Apendiks epiploika torsiyonu: Nadir bir akut batın nedeni

Torsion of epiploic appendices: An uncommon cause of acute abdomen

Mehmet MERT, Ali SAYAN, Yılmazcan ÖRNEK, Tunç ÖZDEMİR, Gökhan KÖYLÜOĞLU

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İzmir

ÖZ

Yedi yaşındaki kız hasta sağ alt kadranda künt karın ağrısı ile hastanemiz çocuk acil servisine getirildi. Hasta, çocuk acil servisinde pediatri hekimleri tarafından değerlendirildikten sonra akut batın ön tanısıyla kliniğimize konsülte edildi. Hastada akut batın bulgularının olması nedeniyle hasta servisimize yatırılarak opere edildi. Hastada operasyon sırasında apendiks vermiformisin normal olduğu görüldü. Ancak sürdürülen karın eksplorasyonunda sigmoid kolon yerleşimli apendiks epiploikanın torsiyonuna bağlı primer apendajitis epiploika olduğu saptandı. Nadir bir akut batın nedeni olan primer apendajitis epiploika; yerleşim yerine göre akut apandisit, akut divertikülit, akut kolesistit gibi cerrahi müdahale gerektiren patolojileri taklit edebilir. Bu nedenle akut batın ayırıcı tanısında akıldan tutulması gereken bir patolojidir.

Anahtar kelimeler: Akut batın, apendiks epiploika torsiyonu, primer apendajitis epiploika

ABSTRACT

A 7-year-old girl, presented to the pediatric emergency service with dull pain, localized in the right lower quadrant of the abdomen. After she was examined by emergency pediatricians, she had been consulted to our department with an initial diagnosis of an acute abdomen. After our examination, she was operated due to the symptoms of acute abdomen. During surgery, the appendix vermiformis appeared non-inflamed. But in detailed abdominal exploration, diagnosis of primary epiploic appendagitis due to the torsion of appendices epiploicae localized at the sigmoid colon was made. Primary epiploic appendagitis, an uncommon cause of acute abdomen, mimics surgical pathologies like acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis etc. So primary epiploic appendagitis is a pathology that needs to be kept in mind in differential diagnosis of acute abdomen.

Keywords: Acute abdomen, primary epiploic appendagitis, torsion of appendices epiploicae

Alındığı tarih: 28.04.2017

Kabul tarihi: 31.05.2017

Yazışma adresi: Ass. Dr. Mehmet Mert, Bahçelievler Mah. 1851/10 Sok. No:15 Pırlanta Evleri Daire:18, 35600, Karşıyaka, İzmir
e-mail: dr.mehmet.mert@outlook.com

GİRİŞ

Apendiks epiploika (AE), kolon duvarında seroza ile kaplı, pediküllü, yağ dokusunca zengin bir oluşumdur. Sıklıkla transvers kolon ve sigmoid kolonda yerleşirken, tüm kolonda 50-100 adet bulunur ve 0,5-5,0 cm uzunluğundadır. Her bir AE'nin bir veya iki adet arteri ve bir adet veni bulunmaktadır. Anatomik olarak ilk defa 1543'te Vesalius tarafından tanımlan-

mış ve 1986'da ise bilgisayarlı tomografi (BT) ile gösterilmiştir⁽¹⁾. Apendiks epiploikanın kolon peristaltizmine katkıda bulunduğu ve büyük omentum benzeri mekanik koruma görevleri olduğu belirtilmiştir. Arteriyel beslenmesinin zayıflığı ve serbest hareket edebilmelerini sağlayan pediküllü yapıları nedeni ile torsiyon ve infarkt ile kolaylıkla karşılaşabilirler^(2,3). Primer apendajitis epiploika (PAE), torsiyon sonrası gelişen çevre dokuların inflamasyona

katıldığı akut bir durumdur. Apendiks epiploikanın; spontan torsiyonu ve hemorajik infarkt, aseptik yağ nekrozuna bağlı kalsifikasyonu, primer veya sekonder inflamasyonu, metastaz veya lipomalardan dolayı büyümesi, herniye veya invaginasyona bağlı olarak inkarserasyona uğraması gibi durumlarda akut apendajitis tablosu gelişebilir ^(1,4).

Cerrahi akut batın nedenlerini taklit edebilmesi ve çocuklarda radyolojik olarak tanı konulmasındaki güçlükler nedeniyle PAE, çocuklarda genellikle operasyon sırasında tanı alır. Kliniğimize, akut karın ağrısı ile getirilen ve opere edilerek sigmoid kolon yerleşimli apendiks epiploika torsiyonu saptanan hasta, PAE'nin nadir bir akut batın nedeni olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yedi yaşında kız hasta, sağ alt kadranda bir gün önce başlayan künt karın ağrısı yakınmasıyla acil

