

# Soliter Çekum Divertikülitisi: Dört Vaka Sunumu

## *Solitary Caecal Diverticulitis: Presentation of Four Cases*

ENVER REYHAN<sup>1</sup>, KAMURAN CUMHUR DEĞER<sup>1</sup>, HASAN ERDEM<sup>2</sup>, SÜLEYMAN ÇETİNKÜNA<sup>2</sup>, EDİP AKPINAR<sup>2</sup>, PELİN DEMİRTÜRK<sup>3</sup>, HİLMİ BOZKURT<sup>2</sup>, MEHMET AZİRET<sup>2</sup>, ERSOY ARSLAN<sup>2</sup>, OKTAY İRKÖRÜCÜ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gastroenteroloji Cerrahisi Uzmanı, Genel Cerrahi Kliniği, Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adana - Türkiye <sup>2</sup>Genel Cerrahi Kliniği, Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adana - Türkiye <sup>3</sup>Patoloji Bölümü, Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adana - Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Çekum divertikülitisi nadir görülen, akut appendisit ile ayırıcı tanı zorluğu nedeniyle cerrahinin ön plana çıktığı bir hastalıktır. Bu çalışmadaki amacımız sağ alt kadranda ayırıcı tanısında önemli yeri olan bu hastalığın kliniğini ve tedavisini irdelemektir.

**Materyal Metod:** Yıllık ortalama 380 appendektomi yapılan merkezimizde, Ağustos 2011 - Eylül 2012 tarihleri arasında gördüğümüz ikisi kadın, ikisi erkek olmak üzere dört "Çekum Divertikülitisi" hastamız kliniği ve tedavisi yönünden değerlendirildi.

**Bulgular:** Ortalama yaşı 24.75, ortalama Alvarado skoru 6.5 ve akut batın tanısıyla ameliyata alınan bu dört hastanın sadece birinde ultrasonografik pozitif bulgu saptandı. Üçüne "appendektomi", birine "appendektomi ve divertikülektomi" yapıldı, hepsinin seftriakson ve metranidazol tedavisi ile takibi yapıldı.

Başvuru Tarihi: 05.10.2013, Kabul Tarihi: 19.03.2014

Dr. Enver Reyhan

Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yüreğir / Adana 01240 Adana - Türkiye

Tel: 0505.5407013

e-mail: enreyhan@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2014;24:45-49

### ABSTRACT

**Objective:** Caecal diverticulitis is a rare and predominantly surgically treated condition because it is frequently confused with acute appendicitis. Our objective is to discuss the importance of this disease in terms of differential diagnosis and treatment of other conditions that present themselves at the lower right quadrant.

**Material and Methods:** We retrospectively evaluated 2 male and 2 female patients with caecal diverticulitis that were treated at our center, where 380 appendectomies were performed between August 2012 and September 2012.

**Results:** Positive sonographic finding was found in only one patient of 4 cases who were admitted for acute surgical abdomen with mean age of 25 and mean Alvarado score of 6.5. Three of them underwent appendectomy and one of them appendectomy and diverticulectomy and all of them were given seftriakson and metranidazol postoperatively.

**Sonuç:** Çekum divertikülitisi görülme yaşı ve klinik bulguları itibarıyla akut appendisit düşünmektedir. Komplike olmayan çekum divertikülitli hastaların tanı ve konservatif tedavisinde bilgisayarlı tomografi (BT) ve laparoskopi önerilse de, çoğu akut appendisit öntanısıyla ameliyata alınmaktadır. Ameliyata alınan bu hastalara basit divertikülektomiden kolektomiye kadar cerrahi işlem yapılabileceği gibi, bu hastalara appendektomi yapmaktan kaçınılması önerilir. Uygun antibiyotik bütün hastalarda düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Appendisit, Akut batın, Hincey

**Conclusion:** Caecal diverticulitis very frequently mimics acute appendicitis because they are encountered at the same age group with similar clinical findings. Although laparoscopy and follow up with serial CT scans are suggested in the diagnosis and conservative treatment of patients with non-complicated caecal diverticulitis, most of them are operated on with the diagnosis of acute appendicitis. Surgeries ranged from simple diverticulectomy to colectomy can be performed in those cases, it is also recommended to perform appendectomy as well. An appropriate antibiotic can also be given to all patients.

