

Primer Omentum Torsiyonu (Vaka Takdimi)

PRIMARY OMENTUM TORSION (CASE REPORT)

Dr.Mehmet Kürşat BOZKURT, Dr.Suat Hayri GÖZÜBÜYÜK, Dr.Savaş TEZEL

S.B. Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Primer omentum torsiyonu akut batın sendromunun nadir bir sebebidir. Klinik bulgular akut apandisit taklit ettiği için tanı laparatomiden önce konamamaktadır. Sunulan hasta da akut apandisit ön tanısı ile operasyona alınmış, operasyon sırasında primer omentum torsiyonu saptanarak apendektomi ve kısmi omentektomi yapılmıştır.

Eksplorasyon sırasında akut apandisit saptanmayan hastalarda, batın içinde serbest serohemorajik sıvı bulunması cerrahi omentum torsiyonu olasılığını uyarmalıdır. Tedavi, torsiyone segmentin eksizyonudur.

Anahtar Kelimeler: Omentum, Torsiyon

T Klin Gastroenterohepatoloji 1993, 4:118-120

Primer omentum torsiyonu nadir olarak görülen bir akut karın nedenidir. Hastalığın klinik görünümü diğer akut karın nedenlerini taklit ettiği için tanı genellikle laparotomi sırasında konabilmektedir. Aşağıda sunulan vakada da preoperatif akut apandisit tanısı konmuş, operasyonda omentum torsiyonu saptanmıştır.

VAKA

M.T. (Port.No.9585/813) 17 yaşında erkek hasta yaklaşık olarak 36 saat önce başlayan karın ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Ağrı sağ alt kadranda başlamış ve yer değiştirmemişti. Bulantı ve kusma yakınmaları olmayan hastanın ağrı dışında tek şikayeti iştahsızlık idi. Geçirilmiş ameliyat, ya da travma öyküsü yoktu.

Geliş Tarihi: 20.2.1993

Kabul Tarihi: 30.4.1993

Yazışma Adresi: Dr.Mehmet Kürşat BOZKURT
Şehit Mehmet Baydar Sok.
Barış Apt. No:9-11/5, 06570,
Maltepe ANKARA

SUMMARY

Primary or idiopathic torsion of the omentum is a rare cause of acute abdominal pain. Although the clinical findings mimic the acute appendicitis, it can hardly be diagnosed before laparotomy. The presented case was operated with the diagnosis of acute appendicitis. At the operation primary omentum torsion was found and appendectomy and partial omentectomy were performed. During exploration, if acute appendicitis could not be confirmed, the presence of free serosanguineous fluid should alert the surgeon about the possibility of the primary omentum torsion. The management consists of resection of the involved segment.

Keywords: Omentum, Torsion

Turk J Gastroenterohepatol 1993, 4:118-120

Fizik inceleme hafif obez olan hastada vital bulgular normal sınırlarda bulundu. Barsak sesleri hiperaktifti. Batında ele gelen kitle saptanmadı. Sağ alt kadranda palpasyonla hassastı. Orta derecede defans mevcuttu ve rebound duyarlılığı vardı. Hastanın lökosit sayısı 13.500/mm³ idi. Direkt karın grafisinde özellik yoktu.

Akut apandisit tanısı ile operasyona alınan hasta da sağ alt kadrandan yapılan transvers kesi ile (Sauerbruch) batına girildi. Batın içinde az miktarda serohemorajik sıvı mevcuttu. Hemen kesi altında omentum majusun sağ alt bölümünde, dil şeklinde, distal ucu serbest, yaklaşık olarak 12x4cm.lik mor-siyah renkli bir segment saptandı. Bu bölümün incelenmesinde 2cm.lik bir taban etrafında, saat yönünde, birçok kez döndüğü ve dolaşımının bozulduğu görüldü. Appendiks normal görünümlü idi ve karın içinde başka bir patoloji saptanmadı. Kısmi omentektomi ve apendektomi yapıldı. Postoperatif sorunu olmayan hasta 2.gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede, omentumda geniş kanama alanları ve ileri derecede genişlemiş çok sayıda kan damarı görüldü.

