT, and treated successfully by conservative means.

Keywords: acute abdominal pain, appendagitis epiploic, differential diagnosis

GİRİŞ

Apendiks epiploika boyları 0,5-5 cm, kalınlıkları 1-2 cm arasında değişen, sıklıkla sigmoid kolon ve ileoçekal bölgede yerleşen (%57 sigmoid, %26 ileoçekal bölge), tüm kolon boyunca sayıları 100 civarı olan, seroza ile kaplı yağ dokusu içeren pediküllü uzantılardır⁽¹⁾. Kan dolaşımı kolik arter dallarından gelen 2 arter ve 1 santral ven aracılığı ile sağlanır. Serbest hareket edebildikleri pediküllü yapıları nedeni ile torsiyon ve enfarkt gelişimine açıktırlar⁽²⁾.

Primer apendajitis epiploika, pedikülünün torsiyonu-

na sekonder veya santral venlerinin trombozuna bağlı kolonik apendiks epiploikalarının enfarktından kaynaklanır⁽²⁾. Batın içi diğer bir inflamatuvar olay (divertikülit, kolesistit vb.) nedeni ile apendiks epiploikalarda enflamasyon meydana gelmesine sekonder apendajitis epiploika denir. Primer apendajitis epiploika genellikle kendini sınırlayıcı ve konservatif tedaviye yanıtı çok iyi olan, benign seyirli bir hastalıktır. Ancak karın içerisinde bulunduğu lokalizasyona göre apendisit, kolesistit ve divertikülit gibi cerrahi girişim veya yakın takip ile agresif medikal tedavi gerektirecek cerrahi akut batın nedenleriyle karışabilir⁽³⁾. Bu nedenle, yanlış laparatomilerin veya agresif medikal

Alındığı tarih: 02.11.2015

Kabul tarihi: 22.01.2016

Yazma adresi: Uzm. Dr. Yasin Kara, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Küçükçekmece 341303 / İstanbul

e-posta: yasin kara32@windowslive.com

tedavilerin önüne geçebilmek için doğru ve erken tanı konulması önemlidir.

Bu makalede acile, ani başlayan sağ alt karın ağrısı ile başvuran, PAE tanısı koyduğumuz ve konservatif olarak tedavi ettiğimiz bir olguyu klinik ve radyolojik bulgularıyla sunmaktayız.

OLGU

Kırk bir yaşında kadın hasta, bir saat önce başlayan sağ alt karın ağrısı yakınması ile acile başvurdu. Ağrı ani başlangıçlı ve keskin özellikte idi. İlk muayenesinde arteriyel tansiyon: 120/70 mmHg, ateş (aksiller): 36,8°C, fizik muayenesinde, sağ alt karında palpasyonla hassasiyet ve istemli defansı mevcuttu, ancak rebound yoktu. Hafif bulantısı dışında yakınma bildirmemi.

Hastanın tam kan sayımı, tüm idrar tetkiki ve rutin biyokimyasında özellik saptanmadı. Ayakta direkt karın grafisinde özellik saptanmadı. Acil şartlarda doppler modu kullanılmadan yapılan tüm batın ultrasonu "özellik saptanmadı" olarak rapor edildi. Yapılan kadın doğum konsültasyonunda jinekopatoloji düşünülmedi. Akut batın şüphesi ile çekilen oral ve i.v. kontrastlı tüm batın BT'de çekim-çıkan kolon duvarı anterolateralde perikolonik yerleşimli, çevresel mezenterik inflamasyonun eşlik ettiği oval-yuvarlak şekilli hafif dens, yağ dansitesinde kitlesel lezyon izlendi (Resim 1, 2) ve PAE tanısı kondu. Hastaya



Resim 1.

ciprofloksasin 500 mg 2x1, metronidazol 500 mg 2x1 ve diclofenac sodyum 50 mg 2x1 oral başlandı ve taburcu edilerek ayaktan takip edildi. Takiplerinin üçüncü gününde hastanın yakınmalarının gerilediği, iki hafta sonra çekilen kontrol tomografisinde inflamasyon bulgularının tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Hastalık insidansı 8,8/1000000 olarak bildirilmiştir (4). Yakın bir zamanda yapılan geniş olgulu bir seride, en sık 45'li yaşlarda görüldüğü ve erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 3 kat daha sık olduğu rapor edilmiştir (5).

