

Primer Omentum Torsiyonu: İlginç Bir Akut Abdomen Nedeni

HUMARY TORSION OF OMENTUM: AN INTERESTING CAUSE OF ACUTE ABDOMEN

Dr.M.Cem TERZİ, Dr.M.Mahir ÖZMEN, Dr.Hakan KULAÇOĞLU,
Dr.Mükerrem CETE, Doç.Dr.Nuri A.KAMA

Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Bu bildiriye, primer omentum torsiyonu olan iki olgu sunuldu. Bu durum sıklıkla akut apandisit taklit etmektedir. Ayrıca, akut kolesistit, peptik ülser perforasyonu, akut pankreatit ve divertikülit gibi diğer akut karın nedenleriyle de karıştırılabilir. Omentumun, spontan olarak kendi eksenini etrafında dönmesi ile meydana gelen primer torsiyon, orijini tam olarak bilinmeyen sağ iliak fossa ağrılarının önemli bir nedeni olabilir. Bu tablo, nadiren preoperatif olarak tanınır. Varlığında, ancak laparalomi ile tanı koyulur. Tedavi, torsiyone, infarkte omentumun eksizyonu şeklindedir.

Anahtar Kelimeler: Primer omentum torsiyonu,
Akut abdomen

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991,2:175-177

Primer omentum torsiyonu akut karının nadir görülen nedenlerindedir (1). İlk olarak 1899'da Eilel tarafından rapor edilmiştir (2). Oldukça ender görülen bir klinik antite olan primer omentum torsiyonu preoperatif olarak nadiren tanınır (3,4). Biz bir acil servis nöbetinde üstüste iki primer omentum torsiyonu olgusu ile karşılaştınca bunları rapor etmek istedik.

Literatürde genellikle akut apandisit kliniğini taklit ettiği bildiren ve preoperatif tanı koyulamayan

Geliş Tarihi: 12.4.1991

Kabul Tarihi: 22.5.1991

Yazışma Adresi: Dr.Cem TERZİ
Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
ANKARA

SUMMARY

Two cases of primary torsion of Greater Omentum are reported. The most common clinical picture of this condition mimics acute appendicitis. The condition is mistaken acute cholecystitis, perforated duodenal ulcer, acute pancreatitis, diverticulitis, etc. Primary torsion with spontaneous derotation of the greater omentum may be an important cause of right iliac fossa pain of obscure origin. The condition is rarely diagnosed preoperative, its presence must be recognized at laparotomy. Treatment is excision of the twisted, infarcted omentum.

KeyWords: Primary greater omental torsion,
Acute abdomen

Turk J Gastroenterohepatol 1991,2:175-177

primer omentum torsiyonu, bizim iki olgumuzdan birinde akut apandisit benzer tablo oluşturmuştur. Diğeri ise fizik muayenesindeki yaygın peritonit bulguları ile peptik ülser perforasyonunu taklit ediyordu (3,5).

I. Olgu

21 yaşında kadın hasta, 28 saat süren sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, kusma ile başvurdu. Ağrı göbük çevresinde başlamış ve daha sonra sağ alt kadranda yerleşmişti. Dizüri tarif ediyordu. Özgeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede; Nabız: 80/dak, ritmik, TA: 130/80 mmHg., Ateş: 36.8 C°, Solunum: 18/dak olarak bulundu.

Sağ alt kadranda palpasyonla ağrı, defans vardı ve ribaund pozitif. İliopsoas, Obturator ve Rovzing testi pozitif. Barsak sesleri normaldi. Rektal muayenede; kitle yoktu, rektum sağ lateral duvarı hassastı.

Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 13.3 gr/dl, İK i %40, BK; 7600/mm³ idi. Tam idrat lekiki normaldi. Ayakla direkt karın grafisinde. »A Akciğer grafisinde patoloji yoktu. EKG normaldi.

