

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Soliter Çekum Divertikülitisi

A Very Rare Cause of Acute Abdomen: Solitary Caecal Diverticulitis

CENGİZ TAVUSBAY¹, MEHMET CEMAL KAHYA², TÜRKER KARABUĞRA², NURULLAH DAMBURACI¹, MEHMET DENİZ¹, HÜDAİ GENÇ¹

¹Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, ²Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Soliter çekum divertikülü akut karın ağrısının nadir rastlanılan bir nedenidir. Kesin tanı genellikle akut apandisit şüphesi ile opere edilen hastalarda ameliyat sırasında konulur. Bu makalemizde akut apandisit ön tanısı ile opere edilen ve soliter çekum divertikülü saptanan iki hastayı sunmaktayız. Akut başlangıçlı karın sağ alt kadranda ağrılarının ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Uygulanacak cerrahi girişim klinik tabloya göre bireyselleştirilmelidir ve hastanın genel durumu ve ameliyat bulguları değerlendirilerek karar verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Divertikülit, Çekal

ABSTRACT

Solitary caecal diverticulitis is a rare cause of acute abdominal pain. It is usually misdiagnosed and only correctly identified on exploration for suspected acute appendicitis. Herein, we report two patients operated on preodiagnosis of acute appendicitis that was diagnosed as solitary caecal diverticulitis. It should be considered in the differential diagnosis of patients with acute pain in the lower right quadrant of abdomen. The surgical approach should be individualized according to the clinical scenario and decision should be made by both to assess the status of the patient and findings of the operation.

Key words: Diverticulitis, Caecal

Başvuru Tarihi: 22.10.2009, Kabul Tarihi: 30.11.2009

✉ Dr. Cengiz Tavusbay

Erzene Mah. 124. Sok. Özveri Sitesi No:3/1 Kat:3

Daire:535050 Bornova/İzmir-Türkiye

Tel: 0505.7278380-0532.2766500

e-mail: tavusbay2@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2009;19:184-187

Giriş

Çekal divertikülit nadir görülen bir karın ağrısı nedenidir. İlk kez 1912 yılında Potier tarafından tanımlanan etiyojisi ve sıklığı net olarak bilinmeyen klinik bir antitedir.¹ Genellikle yangı, delinme veya kanama gibi komplikasyonlar dışında asemptomatiklerdir. Klinik bulgular çoğu kez akut apandisit taklit eder. Tanı sıklıkla ameliyat sırasında konulur.

Bu çalışmada, akut karın bulguları ile kliniğimize başvurup, ameliyat sırasında çekum divertikülü saptanan, 2 olguyu literatür eşliğinde tartışmaya çalıştık.

Olgu 1: 24 yaşında bayan hasta. Yaklaşık 2 gün önce karın sağ alt kadranda başlayan ve ara ara şiddetlenen ağrı, bulantı ve tenesmus yakınmaları ile acil servise getirildi. Karın sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyet, rebound ve defansı olan hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi.

Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde lökositoz (13200/mm³) dışında bir özellik yoktu. Batın USG ve direkt karın filmlerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laparotomide çekum ön yüzünde yaklaşık 5 mm çapında fekalomla tıkalı perforasyon tespit edildi. Yangısal doku etkileşiminin aşırı olması ve malign süreç olasılığı nedeniyle sağ hemikolektomi ameliyatı uygulandı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Patolojik tetkik sonucu soliter çekal divertikül delinmesi olarak rapor edildi. Hasta ameliyat sonrası 5. yılında olup herhangi bir sorunu yoktur.

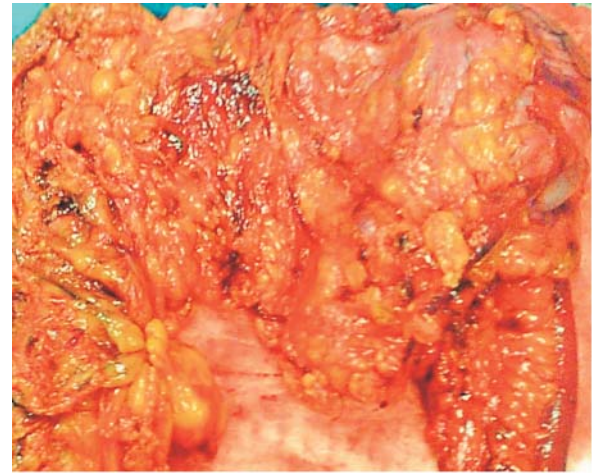
Olgu 2: 41 yaşında erkek hasta yaklaşık 15 gün önce sağ alt kadranda başlayan karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenede karın sağ alt kadranda hassasiyet, rebound, defans ve yaklaşık 4-5 cm'lik mobil kitle palpe edildi. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde lökositoz haricinde (12500/mm³) patolojik bulgusu yoktu.

