

# Primer apendajitis epiploika: Konservatif tedavi edilen iki olgu

Primary epiploic appendagitis: Two patients treated with conservative measures

Bülent Kaya\*, Yalım Uçtum\*\*

*Primer apendajitis epiploika (PAE) nadir rastlanan klinik bir durumdur. Hastalar acil servise genellikle akut karın ağrısı şikayeti ile başvurlar. Hastalık akut karını taklit ederek gereksiz laparotomilere sebep olabilir. PAE tanımlı hastaların birçoğu konservatif olarak tedavi edilebilir. PAE tanısı konan iki hastayı sunuyoruz. Hastalar akut karın ağrısı ve akut karın bulguları ile başvurdu. PAE tanısı ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile kondu. İki hasta da konservatif yöntemlerle başarı ile tedavi edildi. Konservatif tedavinin başarısızlığı durumunda cerrahi gerekli olacaktır.*

**Anahtar Kelimeler:** Primer apendajitis epiploika, akut karın, konservatif tedavi

\*Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul, Türkiye  
\*\*Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul, Türkiye

Dr. Bülent Kaya  
E-posta: drbkaya@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: 06.07.2010  
Makale Kabul Tarihi: 03.08.2010

## GİRİŞ

Apendiks epiploika (AE), kolon duvarında seroza ile kaplı, pediküllü, yağ dokusuna zengin oluşumlardır. Sıklıkla transvers ve sigmoid kolonda yerleşirken, tüm kolonda 50 ile 100 adet arasında AE bulunur. Arteriyel beslenmelerinin zayıflığı ve serbest hareket edebildikleri pediküllü yapıları nedeni ile torsiyon ve infarkt ile kolaylıkla karşılaşabilirler (1,2). Kolon peristaltizmine yardım ve büyük omentum benzeri mekanik koruma görevleri olduğu ifade edilmiştir.

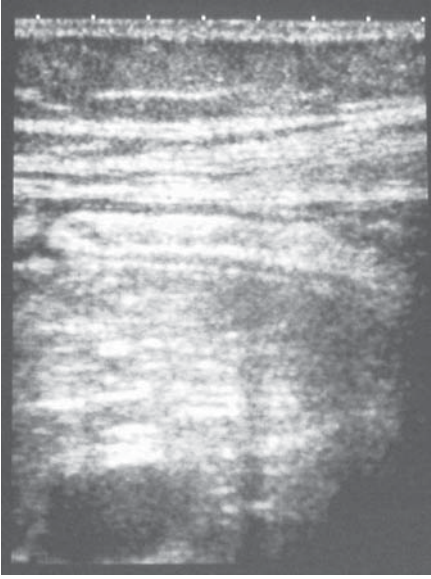
Primer apendajitis epiploika (PAE), torsiyon sonrası gelişen çevre dokuların inflamasyona katıldığı akut bir durumdur. AE inflamasyonunun karın içi diğer organlardaki enfeksiyonlara bağlı geliştiği olgular sekonder apendajitis epiploika olarak adlandırılmıştır. PAE, kolon üzerinde, bulunduğu lokalizasyona göre apandisit, divertikülit ve kolesistit gibi cerrahi patolojileri taklit edebilir. Genellikle konservatif tedaviye yanıt veren PAE, tanı konamayan olgularda gereksiz laparotomilere neden olabilir.

Kliniğimize akut karın ağrısı nedeni ile başvuran iki hastaya PAE tanısı kondu. Hastalar konservatif yöntemlerle başarı ile tedavi edildiler. Bu iki olguyu literatür taraması ile birlikte sunuyoruz.