TARTIŞMA

Literatürde ilk omentum torsiyonunun 1851 yılında Pierre de Marchette, ilk primer omentum torsiyonunun ise 1899 yılında Eitel tarafından yayınlandığı bildirilmektedir (1-4). Bu tarihten sonra yayınlanan vaka sayısı 250'nin üzerindedir. Ancak görülme sıklığının bu sayının çok üzerinde olduğu sanılmaktadır (3,5). Anton ve arkadaşları 1946'da omentum torsiyonlarını aşağıdaki şekilde sınıflamışlardır (1):

A. Primer (idiopatik, kriptojenik, saf)

B. Sekonder

1. Herniler (eksternal, fıtık kesesi içine)
2. Abdominal
 - a. İntrensek (Kist ve tümörler)
 - b. Ekstrensek (Abdominal ve pelvik organlar ile periton patolojileri ile birlikte)

Primer omentum torsiyonlarında etyoloji belirlenmemiştir. Omentumun kendi hareket yeteneği olmadığından ancak intestinal peristaltizm, intraabdominal basınç, intestinal dilatasyon ve adezyonlar tarafından çekilme gibi dış güçlerle yer değiştirmektedir (1). Primer omentum torsiyonunda predispozan ve uyarıcı etkenler olduğu ileri sürülmektedir (1-3). Bunlar:

1. Predispozan etkenler:

- a. Anatomik varyasyonlar: Omentumun dil şeklinde uzantıları, sağ yarısının daha uzun olması, bifid yapıda olması.
- b. Obezite: Yağ dağılımının düzensiz olması.
- c. Epiplölit (Omentitis): İnflamatuvar, postoperatif ya da posttravmatik olabilir.
- d. Kan damarlarının düzeni
- e. Tümörler ve kistler

2. Uyarıcı etkenler:

- a. Travma: Kunt abdominal travma, aşırı egzersiz, vücut pozisyonunda ani değişiklikler.
- b. Hipertansiyon
- c. Vasküler değişiklikler: Trombozis veya embolizme bağlı infarkt alanları ağırlık artışı nedeniyle dönme hareketini başlatabilir.

Obezite dışında yukarıda sayılan predispozan etkenlerden hiç biri hastamızda mevcut değildi.

Omentumdaki dönme hastamızda görüldüğü gibi, bir boyun etrafında, uzun eksen üzerinde ve genellikle saat yönünde olur. Dönmelerin sayısı birden fazladır. Torsiyon genellikle tam ve kalıcıdır (1,3,5). Mainzer ve Simoes torsiyone segmentin boyutlarının bildirildiği 61 vakada torsiyone olan segmentin ortalama 8x8cm. olduğunu, saptanan en büyük torsiyone segmentin ise 27.5x20cm. olduğunu yazmaktadırlar (2). Bizim rezeke ettiğimiz segment 12x4cm. boyutlarında idi ve literatürde bildirilen ortalama değerlere yakındı. Torsiyon sonucunda omentumun distal (serbest) ucunda ödem ve

konjesyon başlar. İnterstisiyel bölgeye hemorajik ekstrasvazasyon ve omental venlerde trombus formasyonu olur. Değişik derecelerde iltihabi hücre infiltrasyonu vardır. Yapılan histopatolojik incelemede bizim hastamızda da aynı bulgular saptanmıştır. Süre yeterli ise olay gangren ve nekrozla sonlanır. Beraberinde aseptik bir peritonit tablosu ortaya çıkar. Periton boşluğunda değişik miktarlarda serbest serohemorajik sıvı bulunur. Bu son bulgu karın içinde başka patoloji yoksa omentum torsiyonu - infarktüsü - için karakteristiktir (1, 3, 4, 5).

