



A Rare Cause of Acute Abdominal Pain: Primary Appendagitis Epiploica

Akut Abdominal Ağrının Nadir Nedeni; Primer Apendisititis Epiploika

Primer Apendisititis Epiploika / Primary Appendagitis Epiploica

Tarkan Ergun, Hatice Lakadamyali
Alanya Başkent Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü, Antalya, Türkiye

Özet

Akut karın ağrısına neden olan primer apendisitis epiploika, kolonun epiploik apendikslerinin kendi kendini sınırlayan benign inflamatuvar hastalığıdır. Tedavisi konservatiftir ve klinik olarak akut apandisit ya da omental torsiyon gibi cerrahi tedavi gerektiren durumlara benzer. Ancak nadir olması nedeni ile genellikle akut abdominal ağrılı olgularda hem cerrah hem de radyolog tarafından göz ardı edilir. Ancak bu hastalığın bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları karakteristik olup tanı koydurucudur. Bu nedenle gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesi açısından bu hastalığın farkında olunması ve teşhis için BT tetkikinün seçilmesi son derece önemlidir. Biz burada bilgisayarlı tomografi ile tanısı konan akut abdominal ağrıya neden olan primer apendisitis epiploika olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler

Apendisititis Epiploika; Bilgisayarlı Tomografi; Akut Abdominal Ağrı

Abstract

Primary appendagitis epiploica – one of the causes of acute abdominal pain – is a self-limited rare benign inflammatory condition involving the colonic epiploic appendages. Their therapy is conservative and clinically mimics other conditions requiring surgery such as acute appendicitis or omental torsion. However, being a quite rare condition is the reason they are usually neglected by both the surgeon and the radiologist. However the computed tomography (CT) findings are rather characteristic and pathognomonic. Thus, to consider CT as the diagnostic modality of choice is extremely important in order to diagnose the condition and to avoid unnecessary surgical interventions. This is a paper reporting an acute abdominal pain case of primary appendicitis epiploica diagnosed using computed tomography.

Keywords

Appendicitis Epiploica; Computed Tomography; Acute Abdominal Pain

DOI: 10.4328/JCAM.1116

Received: 29.05.2012 Accepted: 24.06.2012 Printed: 01.07.2015

J Clin Anal Med 2015;6(4): 519-21

Corresponding Author: Tarkan Ergun, Radyoloji Bölümü, Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Başkent Üniversitesi, 07400 Alanya, Antalya, Türkiye.

T.: +90 2425112511 F.: +90 2425112350 E-Mail: tarkanergun@yahoo.com

Giriş

Primer apendisitis epiploika, kolonun epiploik apendikslerinin kendi kendini sınırlayıcı benign inflamatuvar hastalığıdır. Genellikle 4. ve 5. dekadaki erkeklerde izlenir. Nadiren (%2,5 olguda) preoperatif dönemde teşhis edilir ve sıklıkla cerrahi tedavi gerektiren akut abdominal hastalıklar ile karışır. Ancak konservatif olarak tedavi edilen bu benign durum için tanı koydurucu bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularının bilinmesi gereksiz inceleme ve cerrahi girişimlerin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Biz burada BT ile tanısı konan akut abdominal ağrıya neden olan primer apendisitis epiploika olgusunu sunduk.

Olgu Sunumu

40 yaşında erkek hasta son iki gündür giderek artan sol alt kadranda yerleşimli karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede karın sol alt kadranda huzursuzluk ve hassasiyet saptandı. Ateş 36.7°C idi. Laboratuvar bulguları hafif düzeyde lökositoz (10,700 K/cm³) dışında normaldi. Ultrasonografide (US) sol parakolik bölgede anterior kesimde ekojen solid kitle ve eşlik eden hafif düzeyde serbest sıvı saptandı. Bilgisayarlı tomografi incelemede sigmoid kolonun anterior komşuluğunda antimezen-terik yüzde periferik rim ile çevrili, komşu periton yağına göre minimal daha dens olarak izlenen oval şekilli yağ içerikli lezyon saptandı. Ayrıca visseral peritonda kalınlaşma ve eşlik eden minimal serbest sıvı görüldü (Şekil 1). Karakteristik BT bulguları eşliğinde primer apendisitis epiploika tanısı konulan hastaya medikal tedavi uygulandı. Hastanın şikayetleri 1 hafta sonra tamamen düzeldi.



Şekil 1. Aksiyel BT incelemede sigmoid kolonun anterior komşuluğunda antimezen-terik yüzde periferik rim ile çevrili, komşu periton yağına göre minimal daha dens olarak izlenen oval şekilli yağ içerikli lezyon izleniyor (beyaz oklar). Ayrıca visseral peritonda kalınlaşma ve minimal serbest sıvı görülmüyor.