Hastalık genellikle karın alt kadranslarda ani başlangıçlı, yer değiştirmeyen, öksürme ve karın gerilmesiyle şiddetlenen akut ağrı şeklinde ortaya çıkar. Ortaya çıkan ağrı, genellikle parmakla işaret edilecek kadar lokalize ve keskin özelliklidir. Bazı kaynaklara göre, obezite ve ağır egzersiz PAE oluşumunu tetiklemektedir. Karın ağrısına kusma, bulantı yakınmaları eklenebilir. Hastaların iştahında ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklik nadirdir. Bazı hastalarda subfebril ateş saptanabilir. Fizik muayenede palpasyonla lokalize hassasiyet ve defans mevcuttur. Rebound genellikle tespit edilmez. Beyaz küre sayısı normal veya ılımlı derecede yükselmiş olabilir (6).

Sigmoid kolon ve olgumuzdaki gibi çekuma ait apendikslerin tutulumu, olasılıkla daha büyük ve elonge olmaları nedeniyle daha sık görülmektedir. Transvers kolonda ise daha nadir görülmektedir (7).

USG'de perikolonik nonkomprese, heterojen hiperekojen kitle lezyonu ve çevresinde hipoekoik bir rim izlenir. Renkli doppler USG'de intralezyoner kan



Resim 2.

akımı izlenmemektedir ^(7,8).

Bigisayarlı tomografi, PAE teşhisinde altın standarttır. BT'de perikolonik yerleşimli, oval veya yuvarlak şekilli hafif dens, yağ dansitesine sahip kitlesel lezyon izlenmektedir. Lezyon sahası seroza tabakasındaki enflamasyona bağlı yüksek dansiteli periferik bir rim ile çevrili olarak görülür ⁽⁸⁾.

Primer apendajitis epiptoika tedavisinde bazı tartışmalar mevcuttur. Sand ve ark. 10 hastalık serilerinde konservatif tedavi sonrası %40 oranında rekürrens rapor etmişlerdir. Adezyon, bağırsak tıkanıklığı ve perikolonik apse gibi olası komplikasyonları ve rekürrensi önlemek için cerrahi müdahaleyi önermişlerdir ⁽⁸⁾. Önerilen cerrahi yöntem laparoskopik yaklaşım olup, enflame apendiksini bağlanıp eksize edilmesi şeklindedir.

Birçok araştırmacı PAE'nin benign, kendini sınırlayan cerrahi müdahale gerektirmeyen, ancak hasta semptom ve bulgularının seyrine göre tedavinin değişebileceği bir hastalık olduğunu kabul etmektedir ⁽¹⁰⁻¹²⁾. Kaya ve ark. ⁽¹³⁾, iki PAE olgusunu konservatif yöntemlerle (Ampisilin-Sulbaktam 375 mg 2x1 ve Naproksen sodyum tb 2x1) başarı ile tedavi ettiklerini rapor etmişlerdir. Yenidoğan ve ark. ⁽¹⁴⁾, acile akut karın bulguları ile başvuran iki olguya BT ile PAE tanısı koyduklarını; konservatif olarak antibiyoterapi (seftriakson 2x1 g) ve analjezi ile tedavi ettiklerini bildirmişlerdir.

Eğer PAE tanısı görüntüleme yöntemleri ile konuldu ise, tedavisi; antibiyotik, analjezi ve sıvı replasmanıdır. Akut batın nedeni ile opere edilen ve PAE tanısı intraoperatif olarak konan olgularda; inflame apendiks epiptoikanın bağlanıp eksize edilmesi, tedavi yöntemidir ⁽¹⁴⁾. Konservatif yöntemlere rağmen gerilemeyen, klinik bulguları ilerleme eğiliminde olan veya tanıya gidilemeyen şüpheli olgularda, laparoskopi tanısız ve terapötik amaçlı kullanılabilir ⁽¹⁵⁾.

