

Primer Apendajitis Epiploika: BT Bulguları

Primary Epiploic Appendagitis: CT Findings: Case Report

Dr. Nagihan İNAN,^a
Dr. Arzu ARSLAN^a

^aRadyoloji AD,
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kocaeli

Geliş Tarihi/Received: 29.05.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 11.10.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Nagihan İNAN
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji AD, Kocaeli,
TÜRKİYE/TURKEY
inannagihan@ekolay.net

ÖZET Primer apendajitis epiploika, kolonun epiploik apendiklerinin benign ve kendini sınırlayan nadir bir inflamatuvar hastalığıdır. Hastalar normal veya orta derecede lökositöz değerleri ile birlikte akut karın ağrısı şikâyeti ile başvururlar. Bu bulgular klinik olarak sıklıkla akut apandisit veya divertikülit ile karışabilir. Primer apendajitis epiploika, akut karın ağrısına neden olan ve cerrahi tedavi gerektirmeyen bir hastalık olduğundan diğer cerrahi tedavi gerektiren hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması önem taşımaktadır. Birçok hastada ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile yapılan görüntüleme spesifik bulgular izlenebilir ve böylece pre-operatif hastanın tanısı konabilir. Bu yazıda akut sol alt kadran ağrısı şikâyeti ile acil servisimize başvuran 46 yaşındaki kadın olgudaki primer apendajitis epiploika bulguları sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tomografi tarayıcılar, X-ışını bilgisayarlı; karın, akut; apendiks

ABSTRACT Primary epiploic appendagitis is a rare benign self-limiting process of the colonic epiploic appendices. Patient present with acute abdominal pain, with a normal or moderately raised white blood cell count. These finding often misdiagnoses as clinically acute appendicitis or diverticulitis. The differential diagnosis from other acute abdominal pain which treated by surgery must be done, because this disease does not necessary for surgery. Ultrasonography and computed tomography findings of this condition are characteristic in most patients that allows pre-operative diagnosis. In this report, we present computed tomography findings of primary epiploic appendagitis in 46 year-old woman with left lower abdominal pain.

Key Words: Tomography scanners, X-ray computed; abdomen, acute; appendix

Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2010;17(2):115-7

Spesifik klinik veya laboratuvar bulgusu olmayan primer apendajitis epiploika (PAE), kolonun herhangi bir lokalizasyonunda olabilmekte birlikte en sık rektosigmoid bileşke (%57) ve ileoçekal bölgede (%26) yerleşimlidir. Bu nedenle günlük pratikte sıklıkla akut divertikülit veya apandisit ile karışabilmektedir.¹ Bu hastaların pre-operatif dönemde doğru tanı alabilmesinde radyolojik görüntüleme oldukça önemli role sahiptir. Bu yazıda, klinik olarak akut divertikülit ön tanısı ile servisimizde görüntülenmesi yapılan ve radyolojik olarak PAE tanısı konan olgudaki ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları literatür bilgilerini de gözden geçirerek sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırk altı yaşında kadın olgu 24 saat önce başlayan devamlı karakterde sol alt kadranda ağrısı yakınmasıyla acil servisimize başvurdu. Olgunun yapılan fizik muayenesinde batın sol alt kadranda hassasiyet saptandı. Olguda laboratuvar incelemeleri ve ateş değerleri normal idi. Olgunun USG incelemesinde batın sol alt kadranda sigmoid kolon ile devamlılık gösteren, yaklaşık 1.5 cm çaplı, omentuma ait çevresel ekojenitesi bulunan, heterojen ekoda, komprese olmayan lezyon saptandı (Resim 1). Tarif edilen görünümün öncelikle divertikül ile uyumlu olduğu düşünüldü ve olgunun BT ile değerlendirilmesi önerildi. Olgunun BT incelemesinde ise inen kolonun anterolateral komşuluğunda, silik sınırlı, PAE için karakteristik olan yağ dansitesinde lezyon izlendi (Resim 2). Hastaya PAE tanısı konularak medikal tedavi uygulanan hastanın 10. günde tüm klinik bulguları normale döndü. Olgunun 1 ay sonra tekrarlanan USG'sinde ise patolojik bulguya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Epiplöik apendiksler, çekumdan rektosigmoid bileşkeye dek kolonun serozal yüzeyine lokalize, 0.5-5 cm uzunluğunda, küçük vasküler yapılar ve yağ içeren peritoneal poşlardır. Serbest tenia ve omental tenia boyunca iki sıra halinde uzanım göstermekte olup sayıları 100 kadardır.^{2,3} Kolik arter

dallarından beslenirler ve venöz drenaj tortüöz venler aracılığı ile olur. Bu oluşumlarda, kan akımının zayıf olması ve serbest hareket etmelerini sağlayan pediküllü yapıları nedeniyle torsiyon ve infarktta maruz kalabilmektedirler. PAE nadir izlenmesine karşın sıklıkla torsiyona sekonder veya spontan gelişen vasküler tromboz nedeniyle oluşur. İzleyen inflamatuvar reaksiyon da PAE olarak adlandırılır. PAE, akut divertikülit veya apandisit gibi durumları taklit edebildiğinden ayırıcı tanısının yapılması gerekir.²⁻⁴

