

Çekum tümörünü taklit eden soliter çekum divertikülüti

Sezgin Yılmaz, Bahadır Celep, Mustafa Özsoy, Ogün Erşen, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Soliter çekum divertikülüti akut karının nadir nedenlerinden birisidir ve genellikle apendektomi yapılmak amaçlı opere edilen hastalarda ameliyat sırasında tespit edilir. Olgu sunumunda, akut apandisit ön tanısı ile opere edilen ve intraoperatif malignite ile karışan bir çekal divertikülit olgusunu sunmayı amaçladık. Akut apandisit ön tanısıyla opere edilen hastalarda cerrahın karşılaşılabileceği çekum yerleşimli kitlelere doğru yaklaşım için çekum divertikülünün akılda tutulması gerekmektedir. Uygulanacak medikal ve cerrahi tedavi kliniğe göre şekillendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Çekum divertikülü, akut apandisit, divertikülit

Solitary cecal diverticulitis mimicking cecum tumor

Solitary cecal diverticulitis is one of the rare cause of acute abdomen and is usually detected in the patients who is operated for appendectomy during surgery. In this case report, we aimed to present cecal diverticulitis which is operated with the diagnosis of acute appendicitis and mixed with intraoperative malignancy. For patients who is operated with pre-diagnosis of acute appendicitis, the cecum diverticulum should be kept in mind to approach rightly the tumours located in the cecum. Medical and surgical treatment should be formed to the clinic.

Keywords: Cecum diverticulum, acute appendicitis, diverticulitis

Giriş

Divertikül patolojik olarak ilk kez 1849'da Cruveilhier tarafından, çekum divertikülleri ise ilk kez 1912 yılında Potier tarafından tanımlanmıştır. Kesin olarak bilinmemekle birlikte çekum divertiküllerinin sıklığı her 300 apendektomi olgusunda 1 olgu olarak rapor edilmiştir (1-3). Özellikle erkeklerde ve genç nüfus arasında daha sık rastlanılmaktadır (4,5). Genellikle yangı, delinme veya kanama gibi komplikasyonlar olmadığı sürece asemptomatiklerdir. Kesin tanı genellikle akut apandisit veya çekum kanseri şüphesi ile opere edilen hastalarda ameliyat sırasında konulur (6,7).

%80'inde ileoçekal valvden 2.5 cm mesafededir ve %50'sinde kolonun ön yüzünde olduğu bildirilmiştir (8). Çekum ön duvarı yerleşimli divertiküller yerleşimi nedeniyle sıklıkla akut apandisiti taklit ederler, şayet divertikül çekumun arka duvarında yerleşmiş ise maligniteyi taklit eden enflamatuvar bir kitle oluşturur. En sık rastlanan komplikasyonu divertikülittir. Çekum divertikülüti fizik muayene ile akut apandisitten hemen hemen hiçbir zaman

ayrıt edilemediği gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri de çoğu kez apandisit veya çekum tümörü gibi yanlış sonuçlar verir. Soliter çekum divertikülüti tanısı halen hastaların %65-85'inde ameliyat esnasında konulmaktadır (9,10). Çekum divertikülüti, hastalarda yanlış apandisit veya çekum tümörü teşhisi koydurması ve sonuçta sağ hemikolektomiye kadar giden operasyonlara neden olması sebebiyle tanı ve tedavi algoritması açısından incelenmesi gereken bir hastalıktır.

Olgu

Yirmi sekiz yaşında kadın hasta 5 gündür süren sağ alt kadranda ağrı sebebiyle ikinci basamak bir hastanenin acil servisine başvurmuş. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda olan hastaya yapılan ultrasonografide apandiks boyu 5,5 cm, çapı 0,8 mm olarak apandisit ile uyumlu olarak değerlendirilmesi üzerine apendektomi yapmak amaçlı McBurney insizyonla batın açılmış. Apendiks üzerinde çekum yerleşimli 5-6 cm'lik malign görünümlü bir kitle tespit edilmesi üzerine batın kapatılarak çekum tümörü ön tanısıyla hasta tarafımıza ileri tetkik ve tedavi amaçlı sevk edildi.

Hasta kliniğimize geldiğinde toksik bir görünümdeydi ve batın sağ alt kadrandaki ağrısı halen devam etmekteydi. Fizik muayenesinde sağ iliak fossada hassasiyet ve rebound saptandı. Laboratuvar tablosunda lökositozu mevcut değildi (8,6 µl) ve diğer değerler normal sınırlarday-

Yazışma Adresi:

