

## AKUT APENDAJİT

## ACUTE APPENDAGITIS

Dr. Cüneyt KAYAALP Dr. Sezai YILMAZ Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU

**ÖZET:** Akut apendajit nadir görülen bir akut karın nedenidir. Türkçe literatürde şu ana kadar tek vaka bildirimini tesbit edilebilmiştir. En sık akut apandisit ile karışır. Burada 2 olgu sunulmuş ve tanı-tedavideki özellikler irdelenmiştir. Ayırıcı tanı çok önemli olmamakla birlikte kesin tanı için geniş eksplorasyon gerekmektedir. Apandisit ön tanısı ile operasyona alınıp da apandiks normal bulunduğu vakalarda meckel divertikülü gibi apandiks epiploikalar da gözden geçirilmelidir. Anahtar kelimeler: Apendiks epiploika, akut karın.

**SUMMARY:** Acute appendagitis is a rare cause of acute abdomen. There is still only one case report in the Turkish medical literature. We described 2 new cases and examined the properties of diagnosis and treatment. Although the differential diagnosis is not important from acute appendicitis, good exploration of the abdomen is needed for accurate diagnosis. In the cases of "white appendicitis" acute appendagitis must also be examined like meckel diverticulitis.

**Key words:** Appendix epiploica, acute abdomen.

Apendiks epiploikalar rektum hariç kolonun her yerinde bulunurlar. Bunlar barsak duvarında seroza ile kaplı pediküllü yağ keseleridir. İntrauterin hayatın 5. ayında ortaya çıkarlar ve kolonda uzunlaşmasında 2 bant halinde sıralanırlar. Sayıları yaklaşık 100 tanedir ve boyları ortalama 3 cm. Olmakla birlikte 15 cm'ye kadar olanları rapor edilmiştir. Şekilleri içerdikleri 3 cm. Olmakla birlikte 15 cm'ye kadar olanları rapor edilmiştir. Şekilleri içerdikleri yağ miktarına bağlı olarak yassı, silindirik veya lobüle olabilir. Süperior ve inferior mezenterik arterlerin vasa rektaları ile beslenirler. Venleri de aynı isimli venlere boşalır. Subserozal lenfatiklerle ilişkilidirler ve lenfleri mezenterik lenf nodlarına akar (1).

Omentum maius gibi intraperitoneal defans sisteminin bir parçasıdır (2). Ancak bu defans kapasitesi hacminin az olmasından dolayı omentum majustan ağırlığının %25'idir (3). Kolonun peristaltizminde koruyucu bir yastık görevi üstlendikleri gibi Pine ve arkadaşlarının düşündüğü gibi kolonun distansiyonunda dolaşımının bozulmaması için yedek bir damar deposu görevleri de olabilir (4). (Şekil 1)

Apendiks epiploika hastalıkları primer ve sekonder olarak ayrılabilir. Sekonder patolojiler sık görülür. Örneğin apandiks epiploikalar karın içinde gelişen herhangi bir inflamatuvar olayı sınırlamak için inflamasyonun olduğu bölgeye yapışabilirler (Akut apandisit, akut kolesitit, kolon tümörü, insizyon hatları vb) (5). Primer patolojiler ise semptomatik veya asemptomatik olabilir. Asemptomatik olanlar kronik divertikülün üstünde (6), fitik kesesinde (7), intraabdominal herhangi bir yere yapışık olarak yada karın içinde serbest kopmuş kitle olarak pelviste laparotomi esnasında tesadüfen tesbit edilir (8). Semptom veren ve klinik tablolara neden olan primer apandiks epiploika patolojileri ise nadirdir (Tablo - 1) Bunlar arasında en sık karşılaşılan ve apandiks epiploikanın torsiyon, nekroz ve akut inflamasyonu ile karakterize olan akut apendajittir. Akut karınun ayırıcı tanısında düşünülmesi ve intraperitoneal eksplorasyon sırasında dikkat edilmesini vurgulamak amacıyla nadir görülen bu patolojiyi iki olgu ile incelemek istedik.

