

Primer apendajitis epiploika: BT ile tanı ve takibi

Sinan Çakırer, Mahmut R. Savaş

S. Çakırer (✉)
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği,
İstanbul

M. R. Savaş
SSK Vakıf Gureba Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Primer apendajitis epiploika (PAE), kolonun epiploik apendikslerinin benign ve kendi kendini sınırlayıcı nadir bir inflamatuvar hastalığı olarak bilinmektedir. Cerrahi gerektiren bir hastalık olmamasına rağmen cerrahi tedavi gerektiren akut abdominal hastalıkları taklit ettiği için tanısının doğru ve erken konulması klinik olarak önem taşımaktadır (1-5).

Çalışmamızda kliniğe akut karın ağrısı şikayeti ile gelen ve abdominopelvik bölgeye yönelik bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanısı konulup takibi yapılan PAE olgusunun görüntüleme bulguları tartışılmıştır.

Olgu bildirisi

Kırkbeş yaşında erkek hasta son iki gündür giderek artan sol alt kadranda yerleşimli karın ağrısı şikayeti ile kliniğe başvurdu. Hastanın yapılan fizik incelemesinde karın sol alt kadranda hassasiyet, 38-38.5 °C civarında seyreden ateş saptandı. Serolojik testlerde anlamlı bulgu izlenmezken tam kan sayımında beyaz küre sayısının 8500 olduğu görüldü.

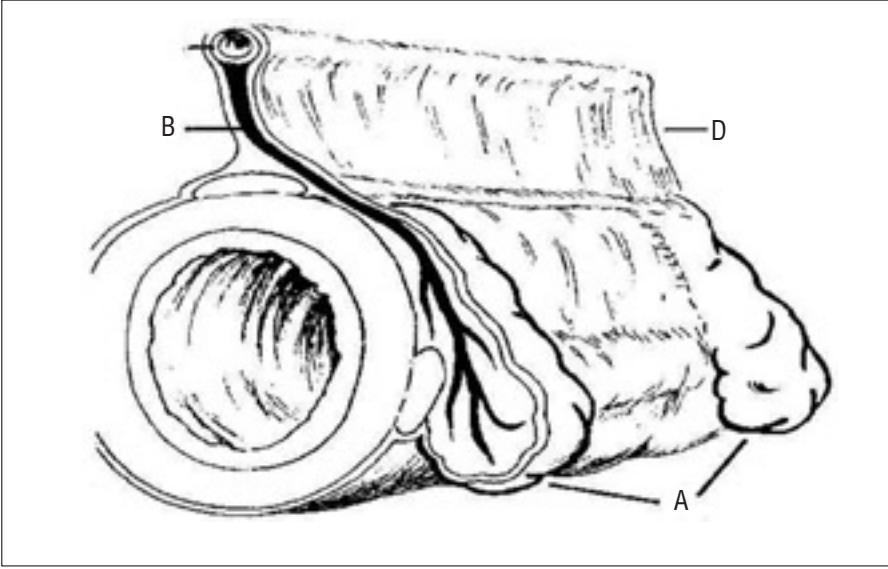
Hastaya yapılan abdominopelvik ultrasonografi incelemesinde anlamlı bulgu saptanmaması ve ağrıya azalma olmaması üzerine klinik bulguların başlangıcının ikinci gününde bu bölgeye yönelik 10 mm'lik devamlı kesitlerle kontrastsız ve kontrastlı BT çalışması yapıldı. Yapılan BT incelemede inen kolonun hemen anterolateral komşuluğunda, normal periton yağına göre hafifçe daha yoğun olduğu izlenen, silik sınırlı ve yüksek dansitede periferik bir rim ile çevrili yağlı bir lezyon sahası görüldü (Resim 1).

Yapılan abdominopelvik BT incelemesi sonrası hastaya primer apendajitis epiploika tanısı konularak konservatif medikal tedavi başlandı. Hastanın klinik bulguları yedinci gününde hemen bütünüyle regrese oldu ve yapılan kontrol BT incelemesinde de ilk BT incelemede saptanan yağlı lezyon sahasının hafif rezidüel bir infiltrasyon alanı haricinde bütünüyle kaybolduğu görüldü (Resim 2).