Olgumuz acile, ani başlangıçlı sağ alt karın ağrısı ile başvurmuş ve hafif bulantı dışında başka yakınması olmamıştır. Geliş anındaki ultrason ve tüm laboratuvar bulguları normaldi. Çekilen kontrastlı tomografide ile PAE tanısı konulmuştur. Ciprofloksasin 2x500 mg, metronidazol 2x500 mg ve analjezi tedavileri ile ayaktan takip ve tedavi edilmiştir.

SONUÇ

Tomografi ve ultrasonun acilde kullanımının artması ile gelecekte PAE tanısı daha sık karşımıza çıkacaktır. Özellikle sağ veya sol alt karın ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının şüpheli olduğu akut karın olgularında, PAE, ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Çoğu olguda konservatif yaklaşım yeterlidir. Gerekli olgularda laparoskopi, tanısız ve tedavi amaçlı kullanılmalıdır.

Çıkar çatışması açıklaması

Yazarlar, bu makalenin hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çatışması olmadığını açıklamışlardır.

Finansman

Yazarlar, bu makalenin araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

KAYNAKLAR

1. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, Bui P, Rieger A, et al. Radiologic aspects of infarction of the appendix epiptoika. *J Radiol* 1998;79:1479-85.
2. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, Morote V, Rosello-Sastre E. Primary epiptoic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8:435-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s003300050408>
3. Jalaguier A, Zins M, Rodallec M. Accuracy of multidetector computed tomography in differentiating primary epiptoic appendagitis from left acute diverticulitis associated with secondary epiptoic appendagitis. *Emerg Radiol* 2010;17:51-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s10140-009-0822-x>
4. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N et al. Frequency and epidemiology of primary epiptoic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. *J Radiol* 2008;89:235-43. [http://dx.doi.org/10.1016/S0221-0363\(08\)70399-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0221-0363(08)70399-8)
5. Vasquez GM, Manzotti ME, Alessandrini G, Lemes S, Perret MC, et al. Primary epiptoic appendagitis: clinical features in 73 cases. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2014;74:448-50.
6. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, et al. Epiptoic appendagitis: clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007;1:7-11.
7. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, Bui P, Rieger A, et al. Radiologic aspects of infarction of the appendix epiptoika. *J Radiol* 1998;79:1479-85.
8. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller

- PR.** CT appearance of acute appendagitis. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:1303-7.
<http://dx.doi.org/10.2214/ajr.183.5.1831303>
- 9. Vasquez-Frias JA, Castaneda P, Valencia S, Cueto J.** Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen. *JSLs* 2000;4:247-50.
- 10. Leclercq P, Dorthu L.** Epiploic appendagitis. *CMAJ* 2010;15:182:939.
- 11. Zenger MN, Zenger S, Pekuysal M, Sözen S.** Primary appendagitis epiploica: A case report. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg* 2010;16:558-60.
- 12. Blinder E, Ledbetter S, Rybicki F.** Primary epiploic appendagitis. *Emerg. Radiol* 2002;9:231-3.
- 13. Kaya B, Uçtüm Y.** Primer Appendajitis Epiploika: Konservatif tedavi edilen iki olgu. *Ulusal Cerrahi Derg* 2011;27(2):107-10.
- 14. Yenidoğan E, Kayaoğlu HA, Okan İ, Tali S, Özsoy Z, et al.** Primary appendicitis epiploicae mimicking acute abdomen: Report of two cases. *Journal of Contemporary Medicine* 2016;6(1):43-46. DOI: 10.16899/CTD.11861
- 15. Ünal E, Yankol Y, Sanal T, Haholu A, Büyükdoan V, et al.** Laparoscopic resection of a torsioned appendix epiploica in a previously appendectomized patient. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech* 2005;15(6):371-3.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.sle.0000191622.25016.f3>