



Nadir Bir Akut Karın Sebebi: Omental Torsiyon

Ahmet Yılmaz¹, Tuba Atak², Süleyman Bozkurt³, Barış Bayraktar²,
Jülide Sağıroğlu²

¹Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Nadir bir akut karın sebebi: Omental torsiyon

Omental torsiyon nadir görülen bir akut karın nedeni olup klinik olarak birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Tanı ve tedavisinde laparoskopi son derece yararlı bir yöntemdir. Bu yazıda, diagnostik laparoskopide omentumun torsiyonu tespit edilen ve laparoskopik olarak nekroze omentum dokusunun rezeke edildiği bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut karın, omental torsiyon

ABSTRACT

A rare cause of acute abdomen: The omental torsion

Omental torsion is a rare cause of acute abdominal pain and can mimic clinically many diseases. Laparoscopy is a useful method in the diagnosis and treatment of the omental torsion. In this article, a case with omental torsion which was detected during diagnostic laparoscopy and the necrosed omental tissue resection was done laparoscopically has been presented.

Key words: Acute abdomen, omental torsion

Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11:82-84

GİRİŞ

Omental torsiyon nadir görülen bir akut karın nedeni- dir. Torsiyone olan omental dokuda iskemiye sekonder olarak nekroz gelişebilmektedir. Nekroze olan omentumun lokalizasyonuna göre akut apandisit, peptik ulcus perforasyonu, akut kolesistit, renal kolik veya divertikülit kliniği ile karışabilmektedir. Genellikle preoperatif tanı konulamamaktadır. Laparoskopik yaklaşım hem tanı hem de tedavi aşamasında son derece yararlıdır. Bu yazıda, diagnostik ve terapötik olarak laparoskopik yaklaşımın uygulandığı bir omental torsiyon olgusu sunulmaktadır (1-4).

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Tuba Atak
Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-505-600-5413

Elektronik posta adresi / E-mail address: drtuba81@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 5 Ağustos 2012 / August 5, 2012

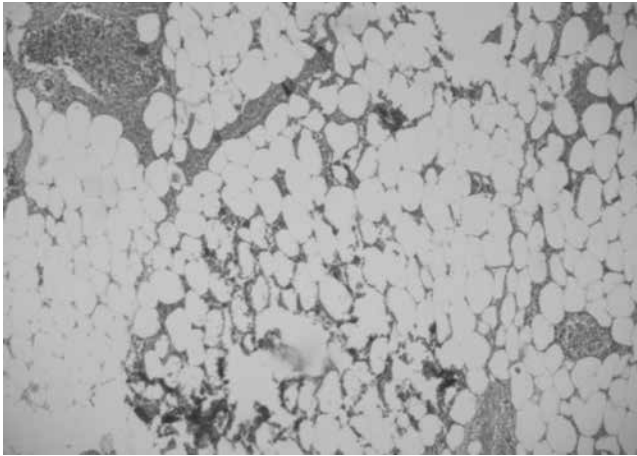
Kabul tarihi / Date of acceptance: 12 Aralık 2012 / December 12, 2012

OLGU SUNUMU

Yirmisekiz yaşında erkek hasta bir gündür devam eden karın ağrısı, bulantı şikayetleriyle acil polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede oskültasyonda barsak sesleri normoaktif ve palpasyonla epigastrik bölgede hassasiyet ve rebound vardı. Rektal dijital muayenede rektum boş ve ele gelen kitle ya da hassasiyet saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 12300/mm³, hemoglobün değeri: 14g/dl, hematokrit değeri: 52%, CRP değeri: 47mg/dl, ateşi 37.2°C, kan basıncı 120/70 mmHg ve nabızı: 74/dk idi. Karın ultrasonografik incelemede batin içi herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Olgu kapalı peptik ulcus perforasyonu olarak değerlendirilerek takibe alındı. Takibinin 8. saatinde ateşi 38.4°C, CRP değeri: 153, nabızı:114/dk olması üzerine tanısal laparoskopi uygulandı. Eksplorasyonda karaciğer sol lob inferiorunda büyük omentum ile ince (4 mm) bir pedikülle bağlantılı torsiyone olmuş mor renkte yaklaşık 6x6x3 cm boyutla-



Resim 1: Nekroze omental doku



Resim 2: Omental dokuda inflamasyon ve konjeste damarlar

rında nekroze omental doku görüldü ve rezeke edildi (Resim 1). Batın içi diğer organlarda patoloji ve serbest sıvı tespit edilmedi. Komplikasyon gelişmeyen hasta ikinci gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede nekroze omental doku, inflamasyon ve konjeste damarlar olarak değerlendirildi (Resim 2).

