

Inguinal herni içerisinde gelişen epiploik apendajitis: klinik ve BT bulguları

Hüseyin Özkurt, Ozan Karatağ, Ercan Karaarslan, Muzaffer Başak

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji (H.Ö. ✉ drhozkurt@yahoo.com, O.K., M.B.) ve V.K.V. Amerikan Hastanesi, Radyoloji (E.K.) Anabilim Dalları, İstanbul.

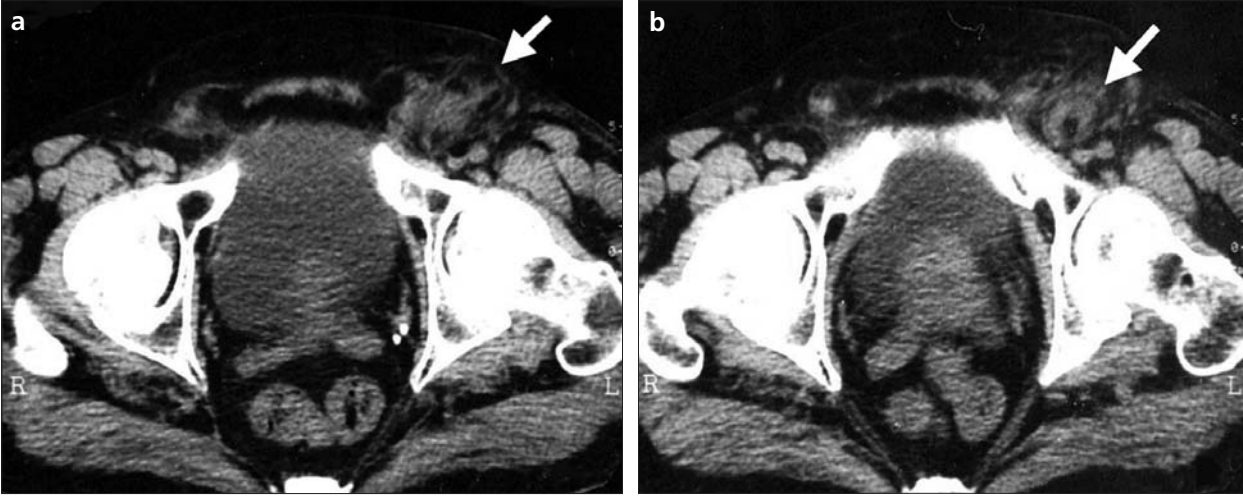
Apendiks epiploika, kolonun serozal yüzeyinden çıkan, yağ içerikli peritoneal çıkıntılardır. Çekum ve rektosigmoid kolon arasında kolonun herhangi bir noktasında bulunabilirler. Uzunlukları 0,5-5 cm arasında değişir (1). Epiploik apendajitis (EA), apendiks epiploikanın ve kolonun subserozal yağlı dokusunda enflamasyon sonucu gelişen bir tablodur ve akut batın tablosu oluşturur (2, 3). Bu olgu bildirisinde, sol inguinal herni tanısı alan hastada herni kesesi içerisinde oluşan EA'nın oluşturduğu klinik tablo bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ortaya konarak sunulmaktadır.

