




Omental İnfarkt

Omental Infarction

 Serhat SAYIN,^a
 Burak BURSALI,^a
 Erol ERKAN^a

^aDahiliye Kliniği,
 Aksaray Üniversitesi
 Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
 Aksaray

Received: 20.03.2018
 Received in revised form: 04.05.2018
 Accepted: 07.05.2018
 Available online: ???

Correspondence:
 Serhat SAYIN
 Aksaray Üniversitesi
 Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
 Dahiliye Kliniği,
 Aksaray
 TÜRKİYE/TURKEY
 drserhat_sa@hotmail.com

ÖZET Primer omental infarkt, akut karın ağrısının nadir bir nedenidir. 43 yaşında kadın hasta bir haftadır süren karın ağrısı ile başvurdu. Bilgisayarlı batın tomografisi ile omental infarkt saptadığımız hasta bir kaç günlük konservatif tedavi ile iyileşme sağlandıktan sonra taburcu edildi. Klinisyenler abdominal ağrıya yaklaşımda omental infarktüsü akılda tutmalıdır, çünkü omental enfarktüs nadir olmakla birlikte abdominal ağrının önemli nedenidir ve sıklığı daha yüksek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut karın ağrısı; omentum; infarktüs

ABSTRACT Primary omental infarction is a rare cause of acute abdominal pain. A 43-year-old female patient admitted to the hospital with abdominal pain for one week. The patient has undergone abdomen computed tomography and CT image demonstrated omental infarction. Initially conservative treatment was performed, a few days later the patient improved and discharged. The clinicians should kept in mind omental infarction approaching abdominal pain, because omental infarction was rare but important cause of abdominal pain, and the frequency may be higher.

Keywords: Acute abdominal pain; omentum; infarction

Article in Press

Primer omental infarkt (POI), akut karın ağrısının nadir bir nedenidir. İdyopatik omental infarkt ilk olarak Bush tarafından 1896'da tanımlanmıştır.¹ POI klinik başvurusu karın sağ kadranda ağrı şeklindedir. Ayırıcı tanıda akut apandisit, akut kolesistit, akut divertikülit, renal kolik ve perforasyon gibi acil cerrahi girişim gerektirebilecek durumlar yer almaktadır.^{2,3} Burada karın sağ alt kadranda ağrısı ile başvuran ve bilgisayarlı tomografi ile idyopatik omental infarkt saptanan vaka sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

43 yaşında kadın hasta bir haftadır süren karın sağ alt kadranda ağrı şikayeti ile hastanemiz aciline başvurdu. Özgeçmişinde kronik bir hastalık ve düzenli ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi. Hastanın vital bulguları; Ateş: 36.7°C, kan basıncı (TA): 120/70 mmhg, nabız: 77 atım/dakika idi. Boy: 159 cm, vücut ağırlığı: 68 kg, VKİ: 26 kg/m² Fiziki muayenesinde karın sağ alt kadranda hassasiyet mevcut idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Elektrokardiyogram (EKG): Sinüs ritminde ve Akciğer grafisi normal idi. Labora-

tuvar testlerinde: WBC: $16 \times 10^9/L$ (4-10), CRP: 9 (0-5) mg/L ve diğer biyokimyasal testleri normal aralıkta izlendi. Akut apandisit ön tanısı ile çekilen kontrastlı batın tomografisinde; Çekum- çıkan kolon anterolateral komşuluğunda en geniş yerinde 11×3 cm'lik bir alanda mezenterde dansite artışı mevcut idi (Şekil 1,2). Bu bulgular omental infarkt ile uyumlu olarak değerlendirildi. Genel cerrahi ile konsülte edilen hastanın tedavisi konservatif olarak planlandı. Yattığı süre içerisinde parenteral sıvı, analjezik ve antibiyotik tedavisi ile klinik iyileşme sağlanan hasta bir hafta sonra taburcu edildi.