## OLGU 1

17 yaşında erkek hasta 2 gündür olan sağ alt kadranda ağrısı ile hastaneye başvurdu. Ağrı şiddeti hiç değişmeden

Tablo-I: Primer Apendiks Epiploika Patolojileri

1	Akut apendajit (%73)
2	Fıtık kesesi içinde inkarasyon (%18)
3	İntestinal obstrüksiyon (%18)
4	Kolonik invajinasyon (%1 >)
5	Apendiks epiploikadan kaynaklanan divertikül (%1 >)
6	Apendiks epiploikadan kaynaklanan malignite (%1 >)

aynı lokalizasyonda 2 gündür devam ediyordu, bulantı ve kusma olmamıştı. Hastanın muayenesinde vital bulguları stabil ve genel durumu iyiydi. Sağ alt kadranda hassasiyet, rebound ve defans tespit edildi. Ele gelen kitle yoktu. Beyaz küre sayımı: 9600/mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 15,2 gr/dl, üre: 45 mg/dl, Na: 135 meq/dl K:3,9 meq/dl idi. Ayakta direkt karın grafisi, akciğer grafisi, tam idrar tetkiki ve EKG'si normaldi. Hasta akut apendisit tanısıyla operasyona alındı. Rocky-Davis kesi ile yapılan ekplorasyonda apendiks normal görünümdeydi. Batında generalize peritonit hali ve yaygın fibrin vardı. Biraz medialde sigmoid kolonun karın ön duvarına yapışık olduğu ve o bölgenin palpasyonla sert olduğu tespit edildi. Bunun üzerine insizyon uzatılarak geniş explorasyon sağlandı. Sigmoid kolonda torsiyone olmuş ve gangrene bir apendiks epiploika tespit edildi. Basit eksizyon ve periton drenajı uygulandı. Apendektomi eklendi. Peritonit nedeniyle postoperatif 3 gün antibiyotik tedavisi alan hasta da problem olmadı ve hasta sorunsuz taburcu oldu.

## OLGU 2

30 yaşında erkek hasta 3 gün önce göbek altından başlayan ve sürekli vasıfta olan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. İştahı, defekasyonu normaldi, bulantı ve kusması olmamıştı. Öyküsünden 20 yıl önce apendektomi geçirdiği öğrenildi. Muayenede genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Karında yaygın hassasiyet, rebound ve defans vardı. Beyaz küre sayımı: 12200/mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 15,3 g/dl, amilaz: 77 IU/dl, üre: 32 mg/dl, Na: 137 meq/dl, K: 4,1 meq/dl idi. Yapılan abdominal ultrasonograide sol fossa iliakada kolon duvarında ödem veya infiltrasyona bağlı kalınlaşma (divertikülit?, tümör?) tes-bit edildi. Akut karın ön tanısıyla hastaya diagnostik laparotomi yapıldığında sigmoid kolonda 2 cm çapında bir epiploikanın torsiyone olup inflame ve nekroze hale geldiği gözlemlendi. Basit eksizyon yapıldı. Postoperatif seftriakson alan hasta 5. Günde problemsiz olarak taburcu oldu.

## TARTIŞMA

Akut apendajit nadir görülen bir hastalık olup, her 500 akut apandisit karşılık bir akut apendajit vakası olduğu bildirilmektedir (9,10). Apendajit (appendagitis) terimi literatürde apendiks epiploikanın akut enflamasyonu anlamında kullanılmıştır. "Epiploik apandisit" terimi ise

vermifom apendiksın iltihaplanması olan akut apandisit ile karışabileceğinden tercih edilmemiştir (11). Hastalıkta 2 cins arasında fark yoktur ve vakaların % 75'i 20-50 yaşları arasındadır. Vakaların çoğu yaş ve boylarına göre ideal kilolarından daha ağırdır. Bunun nedeni tam açıklanamamakla birlikte obeslerde büyüyen apendiks epiploikanın pedikülü etrafında daha kolay torsiyone olduğu öne sürülmektedir (11). Bizim OLGU 2'deki hastamız da ideal kilosundan daha ağırdı. Diğer hasta ise normal görünümdeydi.

Klinik olarak vakaların tamamına yakınında karın ağrısı vardır. Kronik vakalarda ağrının süresi periyodik olarak haftalar hatta aylar boyunca sürebilse de, akut apendajitte ağrı süresi genellikle 48 saat civarında olup, bulantı-kusma sık görülmez (% 30) (5). Bizim iki hastamızda da ağrıya rağmen hastaların genel durumları çok iyiydi ve bulantı, kusmaları olmamıştı. Hassasiyetin yeri hastalanan apendiks epiploikanın yerine bağlı olmakla birlikte en sık sağ alt kadranda olmaktadır (%54). Daha sonra sırasıyla sol alt kadranda (%29) ve alt abdomende (%11) olabilir. Nadiren de ağrı generalize veya epigastrik olabilir (%6) (7). Defans %84 vardır, rebound nadirdir. Vakaların %35'inde abdomende kitle palpe edilebilir. Rektal ve vajinal muayene nadiren değerli bulgular verir (4). İlginç olarak her iki hastamızda da muayenede rebound bulgusunun mevcut olması literatürden farklılık göstermektedir.