Karın ultrasonografisinde karın sağ alt kadranda, çekum lokalizasyonunda 33 mm çapında, plastrone apandisit ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Plastrone apandisit ön tanısı ile yatırılan ve sonraki günlerde tıbbi tedavi sonucunda klinik bulguları gerileyen hasta elektif ameliyatı planlanarak taburcu edildi. Hasta taburcu edildikten sonraki dönemde çekum kaynaklı kitleyi ekarte etmek amacıyla kolonoskopisi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. Batın tomografisinde herhangi

bir özellik yoktu. Sekiz hafta sonra elektif appendektomi için yatırıldığında karın sağ alt kadranda hassasiyeti minimaldi ve kitlenin küçülmüş olduğu izlendi. Laparotomide çekum divertikülü ve içerisinde 4 cm çapında fekalom saptandı (Resim 2). Fekalom çıkarıldığında geniş bir divertikül ağzı olduğu belirlenerek divertikülektomi yapıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Operasyon sonrası birinci yılında kontrolü yapılan hasta sağlıklı bir şekilde hayatını sürdürmektedir.



Resim 1. Olgunun ultrasonografik görünümü.



Resim 2. Olgunun ameliyat görüntüsü (lümendeki fekalom uzaklaştırılmış).

Tartışma

Çekum divertiküllerinin kesin sıklığı bilinmemekle birlikte, her 34-300 appendektomi olgusunda 1 olgu olarak rapor edilmiştir.² Batı toplumlarına göre, doğu toplumlarında daha sık görülmektedir.²⁻⁵ Özellikle erkeklerde ve genç nüfus arasında (35-45 yaş arası) daha sık rastlanılmaktadır.⁵⁻⁸ Soliter çekal divertikül, olguların

%80'inde ileoçekal valvden 2.5 cm mesafededir ve %50'sinde kolonun ön yüzünde olduğu bildirilmiştir.⁶ Bizim 2 vakamızda da divertikülün lokalizasyon özelliklerinin literatürle uyumlu olduğu saptandı. Çekum divertikülleri genellikle asemptomatik seyirli dirler ancak kanama inflamasyon veya perforasyon gibi nedenlerle komplike olduklarında klinik belirti verirler. Akut apandisitinden farklı olarak ağrı, karın sağ alt kadrından başlar ve orada kalır.

Klinik olarak karın sağ kadrana ağrısının uzun süreli olması, bulantı kusma yakınmalarının daha az görülmesi ve akut apandisitte ortaya çıkan toksik tablonun daha az şiddette olması sağ kolon divertikülünü akla getirmede yardımcı olabilir.⁵ Divertikülün çoğunda klinik belirtiler fekalomlara bağlı tıkanıklar sonucu ortaya çıkarlar.⁸ Nitekim bizim iki olgumuzda klinik bulguların fekaloma bağlı olarak geliştiği tespit edildi. Acil olarak başvuran hastalarda klinik ve laboratuvar bulguları genellikle akut apandisit taklit ettiğinden, ameliyat öncesinde tanı koymak oldukça zordur. Çekum ön tarafında yerleşim gösteren divertikül, delinerek peritonit yapma eğiliminde olmasına karşın, arka yüzde yerleşim gösterenleri delindiklerinde çekal kitleye neden olurlar ve delinmiş karsinomu taklit edebilir.⁹

Ameliyat öncesi dönemde çekum divertikülünün tanısında olağan ameliyat öncesi tetkikler genellikle yetersizdir. Baryumlu kolon grafisi kesin tanı metodu olmakla birlikte, bu yöntemin kullanılması hemen hemen tüm çekal divertikül vakalarında zordur, zira çoğunlukla hasta acil gelmiş ve apandisit ön tanısı almıştır. Ayrıca akut batın ve veya lokalize peritonit bulgularının varlığında baryumun lümen dışına kaçma olasılığı da ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkar.⁵