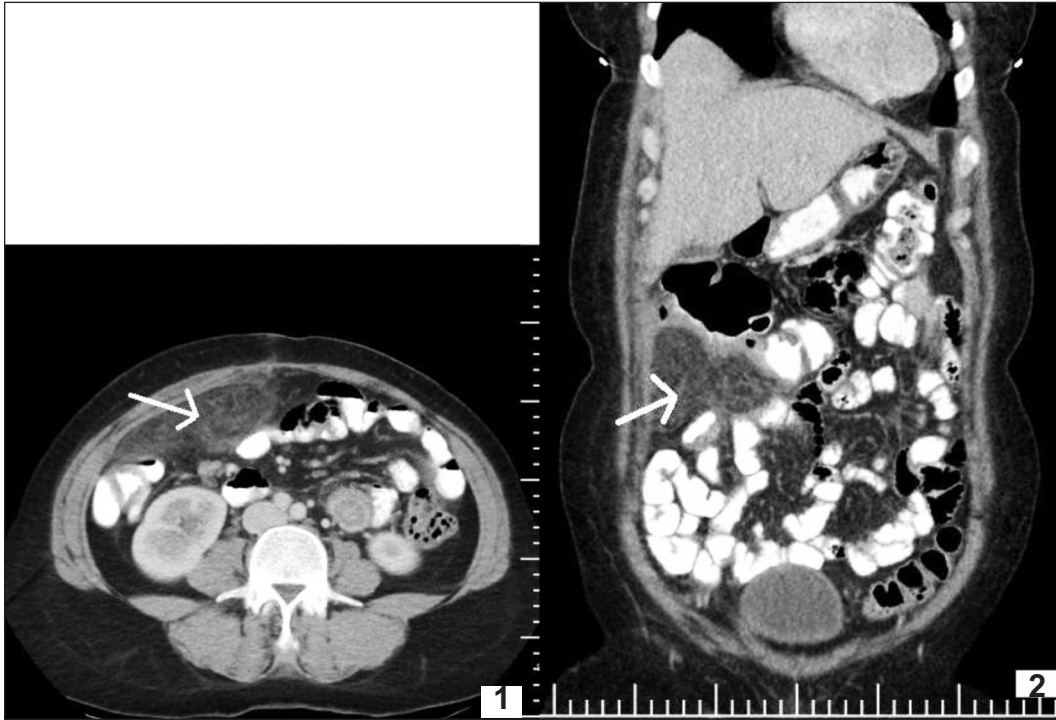
TARTIŞMA

Omental infarkt nadir görülen bir patolojidir. Klinik bulgular sıklıkla nonspesifiktir. Hastalar genellikle ani başlangıçlı, sağda alt kadrana lokalize karın ağrısı ile başvurur. Hafif periton irritasyonu bulgularından, generalize peritonit bulgularına kadar değişebilen derecede bulgular verebilir. Akut apandisitte sıklıkla görülen, bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi gastrointestinal semptomlar çoğunlukla yoktur.⁴ Hafif ateş ve lökosit sayısında minimal

artış görülebilir. Bachar ve arkadaşlarının çalışmasında segmental omental infarkt nedeniyle değerlendirilen altı hastanın üçünde lökositozun eşlik ettiği, hastaların hiç birinde ateş olmadığı görülmüştür.⁵ Bizim hastamızda ateşin eşlik etmediği lökositoz mevcuttu.

POI'nın karın sağ kadranda daha baskın olmasının nedeni net değildir. Ancak omentumun sağda anatomik olarak vasküler yapısının farklı olması, venöz staza yatkın olması ve omental venlerin gerilmesine bağlı tromboza artan yatkınlık olabileceği ileri sürülmüştür.^{2,6} Bizim olgumuzun klinik başvurusu da karın sağ alt kadranda ağrısı şeklinde idi.

Omental infarkt primer olabileceği gibi herniler, hiperkoagülasyon durumları, vasküler patolojiler gibi nedenlere bağlı ikincil olarak da gelişebilir.⁷ Primer infarktın nedenleri bilinmemekle birlikte obezite, ağır yemekler sonrası gelişen venöz konjesyon, travma ve hiperkoagülabilitate risk faktörleri arasında sayılabilir.^{8,9} Hastamızın VKİ'si 26 olup obez değildi. Sigara kullanmıyordu ve travma öyküsü yoktu.



ŞEKİL 1,2: Aksiyel ve coronal tomografik kesitlerde omental infarkt görüntüsü.

Omental infarkt, en sık dördüncü-beşinci dekadlarda görülür. Erkeklerde daha sık gözlenir.¹⁰ Olgumuz kadın olmasına rağmen yaş grubu literatür ile uyumlu idi.