Ogün Erşen
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

E-posta: ogunersen@hotmail.com

di. Hastaya acil batın tomografisi çekildi. Tomografide douglas aralığında serbest sıvı mevcut olup ileoçekal valv düzeyinde düzensiz duvar kalınlaşmaları ve çekum anteromedial duvarından orijin alan divertikül ile uyumlu oluşum izlendi (Resim 1). Perçekal lokalizasyonda multipl lenf nodları mevcuttu. Radyolog tarafından ileoçekal valv düzeyindeki duvar kalınlaşmasının reaksiyonel olabileceği gibi malignitenin radyolojik olarak dışlanamayacağı belirtildi. Hastadan alınan karsiyoembriyojenik antijen (CEA), kanser antijeni 125 (CA-125) ve kanser antijeni 19-9 (CA19-9) normal sınırlardaydı. Mevcut bulgular ile malignite ve divertikülit ayrımı için hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide çekumda divertikül orifisi saptandı. Terminal ileumdan çekuma doğru dıştan bası mevcuttu ve terminal ileumda üzeri fibrinle kaplı ülser alanlar izlendi (Resim 2). Divertikülite bağlı terminal ileit olarak değerlendirildi. Hastaya operasyon kararı alındı ve yatışının 3. gününde operasyona alındı. Laparoskopi ile yapılan eksplorasyonda çekum üzerinde yerleşimli yaklaşık 6 cm boyutunda üzeri fibrin ve apse odaklarıyla kaplı kitle gözlemlendi. Kitle medialinde apendiks bulundu. Apendiks enfleme ve erekteydi. Hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi ve ileokolik anastomoz yapıldı. Patoloji sonucu çekumda divertikül oluşumu ve çevresinde apseleşen non-spesifik iltihap olarak raporlandı. Hastanın takiplerinde sorun yaşanmadı ve postoperatif 7. gününde taburcu edildi. Hasta ameliyat sonrası 2. ayında sağ ve sağlıklı olarak yaşamına devam etmektedir.

Tartışma

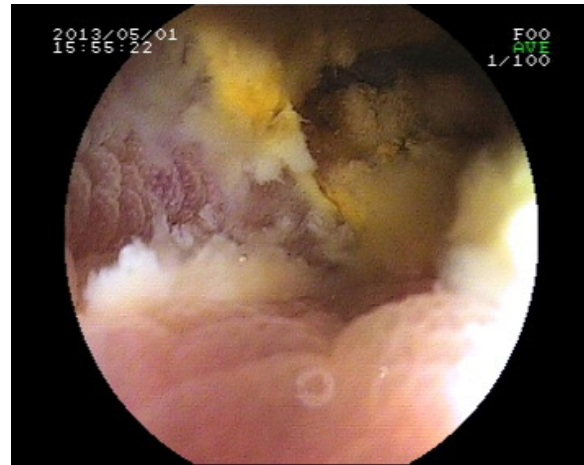
Yeni başlangıçlı sağ alt kadran ağrısı ile başvuran hastalarda ilk akla gelen ön tanı apandisitir. Bu ön tanı konulduğunda ise tanı algoritmasında ilk yapılacak tetkik olarak ultrason vardır. Uygun kliniğin, lökositozun ve ultrasonda apandisit bulgularının varlığı apandisit olarak değerlendirilmekte ve opere edilmektedir. Çekum önünde yerleşimli divertiküller iltihabi reaksiyon halinde ultrasonografik görüntülemelerde yerleşim itibarıyla akut apandisit tak-

lit edebilirler. Klinik ve laboratuvar bulguları yönünden apandisit çok benzeyen çekum divertikülleri günümüzde halen preop %70 oranında apandisit tanısı alırlar (11). Park ve arkadaşları apandisit ön tanısıyla laparotomi yapılan 1137 hastanın %2,7'sinde sağ kolon veya çekum divertiküliti tespit edildiğini raporlamışlardır (12). Kliniği apandisit çok benzemekle birlikte çekum divertiküliti, sağ alt kadran ağrısının uzun süreli olması, bulantı kusma yakınmalarının daha az görülmesi ve hastanın daha önce aynı tarz ataklar geçirme anamnezi ile apandisitten ayrılabilir (13). Ayrıca klasik apandisit kliniğinden farklı olarak çekum divertikülitinde ağrı sağ alt kadranda başlar ve orada devam eder. Çekum arkasında yerleşimli daha büyük çapta divertiküller ise radyolojik görüntülemelerde çekum tümörü yanlış öntanısına neden olabilirler. Wagner ve Zollinger'in çıkan kolon ve çekum divertikülü olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada 318 hastadan sadece %5,3'lük oranda hastaya preoperatif doğru teşhisin konulduğu raporlanmıştır (14). Sunumumuzdaki hasta ise sağlık kuruluşuna ilk başvurduğunda apandisit tanısı almış, eksplere edildiğinde ise çekum tümörü ön tanısıyla tarafımıza sevk edilmiştir. Kliniğimizde yapılan tetkikler sonucunda divertikülit tanısıyla opere edilmiştir.