Hastada tüm bu bulgularla preoperatif tanı olarak Akut apandisit düşünülürdü. Sağ McBurney insiyonuyla laparotomi yapıldı. Baımda uksiyonel sıvı yoktu. Apendiks normaldi. İlioçekal bölgede kendi eksenini etrafında torsiyone olmuş, 7x6x3 cm. boyutlarında ucu gangrene omentumla karşılaşıldı. Eksplorasyonda başka patoloji bulunamadı. Ucu gangrene, torsiyone olmuş omentum segmenti rezeke edildi. Ayrıca apendektomi de yapıldı.

Patolojik incelemede: Omentumda; geniş kanama alanları içeren matür tipte lipositler izlenmektedir. Apendiks normal olarak saptanmıştır (8665/1990 Doç.Dr.Fchmi Aksoy).

II. Olgu

20 yaşında erkek hasta. Epigastriumda ve sağ alt kadranda ağrı yakınması ile başvurdu. Ağrı başlayalı 24 saate yakın olmuş ve şiddeti giderek artmıştı. Daha çok epigastriuma lokalize kalmış, sonra sağ alt kadrana yayılmıştı. Bulantı, kusma, diyare, dizüri, pollaküri olmamıştı. Özgeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede; Nabız: 90/dak, rilmik, TA: 120/70 mmHg., Ateş: 37.0 C, Solunum: 20/dak idi.

Epigastrium ve sağ üst kadranda belirgin olmak üzere; karında yaygın hassasiyet, müküler defans mevcuttu. Ribaund pozitif. Barsak sesleri normaldi. Rektal tuşe normaldi.

Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 16.1 gr/dl, Hct: %48, BK: 9000/mm³ idi. Tam idrar tetkiki normaldi. PA Akciğer grafisinde bronkovasküler dalanma artışı, Ayakta direkt karın grafisinde bir-iki küçük hava-sıvı seviyesi vardı.

Peptik ülser perforasyonu ön tanısıyla, orta hat insiyonuyla laparotomi yapıldı. Gözlemede, insizyonun hemen altında 10x10 cm. boyutlarında, kendi etrafında kıvrılmış pozisyonda, kısmen hematoma alanları içeren gangrene omentumla karşılaşıldı. Eksplorasyonda başka patoloji saptan-

madı. Torsiyone omentum parçasına rezeksiyon yapıldı. Apendektomi eklendi.

Patolojik incelemede: Omentumda; geniş kanama alanları içeren matür tipte lipositler izlenmektedir. Apendiks normal olarak saptanmıştır (8664/1990 Doç.Dr.Fchmi Aksoy).

Her iki hastada da postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma. Birinci hasta poMop. 3.günde, 2.hasta postnp. 5.günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Primer Omentum torsionu, başka bir intraabdominal inflamasyon veya patolojiye bağlı olmaksızın oluşur (4). Patogenezi açık olarak bilinmemektedir. İlk olgu 1899'da Eitel tarafından bildirilmiştir (2,4,5). 1932 yılında Johnson torsiyon olmayan bir olgu saptadı ve olayı Primer idiyomatik segmental infarktlus olarak adlandırdı (6). Bugüne kadar literatüre yaklaşık 160 kadar olgu sunulmuştur (1). 1959'da, Halligan ve Rabiah, omental infarktüsün çeşitli tiplerini sınıflandırdı (Tablo 1).

Leitner ve arkadaşları primer omentum torsiyonuna yol açan predispozan faktörleri; bifid omentum, aksesuar omentum, dar bir pedikülle bağlı büyük ve geniş omentum gibi omentumun serbest kenarının dil şeklinde uzamasına yol açan farklı anatomik yapılar ve omentum içinde adipoz dokunun düzensiz dağılımı şeklinde sıralamışlardır. Omental venler arterlerden daha geniş ve daha kıvrımlıdır, kısmen fikse olan ana venin çıkış noktaları çevresinde venöz kingler oluşturarak torsiyona neden olabilirler. Omentumun sağ kenarının daha mobil ve daha uzun olması sebebiyle torsiyone olma şansı daha yüksektir (1,5,9).