Bilgisayarlı tomografi (BT) omental infarktın tanısında en önemli tekniktir. Omental infarktın BT 'de en tanımlayıcı özelliği çevresel inflamatuvar değişikliklerle beraber heterojen bir yağ yoğunluğudur. Bu yoğunluğu çevreleyen, visseral peritonun kalınlaşmasına bağlı hiperdens halka ("ring sign") radyolojik olarak oldukça tipiktir.¹¹

Omental infarkt için ortak bir tedavi protokolü yoktur. Bazı otörler, gelişmesi muhtemel komplikasyonlardan dolayı cerrahi tedavi gerektiğini savunurken, bir kısmı da, geç komplikasyonların aşlında beklenildiği kadar sık olmadığını ve sadece analjezik ilaçlar uygulanarak yapılacak konservatif tedavinin yeterli olacağını savunmaktadır.^{8,5,10,12,13} Bilgisayarlı tomografi ile iyi tanınan omental infarkt için ekploratif laparotomi yerine konservatif tedaviler öncelikli yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Konservatif tedavide uygun hidrasyon, analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmaktadır.^{14,15} Olgumuz bir haftalık konservatif tedavi ile klinik iyileşme sağlanarak taburcu edildi.

Sonuç olarak; akut karın ağrısının ayırıcı tanısında omental infarkt düşünülmelidir. Omental

infarkt kendi kendine sınırlı bir seyir izlediğinden, konservatif tedavi öncelikli olarak önerilmektedir. Omental enfarktüs düşünülen hastalarda uygun görüntüleme çalışmaları yapılarak erken ve doğru teşhis ile gereksiz operasyonlardan kaçınılabılır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Serhat Sayın, Burak Bursalı; **Tasarım:** Serhat Sayın, Erol Erkan; **Denetleme/Danışmanlık:** Serhat Sayın, Burak Bursalı; **Veri Toplama Ve/Veya İşleme:** Serhat Sayın, Erol Erkan; **Analiz Ve/Veya Yorum:** Serhat Sayın, Burak Bursalı; **Kaynak Taraması:** Serhat Sayın, Erol Erkan; **Makalenin Yazımı:** Serhat Sayın, Burak Bursalı, Erol Erkan; **Eleştirel İnceleme:** Serhat Sayın, Burak Bursalı.

KAYNAKLAR

1. Bush P. A case of haemorrhage into the greater omentum. Lancet. 1896;147:286.
2. Epstein LI, Lempke RE. Primary idiopathic segmental infarction of the greater omentum: case report and collective review of the literature. Ann Surg. 1968;167 (3):437-43.
3. Rao A, Remer EM, Phelan M, Hatem SF. Segmental omental infarction. Emergency Radiology 2007;14 (3):195-7.
4. Schwartzman GJ, Jacobs JE, Birnbaum BA. Omental infarction as a delayed complication of abdominal surgery. Clin Imaging 2001; 25:341-3.
5. Bachar GN, Shafir G, Postnikov V, Belenky A, Benjaminov O. Sonographic diagnosis of right segmental omental infarction. J Clin Ultrasound 2005;33:76-9.
6. Danikas D, Theodorou S, Espinel J, Schneider C. Laparoscopic treatment of two patients with omental infarction mimicking acute appendicitis. JSLS 2001;5 (1):73-5.
7. 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(5):451-3.
8. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. Radiology 1992;185 (1):169-72.
9. Yildiz S, Atasoy C, Yagci C, Akyar S. Omental infarction: CT findings (case report). [Article in Turkish] Tanisal Girisimsel Radyoloji 2004; 10 (2):158-61.
10. Karayiannakis AJ, Polychronidis A, Chatziyianni E, Simopoulos C. Primary torsion of the greater omentum: report of a case. Surg Today 2002;32:913-5.
11. Singh AK, Gervais DA, Lee P. Omental infarct: CT imaging features. Abdominal Imaging. 2006;31(5):549-54.
12. Karak PK, Millmond SH, Neumann D, Yamase HT, Ramsby G. Omental infarction: report of three cases and review of the literature. Abdom Imaging 1998; 23:96-8.
13. van Breda Vriesman AC, de Mol van Otterloo AJ, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction. Eur J Surg 2001; 167(10): 723-7.
14. Park TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE, Kim CW et al. Omental infarction: case series and review of the literature. J Emerg Med 2012; 42 (2):149-54.
15. Sun XW, Luo B and Lin HW. A rare case of acute primary omental infarction. J Emerg Trauma Shock 2017; 10(1): 31-3.