Tartışma

Epiploik apendiksler, kalın barsağın her düzeyinde yer alan, kolonun serozal yüzeyinden kaynaklanan yağ içerikli peritoneal cep-lerdir. Bu yapının ve komşuluğundaki subserozal yağ dokusunun inflamasyonu durumunda, akut apandisit ve divertikül ile karışan akut abdomenin nadir nedeni olan apendisitis epiploika gelişir [1].

Apendisitits epiploika primer yada sekonder olabilir. Primer apendisitis epiploika genellikle epiploik apendikslerin iskemiye neden olan torsiyonuna bağlı gelişir. Ayrıca apendisiyel drenaj

venlerinin torsiyon olmadan spontan trombozu sonucu da oluşabilir. Sekonder apendisitis epiploika ise apandisit, divertikülite ya da kolesistit gibi komşu yapıların inflamatuvar durumunu takiben gelişir [2].

Primer apendisitis epiploikanın prevalansı hastalığın kendini sınırlayıcı özelliğe olması nedeniyle tam olarak bilinmemektedir ve sıklığı değişik çalışmalarda farklı oranlarda bildirilmiştir. De Brito ve ark. [3] BT tetkiki kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada akut abdominal ağrılı hastalarda epiploik apandisit sıklığını %1,3, insidansını 8,8 olgu/milyon/yıl olarak bildirdi. Strömberg ve ark. [4] retrospektif olarak gerçekleştirdikleri çalışmada akut abdominal ağrılı 2222 olgunun BT incelemesinde epiploik apandisit saptamadı. Ergun ve ark. [5] ise BT tetkiki kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada renal fonksiyonları normal akut abdominal ağrılı bireylerde epiploik apandisit sıklığını %1,5 olarak saptadı. Primer apandisitits epiploika her yaşta görülmele beraber en sık 4. ve 5. dekada ve özellikle obez bireylerde izlenir. Klinik bulgular genellikle akut apandisit ya da divertikülite benzer şekilde ağrı, subfebril ateş ve lökositozdur. Ağrının yeri inflamatuvar durumun lokalizasyon yerine göre değişir. Ancak sigmoid kolon ve çekuma ait apendikslerin daha büyük boyutlu ve elonge olmaları nedeniyle genellikle sol alt kadranda izlenir.

Akut abdominal ağrılı hastaya radyolojik yaklaşımda temel olarak ağrının lokalizasyon yeri belirleyicidir. Amerikan radyoloji derneği sağ alt kadranda ve suprapubik ağrıda ultrasonografi, sol üst kadranda ve her iki alt kadranda ağrısında BT görüntülemeyi önerilen başlangıç görüntüleme yöntemi olarak belirlemiştir. Direkt grafi ise kolaylıkla elde edilebilir, US ve BT'ye göre daha ucuzdur ve bazı durumlarda (intraabdominal serbest hava, anormal kalsifikasyonlar ve barsak obstrüksiyonların) tanıya yardımcı olabilir. Primer apandisitits epiploikanın tanısında ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılmakla birlikte seçilmesi gereken görüntüleme yöntemi BT'dir. BT invaziv olmayan bir tanı aracıdır. Bu nedenle invaziv işlemlerden önce tercih edilmelidir. Buna rağmen, tanı koymada başarı sağlanamazsa, hem tanı hem de tedavi imkanı sağlayabilen ve minimal invaziv bir yöntem olan laparoskopik incelemeye başvurulmalıdır [6]. Ancak primer apandisitits epiploikada BT bulguları patognomonik olup kesin tanı koydurucudur. Perikolonik alanda yerleşimli periferik rim ile çevrili (seroza tabakasındaki inflamasyona bağlı), komşu periton yağına göre minimal daha dens olarak izlenen oval yada yuvarlak şekilli, yağ içerikli lezyonlar ve periapendisiyel yağ dokusunda inflamatuvar değişikliklere bağlı dansite artımları apendisitis epiploikanın temel bulgularıdır [2]. Ayrıca tromboze vene karşılık gelen santral yerleşimli yuvarlak yada lineer şekilli hiperdansite, visseral ve parietal peritonda kalınlaşma ve komşu barsak ansında kompresyon diğer BT bulgularıdır.

Akut abdominal ağrılı hastada BT incelemede inflamatuvar yağlı lezyon tespit edildiğinde ayırıcı tanıda apendisitis epiploika, divertikülite, omental torsiyon, segmental omental infarkt ve skerozan mezenterit yer alır. Ancak bu 5 hastalık için BT bulgularının bilinmesi tanı koydurucudur (Tablo 1).