Mainzer ve Simoes 1964 yılında o güne kadar yayınlanmış 159 vakaya kendi 6 vakalarını da ekleyerek 165 hastayı incelemiş ve hastaların çoğunluğunun 26-50 yaşları arasında ve erkek olduğu bulmuşlardır. Bu çalışmada şişmanlığın da torsiyonu kolaylaştırıcı bir etken olduğu saptanmıştır (2,6).

Hastalarda en sık görülen semptomlar ağrı, bulantı, kusma, diare ve hareketle ağrıda artmadır. Karın ağrısı sıklıkla sağ alt kadrantadır. Bazen peri ya da paraumbilikal veya yaygın olabilir. Başlangıcı anidir ve ağrı devamlıdır. Ağrı, hasta yatınca azalır, hareketle artar. Ağrı tüm hastalarda mevcuttur. Bulantı hastaların yarısından fazlasında bulunurken kusma hastaların 1/3'ünde olur. Daha az görülen diğer semptomlar idrar retansiyonu, dizüri, konstipasyon, abdominal distansiyon, kostovertebral ağrı, yağlı yiyeceklere tahammülsüzlük ve dispnedir (1,2,5,6).

Ateş ve lökositoz olguların yarısında bulunur. Lökosit sayısı genellikle 12.000/mm ün üzerindedir. Karın muayenesinde sağ alt kadrant palpasyonla hassasiyet, orta derecede defans bulunur. Rebound duyarlılık mevcuttur. Torsiyone segment büyükse kitle palpe edilebilir (1,2,6). Operasyonda oldukça büyük bir kitle ile karşılaşmamıza karşın muhtemelen defans yüzünden kitle preoperatif olarak palpe edilememiştir.

Omentum torsiyonunda semptom ve klinik bulgular özellikle akut apandisitteki semptom ve bulgularla hemen hemen aynı olduğundan preoperatif tanı bizdeki gibi genellikle akut apandisit olmaktadır. Mainzer ve Simoes 165 olgudan 119'unda akut apandisit, 18'inde akut kolesistit tanısı konduğunu bildirmişlerdir (2). Tanının preoperatif olarak konamaması yüzünden hastalarda apendektomi için uygun kesiler tercih edilmektedir. Bu kesiler bazı olgularda eksplorasyon güçlüğü yaratmaktadır. Özellikle akut apandisit açısından negatif vakalarda karın içinde başka bir patoloji olmaksızın karında serohemorajik sıvı bulunması torsiyonu akla getirmeli ve karın kapatılmadan omentum mutlaka dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir (1-4). Distal iskemi ile birlikte omentumda tam bir dönme olması ve omentumun distalinde fiksasyon ya da başka bir karın içi patoloji olmaması tanı için spesifik bulgulardır (4).

Primer omentum torsiyonunun tedavisi torsiyone segmentin eksizyonudur. Sonuçlar mükemmeldir ve nüks bildirilmemiştir (1,3,5).

KAYNAKLAR

1. Leitner MJ, Jordan CG, Spinner MH, Reese EC. Torsion infarction and hemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress. *Ann Surg* 1952; 135:103-10.
2. Mainzer RA, Simoes A. Primary Idiopathic torsion of the omentum. *Arch Surg* 1964; 88:974-83.
3. Adams JT. Primary torsion of the omentum. *Am J Surg* 1973; 126:102-5.
4. Sweeney MJ, Blestel GA, Ancalmo N. Primary torsion of the greater omentum. *JAMA* 1983; 249:3073.
5. Adams JT. Abdominal wall, omentum, mesentery, and retroperitoneum. In: Schwartz SI, ed. *Principles of surgery*. New York: Mc Graw-Hill Book Co, 1984; 1424-25.
6. Kayabal İ. ince barsak (Duodenum dışı), appendix, vâlvula bauhni, kalın barsak, periton ve omentum'un şirurjikal hastalıkları. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, 1976; 441-8.