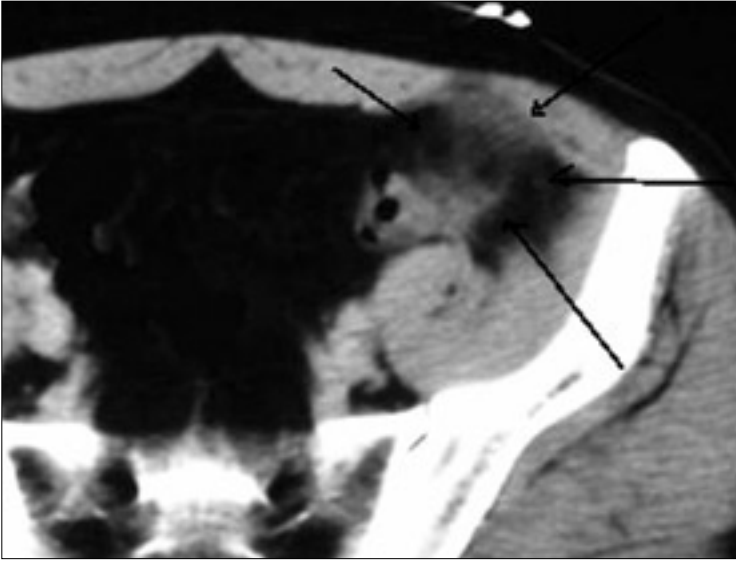
Onuncu günde hastanın tüm klinik bulguları ve beyaz küre sayısı normale döndü.

Tartışma

Epiploik apendiksler, peritonla örtülü 2-5 cm uzunluğunda yağ içeriği zengin oluşumlar olup sayıları 100 kadardır (Çizim). Epiploik apendiksler, çekumdan başlayıp sigmoid kolon düzeyine dek serbest tenia ve omental tenia boyunca iki sıra halinde uzanım göstermektedirler.



Çizim. Kolonun kesitsel diagramında epiploik appendiks (A), kolik arter (B), besleyici düz arter (C) ve mezokolon (D) arasındaki ilişki görülmektedir.



Resim 1. Hastanın kliniğinin ikinci gününde yapılan kontrastlı abdominopelvik BT incelemesinde aksiyel kesitte inen kolonun hemen anterolateralinde normal periton yağına göre daha dens olduğu görülen ve periferinde dens bir rimi bulunan yağlı kitle formasyonu (oklar) görülmüştür.

İnen ve sigmoid kolonlar seviyesinde en geniş çaplarına ulaşırken transvers kolon seviyesinde en küçük çapta bulunmaktadır. Kolik arter dallarından beslenen bu oluşumlar, gerek aldıkları kan akımının zayıf olması ve gerekse de serbest hareket etmelerini sağlayan pediküllü yapıları nedeniyle torsiyon ve infarkta kolaylıkla maruz kalmaktadırlar (6).

Epiploik apendikslerin inflamasyonu olarak tanımlanan PAE, bu oluşumların torsiyonu veya spontan geli-

şen arteriyel trombozu nedeniyle oluşan akut lokalize bir karın ağrısına neden olmaktadır. Sigmoid kolon ve çekuma ait apendikslerin tutulumu muhtemelen daha büyük boyutta ve elonge olmaları nedeniyle daha sık görülmektedir (1,6,8-10). PAE, kendisi cerrahi gerektiren bir durum olmamasına rağmen acil cerrahi gerektiren akut divertikülit veya apandisit gibi durumları taklit edebilmektedir. BT ile yapılan çalışmalarda PAE'lerin sol tarafta daha sık görüldüğü bildirilmiş olup akut

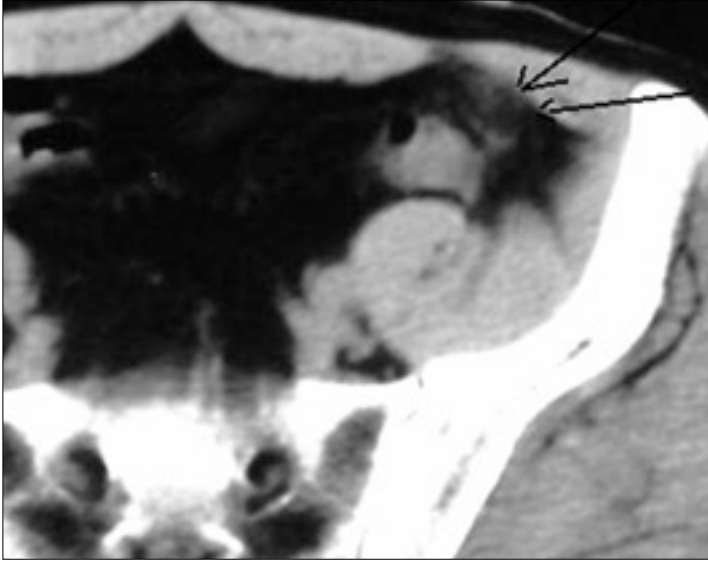
karın tablolarında kesitsel görüntüleme yöntemlerinin daha sık kullanılmasıyla sol kolonda yerleşimli PAE'lerin prevalansının artması da olasıdır (1,2,5,7).

