

Primer Epiploik Apendisit

Primary Epiploic Appendagitis

Arif Aslaner, Tuğrul Çakır, Umur Rıza Gündüz, Burhan Mayir, Nurullah Bülbüller

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

Özet

Primer Epiploik Apendisit cerrahiye gereksinim duymadan kendi kendini sınırlayabilen bir durumdur. Bilgisayarlı Tomografi ile tanısı doğrulandıktan sonra konservatif olarak tedavi edilebilir. Acil servisimize ani başlayan karın ağrısı ile başvuran 36 yaşında erkek hastayı tartıştık.

Anahtar kelimeler: Primer, epiploik, apandisit, tomografi

Abstract

Primary Epiploic Appendagitis is a self-limited condition without need any surgery. It can be conservatively treated after diagnosis with Computerized Tomography. We discuss a healthy 36-year-old male patient who admitted to our emergency clinic with sudden onset abdominal pain.

Key words: Primary, epiploic, appendagitis, tomography

GİRİŞ

Epiploik apandisler kolonun serozal yüzeyinden dışı doğru uzanan yağ ve kılcak damarlarla dolu küçük peritoneal torbalardır (1,2). Primer Epiploik Apendisit (PEA), epiploik apandisleri drene eden venin spontan trombozu veya torsiyonu ile oluşan inflamasyondur (3,4). PEA sağlıklı hastalarda lokalize karın ağrısının nadir bir nedenidir. PEA'nin klinik bulguları karın ağrısı ve fizik muayenede saptanan hassasiyettir. Klinik olarak sıklıkla yanlış olarak divertikülit veya apandisit tanıları konulup antibiyoterapi veya cerrahi ile tedavi edilmektedir. Bu yazıda, karın ağrısı şikayeti ve atipik klinik bulgular ile acil servise başvuran ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile PEA tanısı konulup konservatif tedavi ettiğimiz olgumuzu tartıştık.

OLGU

Otuzaltı yaşında erkek hasta acil servisimize ani başlayan sol alt kadranda ağrısı ile başvurdu. Bulantı, kusma, ishal veya başka bir şikayeti mevcut değildi. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA: 120/85 mmHg, kalp hızı; 80/dk solunumu 15/dk ve ateşi 37,8 °C idi. Batın muayenesinde patolojik bulgu olarak sol alt kadranda daha belirgin olmak üzere yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Bağırsak sesleri normaldi. Palpasyonda herhangi bir kitle palpe edilmedi. Laboratuvar bulgularında lökosit (8200/mm³) ve CRP(5,48 mg/dL) seviyeleri normaldi. Diğer laboratuvar bulguları normal sınırlar içerisindeydi. Abdominal ultrasonografide sol alt kadranda duvar kalınlığı artmış ödemli lüminal olmayan bir yapı izlendi. Abdominal bilgisayarlı tomografide sigmoid kolon proksimal düzeyinde anterior duvardan kaynaklı perisigmoid mesafesiye uzanan yaklaşık 17x16 mm boyutunda santral yağlı, periferi ödem/inflamasyon ile uyumlu yumuşak doku dansitesinde halka ile çevrili lezyon izlendi Bu lezyonun epiploik apandisit ile uyumlu olabileceği belirtildi (Şekil-1).

Hasta yatırılarak cerrahi tedaviye gereksinim duymadan 3 gün süre ile intravenöz hidrasyon, analjezik ve profilaktik antibiyotik (ceftriakson 2x1g) ile tedaviye alındı. Tanısı kesinleştirildikten sonra beyaz küre yüksekliği de olmayan hastanın antibiyotiği kesilip, rejimi açıldı ve

analjeziklerle tedavisine devam edildi. Takiplerde şikayeti gerileyen ve fizik muayene bulguları normale dönen hasta önerilerle taburcu edildi. Takip periyodunda hastamızda nükse rastlanılmadı ve taburcu olduktan 1 ay sonraki kontrol BT'de PEA'de rezolüsyon gözlemlendi. Bu olgunun bildirilmesi için hastadan bilgilendirilmiş onam alındı.