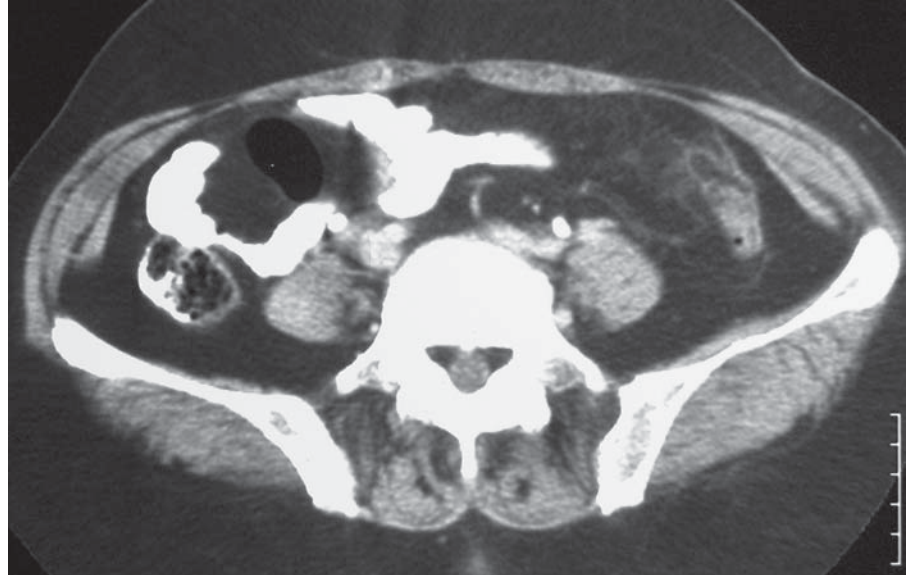
## OLGU 1

Otuz bir yaşında erkek hasta üç gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Anamnezinden herhangi bir kronik hastalığı olmadığı ve devamlı bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Hastanın arteriyel tansiyonu:120/80 mm/Hg, ateş (aksiller): 37.1 C olarak tespit edildi. Fizik muayenede karın sol alt kadranda lokalize hassasiyet mevcuttu. Rebound testi pozitif olarak değerlendirildi. Defans bulgusu yoktu.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 12 300, Hgb: 12.5 Htc: 37.2 olarak bulundu. Tam idrar tetkiki ve biokimya tetkikleri (glukoz, üre, kreatin, AST ve ALT) normal idi. Hasta akut karın şüphesi ile oral alımı kesilerek damar yolu açılıp müşahadeye alındı. Yapılan tüm karın USG tetkikinde inen kolon distal kesimi medial komşuluğunda yaklaşık 30x22 mm boyutlarında, hafif hiperemik, ekojen yumuşak doku alanı görüldü. Bu düzeyde kolon seroza sınırları silikti. Bu USG bulgularının apendajitis epiploika ile uyumlu olduğu rapor edildi. Hastanın tedavisine Ampisilin+ Sulbactam 1 gr IV ve Metranidazol 500 mgr eklenerek devam edildi. Daha sonra Ampisilin+ Sulbactam 375 mgr oral tablet 2x1 başlanarak hasta taburcu edildi. Beş gün sonra yapılan kontrolde hastanın tüm şikayetlerinin gerilediği tespit edildi.



**Resim 1.** Kolon komşuluğunda yağlı dokuda ekojenite artışı



**Resim 2.** Bilgisayarlı tomografide kolon mezenterinde inflamasyon bulguları

## OLGU 2

Altmış üç yaşında bayan hasta aynı gün başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Karın ağrısı dışında şikayet bildirmedi. İlk muayenesinde arteriyel tansiyon: 130/80 mmHg, ateş (aksiller): 36.2°C ve sol alt kadranda inguinal bölgeye doğru yayılan ağrı ve hassasiyet tespit edildi. Rebound hassasiyeti ve defans yoktu.

Hastanın tam kan sayımı, tam idrar tetkiki ve rutin biyokimya tetkikleri normal sınırlar içerisinde idi. Ayakta direkt ka-

rın grafisinde yaygın kolon gazı olduğu görüldü. Tüm karın USG tetkikinde sol alt kadranda inen kolon inferior komşuluğunda yağ planlarında hafif ekojenite artışı tespit edildi (Resim 1). Kontrastlı alt karın bilgisayarlı tomografide inen kolon, sigmoid kolon bileşkesi medial komşuluğunda mezenterik inflamasyon bulguları tespit edilerek apendajitis epiptoika tanısı kondu (Resim 2).

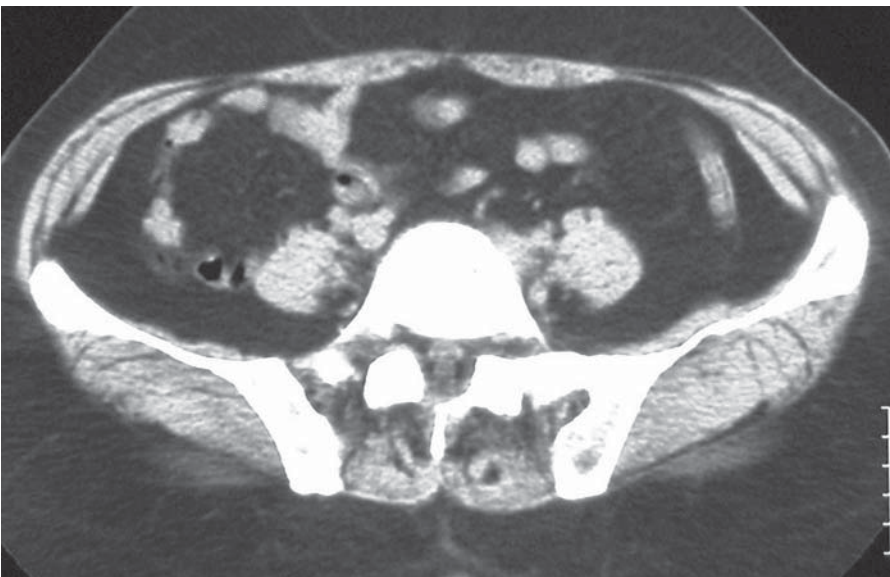
Hastaya Ampisilin+Sulbaktam 375 mgr/gün tablet 2x1 ve naproksen sodyum tb