Divertikülite heterojen yağlı kitlenin komşuluğunda tipik olarak divertikül ve duvar kalınlaşması gösteren barsak ansı izlenir. Bu sayede divertikülite kolaylıkla apendisitis epiploika'dan ayrılır [7]. Mezenterik yağlı dokunun nonspesifik inflamasyon ve fibrozisi olan skerozan mezenteritte tipik olarak BT incelemede ince barsak mezenterinde vasküler yapılarda itilmeye neden olmayan

Tablo 1. Akut abdominal ağrılı hastada bilgisayarlı tomografi incelemede tespit edilen inflamatuvar yağlı lezyonun ayırıcı tanısındaki yardımcı bulgular

	Yerleşim yeri	Barsak duvarında kalınlaşma	Boyut	Fırıldak işareti	Barsak lümeni dışında hava	Divertikül	Periferik rim	Santral yerleşimli lineer yada yuvarlak dansite
Divertikülit	Mezenterik yada antimezenterik yüz	+ uzun segment	>5	-	+	+	-	-
Apendisitit epiploika	Antimezenterik yüz	Nadir, kısa segment	5 <	-	-	-	+	+
Omental infarkt	Omentum	Nadir, kısa segment	>5	-	-	-	-	-
Omental torsiyon	Antimezenterik yüz	Nadir, kısa segment	>5	+	-	-	-	-
Sklerozan mezenterit	İnce barak mezenterit	-	>5	-	-	-	-	-

yağ içerikli yüksek atenüasyonlu kitle görülür. Sklerozan mezenteritte apendisitis epiploikaya göre kitle daha büyüktür ve tipik olarak mezenter kökünde yer alır. Ayrıca kitle apendisitis epiploikanın aksine kolonik duvarda kesilmeye neden olmaz.

Omental torsiyonda ise heterojen yağlı kitle epiploik apandisitise benzer şekilde tipik olarak kolonun antimezenterik yüzünde yer alır. Ancak epiploik apandisitisin aksine genellikle sağ tarafta izlenir ve etrafında hiperdens bir kılıf bulunmamaktadır. Ayrıca omental torsiyonda oval şekilli yağlı kitle içerisinde torsiyone vasküler yapılara bağlı olarak oluşan fırıldak işareti olarak adlandırılan konsantrik (halka yapmış) lineer çizgiler izlenir. Ek olarak apendisitis epiploika'nın aksine lezyonun boyutu sıklıkla 5 cm' den fazladır.

Omental infarktda ise omentumun santralinde yer alan heterojen kitle üçgen ya da oval şekillidir ve etrafında hiperdens ring izlenmez [5].

Klinik olarak bu beş antitenin ayırıcı tanısı tedavi yöntemlerinin farklılığı nedeniyle oldukça önemlidir. Epiploik apandisitit, sklerozan mezenterit ve omental infarktın tedavisi konservatifken omentum torsiyonunun standart tedavisi cerrahidir [8].

Sonuç olarak primer apendisitis epiploikanın BT bulguları hastalık için karakteristik olup BT bulgularının bilinmesi gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Sirvanci M, Balci NC, Karaman K, Duran C, Karakas E. Primary epiploic appendagitis: MRI findings. Magn Reson Imaging 2002;20(1):137-9.
2. Sirvanci M, Tekelioglu MH, Duran C, Yardimci H, Onat L, Ozer K. Primary epiploic appendagitis: CT manifestations. Clin Imaging 2000;24(6):357-61.
3. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. J Radiol 2008;89(2):235-43.
4. Strömberg C, Johansson G, Adolffson A. Acute abdominal pain: diagnostic impact of immediate CT scanning. World J Surg 2007;31(12):2347-54.
5. Ergün T, Lakadamyali H. The CT frequencies of various non-traumatic acute abdominal emergencies in hemodialysis, peritoneal dialysis patients and the general population. Eur J Radiol 2012;81(1):13-20.
6. Bastidas JG, Danzy LE, Blackwell L, Bostick PJ, Hayden R. Epiploic appendagitis in a 24-year-old woman. Am J Emerg Med 2008;26(7):838.
7. Singh AK, Gervais DA, Lee P, Westra S, Hahn PF, Novelline RA et al. Omental infarct: CT imaging features. Abdom Imaging 2006;31(5):549-54.
8. Yazıcıoğlu MB, Polat C. Surgical treatment of the omentum diseases. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(9):19-21.

How to cite this article:

Ergun T, Lakadamyali H. A Rare Cause of Acute Abdominal Pain: Primary Appendagitis Epiploica. J Clin Anal Med 2015;6(4): 519-21.