servise getirildi. Hastanın kardiyak nabızı 102/dk., solunum sayısı 22/dk. idi. Fizik muayenesinde karın sağ alt kadranda palpasyon ile hassasiyet mevcuttu. Karnın diğer kadrantlarının muayenesinde özellik yoktu. Hastanın lökosit değeri 10400/uL, %48,3 lökosit hakimiyeti ve C-Reaktif Protein (CRP) değeri ise 18,5 mg/L idi. Tüm karın ultrasonografik görüntülemesinde (USG) patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın kliniğinin akut apandisit ile uyumlu olduğu düşünüldü. Hastanın yaşının 18'den küçük olması nedeniyle annesinden onam alınarak preoperatif hazırlıkları yapıldı ve ardından hasta operasyona alındı. Eksplorasyonda apendiks vermiformis normal görünümdeydi. Ancak sigmoid kolonun sağ ilyak fossaya göç ettiği ve sigmoid kolona ait bir apendiks epiploikanın kendi eksenini etrafında 540 derece dönererek nekroze olduğu görüldü (Resim 1). Nekrotik apendiks epiploika rezeke edildi. Hasta postoperatif 2. gününde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Primer apendajitis epiploika, AE'nin yerleşim yerine göre klinik bulgu vermesi ve patognomonik klinik tablosu olmaması nedeniyle akut batın ayırıcı tanısında yer alan nadir bir patolojidir. Çıkan kolondaki AE'lerin veya sigmoid kolonun batın sağ alt kadrana göç etmesi nedeniyle sigmoid kolondaki AE'lerin inflamasyonu sonucu gelişen PAE, akut apandisit tablosunu taklit edebilir. Ayrıca yine yerleşim yerine göre akut kolesistit, akut divertikülit gibi diğer cerrahi patolojileri de taklit edebileceğinden, özellikle çocuk hastalarda operasyon sırasında PAE tanısı konulmaktadır ^(5,6).

Erişkin hasta grubunda PAE tanısı konulmasında USG ve BT yardımcı olmaktadır. Hasbahçeci ve ark. ⁽⁷⁾ tarafından 2012 yılında yayınlanan bir çalışmada, PAE tanısı almış 20 hasta geriye dönük olarak incelenmiştir. İnflame haldeki AE'nin, BT görüntülerinde kitle-lezyon ve özellikleri tanımlanarak, altı hastada Doppler USG ile santral kan akımı torsiyon açısından değerlendirilebilmiştir.

Çocuk hastalarda, USG yapılması ve BT çekilme-

Resim 1. Sigmoid kolon yerleşimli torsiyone apendiks epiploika.

si sırasında hastaların uyumlu olamaması ve çocuklarda akut karın tanısında BT görüntüleme endikasyonlarının sınırlı olması nedeniyle PAE tanısı koymak güçleşmektedir. Klinik olarak cerrahi patolojilerin dışlanamaması nedeniyle de tanı laparotomi veya laparoskopi ile konulabilmektedir.

Tedavisi tartışmalı olan PAE, genel olarak kendini sınırlayan ve benign seyirli bir patolojidir. Altın standart tanı yöntemi BT'dir ⁽⁸⁾. Literatür incelendiğinde, olguların daha çok erişkin yaş grubunda olduğu ve bunların konservatif olarak (ameliyat edilmeden) tedavi edilebileceği bildirilmiştir. Tedavide antiinflamatuar ilaç kullanımı önerilirken, komplike olmayan olgularda antibiyotik kullanımı önerilmemektedir ⁽⁹⁾. Fakat bazı yazarlar, konservatif takip edilen olgularda erken nüks olması ve sekonder komplikasyonların önlenmesi amacıyla erken cerrahi tedavi önermektedirler. Sand ve ark. ⁽¹⁾ yayınladıkları makalede, takip ettikleri 10 PAE olgusundan bir olguyu konservatif yöntemlerle izlemişler ve diğer dokuz olguyu ise opere etmişlerdir. Opere ettikleri dokuz olgunun dördünde, operasyon gereksiniminin konservatif tedavi ile takip sırasında erken nüksten kaynaklandığını bildirmişlerdir. Bu nedenle PAE olgularında yaygın görüş her ne kadar hastaların konservatif olarak tedavi edilmesi yönünde olsa da, nüks ve komplikasyonlardan kaçınmak adına hekimin yeğlemesi doğrultusunda cerrahi tedavi de uygulanabilir.

Akut batın ayırıcı tanısında PAE akılda tutulması gereken nadir bir patolojidir. Ayırıcı tanı için USG yapılırken karında patoloji saptanmaması halinde radyolojik olarak taranması gerekmektedir. Radyolojik

olarak tanınması halinde konservatif olarak tedavi edilebilir ve hasta gereksiz operasyonlardan korunabilir. Ayrıca akut batın nedeniyle opere edilen hastalarda eksplorasyonda apendiks vermiformisin normal saptanması, Meckel divertikülünün olmaması vb. durumlarda kolon taranarak apendiks epiploikaların da PAE açısından incelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sand M, Gelos M, Bechara FG et al. Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg* 2007;1:7-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-7-11>
2. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ et al. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8:435-38. <https://doi.org/10.1007/s003300050408>
3. Barbier C, Denny P, Pradoura JM et al. Radiologic aspects of infarction of the appendix epiploica. *J Radiol* 1998;79:1479-85.
4. Uslu Tutar N, Özgül E, Oğuz D et al. An uncommon cause of acute abdomen-epiploic appendagitis: CT findings. *Turk J Gastroenterol* 2007;18:107-10.
5. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF et al. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics* 2005;25:1521-34. <https://doi.org/10.1148/rg.256055030>
6. McMahon AJ, Hansell DT. Primary appendicitis epiploicae mimicking acute appendicitis. *Postgrad Med J* 1988;64:903-5. <https://doi.org/10.1136/pgmj.64.757.903>
7. Hasbahceci M, Erol C, Seker M. Epiploic appendagitis: Is there need for surgery to confirm diagnosis in spite of clinical and radiological findings? *World J Surg* 2012;36:441-46. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-1382-2>
8. Legome EL, Belton AL, Murray RE et al. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002;22:9-13. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(01\)00430-9](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(01)00430-9)
9. Lambre H, Manzur R, Oxenghendler G et al. Computed tomography of acute primary epiploic appendicitis. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1998;28:337-8.