2x1 başlanarak 5 gün sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Beş gün sonra yapılan kontrollerde hastanın şikayetlerinin tamamen geçtiği belirlendi. Yirmi gün sonra yapılan bilgisayarlı tomografi tetkikinde inflamasyon bulgularının tamamen gerilediği tesbit edildi (Resim 3).

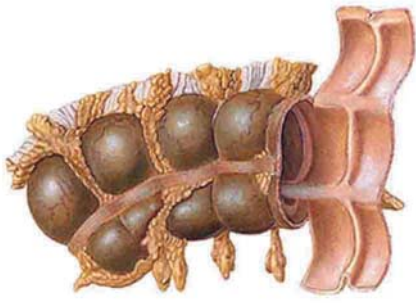
## TARTIŞMA

AE ilk kez 1543 yılında anatomist Vesalius tarafından tanımlanmıştır (Şekil 1). Embriyonik dönemin 4. ayında oluşmaya başlayan AE erişkin dönemine kadar rudimenter olarak kalır. Yağdan zengin yapıların pedikülünde, bir veya iki küçük arter ve ven bulunur. AE pedikülünden gelişen torsiyon veya damarsal trombozlar, inflamasyonla seyreden PAE tablosuna sebep olur (3). PAE, hemorajik epiploit, apandijitis gibi isimlerle de bilinmektedir. PAE nadir rastlanan klinik bir patoloji olarak daha çok genç erişkinleri ve obez kişileri etkiler. İnsidansı 1 milyonda 8.8 olgu olarak belirtilmiştir (4). Hastalık özellikle 40'lı yaşlarda artış gösterir (5). Son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ile PAE ile daha sık karşılaşılmaktadır. Kolonun her segmentinde görülmekle birlikte, sigmoid kolon en sık etkilenen bölgedir. Toplam 106 hastanın incelendiği geniş bir seride, kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşit olarak bulunmuştur (6).

Hastaların çoğu ani başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvururlar. Karın ağrısı herhangi bir kadranda olabilir. En



**Resim 3.** Kontrol bilgisayarlı tomografide inflamasyon bulgularının gerilediği tesbit edildi



Şekil 1. Kolon duvarında apendiks epiploikaların görünümü.

sık sağ ve sol alt kadrantlarda tesbit edilir. Karın ağrısına bulantı ve kusma şikayetleri eklenebilir. PAE, akut apandisit, akut kolesistit ve akut divertikülit gibi cerrahi patolojileri taklit edebilir. Birinci olgumuz akut karın ve divertikülit ön tanısı ile müşahadeye alınmıştır. Fizik muayenede, karın sağ veya sol alt kadrantlarda hassasiyet en sık rastlanan bulgulardır. Rebound hassasiyeti genellikle tesbit edilmez (7). Ateş, taşikardi nadirdir. Lökosit sayısı normal ya da minimal artmıştır. Bir olgumuzda rebound hassasiyet tespit edilirken bir olguda da lökosit sayısı artmış olarak bulunmuştur. Spesifik bulguları olmadığından PAE tanısı koymada güçlük yaşanabilir.

Geçmiş yıllarda PAE çoğunlukla laparotomi ile teşhis edilebilmiştir. Günümüzde PAE şüphesi olan hastalarda USG, ucuz ve non-invaziv bir teknik olarak kullanılabilir. USG'de kolon komşuluğunda iyi sınırlanmış, komprese olmayan hipoekoik karakterde kitle lezyonu ve çevresinde hipoekoik bir rim bulunur. Renkli doppler USG'de lezyon içerisinde kan akımı tesbit edilemez (8-10). Bu görüntü PAE'nin apandisit ve divertikülitten ayırt edilmesini sağlar. PAE teşhisinde bilgisayarlı tomografi altın standart olarak kabul edilir. Normal AE BT'de görülmez. İnflamasyon sonrasında BT'de PAE yağ dansitesine sahip pediküllü bir yapı olarak görülür. Legome ve ark. 19 hastalık serilerinde, tüm hastalarda tanıyı BT ile koymuşlardır (11). Hastalarımızdan birinde tanı BT ile konmuş, takipleri kontrol BT'si ile yapılarak inflamasyonun tamamen gerilediği tesbit edilmiştir. MR direk tanı için gerekli olmamakla beraber çevre mezenterik dokudaki inflamasyon yaygınlığını ortaya koymada yararlı olabilir. Laparoskopik bazı seçilmiş olgularda başarı ile uygulanmıştır (12). Diagnostik laparoskopide tespit edilen PAE, yine laparoskopik yöntemle rezeke edilebilir.