Torsiyonu kolaylaştırıcı faktörler ise öksürük, gerilme, ağır egzersiz, vücut pozisyonunda ani

Tablo 1. Omentum İnfarktüslerinin Sınıflandırılması*

1. Primer idiyomatik segmental infarktlus
 2. Mekanik torsiyona bağlı segmental infarktlus
 - a) Primer torsiyon (abdominal bulgularla ilişkilendirilmeyen)
 - b) Sekonder torsiyon (herni, tümör, kist, inflamasyon veya adezyon ile ilişkili)
 3. Sistemik bir hastalığa bağlı segmental infarktlus (kardiak, vasküler veya hematolojik hastalıklar)
- *: Halligan ve Rabiah'dan alınmıştır (Infarction of the Greater Omentum: Postgraduate Medicine, 79: 141-43,1986)

değişiklikler gibi omentumun yer değiştirmesine yol açan nedenlerdir (1). Bizim olgularımızda böyle bir faktöre rastlanmamıştır.

Omental infarklüs her yaşta oluşabilir. Fakat orta yaşlı erkeklerde daha yaygındır (10). Bizim ikinci hastamız orta yaşlı bir erkekti. Bildirilen hastaların çoğunda ağrı kısa sürelidir, sıklıkla sağ taraf ve alt kadranda lokalizedir. Bizim her iki vakamızda ise yaklaşık 24 saat süren ağrı söz konusuydu. Uzamış intermittant ve rekürren ağrılarla da bildirilmiştir (7,8). Ağrı en belirgin semptomdur, bulantı ve kusma bazen oluşabilir. Olgularımızdan birinde bulantı ve kusma yakınması varken diğerinde yoktu. Laparatomide, intraperitoneal reaksiyonel sıvı bulunabilir. Biz iki hastamızda da reaksiyonel mayi ile karşılaşmadık. Tedavide infarkte segment eksize edilir. Eğer tedavi edilmeyecek olursa kitlenin atrofiye olduğu ve fibrolik hal aldığı bildirilmektedir. Nadiren otoamputasyondart bahsedilmektedir (1). Bu otoamputasyonlar ve infarkte omentumun kalsifikasyonu radyolojik incelemelerde ve laparotomilerde kalsifiye pelvik kitleler olarak görülebilir.

Primer omentum torsiyonu çok ender görülen ve ilginç bir akut karın nedenidir. Bu klinik antilic ile genellikle laparotomi esnasında karşılaşılır. Bu durumda eksplorasyona devam edilmeli ve sekonder patoloji araştırılmalıdır. Bulunamadığı

takdirde primer omentum torsiyonu tanısı konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al: Principles of Surgery, 5 th. ed. Me draw. New York; 1989,1495-6.
2. Eitel GG. Rare Omental Torsion, N.Y-Med. Res. 1899, 3: 715-6.
3. Amitai Bickel. Mahmoud Haj, etal: Primary Torsion of the Omentum in Children: Isr. J.Med. Sei. 1987. 23: 918-9.
4. Scow Chcon, Rajmohan Nambiar; Primary Torsion of Greater Omentum; Acta Chir. Scand. 1990,156: 171-2.
5. Naomi S, Boxtor; Denyse J. Storey, et al: Infarction of the Greater Omentum; Postgraduate Medicine. 1986. 79: 141-3.
6. Johnson A M : The Greater Omentum and Omental Thrombosis Northwest. Med. 1932, 31: 285-90.
7. Mainzer RA. Simoes A: Primary idiopathic Torsion of the Omentum: Review of the Literature and Reports of Six Cases. Arch. Surg.: 1964. 88: 974-83.
8. Parr NJ, Crosbie RB: intermittant Omentum Torsion- an unusual cause of recurrent pain. Postgraduate Medical Journal; 1989.65: 114-5.
9. Leitner MJ. Jordan CG. Spinner M il et al: Torsion Infarction and Hemorrhage of the Omentum as a Cause of Acute Abdominal Distress; Ann. Surg.; 1952. 135: 103-110.
10. Anthony D. Quinn. Rishyur K: Johthi, Idiopathic Segmental Infarction of the Greater Omentum: Postgraduate Medicine 1986.79: 134-11.