**Key words:** Appendicitis, Acute abdomen, Hincey

### Amaç

Çekum divertikülitisi, batılı ülkelerde ortalama her 300 apendektomi yapılan hastanın birinde görülen, nadir ama, sağ alt kadrana ağrısının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir hastalıktır.<sup>1</sup> Literatürde şu ana kadar bildirilmiş olan 500 civarında sağ kolonun soliter divertikülitisi bulunmaktadır.<sup>2</sup>

Sağ kolon divertikülitisi tedavisinde cerrahi tedavi sol kolon divertikülitinde olduğu gibi komplike vakalarda endikedir. Ancak, çoğu vakada akut appendisitten ayırıcı tanısı zor olduğundan tedavide cerrahi daha ön plana

çıkılmaktadır.<sup>3</sup>

### Materyal Metod ve Bulgular (Vaka sunumu)

Ortalama 380/yıl apendektominin yapıldığı hastanemizde Ağustos 2011 ile Ocak 2013 tarihleri arasında saptanan dört vakalık "Soliter Çekum Divertikülit" hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo I'de, peroperatif bulguları tablo II'de ve divertikülit ve akut appendisit halinin görünümü resim 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri.

	Hasta-1	Hasta-2	Hasta-3	Hasta-4
Yaş	32	21	27	19
Cinsiyet	E	K	E	K
Ağrı başlangıç yeri	Yaygın	Periumblikal	SAK	Periumblikal
Ağrının sağ alt kadrana relokasyonu	Mevcut	Mevcut	Yok	Mevcut
Ağrı başlangıç zamanı	> 48 saat	<48 saat	>48 saat	> 48 saat
İştahsızlık	Yok	Mevcut	Mevcut	Mevcut
Bulantı/kusma	Yok	Yok	Mevcut	Yok
SAK hassasiyeti	Mevcut	Mevcut	Mevcut	Mevcut
Defans-rijidite	Yok	Mevcut	Mevcut	Yok
Ribaunt	Mevcut	Mevcut	Mevcut	Mevcut
Isı yükselmesi	Yok	Yok	37 C	Yok
Lökositoz	14840	10400	11820	9700
Nötrofil oranı	78	58.5	84.6	64.2
Alverdo skoru	7	7	7	.5
USG	Sonopatoloji yok	Sonopatoloji yok	Periçekal minimal sıvı	Sonopatoloji yok

Ağrının başlangıç yeri: Sağ Alt Kadrana (SAK)

Tablo 2. Hastaların peroperatif bulguları.

	Hasta-1	Hasta-2	Hasta-3	Hasta-4
Appendiks görünümü	Kataral	Flegmanöz	Kataral	Kataral
Divertikül ağzı palpasyonu	Mevcut	Mevcut	Mevcut	Mevcut
Peridivertiküler görünüm	Seropürülen mai	Mezoda ödem ve eflamasyon	Flegmonöz görünüm	Seropürülen mai
Yapılan ameliyat	Appendektomi	Appendektomi	Appendektomi + divertikülektomi	Appendektomi
Hastanede kalış süresi	5 gün	3gün	4 gün	4 Gün
Patoloji	AA	AA+PA	AV+PA+AND	AA
Morbidite/mortalite	Yok	Yok	Yok	Yok

Patoloji: Appendiks Vermiformis (AV), Akut appendisit (AA), Periappendisit (PA), Akut Nekrotizan Divertikülit (AND)