TARTIŞMA

Epiploik apandisit ilk olarak Vesalius tarafından kolon dışı yüzeyinde yağ ile dolu seroza kaplı küçük torba yapıları olarak 1543 yılında tanımlanmıştır (1,2). PEA ise ilk olarak Dockerty ve ark. (3) tarafından komşu organların iltihabı olmadan epiploik uzantıların bir iskemik inflamatuvar bir durumu olarak tanımlanmıştır. PEA genellikle epiploik uzantıların torsiyonu sonrasında oluşur ve drene eden venin venöz trombozuna veya iskemiye neden olabilir (3,4). PEA, 40-50 yaş arası erkeklerde daha sıklıkla görülebilmekle beraber herhangi bir yaşta meydana gelebilir (2,4-6). PEA'li hastalar sıklıkla etkilenen alanın üstündeki karında akut sigmoid kolon divertikülitini taklit eden ani başlayan bir karın ağrısı ile başvururlar. Hastalarda genellikle ateş, bulantı ve kusma görülmez (2,7). İyi lokalize edilebilen karın hassasiyeti, defans ve rebound hastaların çoğunda mevcuttur (7). Hastaların %10-30'unda palpable bir kitle ele gelebilir (8).

PEA'nin herhangi bir patognomonik tanısız laboratuvar bulgusu yoktur. Lökositoz, sedimantasyon ve CRP genellikle normal veya hafif yüksek olabilir (2,4). PEA kolonun herhangi bir segmentinde ortaya çıkabilir. En sıklıkla sırasıyla daha uzun epiploik uzantıları olan sigmoid kolon, inen kolon ve çekumda görülür (2). Geçmişte PEA laparotomi sırasında tesadüfen teşhis edilip tanısı konulurken, günümüzde operasyon öncesi BT'nin patognomonik radyolojik bulguları ile doğru tanı yapmak mümkün olabilir. İnflamatuvar değişikliklerle halka şeklinde çevrili oval yağlı lezyonlar karakteristik BT bulgularıdır (9). Radyolojik tetkikler öncesinde PEA'li hastaların ortak olası klinik tanıları divertikülit veya apandisit olmaktadır. Ayırıcı tanı yapmak için abdominal BT öncelikle düşünülmelidir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi abdominal BT ile yapılan erken radyolojik inceleme PEA'yi, antibiyoterapi veya cerrahi girişim

Şekil 1.

gerektirebilecek diğer hastalıklardan ayırmada yardımcı olmaktadır (10). PEA, 10 günden kısa bir süre içinde, antibiyotik kullanmadan veya cerrahi girişime gereksinim görülmeden kendiliğinden iyileşebilen ve kendi kendini sınırlayabilen benign bir durumdur (4,10). Genel olarak, PEA'li hastalar oral anti-inflamatuar ilaçlar ile konservatif olarak tedavi edilebilir (4). Bununla birlikte Sand ve ark. konservatif tedavi sonrası %40 oranında nüks bildirmişlerdir (2). Konservatif tedaviden sonra nüks gelişebileceği ve olası nüks varlığında da cerrahi girişime gereksinim duyulabileceğine göz önünde bulundurulmalıdır (2,5).

Sonuç olarak; nadir görülen bir hastalık olması sebebiyle, yanlış tanı ve gereksiz cerrahi girişimler uygulanabilecek bu durumu önlemek için

PEA düşündüğünüz hastalarda BT ile tanı doğrulanmalıdır. PEA tanısı konulan hastalarda sadece konservatif tedavi ile tedavi yapılabileceği için gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ghahremani GG, White EM, Hoff FL, et al. Appendices epiploicae of the colon: radiologic and pathologic features. *Radiographics* 1992; 12:59–77.
2. Sand M, Gelos M, Bechara FG et al. Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007; 7:11.
3. Dockerty MB, Lynn TE, Waugh JM. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gynecol Obstet* 1956; 103:423–33.
4. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med*. 2002; 22:9–13.
5. Choi YU, Choi PW, Park YH, et al. Clinical characteristics of primary epiploic appendagitis. *J Korean Soc Coloproctol* 2011; 27:114–21.
6. Legome EL, Sims C, Rao PM. Epiploic appendagitis: adding to the differential of acute abdominal pain. *J Emerg Med* 1999; 17:823–6.
7. Thomas JH, Rosato FE, Patterson LT. Epiploic appendagitis. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 138:23–5.
8. Shehan JJ, Organ C, Sullivan JF. Infarction of the appendices epiploicae. *Am J Gastroenterol* 1966; 46:469–76.
9. McClure MJ, Khalili K, Sarrazin J, Hanbidge A. Radiological features of epiploic appendagitis and segmental omental infarction. *Clin Radiol*. 2001; 56:819–27.
10. Mollà E, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Roselló-Sastre E. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol*1998; 8:435–8.