PAE her yaşta görülmekle beraber daha çok 2. ve 5. dekatlar arasında saptanmakta ve obez hastaları daha fazla etkilemektedir. Hastalar kliniğe akut başlayan lokalize karın ağrısı ile başvurmakta, ancak bu ağrı konservatif tedavi ile 3-7 gün içerisinde gerilemektedir. Ateş ve beyaz kan hücresi sayısında artış eşlik eden laboratuvar bulguları olarak görülebilir. PAE'nin gerçek insidansı bilinmemektedir. Fakat günümüzde akut karın ağrısı ile kliniğe gelen hastalarda radyolojik görüntüleme yöntemlerinin daha yaygın kullanılması nedeniyle daha sık tanısının konulduğu bildirilmektedir (8,11,12).

PAE'de cerrahi olarak çıkartılan apendikslerin yapılan histopatolojik çalışmada yağ nekrozu, inflamatuvar hücreler, perivasküler kanama elementlerinin eşlik ettiği tromboze damarların varlığı ile karakterize akut infarkt bulguları saptanmıştır (4,13).

Ultrasonografide kolonun hemen komşuluğunda iyi sınırlanmış, komprese olmayan, ovoid ve hiperekoik karakterde kitle lezyonu ve çevresinde hipoekoik bir rim dikkat çekicidir. Kolon duvarında inflamasyona ait bulgular izlenmemektedir. Renkli Doppler US'de lezyon sahasında kan akımı saptanamamaktadır (4,14,15).

PAE, BT incelemede oldukça patognomonik sayılabilecek bir görünüme sahiptir. Perikolonik yerleşimli oval veya yuvarlak şekilli, komşu periton yağına göre hafifçe daha dens olmakla beraber yağ dansitesine sahip pediküllü bir yapı olarak izlenmektedir. Tanımlanan lezyon sahası yüksek dansiteli periferik bir rim ile çevrili olup seroza tabakasındaki inflamasyonu temsil etmektedir, bu görünüm ultrasonografideki hipoekoik rime karşılık gelmektedir. Hastalığın akut döneminde komşu paryetal ve viseral periton yapraklarında izlenen kalınlaşma hastaların hemen tamamında görülmektedir. Lezyonun ortasında trom-



Resim 2. Kliniğinin yedinci gününde alınan aksiyel BT görüntüde yağlı kitle lezyonunun büyük oranda gerilediği görülüyor (oklar).

boze vene karşılık gelen çizgisel veya noktasal bir dansite görülebilir. Ayrıca BT incelemede perikolonik yağ dokusunda iltihabi çizgilenmeler de görülebilmektedir. MRG, hastalığın tanısı için gerekli olmasa da peritonda ki inflamatuvar değişiklikleri ve yaygınlığını göstermek açısından faydalı olmaktadır (4-9,11,12).

Laparoskopinin seçilmiş bazı hastalarda, özellikle ağrının süreklilik kazandığı durumlarda faydalı olduğu, morbiditeyi ve hastanede kalma süresini azalttığı bildirilmiştir (4,13).

Hastalığın takibinde yapılan radyolojik görüntüleme bulguları zamanla değişkenlik gösterebilmektedir. Ancak gerek US ve gerekse BT inceleme ile lezyonun boyutunda giderek azalma, inflamatuvar değişikliklerde ve periton kalınlaşmasında rezolüsyon olması beklenmektedir. İnfarkta uğramış yağlı dokunun involüsyona uğradığı ve fibroz doku ile organize oldu-

ğu görülür. Nadir olarak da lezyon sahasında kalsifikasyon ve detaşman oluşabilir, bu durumda peritonda serbest cisimcikler (periton fareleri) görülebilir (4,6,7,12).

