

# PRİMER SEGMENTAL OMENTUM NEKROZU

## Dr.Necati ÖZEN, Dr.Zafer MALAZGİRT, Dr.Kayhan ÖZKAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. SAMSUN

Primer segmental omentum nekrozu sebebi bilinmeyen, omentumun akut vasküler bir bozukluğudur. Literatürde bildirilmiş 120 kadar vaka mevcuttur (1). Sıklıkta akut apandisit ve akut kolesistiti taklit eden ve tanısı genellikle intraoperatif konulabilen bu patolojiye cerrahların sık karşılaşmalarını nedeniyle kliniğimizde tedavi edilen bir vaka takdim edilmiştir.

### VAKA TAKDİMİ

37 yaşında erkek hasta; Kliniğimize bir gün önce yemek sonrası karının sağ yanında ve sağ üst kadranda ağrı nedeni ile başvurdu. Ağrısının aynı şiddette ve sürekli olup, öksürükle, derin nefes almakla ve yürümekle arttığını ifade etti. İştahsızlık, bulantı, kusma tanımlamadı. Travma öyküsü yoktu. Öz ve soygeçmişinde özellik saptanamadı. Fizik incelemede; Ateş: 38°.5c, Nb: 90/dk, KB: 130/70 mmHg. Karın sağ üst kadranda ve perimobilikal bölgelerinde palpasyonla duyarlılık, defans ve rebound mevcuttu. Barsak sesleri hipoaktif olup, rektal tuşe normal değerlendirildi. Hafif lökositoz (10.800) dışında rutin laboratuvar testleri normaldi. Yatarak veya ayakta direkt karın grafilerinde özellik yoktu. Abdominal ultrasonografide patolojik sonografik görünüm izlenemedi. Hasta akut apandisit aynı gün ameliyata alındı. Eksplozasyonda apandiks ve safra kesesi normal bulundu. Minimal serbest seroz-angino sıvı mevcuttu. Omentum sağ kenarı karın ön duvarına yapışık. Yapışıklık ayrıldığında 6x3 cm'lik bir trianguler omentum parçasının nekrotik olduğu gözlenerek parsiyel omentektomi yapıldı. Spesmenin histopatolojik incelenmesi venöz tromboz, hemorajik nekroz, yağ nekrozu ve yer yer immatür fibroblastların gözlendiği kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu olarak rapor edildi. Postop dönemi iyi seyreden hasta 5. gün taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Primer omentum nekrozu endotel zedelenmesine sekonder olarak gelişen omental ven trombozu nedeniyle oluşur (1). Herni, adezyon, vaskülit, tümör ve travma öyküsü olan sekonder vakalar cinsiyet farkı gözetmeden her yaşta görülürken primer omentum nekrozu daha çok 4. ve 5. dekatta görülür. Patolojiye predispozisyon yaratan faktör-

ler; (1) özellikle ağır bir yemek sonrası öksürme, ak-sırma yada yük kaldırma nedeni ile omental venlerin aşırı gerilmesi/yırtılması, (2) aşırı yağlı omentumun yerçekimi etkisiyle gerilmesi, (3) omentum venöz drenajında bir anatomik bozukluk nedeni ile oluşan venöz trombozdur (2). Omentum sağ alt segmenti çok mobil ve oldukça yağlı olduğu için en sık etkilenen kısımdır. İnfarkt bölgesi 2 cm ile 20 cm arasında değişip genellikle triangulerdir ve paryetal peritona veya komşu abdominal oluşumlara sıkıca yapışmıştır. Karın içinde değişik miktarlarda seröz-angio-sıvı bulunabilir. Mikroskopik muayenede yağ nekrozu, venöz tromboz, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve hemorajik infarktüs belirgin özelliklerdir (1).

Klinik belirtiler nonspesifik olup primer şikayet karın ağrısıdır. Ağrı birçok vakada ani başlayan, süreklilik gösteren, yayılmayan ve hareketle artan bir karakterdedir. Lokalizasyonu nekrotik kısmın yeriyle ilgilidir. Lezyon sıklıkla sağ alt kenarda olduğundan semptom ve klinik bulgular da karın sağ kısmındadır. Bulantı, kusma, ishal, kabızlık gibi semptomlar genellikle bulunmaz. Muayenede nekroz bölgesinde lokalize hassasiyet, defans ve rebound bulunabilir. Nekrotik omentum yeterince büyük olduğunda hastalığın tek patognomonik bulgusu sayılabilecek mobil-hassas kitle palpe edilebilir. Hastalarda 38°.5 c üzerine nadiren çıkan hafif ateş ve orta derecede lökositoz mevcuttur. Akut karın nedeni olabilecek diğer patolojileri (özellikle akut apandisit ve akut kolesistiti) akerte etmek güç olduğundan genellikle ameliyat kaçınılmazdır.

Bizim vakamızda da hastanın öykü ve klinik bulguları tanıyı akut apandisit ve akut kolesistiti üzerinde yoğunlaştırmamıza neden oldu. Abdominal US de akut kolesistiti destekleyen bulgular olmadığından akut apandisit tanısı ile ameliyata alındı.

Preop tanı konulabilen vakalarda konservatif yaklaşımda önerilmekte ise de geç dönemde adezyon nedeniyle oluşabilecek komplikasyonları önlemek için nekrotik omentumun rezeksiyonu önerilen tedavi şeklidir.

### KAYNAKLAR

1. Crofoot, D.D.: Spontaneous segmental infarction of the greater omentum. American Journal of Surgery, 139:262-264, 1980.
2. Wrzesinski, J., Firestone, S.: Primary idiopathic segmental infarction of the omentum. Surgery, 39:663-665, 1965.