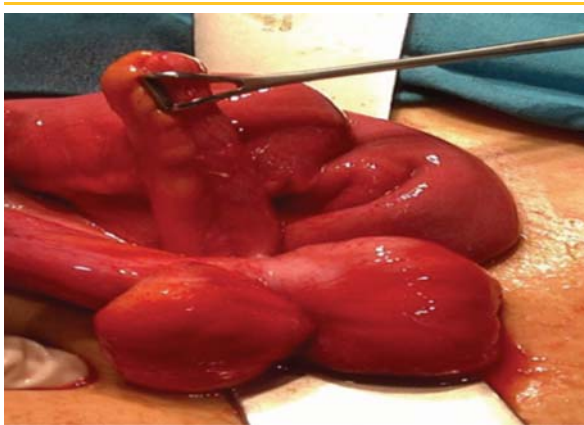
### Tartışma ve Sonuç

Sağ kolonun divertikülitini doğu ülkelerinde sol kolona nazaran daha fazla görülmesine rağmen, batı ülkelerinde bu oran oldukça düşmektedir.<sup>3</sup> Mesela Japonya'dan Sugihara K. ve ark.<sup>4</sup> yayınladıkları geniş serilerinde bu oranı yaklaşık %69 oranında bulmuşken; batılı ülkelere almanya'da yapılan bir çalışmada Hildebrand P. ve ark.<sup>3</sup> bu oranı sadece yaklaşık %2.2 oranında bulmuşlardır. Dolayısıyla batılı ülkelere tanı zor olmakta ve genelde appendisit ön tanısı ile ameliyat edilen hastalarda rastlantısal olarak tanı konulmaktadır. Yine çalışmada appendisit öntanısıyla ameliyat edilen hastaların %1.4'ünde çekum divertikülitini saptandığı belirtilmiştir. Çekum Divertikülitini, sağ alt kadranda ağrısının en yaygın sebeplerinden olan appendisit ile ayırıcı tanısı son derece zor bir hastalıktır. Bu bağlamda Shin JH. ve ark.'nın<sup>5</sup> yaptığı 450 hastayı kapsayan; sağ kolonik divertikülit, appendisit ve perforasyonlu appendisit üç grup halinde

karşılaştıran çalışmalarında çeşitli saptamalar yapmışlardır. Bu çalışmaya göre özellikle appendisit ile divertikül karşılaştırıldığında appendisitinin nispeten daha genç hastalarda görüldüğü, bulantı-kusmanın divertikülitte daha az görüldüğü, ağrı başlangıcının divertikülitte daha uzun olduğu; Mc-Burney'de hassasiyetin ve reboundun appendisitte, sağ taraf hassasiyetin ise divertikülitte anlamlı olarak daha çok görüldüğü saptanmıştır. Yine divertikülitte WBC'nin ortalama 10.9; buna karşın appendisitte ortalama 13.2 ve sola kaymanın daha çok olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki hastalar bu saptamalar ile uyuşmakla beraber, sadece ortalama yaşımız ortalama appendisit görülme yaşından da daha genç olarak 24.7 olarak saptandı.

Taniya giden yolda, özellikle appendisit ayırıcı tanısında çeşitli skalalar kullanılmış olup, en yaygın kullanılanlarından biri de Alverado skorlaması<sup>6</sup> olmuştur. Buna göre skoru 5-6 olanlarda ultrasonografi veya BT ile ayırıcı taniya gidilmesi önerilmiştir. Yine Divertikülit tanısında spiral tomografinin önemli yerinin olduğu belirtilmişse de,<sup>1,7</sup> bizim çalışmamızda ultrasonografik tetkik ile yetinilmiş ve üstelik taniya çok katkısı olmamıştır. Literatürde kolonik divertikülitin tedavisi ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Batı ve doğu ülkelerinde görülen sağ kolon divertikülitinin görülme sıklığı ve hastalığın şiddeti arasındaki farklılık, tedaviye bakış açısını da değiştirebilmektedir (Tablo 3).<sup>3,4,8-13</sup>

Kolon divertikülit tedavisinin düzenlenmesinde Hinchev sınıflaması<sup>14</sup> önemli yer tutmaktadır. Law WL. ve ark.<sup>11</sup> acil cerrahi gerektiren kolonik divertiküllerden sağ ve sol kolondakiler arasındaki farkı araştıran çalışmalarında önemli tespitlerde bulunmuşlardır. Bu çalışmaya göre,



Resim 1. Divertikülit ve akut appendisit halinin görünümü.

Tablo 3. Literatürde Kolonik Divertikülit Tedavisi.