Omentum majusun primer torsiyonu veya infarktı görüntüleme bulguları ile PAE'yi taklit etse de genellikle daha büyük bir kitlesel lezyonun varlığı ve sağ taraflı yerleşim göstermesi tipiktir. Ayrıca omentum infarktının etrafında hiperdens bir kılıf bulunma-

maktadır ve omentum infarktı kolonun anterolateralinde yerleşme eğilimi gösteren PAE'den farklı olarak inen ve çıkan kolonların daha çok medialinde lokalize olmaktadır. Apandisit, divertikülit, akut kolesistit ve jinekolojik hastalıklar da PAE'nin ayırıcı tanısında yer almakla beraber tipik lokalizasyonlarıyla, eşlik eden radyolojik ve klinik bulgularla kolaylıkla ayırt edilebilecek karakteristik özellikler taşımaktadır. Sekonder apendajitis epiploica (SAE) ise komşu organların divertikülit, akut apandisit, akut kolesistit gibi inflamasyonlarına sekonder gelişmekte olup PAE'de inflamasyon perikolik bölgeye sınırlı izlenirken SAE'de kolon duvarında kalınlaşma, lümeninde daralma, perikolik sıvı koleksiyonu, apse veya hava kabarcıklarının varlığı görülmektedir, ayrıca SAE'de PAE'den farklı olarak çok sayıda epiploik apendiks görünür hale gelmektedir (2,3,5,6,8,10).

Sonuç olarak PAE, akut karın ağrısı şikayeti ile gelen acil hastalarda, gerek radyolog ve gerekse hastayı takip eden ilgili hekim tarafından ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir hastalık olup bu çalışmada PAE tanısı konulan bir olgu üzerinde radyolojik bulgular tartışılmıştır.

PRIMARY APPENDAGITIS EPILOICA: DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP WITH CT (CASE REPORT)

Primary appendagitis epiploica is a rare benign self-limiting inflammatory condition of the colonic epiploic appendices. It causes acute localized abdominal pain thought to be the result of torsion or spontaneous vascular thrombosis of epiploic appendices. This is a non-surgical situation that clinically mimics other conditions requiring surgery such as acute diverticulitis or appendicitis. In this report, CT findings of this rare disease are presented at the stage of initial diagnosis and follow-up.

Key words: • appendix • inflammation, • tomography, x-ray, computed

Tani Girisim Radyol 2004; 10:147-150

Kaynaklar

1. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation (1). J Emerg Med 2002; 22(1):9-13.
2. Legome EL, Sims C, Rao PM. Epiploic appendagitis: adding to the differential of acute abdominal pain. J Emerg Med 1999; 17(5):823-826.
3. Rao PM. CT of diverticulitis and alternative conditions. Semin Ultrasound CT MR 1999; 20(2):86-93.
4. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. Radiology 1994; 191(2):523-526.
5. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. Radiographics 2000; 20(2):399-418.
6. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, et al. Radiologic aspects of infarction of the appendix epiploica. J Radiol 1998; 79(12):1479-1485.
7. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, Morote V, Rosello-Sastre E. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. Eur Radiol 1998; 8(3):435-438.
8. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. Radiology 1997; 204(3):713-717.
9. van Breda Vriesman AC, de Mol van Otterloo AJ, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction. Eur J Surg 2001; 167(10):723-727.
10. Vriesman AC, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction: pitfalls and look-alikes. Abdom Imaging 2002; 27(1):20-28.

11. Birjawi GA, Haddad MC, Zantout HM, Uthman SZ. Primary epiploic appendagitis: a report of two cases. *Clin Imaging* 2000; 24(4):207-209.
12. Sirvanci M, Tekelioglu MH, Duran C, et al. Primary epiploic appendagitis: CT manifestations. *Clin Imaging* 2000; 24(6):357-361.
13. 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(3):247-250.
14. Danse EM, Van Beers BE, Baudrez V, et al. Epiploic appendagitis: color Doppler sonographic findings. *Eur Radiol* 2001; 11(2):183-186.
15. Lee YC, Wang HP, Huang SP, et al. Gray-scale and color Doppler sonographic diagnosis of epiploic appendagitis. *J Clin Ultrasound* 2001; 29(3):197-199.