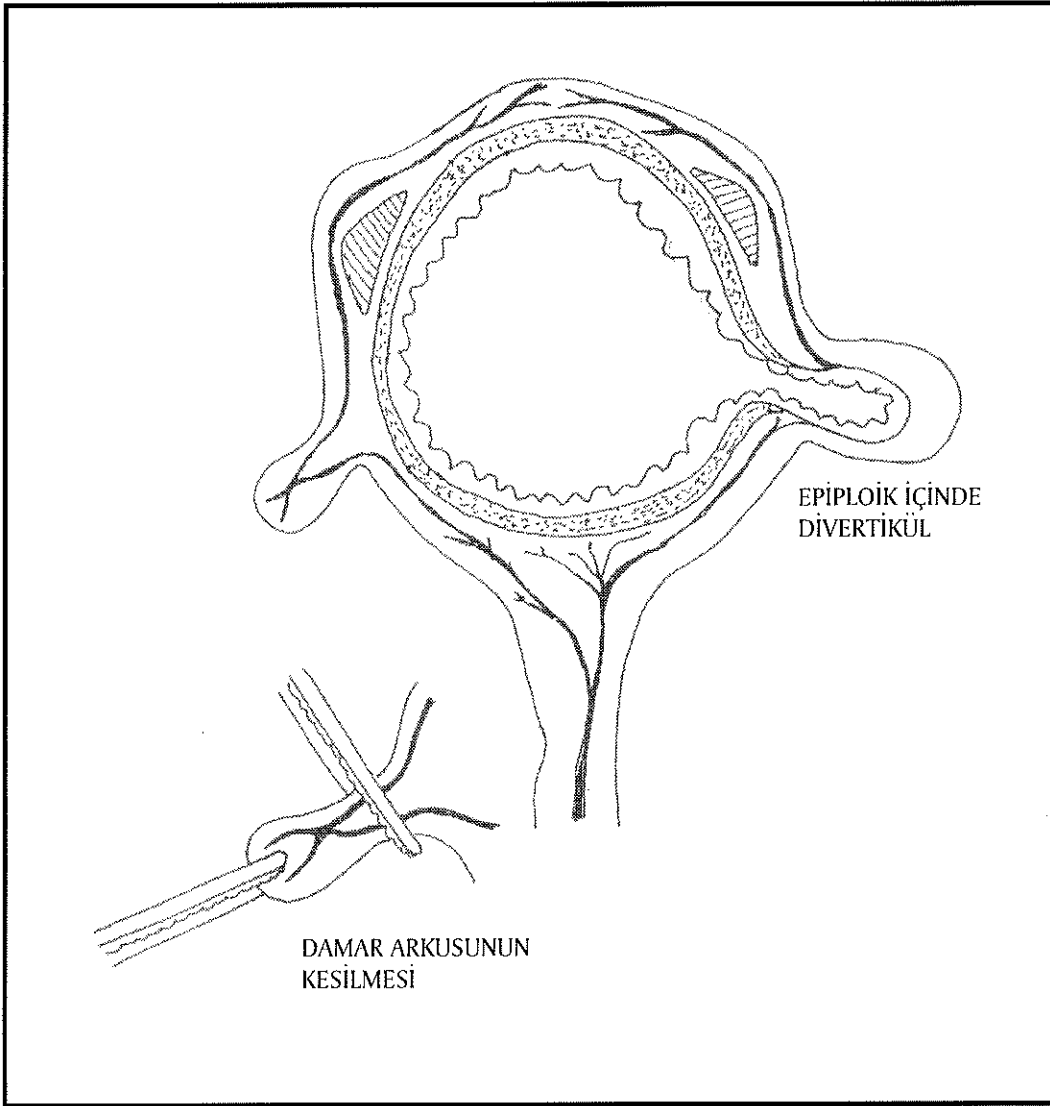
Ateş, taşikardi ve 10.000'in üzerinde lökositoz nadirdir (3). Tanı genellikle laparotomi ile koyulur. Doğru tanının preoperatif olarak ancak %3 oranında koyulabildiği bildirilmiştir. Karıştırılan hastalıklar arasında ilk sırayı akut apandisit alır (11,12,13). Bizim vakalarımızın her ikisinde de akut apendajit tanısı preoperatif olarak koyulamamıştır. Akut apandisitten preoperatif dönemde ayrımı kolay değildir. Ancak bazı klinik bulgular ayırıcı akut apendajiti düşündürülebilir. Akut apandisitte hastanın genel durumu daha düşüktür, ateş, lökositoz, anoreksi, bulantı ve kusma daha sıktır. Akut apendajitte bu bulgular daha siliik olup %35 vakada kitle palpe edilebilir. Ayrıca abdomendeki hassasiyetin hastanın pozisyon değişiklikleri ile yer değiştirmesi akut apendajiti destekleyen bir bulgudur (11).