Çalışma, yılı	Divertikülit	Sayı	İçerik	Tedavi
Hildebrand P. ve ark., 2007	Sağ kolon divertikülit (7'si soliter)	16	Kr Rekürren veya Akut komplike	Cerrahi (Sağ hemikolektomi/ ileokolik rezeksiyon)
Giuffrida MC. ve ark., 1997	Soliter çekum divertikülit	4	Perfore (2'si fekal, 2'si lokal inflamatuvar)	Cerrahi (Çekostomi/ ileokolik rezeksiyon)
Basili G. ve ark., 2006	Çekal Divertikülit	3	Divertikülit	Laparoskopik Cerrahi (İleoçekektomi/Divertikülektomi)
Fang JF. ve ark., 2001	Çekal Divertikülit	85	7'si perfore divertikülit	Medikal tedavi(18), Cerrahi (67) (Appendektomi/ Divertikülektomi/sağ hemikolektomi)
Sugihara K., 1984	Çekum ve çıkan kolon Divertikülit	429	Divertikülit	Medikal tedavi, Cerrahi (Appendektomi/Drenaj)
Law WL. ve ark., 2001	Sağ Kolon Divertikülit	37	Divertikülit	Cerrahi (Sağ hemikolektomi/ ileokolik rezeksiyon)
Yamana I. ve ark., 2012	Appendiküler divertikülit	12	4'ü perfore Divertikülit	Appendektomi
Altun H. ve ark., 2011	Soliter çekal divertikülit	1	Çekum kaynaklı inflamatuvar kitle	Laparoskopik Sağ Hemikolektomi

Ağrının başlangıç yeri: Sağ Alt Kadran (SAK)

sağ kolon divertikülitlerin sol kolona göre daha fazla görüldüğü ve sağ kolon divertiküllerinin çoğu appendisit şüphesi ile cerrahi yapılmış hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Yine, sol kolon divertikülitlerin %74'ü Hincey III-IV ve ortalama mortaliteleri %14, morbiditeleri %61 iken; sağ kolon divertikülitlerin tamamı Hincey I-II ve hatta %95'i Hincey-I olarak tespit edilmiş ve morbiditeleri %16 iken, mortalite saptanmamıştır. Dolayısıyla, sağ kolona yönelik yapılacak cerrahi prosedürlerin de daha güvenli olduğu kanısına varılmıştır. Bizim hastaların tamamı Hincey I kategorisinde olup, yine tamamı appendisit şüphesi ile ameliyat edilen hastalardı. Hepsine appendektomi yaptığımız hastaların sadece birine flegmonöz görünüm tespitinden dolayı divertikülektomi yapılmıştı. Literatürde de komplike olmayan lokalize divertiküllerde konservatif yöntemlerden adjuvant appendektomi veya buna ek divertikülektomi yapılabileceği belirtilmektedir.<sup>1,10</sup> Zaten appendektomi yapılan üç hastamızın patoloji sonucu "Akut appendisit" ve appendektomi ile Divertikülektomi yaptığımız diğer hastamızda patolojisi de "Periappendisit ve Akut Nekrotizan Divertikülit" olarak raporlandı.

Yapılan çalışmalarda Akut Divertiküllerin %70'inin komplike olmadığı ve konservatif tedavi edilebileceği

belirtilmektedir.<sup>15,16</sup> Yine tanı aşamasında yaşanan zorluklar, çoğunun A. appendisit ile karıştırılması ve minimal invaziv yöntemlerin tercih edilme gerekliliği günümüzde laparoskopiyi ön plana çıkarmaktadır. Hem tanı ve hem de tedavide laparoskopinin önemli yeri bulunmaktadır.<sup>9,17</sup> Bir meta analizde laparoskopinin daha düşük hastanede yatış ve daha düşük komplikasyon oranı bildirilmiştir.<sup>18</sup> Bizim hastanemizde laparoskopik ameliyatlara yaygın ve ileri düzeyde yapılmasına rağmen, A. appendisitte rutin yapılmamaktadır. Dolayısıyla hastalarımızın hepsi appendisit ön tanısı ve Mc-Burney insizyonu ile yapılmıştır.

Komplike olmayan Akut Divertiküllerde kullanılacak antibiyotik rejimi ile ilgili literatürde değişik öneriler görülmektedir.<sup>19,20</sup> Öte yandan antibiyotiğin gerekliliğini tartışan bir çalışmada da komplike olmayan akut divertikülitte kullanılacak antibiyotiğin ne iyileşmeği arttırdığı ne de komplikasyon ve rekürrensi engellediği gösterilmiştir.<sup>21</sup> Biz hastalarımızda literatürde yer alan, Gram (-) ve anaeroplara etkili antibiyotiklerden üç gün intravenöz seftriakson ve metranidazol kombinasyonunu kullandık, üçüncü günden sonra da beş günlük oral sefuroksim aksetil ve metranidazole geçtik. Hastalarımızın hepsinde de semptomların gerilediğini ve kısa dönemde bir komplikasyon gelişmediğini tespit ettik.