Olgu bildirisi

Akut sol alt kadranda ağrısı ile gelen olguda tüm batın BT bulguları değerlendirilmiştir. Olgu 72 yaşında erkek hasta olup, 2 gündür sol alt kadranda ağrısı tarif ediyordu. Fizik muayenesinde sol alt kadranda hassasiyet ve sol inguinal bölgede valsalva manevrası ile artış gösteren ağrılı şişlik saptandı. Hastanın ateşi 37,8 °C ölçülmüş olup subfebrildi. Biyokimyasal analizinde 13.800/mm³ lökositoz dışında anormal bulguya rastlanmadı. Ayakta direkt batın grafisi normaldi. Hastaya tüm abdomen BT tetkiki istendi. Alerji hikayesi nedeniyle intravenöz kontrast madde uygulanmaksızın GE Prospeed SX Spiral BT cihazı (Milwaukee, USA) ile 5 mm kesit kalınlığı kullanılarak tüm abdomen BT görüntüleri elde edildi. Bu incelemede, solda inguinal kanalın normalden geniş olduğu, kanal içerisinde herniye barsak ansı ve çevresindeki mezenterik yağ dokuda enflamasyonla uyumlu çizgilenmeler ve dansite artışları saptandı (Şekil 1a). Daha alt kesitlerde ise santralinde yağ dansitesi olan kitle lezyonu izlendi (Şekil 1b). Yağ içerikli kitle, enflame apendiks epiploika; çevresindeki yumuşak doku dansitesi, kalınlaşmış visseral periton ve çevre yağlı dokuda dansite artışları ise periappendajeal yağlı dokudaki enflamatuar değişiklikler olarak yorumlandı. BT bulguları öncelikle sol inguinal herni içerisinde gelişen EA lehine değerlendirildi ancak, sol inguinal herni içerisinde gelişen olası divertikülit BT ile kesin ekarte edilemedi. Hasta sol inguinal herni içerisinde gelişen EA ve divertikülit ayırıcı tanıları ile opere edildi. Histopatoloji sonucu enflame apendiks epiploika olarak geldi.

Tartışma

Epiploik apendajitis primer veya sekonder olabilir. Primer EA, apendiks epiploikanın torsiyonu ve iskemisi veya torsiyon olmaksızın appendajeal drenaj veninin spontan venöz trombozu sonucu oluşur (1, 4, 5).



Olgunun ardışık aksiyel BT kesitleri. Solda genişlemiş inguinal kanal içerisinde herniye barsak anısı ve çevre yağ dokuda dansite artışları (a, ok). Bir alt kesitte, epiploik apendajitisi düşündürülen, santralinde yağ içeriği olan kitle lezyonu (b, ok).

Sekonder EA ise vermiform apandisit, divertikülit, kolesistit gibi komşu enflematuar süreçlere ikincil oluşur (1, 4). EA bulunduğu lokalizasyona göre apandisit veya divertikülit ile sıklıkla karışır ve yanlış tanı nedeniyle operasyon sonucu tanısı konur (5-7). Hastalar genellikle 2-5. dekad arası şişman hastalardır ve non-spesifik fokal karın ağrısı tarif ederler (8). Enflematuar sürecin lokalizasyonuna göre değişmekle birlikte ağrı sıklıkla sağ ve sol alt kadrantadır, ancak sol alt kadrant ağrısı ile daha sık karşılaşılır (1, 4). Hastalar akut batın tablosu oluşturan diğer patolojilerde görülen ciddi semptomlara sahip olmamakla birlikte nadiren iştahsızlık, bulantı ve kusma tarif ederler. Çoğu hastada lökosit sayısı normal veya hafif artmıştır (1, 8). Fizik muayene ile lokalize hassasiyet ve defans saptanır ve bazen rebound eşlik eder. Semptomlar bir hafta veya daha kısa sürede geriler (1).

Benzer klinik ve radyolojik özellikler taşıyan ve EA ile karışabilecek diğer bir

antite omental infarkt (OI). Omental infarkt, EA ile aynı klinik tabloya sahip olabilir (8). BT'de OI'nın daha büyük boyutlara sahip olması ve OI'da visseral peritoneal kalınlaşmanın görülmesi ayırıcı tanıda yardımcıdır (4).

EA, kendi kendini sınırlayan (7, 8) ve spontan rezolüsyonla giden bir durumdur ve konservatif tedavi yeterlidir (1, 3). Hastada akut batın tablosu değerlendirilirken, lokalize alt kadrant ağrısı ve hassasiyet olması, eşlik eden semptom ve spesifik laboratuvar bulgularının olmaması durumunda EA mutlaka düşünülmeli ve erken radyolojik değerlendirme yapılmalıdır (5).

BT, ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) EA tanısında faydalı bilgiler sağlar. Kolon duvarından perikolonik doku içerisine doğru projekte olan ekojenik parmaklı çıkıntı veya anterior peritoneal duvara bitişik hiperekoik kitle görünümü enflame appendiks epiploikanın US bulgularındandır. İlave olarak komşu perikolonik yağlı dokuda da enflama-

tuar ekojenik çizgilenmeler oluşabilir (1, 9). Oval şekilli yağ intensitesinde kitle görünümü ve T1 ve T2 ağırlıklı imajlarda santral nokta bulgusu EA'nın MRG bulgularındandır. Lezyonun en iyi görüntülenebildiği yağ baskılı kontrastlı T1 ağırlıklı imajlarda halkasal kontrast tutulumu izlenir (2).