Apendiks epiploikaların torsiyonu sonrası damarlarında sekonder tromboz gelişir ve sonuçta kolon duvarındaki lokalize iskemi bakterilerin duvar dışına çıkmasına neden olabilir. Bu da lokalize abse formasyonu veya generalize

peritonitle sonuçlanır. Bu vakalar orijini açıklanamayan primer generalize peritonit vakalarının bir kısmının nedeni olabilir. Apendiks epiploikaların neden olduğu intraabdominal patolojilerin gerçekte literatürde bildirilen az sayıdaki vakadan daha sıklıkla ortaya çıktığı ancak tanısının laparotomilerde bile gözden kaçabileceği düşünmek yersiz değildir (14). Aseptik torsiyonlarda ise kronikleşen olaylar hyalinizasyon ve kalsifikasyonla sonuçlanır, hatta kopan kalsifiye apendiks epiploikalar karın içerisinde serbest cisimler olarak kalıp, laparotomilerde tesadüfen (sıklıkla pelviste)

bulunabilirler. Bizim her iki hastamızda da peroperatuar tanı dikkatli ve geniş eksplorasyonla koyulabilmiş ve basit eksizyonla inflame epiploikler çıkartılmıştır. Eksizyon sırasında önemli noktalardan birisi apendiks epiploikanın altında bir divertikülün bulunup, bulunmadığıdır. Böyle bir durumda eksizyondan sonra divertikül kolon içine inverte edilip seroza üstünden sütüre edilmelidir. İkinci bir nokta da apendiks epiploikanın eksize edilirken traksiyon uygulanmadan ligatüre edilmesidir. Böylece kolonun vasküler arkusu da korunmuş olur (Şekil-1) 15.

Şekil 1: Apendiks epiploika cerrahisinde dikkat edilecek noktalar



Akut karın nedeniyle yapılan (özellikle akut apandisit düşünülerek) cerrahi eksplorasyonlarda belirgin bir patoloji tesbit edilemezse apendiks epiploikalar mutlaka gözden geçirilmelidir (meckel divertikülünde olduğu

gibi) ve yine etiolojisi açıklanamamış primer peritonit vakalarında da apendiks epiploikalar araştırılmalıdır. Preoperatif tanının doğrulukla koyulmasının çok önemi yoktur ancak geniş eksplorasyon tanı için gereklidir.

**KAYNAKLAR**

1. Hunt VC. Torsion of appendices epiploice. *Ann Surg.* 1919;19:31-46
2. Fiske FA. Intra-abdominal torsion of the appendices epiploicae. *Am J M Sc.* 1936; 192: 354-360
3. Klingenstein P. Some phases of the pathology of the appendices epiploicae. *Surg Gyn Obst.* 1924;34:376-382
4. Pines B, Rabinovitch J, Biller SB. Primary torsion and infarction of the appendices epiploicae. *Arch Surg.* 1941 42:775-787
5. Giffin HM, McManamy EP, Waugh JM. Surgical significance of epiploic appendages. *Arch Surg.* 1942;45:351-361
6. Ross JA. Vascular loops in the appendices epiploica. *Br J Surg.* 1952;39:464-466
7. Lynn TE, Dockerty MB, Waugh J. The clinicopathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gyn Obst.* 1956; 103:423-433
8. Ross J, McQueen A. Peritoneal loose bodies. *Br J Surg.* 1947;35:313-317
9. Kayabali I, Zayıfoğlu F, Özer G.: Yeni bir epiploik appendagitis vakası. *Ankara T Mecmuası.* 1983;36:427-430
10. Bearse C. Primal affections of appendices epiploicae. *Am J Dig Dis.* 1952; 19:22-24
11. Lynn TE, Theiler GJ. Epiploic appendagitis simulating acute appendagitis. *Wiscon Med J.* 1961 ;23:251-252
12. Thomas JH, Rosato FE, Patterson FE. Epiploic appendagitis. *Surg Gyn Obst.* 1974; 138:23-25
13. Craig RDP. Torsion of appendix epiploica simulating appendicitis. *Br J Clin Pract.* 1962; 16: 123-124
14. Schein M, Rosen A, Decker GAG. Acute conditions affecting epiploic appendages. *South Afr Med J.* 1987; 71:397-398
15. Skandalakis JE: Colon, rectum and anus. In Skandalakis JE, Gray SW, Rowe JS eds: *Anatomical complications in general surgery.* Mc Graw Hill, New York. 1983, p 231