Sonuç olarak soliter çekum divertikülüti nadir görülen ve akut appendisit ile ayırıcı tanısı zor bir hastalıktır. Zaten çoğu appendisit ön tanısıyla ameliyata alınmakta, ancak tanı ve konservatif tedavi sürecinde BT ve laparoskopi önemli yer tutmaktadır. Cerrahi tedavisinde

basit divertiküektomiden kolektomiye kadar bazı işlemler ve adjuvant appendektomi de güvenle yapılabilir. Uygun antibiyotiğin de tedaviye eklenebileceği düşünülmektedir.

### Kaynaklar

- Lê P, Blondon H, Billey C. [Right colon diverticulitis]. *J Chir (Paris)*. 2004;141:11-20.
- Langton SR, Taylor TW. An adaptor for glass capillary micropipettors for use with the Beckman Glucose Analyzer. *Clin Chem*. 1979;25:1982-3.
- Hildebrand P, Kropp M, Stellmacher F, Roblick UJ, Bruch HP, Schwandner O. Surgery for right-sided colonic diverticulitis: results of a 10-year-observation period. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392:143-7.
- Sugihara K. Diverticular disease of the colon in Japan. *Ann Acad Med Singapore*. 1987;16:504-8.
- Shin JH, Son BH, Kim H. Clinically distinguishing between appendicitis and right-sided colonic diverticulitis at initial presentation. *Yonsei Med J*. 2007;48:511-6.
- Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med*. 1986;15:557-64.
- Eggimann T, Küng C, Klaiber C. [Right-sided diverticulitis: new diagnostic and therapeutic aspects]. *Schweiz Med Wochenschr*. 1997;127:1474-81.
- Giuffrida MC, Gelarda E, Mezzatesta P, Macaluso A, Siragusa G. [Diverticula of the right colon. The diagnosis and treatment of complications]. *Minerva Chir*. 1997;52:1503-12.
- Basili G, Celona G, Lorenzetti L, Angrisano C, Biondi G, Preziuso E, Dal Canto M, Goletti O. Laparoscopic treatment of caecal diverticulitis. *Chir Ital*. 2006;58:55-9.
- Fang JF, Chen RJ, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Chen MF. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg*. 2003;185:135-40.
- Law WL, Lo CY, Chu KW. Emergency surgery for colonic diverticulitis: differences between right-sided and left-sided lesions. *Int J Colorectal Dis*. 2001;16:280-4.
- Yamana I, Kawamoto S, Inada K, Nagao S, Yoshida T, Yamashita Y. Clinical characteristics of 12 cases of appendiceal diverticulitis: a comparison with 378 cases of acute appendicitis. *Surg Today*. 2012;42:363-7.
- Altun H, Mantoglu B, Okuducu M, Onur E, Baskent A, Karip AB, Aydin MT, Memisoglu K. Therapy of solitary cecal diverticulitis in a young patient with laparoscopic right hemicolectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2011;21:176-8.
- Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg*. 1978;12:85-109.
- Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP *et al*. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:910-7.
- Andersen JC, Bundgaard L, Elbrønd H, Laurberg S, Walker LR, Støvring J; Danish Surgical Society. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. *Dan Med J*. 2012;59:4453.
- Moberg AC, Ahlberg G, Leijonmarck CE, Montgomery A, Reiertsen O, Rosseland AR, Stoerksson R. Diagnostic laparoscopy in 1043 patients with suspected acute appendicitis. *Eur J Surg*. 1998;164:833-40;841.
- Purkayastha S, Constantinides VA, Tekkis PP *et al*. Laparoscopic vs. open resection for diverticular disease: A metaanalysis of non-randomized studies. *Dis Colon Rectum* 2006;49:446-63.
- Bianchi M, Festa V, Moretti A *et al*. Meta-analysis: longterm therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:902-10.
- Issa N, Paran H, Yasin M, Neufeld D. Conservative treatment of right-sided colonic diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012;24:1254-8.
- Chabok A, Pählman L, Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K; AVOD Study Group. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg*. 2012;99:532-9.