

# Akut karına neden olan primer omentum torsiyonu: Olgu sunumu

## Primary omental torsion as a cause of acute abdomen: Case report

Selim SÖZEN,<sup>1</sup> Şükrü DÖLALAN,<sup>2</sup> Fahrettin YILDIZ,<sup>3</sup> Hasan ELKAN<sup>2</sup>

Omental infarkt, yaklaşık yüz yıl önce tanımlanmış, nadir görülen bir patolojidir. Akut karın ağrısına neden olan omental torsiyonlu hastamız literatür verileri ile birlikte değerlendirildi. Primer torsiyonda iskemik omentumun eksizyonu ideal tedavi şeklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Akut karın; omental torsiyon.

Torsion of the omentum is a rare pathology that was described 100 years ago. The characteristic appearance of omental torsion and a review of the literature are presented with respect to a case of primary omental torsion that was causing acute abdomen. Excision of the ischemic omentum is the proper treatment for omental torsion.

**Key Words:** Acute abdomen; omental torsion.

Omental infarkt, omentum majusun perfüzyonunun bozulması sonucu gelişen, klinik bulgularıyla hemen her akut karını taklit edebilen, nadir görülen bir patolojidir. Yerleşimine göre akut apandisit, akut kolelit, renal kolik veya divertikülit ile karışabilir.<sup>[1]</sup>

Omental infarkt, yaklaşık yüz yıl önce tanımlanmış, nadir görülen bir patolojidir. Son yıllarda geliştirilen kesitsel tanı yöntemlerinin akut patolojilerde kullanılmaya başlanmasıyla bilindiğinden daha sık bir patoloji olduğu anlaşılmıştır.<sup>[2]</sup>

Omental infarkt, en sık dördüncü beşinci dekadlarda görülür. Erkek-kadın oranı 2:1'dir. Olguların sadece %15'i pediatrik yaş grubundadır. Hastaların çoğu obezdir.<sup>[3]</sup>

Omental infarktın doğal patolojik seyri enflamatuvar sürecin retraksiyon, fibrozis ve son olarak da komplet rezolüsyon veya otoamputasyon şeklinde sonlanmasıdır.<sup>[4]</sup> Sepsis, apse formasyonu ve adezyon gelişimi geç komplikasyonlardır.<sup>[4]</sup> Her ne kadar bazı araştırmacılar tarafından konservatif tedavi yaklaşımının yeterli olacağı ileri sürülmüş olsa da primer

torsiyonda iskemik omentumun eksizyonu ideal tedavidir.

Biz bu çalışmamızda akut karın nedeni ile ameliyat ettiğimiz olguyu literatür verileri ışığı altında değerlendirdik.

### OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında, erkek hasta, yaklaşık 2 gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile hastanemizin acil cerrahi servisine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 2 yıldır mide şikayetleri nedeni ile proton pompa inhibitörleri kullanması dışında bir özellik yoktu. Benzer şikayetler ile başvurduğu başka bir merkezde yapılan ultrasonografide (USG) karın içi organlarda herhangi bir patoloji saptanmamış. Bu merkezde aynı şikayetler nedeni ile yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde antral gastrit saptanmış. Hastaya ilaç tedavi verilerek taburcu edilmiş.

Hastanın fiziksel incelemesinde sağ üst kadranda epigastrium ve sağ alt kadranda hassasiyet, defans, riyaund mevcut. Laboratuvar incelemede beyaz küre sa-

<sup>1</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana;

<sup>2</sup>Balıkgöl Devlet Hastanesi, Şanlıurfa;

<sup>3</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Şanlıurfa.

<sup>1</sup>Adana Numune Training and Research Hospital, Adana;

<sup>2</sup>Balıkgöl State Hospital, Sanliurfa;

<sup>3</sup>Harran University Faculty of Medicine, Sanliurfa, Turkey.



Şekil 1. Omental torsion.

yısında artış (15000/ mm<sup>3</sup>) biyokimyasal parametrelerinde ise ALT: 81 AST: 48 dışında patoloji saptanmadı. ADBG özellik yoktu.

Hasta bu şikayetler ve fiziksel inceleme bulguları ile kliniğimize yatırıldı. Sekiz saatlik gözlem ve medikal tedaviye rağmen şikayetlerinde gerileme olmayan hasta akut karın tablosunda, peptik ulcus perferasyonu veya akut kolesistit ön tanıları düşünülerek ameliyata alındı. Özellikle sağ üst kadranda ve epigastriyumda defans ve ribaund pozitif olması nedeni ile kapalı perforasyon veya akut kolesistit olabileceği düşüncesi ile sağ paramedian kesiyle karına girildi. Laporotomide karında serohemorajik mayi mevcuttu. Apendiks doğaldı. Omentum parsiyel olarak nekrotik ve kanamalıydı. Nekroze olan omentumun vasküler pedikülüne klemp konularak parsiyel olarak çıkarıldı (Şekil 1). Histopatolojik inceleme sonucunda, omentumda hemoraji ve infarktüs odakları mevcuttu. Mikroskopik inceleme sonucunda ise infarkte odaklar akut enflamatuvar hücreler tarafından işgal edilmişti. Ameliyat sonrası dönemde patoloji saptanmayan hasta ameliyattan sonra 3. günde şifa ile taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Omentum torsiyonu omentumun uzun aksiyal ekzeni etrafında dönmesi ve vasküler yapısını komprese etmesi sonucu oluşur. Vasküler patolojiler, hiperkoagülasyon durumları ve herniler gibi değişik nedenlere sekonder olabileceği gibi idiyopatik (primer) olarak da gelişebilir. Primer omental infarktın nedenleri hala bilinmemektedir. Vasküler yapılarıdaki anatomik varyasyonlar, staz veya tromboza neden olabilecek venöz malformasyonlar, aşırı-ağır yemek sonrası gelişen venöz konjesyon öne sürülen nedenlerdendir.<sup>[5]</sup>