PAE tedavisi tartışmalıdır. PAE genel olarak kendini sınırlayan, benin seyreden bir hastalıktır. Birçok olgu, konser-

vatif parametreler ile tedavi edilebilir. Anti-inflamatuvar kullanımı önerilirken, antibiotik kullanımı komplike olmayan olgularda gereksizdir. Hastalar ayaktan takip edilirken hastane yatışı çoğu zaman gerekmez. Bazı olgularda perikolik apse, tedaviye rağmen gerilemeyen inflamasyon tablosu ile karşılaşılabılır. Sand ve ark. 10 hastayı sundukları raporlarında nüks problemini gündeme getirmiş ve konzervatif tedavi sonrası 4 hastada benzer şikayetlerin tekrarladığını bildirmişlerdir (13). Hastalarda nüks ve, inflamasyona sekonder gelişen intraabdominal yapışıklıkları önlemede laparoskopik müdahaleyi gündeme getirmişlerdir. İnflamasyonun eksizeyonu sırasında, altta bulunabilecek bir divertikül gözden kaçırılmamalı, böyle bir durumda kolon serozası inverte edilmelidir. Biz iki olgumuzu konservatif yöntemlerle başarı ile tedavi ettik. Yaklaşık bir ve iki aylık takiplerde sorun yaşanmadı.

Sonuçta PAE, BT gibi görüntüleme yöntemlerinin de kullanımının artması ile birlikte ileriki yıllarda daha sık karşılaşıcağımız bir patoloji olacaktır. Akut karını taklit eden bir hastalık olarak önemlidir. Birçok olguda konservatif yaklaşım tedavi için yeterlidir.

## SUMMARY

### Primary epiploic appendagitis: Two patients treated with conservative measures

Primary epiploic appendagitis (PEA) is a rare clinical entity. The patients are usually admitted to the emergency room with acute abdominal pain. It may mimic acute abdomen and causes unnecessary laparotomies. Most of the patients with PEA can be treated

conservatively. We are presenting two patients diagnosed with PEA in this report. The patients presented with acute abdominal pain and findings of acute abdomen. The diagnosis was established with ultrasonography and computerized tomography. They were managed successfully with conservative treatment. Surgery is indicated in case of unsuccessful conservative therapy.

**Key Words:** Primary epiploic appendagitis, acute abdomen, conservative treatment

\*Bu makalede çıkar çakışması söz konusu değildir.

## KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:  
Bülent Kaya, Yalın Uçtum

## Verilerin elde edilmesi:

Yalın Uçtum

## Verilerin analizi ve yorumlanması:

Bülent Kaya

## Yazının kaleme alınması:

Bülent Kaya

## İstatistiksel değerlendirme:

-

## KAYNAKLAR

1. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, Morote V, Rosello-Sastre E. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. Eur Radiol 1998; 8:435-438.
2. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, Bui P, Rieger A, Bazin C, Tortuyaux JM, Régent D. Radiologic aspects of infarction of the appendix epiploica. J Radiol 1998;79:1479-1485.
3. Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: A review of 1320 patients. Surg Endosc 2005; 19:882-885. DOI:10.1007/s00464-004-8866-1

4. 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 ;89:235-243.
5. Carmichael DH, Organ CH Jr. Epiploic disorders. Conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg* 1985; 120:1167-1172.
6. Fieber SS, Forman J. Appendices epiploicae:clinical and pathological considerations: report of three cases and statistical analysis on one hundred and five cases. *Arch Surg* 1953, 66: 329-338.
7. McMahon AJ, Hansell DT. Primary appendicitis epiploicae mimicking acute appendicitis. *Postgrad Med J* 1988;64:903-905. DOI:10.1136/pgmj.64.757.903
8. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA:Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics* 2005; 25:1521-1534. DOI:10.1148/rg.256055030
- 9.. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, Rosello E: Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol* 1998;8:435-438.
10. Rao PM, Wittenberg J, Lawarason JN: Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. *Radiology* 1997; 204:713-717.
11. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002; 22:9. DOI:10.1016/S0736-4679(01)00430-9
12. Vazquez-Frias JA, Castaneda P, Valencia S, Cueto J. Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen. *JSLs* 2000; 4:247-250.
13. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steinstraesser L, Mann B. Epiploic appendagitis--clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg.* 2007;1:11. DOI:10.1186/1471-2482-7-11