PAE akut abdominal ağrının nadir bir nedenidir.^{5,6} Klinik olarak keskin sınırlı lokalize, yayılım göstermeyen abdominal ağrı şeklinde ortaya çıkar ve lokalizasyonuna göre de apandisit veya divertikülit ile karışır. Ağrı, öksürük gibi karın duvarı hareketlerine neden olan durumlarda artar. Nadiren rebaund saptanabilir ancak genellikle defans saptanmaz. Karaciğer fonksiyon testleri ve idrar analizleri normaldir. Tam kan sayımında beyaz hücre sayısı genellikle normal olmakla birlikte bazı yayınlarda nadiren yüksek değerler olabileceği bildirilmiştir.⁶ Genellikle hastalar afebrildir.⁷

Direkt grafi ancak iyileşme sonrası kalsifikasyon oluştuğunda bulgu verir. USG'de kolonun hemen komşuluğunda oval şekilli, hiperekoik etrafında hipoekoik halkası bulunan kitle lezyonu izlenmektedir.^{4,7} Doppler USG'de ise lezyon içerisinde vaskülarizasyon saptanmaması divertikülit gi-



RESİM 1: Klinik semptomların başlangıcından yaklaşık 24 saat sonra yapılan US incelemesinde inen kolon anterior komşuluğunda çevresinde omentuma ait ekojenitesi bulunan heterojen ekoda lezyon izleniyor.



RESİM 2: Klinik semptomların başlangıcından yaklaşık 36 saat sonra yapılan oral ve IV kontrastlı pelvik BT incelemesinde aksiyel kesitte inen kolon hemen anterolateralinde periferde hiperdens rim bulunan yağ içerikli lezyon (ok) izlenmektedir.

bi inflamatuvar patolojilerden ayrımında önemlidir.⁸ PAE'nin BT bulguları spesifik olup perikolik yerleşimli oval veya yuvarlak şekilli, periferik kontrastlanan, yağ dansitesinde lezyon izlenir.⁸ Ek olarak, lezyon merkezinde hiperdensite, viseral ve paryetal peritonda kalınlaşma, kolon duvarında kalınlaşma ve kitle etkisi görülebilir.⁷⁻⁹ Çok kesitli BT ile elde edilen görüntülerin rekonstrüksiyonu ile oluşturulan yüksek rezolüsyona sahip koronal ve sagittal görüntüler ile bulgular daha net ortaya konabilmekte ve primer-sekonder apandajitis epiploika ayrıcı tanısı yapılabilmektedir.¹⁰ Ayrıcı tanıda omentum ma-

jusun torsiyonu ve infarktı yer almaktadır.^{5,7,8} Omentum infarktı daha büyük boyutludur ve sıklıkla sağ tarafta lokalizadur. Omentum infarktının çevresinde hiperdens halka bulunmamaktadır ve kolonun sıklıkla medialinde lokalizadur.⁴

Sonuç olarak akut karın ağrısı şikâyeti ile gelen acil hastalarda gerek radyolog gerekse hastayı takip eden klinisyen tarafından PAE ayrıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle BT ile yapılan radyolojik görüntüleme tanının doğru olarak konması gereksiz yere yapılacak cerrahinin önlenmesini sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Macari M, Laks S, Hajdu C, Babb J. Caecal epiploic appendagitis: an unlikely occurrence. *Clin Radiol* 2008;63(8):895-900.
2. Cakirer S, Savaş MR. [Primary appendagitis epiploica: diagnosis and follow-up with CT]. *Official Journal of the Turkish Society of Radiology* 2004;10(2):147-50.
3. Mollà E, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Roselló-Sastre E. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8(3):435-8.
4. van Breda Vriesman AC, de Mol van Otterloo AJ, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction. *Eur J Surg* 2001;167(10):723-7.
5. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, Bui P, Rieger A, Bazin C, et al. [Radiologic aspects of infarction of the appendix epiploica]. *J Radiol* 1998;79(12):1479-85.
6. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, Kim JS, Kim YH, Rhee PL, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34(4):435-8.
7. Birjawi GA, Haddad MC, Zantout HM, Uthman SZ. Primary epiploic appendagitis: a report of two cases. *Clin Imaging* 2000; 24(4):207-9.
8. Uslu Tutar N, Özgül E, Oğuz D, Cakir B, Tarhan NC, Coşkun M. An uncommon cause of acute abdomen--epiploic appendagitis: CT findings. *Turk J Gastroenterol* 2007;18(2):107-10.
9. 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.e1-2.
10. Jalaguier A, Zins M, Rodallec M, Nakache JP, Boulay-Coletta I, Jullès MC. Accuracy of multidetector computed tomography in differentiating primary epiploic appendagitis from left acute colonic diverticulitis associated with secondary epiploic appendagitis. *Emerg Radiol* 2010;17(1):51-6.