Uzun süreli yakınmaları olan hastalarda, ameliyat öncesi dönemde yapılan bilgisayarlı karın tomografisi ve kolonoskopinin kesin tanı konulmasında faydalı olduğu bildirilmiştir. Bilgisayarlı karın tomografisi ile, çekum divertikülü olgularında kolon duvarında incelleme, perikolonik yağ infiltrasyonu, apse formasyonu ve ekstralümenal hava varlığı tespit edilebilir, ancak bunlar nonspesifiktir ve çekal karsinomda da olabilir.^{5,10} Kendi 2 olgumuzda ön tanı olarak öncelikle apandisit delinmesi düşünülmüştür. İkinci hastamızda elektif şartlarda kolonoskopi ve batın tomografisi tetkikleri yapılmasına karşın kesin tanı konulamamıştı. En olası senaryo radyoloğun bu klinik antiteyi düşünmemiş olmasıdır,

aynı durum kolonoskopi yapan gastroenterolog içinde geçerlidir. Burada önemli olan ilgili birimlerin birlikte hareket etmesidir.

Literatürde çekal divertikülün tedavisinde belirgin bir fikir birliği yoktur ve konservatif tıbbi tedaviden sağ hemikolektomiye kadar değişen bir spektrumdadır.^{3,4,10,11} Bazı yazarlar bu hastalığın doğal seyrinin kendini sınırlayan iyi huylu bir süreç olduğunu, ameliyat öncesi tanı konulan komplike olmamış olgularda ya da ameliyat sırasında tanı konulmuşsa appendektomi ile birlikte antibiyotiklerle konservatif tedaviyi savunmuşlardır.^{2,13-17} Oudenhoven ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada preoperatif tetkiklerde sağ kolonda bulunan 44 divertikül olgusunun 41'inde medikal tedavi ile başarı ile tedavi edilmiş bu seride sadece 2 hastada elektif cerrahi uygulanmıştır.²

Ameliyat sırasında saptanan olgularda yapılacak standart bir cerrahi girişim bulunmamaktadır. Olgunun o anki durumuna göre karar verilmelidir. Şayet ameliyatta akut ağrı nedeni olarak, komplike olmayan bir divertikül saptanmışsa, appendektomi ile birlikte basit bir divertikülektomi ya da divertikülün invajinasyonu önerilmektedir.¹² Belirgin yangısal etkileşim, delinme ya da torsiyon gibi komplikasyonlar gelişmişse sınırlı bir ileoçekal rezeksiyon veya sağ hemikolektomi yapılabilir.³ Chiu ve arkadaşları akut yangısal kitlenin varlığında, çekal divertikül ile karsinom farkının ayrımı için intraoperatif çekoskopi önermişler, çekoskopiye apendiks güdüğünden, fleksibil bronkoskopi ile yapmışlardır. Olgu sayıları az olmakla birlikte, böyle bir ayırım komplike olmayan olgularda uygulanacak cerrahinin sınırlı olmasını sağlaması bakımından önemli olabilir. Nitekim sundukları 5 olguda sadece appendektomi uygulanmış, divertikül tıbbi olarak tedavi edilmiş takiplerde bir sorun saptanmamıştır.¹⁸

Bu görüşün aksini savunan yazarlar ise, tıbbi olarak tedavi edilen ya da sınırlı cerrahi uygulanan hastaların %12.5-40'ında daha radikal işlemlerin gerekebileceğini öne sürmektedirler.^{2,4,5,6,11,12,19} Fang ve arkadaşları 85 vakayı kapsayan çalışmalarında agresif yaklaşımı önermektedirler.¹¹ Bu hastaların %40'ında sağ hemikolektomi gereksinimi olmuştur, cerrahi olarak yalnız appendektomi eklenen oluların %29.2'sinde tekrarlayan divertikül atağı ortaya çıkmış ve %12.5 olguda da ardından sağ hemikolektomi yapıldığı belirtilmiştir. Ek olarak sağ hemikolektominin barsak

hazırlığı yapılmadan da kolaylıkla ve güvenle yapılabileceğini savunmuşlardır. Acil sağ hemikolektomi aşırı ödem ve yangı varsa malignite ayırımı yapılamazsa ve multipl divertikül saptanırsa tercih edilmektedir.^{4,6,8,12,20} Ameliyat sırasında tümör delinmesinden ayırt etmek güçtür. Nitekim sunulan ilk olguda bu ayırım yapılamadığından ötürü sağ hemikolektomi yapılmıştır.