TARTIŞMA

Omental torsiyon nadir görülen bir akut karın nedeni olup ilk kez 1899 yılında Eittel tarafından tanımlanmıştır (1-2). Omentum torsiyonu primer ve sekonder nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Omentumun primer torsiyonunda muhtemel ilişkili faktörler obezite, omentumda pedikül- lü çıkıntı, aksesuar omentum veya anormal redundant

omental ven gibi anatomik varyasyonlardır (4). Primer omental torsiyon sebebi bilinmemektedir, 4 ve 5. dekat- ta görülmektedir. Sekonder torsiyon ise genellikle herni, tümör, kist veya adhezyon gibi intraabdominal patoloji- ler ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (2,5). Primer ve sekonder torsiyon kliniği benzerdir. Predispozan faktör- ler arasında ağır yemek, ağır egzersiz, vücut pozisyonun- da değişiklik, travma, öksürme, hapşırma ve muhteme- len vibrasyon aletlerinin kullanılması gibi intraabdomi- nal basıncı ani artıran durumlar yer almaktadır (4,5). Bizim olgumuzun vücut kitle indeksi normal sınırlarda olup herhangi bir travma öyküsü yoktu. Hastalarda sık- lıkla apandisit andıran sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, kus- ma ve iştahsızlık gibi semptomlar görülmektedir (4). Bu bulgular ile sıklıkla akut apandisit kliniği ile karışan bir tabloya neden olmaktadır. Kimber ve arkadaşları 8000 üzerindeki appendektomi serilerinde her 600 appendek- tomiden birinde omental torsiyon ile karşılaşmışlardır (3). Nekroze olan omentumun lokalizasyonuna göre akut apandisit, peptik ulkus perforasyonu, akut kolesis- tit, renal kolik veya divertikülit kliniği ile karışabilmekte- dir. Bizim olgumuzda torsiyone omentum karaciğer sol lobu altında olduğu için peptik ulkus perforasyonunu taklit etmiştir. Goti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma- da olguların %66'sı apandisit ve %22'si kolesistiti taklit etmektedir (6). Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi yararlıdır ancak ultrasonografi yapana bağım- lı bir yöntem olduğu için güvenilirliği görecelidir. Ultraso- nografide kompleks kitle, hipoeoik zonlar ve peritoneal kavite içerisinde serbest sıvı görülebilmektedir. Diğer yandan bilgisayarlı tomografi omental kitleyi gösterme açısından son derece sensitif olmasına rağmen torsiyon tanısını koymada spesifik değildir. Bilgisayarlı tomografi- de omental torsiyonun klasik bulguları arasında büyük omentumda konsantrik lineer iplikçikler ve yağlı dokuda belirsizleşmenin görüldüğü 'whirling pattern' denilen dönme dolap bulgusu yer almaktadır. Bu bulgu omental torsiyon için tanısaldır (2,4,5). Bununla birlikte iplikçikler ile ilişkili yağlı dokuda belirsizleşmenin ayırıcı tanısında omental herni, neoplazmlar, pannikülit ve apendiks epiploika inflamasyonu yer almaktadır. Çoğu vakada görüntüleme yöntemleri yardımcı değildir. Sonuçta omentum torsiyonunun preoperatif tanısı zordur ve genellikle akut karın nedeniyle laparotomi esnasında tespit edilmektedir. Ateşi olmayan stabil hastalarda konservatif tedavi tercih edilebilmektedir (6,7). Bu teda- vi analjezikler ve antibiyotikleri içermekte olup rezolüs-

yon 2 hafta içinde beklenmektedir. Puylaert, omental infarkt tanısını koyduğu 7 hastasını konservatif yönetimle tedavi ettiğini ve komplikasyon gelişmediğini bildirmiştir (8). Başlangıçta konservatif tedavi planlanan olgumuzda hassasiyette artış ve ateş yükselmesinden dolayı cerrahi planlandı. Konservatif tedaviden bahsedilmesine rağmen geleneksel tedavi olan eksizyon adhezyon ve sepsis gibi sık görülen komplikasyonları azaltmaktadır (2,4). Omentum eksize edilmezse atrofik, fibrotik hale gelebildiği nadir olgularda pedikülün otoampütasyonu ile karşılaşılabilir (7). Ayrıca, tedavi edilmediği durumlarda hemorajik infarkt, intraabdominal

abse, peritonit ve omental nekroz görülebilmektedir (7). Laparoskopi hem tanı hem de tedavide son derece kıymetli minimal invaziv cerrahi yöntemdir (4). Eş zamanlı olarak apendiksin normal olup olmadığının görülebilmesi, tüm omentum ve abdominal kavitenin değerlendirilebilmesi ve cerrahi esnasında patolojinin gözden geçirilmesini minimal hale getirmesi laparoskopinin avantajlarıdır. Bizim olgumuzda da laparoskopi hem tanı hem de tedavi aşamasında oldukça fayda sağlamıştır. Sonuç olarak laparoskopik yaklaşım hastanın postoperatif konforu da düşünüldüğünde tanı ve tedavide uygulanan en iyi yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Eittel GG. Rare omental torsion. NY Med Rec 1899; 55: 715-716.
2. Itinteang T, van Gelderen WF, Irwin RJ. Omental whirl: Torsion of greater omentum. ANZ J Surg 2004; 74: 702-703.
3. Kimber CP, Westmore P, Huston JM, Kelly JH. Primary omental torsion in children. J Pediatr Child Health 1996; 32: 22-24.
4. Tokhais TIA, Bokhari AA, Noureldin OH. Primary omental torsion: A rare cause of acute abdomen. Saudi J Gastroenterol 2007; 13: 144-146.
5. Khine M, Roslani AC. An unusual cause of abdominal pain. Ann Acad Med Singapore 2009; 38: 180.
6. Goti F, Hollmann R, Stieger R, Lange J. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum successfully treated by laparoscopy: Report of case. Surg Today 2000; 30: 451-453.
7. Jain P, Chhabra S, Parikh K, Vaidya A. Omental torsion. J Indian Assoc Pediatr Surg 2008; 13: 151-152.
8. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. Radiology 1992; 185: 169-172.