Son yayınlarda BT'nin, EA tanısında karakteristik bulgular verdiği ve akut batın tablosu ile gelen hastalarda EA göz önünde bulundurulduğu takdirde doğru tanı ile gereksiz cerrahi işlemin önlenebileceği vurgulanmaktadır (1, 6, 7). Literatürde bildirilen EA olgularında saptanan karakteristik BT bulguları ve bu bulgulardan bizim olgumuzda saptananlar tabloda verilmiştir. Anterior veya anterolateral yerleşimli, kolon ile karın duvarı arasında yumuşak doku dansitesi ile çevrili yağ içerikli kitle (kalınlaşmış visseral periton ile çevrili enflame apendiks epiploika), periappendajeal yağ dokuda dansite artışları (parakolik enflematuar değişiklikler) EA'nın major BT bulgularıdır (4, 10). Bu bulgular bizim olgumuzda da görüldü. Santral nokta-lineer hiperdansite, parietal peritoneal kalınlaşma ve komşu barsak anlarına bası EA'nın diğer BT bulguları (4) olup bizim olgumuzda saptanmadı.

Sonuç olarak yanlış tanı ve gereksiz cerrahinin önlenmesi için EA, akut batın tablosu olan hastaların BT tetkiki sırasında ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Literatürde bildirilen epiploik apendajitisi olgularında saptanan karakteristik BT bulguları.

1. Yumuşak doku dansitesi ile çevrili yağ içerikli kitle *
2. Periappendajeal yağ dokuda dansite artışları *
3. Santral nokta-lineer hiperdansite
4. Parietal peritoneal kalınlaşma
5. Komşu barsak anlarına bası

* Bizim olgumuzda saptanan bulguları göstermektedir.

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. Sirvanci M, Balci NC, Karaman K, Duran C, Karakas E. Primary epiploic appendagitis: MRI findings. *Magn Reson Imaging* 2002; 20:137-139.
3. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002; 22:9-13.
4. Sirvanci M, Tekelioglu MH, Duran C, Yardimci H, Onat L, Ozer K. Primary epiploic appendagitis: CT manifestations. *Clin Imaging* 2000; 24:357-361.
5. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34:435-38.
6. Hiller N, Berelowitz D, Hadas-Halpern I. Primary epiploic appendagitis: clinical and radiological manifestations. *Isr Med Assoc J* 2000; 2:896-898.
7. Birjawi GA, Haddad MC, Zantout HM, Uthman SZ. Primary epiploic appendagitis: a report of two cases. *Clin Imaging* 2000; 24:207-209.

CLINICAL AND CT FINDINGS OF EPIPLOIC APPENDAGITIS WITHIN AN INGUINAL HERNIA

ABSTRACT

Epiploic appendagitis is a rare condition resulting from an acute inflammation of an appendix epiploica. Epiploic appendagitis is frequently misdiagnosed as either acute appendicitis or acute diverticulitis, and the diagnosis is usually made during surgery. Epiploic appendagitis is a rare, self-limiting condition, which can be easily diagnosed with computed tomography (CT). Imaging with CT may suggest the diagnosis thus preventing unnecessary surgery. Medical management of symptoms is usually sufficient. Herein, we present CT findings of an epiploic appendagitis case that developed in a left inguinal hernia, which is a very rare entity.

Key words: • appendix epiploica • epiploic appendagitis • hernia, inguinal • computed tomography, X-ray

Diagn Interv Radiol 2007; 13:23-25

8. VanBreda VriesmanAC, deMolvanOtterloo AJ, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction. *Eur J Surg* 2001; 167:723-727.
9. O'Malley ME, Wilson SR. US of gastrointestinal tract abnormalities with CT correlation. *Radiographics* 2003; 23:59-72.
10. Horvath E, Majlis S, Seguel S, et al. Primary epiploic appendicitis: clinical and radiological diagnosis. *Rev Med Chil* 2000; 128:601-607.