Ayrıca laparoskopik divertikülektomi ve drenaj yöntemleri de bildirilmiştir.^{21,22}

Sonuç olarak, çekal divertikül nadir görülmektedir ve genellikle asemptomatik seyretmektedir. Ancak sağ alt kadran ağrısı ile gelen hastalarda akla getirilmelidir. Uygulanacak cerrahi yöntem, olgunun durumu ve ameliyat bulguları değerlendirilerek karar verilmelidir.

Kaynaklar

- Potier F. Diverticulite and appendicite. Bull Mem Soc Anat Paris 1912;37:29-31.
- Oudenhoven LFIJ, Koumans RKJ, Puylaert JBCM. Right colonic diverticulitis: US and CT findings. New insights about frequency and natural history. Radiology 1998;206:611-18.
- Kumar S, Fitzmaurice GJ, O'Donnell ME, Brown R. Acute right iliac fossa pain: not always appendicitis or a caecal tumour: two case reports. Cases Journal 2009;2:88.
- Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P *et al.* Perforated diverticulum of the caecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. Tech Coloproctol 2004;8:116-18.
- Shyung LR, Lin SC, Shih SC, Kao CR, Chou SY. Decision making in right-sided diverticulitis. World J Gastroenterol 2003;9:606-08.
- Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, Refsum S. Solitary caecal diverticulitis - A rare cause of right iliac fossa pain. Ulster Med J 2005;74:132-33.
- Leung WW, Lee JFY, SYW Liu, *et al.* Critical appraisal on the role and outcome of emergency colectomy for uncomplicated right-sided colonic diverticulitis. Shatin World J Surg 2007;31:383-87.
- K. Junge, A. Marx, Ch. Peiper, B. Klosterhalfen† and V. Schumpelick. Caecal diverticulitis: A rare differential diagnosis for right-sided lower abdominal pain. Colorectal Disease 2003;5:241-45.
- Kurer MA. Solitary caecal diverticulitis as an unusual cause of right iliac fossa mass: case report. J Medical Case Reports 2007;1:132.
- Ewen A Griffiths and Ravindra S. Acute presentation of a solitary caecal diverticulum: a case report Date2 Journal of Medical Case Reports 2007;1:129.
- Fang JF, Chen RJ, Lin BC, *et al.* Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. Am J Surg 2003;185(2):135-40.
- Ruiz-Tovar J, Reguero-Callejas ME, González Palacios F: Inflammation and perforation of a solitary diverticulum of the caecum. A report of 5 cases and literature review. Rev Esp Enferm Dig 2006;98(11):875-80.
- Sugihara K, Muto T, Morioka Y. Diverticular disease of the colon in Japan. A review of 615 cases. Dis Colon Rectum 1984;27:531-37.
- Lo CY, Chu KW. Acute diverticulitis of the right colon. Am J Surg 1996;171:244-46.
- Graham SM, Ballantyne GH. Cecal Diverticulitis. A review of the American experience. Dis Colon Rectum 1987;30:821-27.
- Crist DW, Fishman EK, Scatarige JC, Cameron JL. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon diagnosed by computed tomography. Surg Gynecol Obstet 1988;166:99-102.
- Fischer MG, Farkas AM: Diverticulitis of the cecum and ascending colon. Dis Colon Rectum 1984;27:454-58.
- Chiu PW, Lam CY, Lam SH, Wu AH, Kwok SP. On-table cecoscopy: a novel diagnostic method in acute diverticulitis of the right colon. Dis Colon Rectum 2002;45(5):611-14.
- Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE Jr. Surgical approach to caecal diverticulitis. J Am Coll Surg 1999;188(6):629-34.
- Rasmussen I, Enblad P. Acute solitary diverticulitis of the caecum. Case report. Acta Chir Scand 1988;154.
- Pelosi MA III, Pelosi MA, Villalona E. Right-sided colonic diverticulitis mimicking acute cholecystitis in pregnancy: case report and laparoscopic treatment. Surg Laparosc Endosc 1999;9:63-67.
- Rubio PA. Laparoscopic resection of a solitary cecal diverticulum. J Laparoendosc Surg 1994;4:281-85.