Erkekler kadınlara göre iki kat daha fazla bu hastalığa yakalanırlar. Ayrıca obez bireylerde bu hastalık daha fazla görülür.<sup>[2,3]</sup>

Ağrı genelde sağ alt kadrana yerleşimlidir. Orta derecede lökositöz ateş ve kusma tabloya eşlik edebilir.

Bizim olgumuzda hem alt ve üst kadranda ağrısı tabloya eşlik etmekteydi. Olgumuz literatürlere uygun şekilde obez bireydi. Orta derecede lökositöz ve ateş mevcuttu. Akut karınlı hastalarda, değişik ön tanımlarla yapılan USG ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerde omentumun da dikkatlice değerlendirilmesi ile tanı kolayca konabilir. USG incelemede maksimum hassasiyet olan bölgede, karın ön duvarının hemen altında, komprese edilemeyen, oval şekilli, büyük, hiperekoik solid kitle lezyonu saptanır.<sup>[5,6]</sup> Apendiks normaldir. Minimal asit bulunabilir.<sup>[3]</sup> Benzer bulgular epiploik apendajitte de izlenebilir. USG’de omental infarktla benzer şekilde, maksimum hassasiyetin olduğu bölgede, komprese edilemeyen, oval, hiperekoik, solid kitle mevcuttur. Farklı olarak, komşu bağırsak duvarında kitle etkisi ve kalınlaşma, paryetal peritonda yapışıklık ve kalınlaşma saptanır. Lezyon genellikle hipoekoik bir halka ile sarılıdır. Bizim olgumuzda dış merkezde yapılan USG’de patoloji saptanmamıştı. Yerleşimine göre akut apandisit, akut kolesistit, renal kolik veya divertikül ile karışabilir.<sup>[1]</sup> Bizim olgumuzda hem alt ve üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Tablo akut kolesistit ve gastrit tablosu ile klinik olarak benzerlik göstermekteydi. Hatta başka merkezde yapılan üst sindirim sistemi endoskopisinde antral gastrit saptanmıştı.

Non invaziv tanı yöntemleri ile tanı konup, konservatif olarak tedavi edilmesine rağmen, akut karın ön tanısı ile ameliyata alınan olgularda rezeksiyon yapılabilir. Medikal tedavi apse formasyonu, sepsis ve karın içi adeziv bant oluşumu riskini cerrahiye göre arttırmaktadır. Puylaert<sup>[5]</sup> ve Vriesman,<sup>[6]</sup> konservatif yöntemle tedavi ettikleri hastalarda komplikasyon gelişmediğini bildirmişlerdir. Omental infarktlı hastaların tedavisi konusunda görüş birliği sağlanamamıştır. Bir kısım yazarlar, gelişebilecek komplikasyonları öne sürerek cerrahi tedavi gerektiğini savunurken, bir kısmı da, geç komplikasyonların aslında sanıldığı kadar sık olmadığını ve sadece analjezik ilaçlar uygulanarak yapılacak konservatif tedavinin yeterli olacağını savunmaktadır.<sup>[5-8]</sup>

Rezeksiyon laparoskopik ya da konvansiyonel teknik ile yapılabilir.

Akut karın tablosu ile ameliyat edilen olgularda saptanan omentum torsiyonu rezeksiyon ile tedavi edilebilir.

### KAYNAKLAR

1. McClure MJ, Khalili K, Sarrazin J, Hanbidge A. Radiological features of epiploic appendagitis and segmental omental infarction. *Clin Radiol* 2001;56:819-27.
2. Schwartzman GJ, Jacobs JE, Birnbaum BA. Omental infarction as a delayed complication of abdominal surgery. *Clin Imaging* 2001;25:341-3.
3. Helmrath MA, Dorfman SR, Minifee PK, Bloss RS, Brandt ML, DeBakey ME. Right lower quadrant pain in children caused by omental infarction. *Am J Surg* 2001;182:729-32.
4. Stella DL, Schelleman TG. Segmental infarction of the omentum secondary to torsion: ultrasound and computed tomography diagnosis. *Australas Radiol* 2000;44:212-5.
5. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology* 1992;185:169-72.
6. van Breda Vriesman AC, de Mol van Otterloo AJ, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction. *Eur J Surg* 2001;167:723-7.
7. Karak PK, Millmond SH, Neumann D, Yamase HT, Ramsby G. Omental infarction: report of three cases and review of the literature. *Abdom Imaging* 1998;23:96-8.
8. Wiesner W, Kaplan V, Bongartz G. Omental infarction associated with right-sided heart failure. *Eur Radiol* 2000;10:1130-2.