Çekum divertikülleri çoğunlukla akut ataklar dışında klinik belirti vermez ve genelde sessiz oldukları dönemde tespit edilemezler. Çoğunda klinik belirtiler fekalomlara bağlı tıkanıklar sonucu ortaya çıkar. Divertikülit atakları sırasında tanısız amaçlı ultrason ve tomografi kullanılabilir. Chou ve ark. sağ alt kadran ağrısı olan 934 hasta üzerinde yapılan çalışmada ultrasonun çekal divertikülit üzerinde sensitivitesinin %91,3 spesifitesinin ise %99,8 olduğunu raporlamışlardır (15). Sardi ve ark. tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise tomografi ile ultrasonun tanıda eşit değerde olduğu belirtilmiştir (16). Divertiküllerin tanısında kullanışlı olan baryumlu kolon grafisi ise divertikülit atakları sırasında baryumun perforasyon alanından lümen dışına kaçması, lokalize iltihabın kolonun diğer bölümlerine yayılması gibi komplikasyonlar sebe-



Resim 1: Hastanın batın tomografisinde çekum yerleşimli divertikülün ve ileoçekal bölgedeki duvar kalınlaşmasının görüntüsü



Resim 2: Kolonoskopide terminal ileumda üzeri fibrinle kaplı ülser alanlar.

biyle kullanılmaz. Kolonoskopi ise akut divertikülitlerde perforasyon riski taşıdığından önerilmemektedir ancak hastamızda çekal tümör tomografi ile radyolojik olarak ayırt edilemediği için kolonoskopi kullanılmıştır.

Çekum divertikülleri kolonda sıklıkla görülen diğer divertiküler oluşumlardan farklılık arz ederler. Kolon divertikülleri, içinde sadece mukoz ve submukoza tabakalarını içeren yalancı divertiküllerdir. En sık sigmoid kolonda ve antimezenterik yüzde yerleşirler. Nadir görülen çekum divertikülleri ise daha sık olarak çekumun ön yüzünden köken alırlar. Kolonda çoğunlukla görülen diğer divertiküllerin aksine çekum divertiküllerinin kolon duvarını tam kat içeren gerçek divertiküller olduğu ve diğer kolon divertikülleri gibi edinsel olarak değil; embriyonik gelişimin altıncı haftasında sakkuler formasyon bozukluğu nedeniyle konjenital olarak geliştiği düşünülmektedir (11,14,17). Hughes yaptığı çalışmada (10) rastgele seçilmiş 200 otopsi sırasında kolonu divertiküler hastalık yönünden incelemiş ve tüm divertiküllerin arasında sadece %5 oranında çekum divertikülü olduğunu belirtmiştir. Çalışmada diğer raporlarda belirtilenin aksine çekum divertiküllerinin %50-60'ının yalancı divertikül olduğu saptanmıştır.

Çekum divertikülitlerinde medikal ve cerrahi tedavi yollarını benimseyen farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bir grup yazar çekum divertikülitlerinin sadece antibiyoterapi veya sınırlı rezeksiyon (divertikül invajinasyonu, divertikülektomi) ile başarılı şekilde tedavi edilebileceğini öne sürmüşlerdir (18,19). Ancak bazı hastalarda medikal tedavi veya sınırlı rezeksiyon sonrası tekrarlayan divertikülit atakları ve sonucunda perforasyon, lokalize apse formasyonları, kanama gibi komplikasyonlar oluşması sebebiyle radikal cerrahiye gereksinim oluşmaktadır (20,21). Bu oranın %12,5-40 olarak rapor edildiği çalışmalar mevcuttur (3,6,20). Büyük oranda intraoperatif tanı alan çekum divertikülitlerinde bazen geniş yangısal reaksiyon sınırlı rezeksiyona izin vermez ve bu durumda sağ hemikolektomi yapılır. Ancak sağ hemikolektomi, mortalite oranlarının diğer sınırlı rezeksiyonlara nispeten daha yüksek olması ve ileoçekal valvin ortadan kalkmasına bağlı fizyolojik değişiklikler sebebiyle divertikülit komplike olmadıkça uygulanmaktan kaçınılması gereken bir yöntemdir. Hastamızdaki kitlenin 6 cm büyüklüğünde olması, intraluminal ve perikolonik dokulara yangısal reaksiyona yol açması, inflamasyon alanında lokalize apse formasyonları ve yapışıklıklar olması sebebiyle hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi operasyonu uygulandı.

Çekum divertikülitlerinde preoperatif konulacak doğru teşhis hastalığın tedavi planlamasına doğrudan etki etmektedir. Çekum divertikülitini tanıması preoperatif konulursa kliniği uygun hastalarda antibiyoterapi ile takip yapılabilir. Ancak intraoperatif tanı konulan hastalarda yapılacak işlem cerrahın malignite ile divertikülit ayırımını yapabilmesine ve ameliyat sahasının divertikülektomi veya ilioçe-

kal rezeksiyon gibi sınırlı işlemlere izin verecek durumda olmasına bağlıdır. Bu kararın verilebilmesi için ise sağ alt kadran ağrısına yol açan çekum yerleşimli kitlelerin çekal divertikülit de olabileceğinin unutulmaması gerekir.

Kaynaklar

1. Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA, Mudawi AM: Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Med Sci Monit* 2003;9:107-9.
2. Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P, Karamanlis E, Stefopoulou M, Kouskouras K: Perforated diverticulum of the caecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2004;8:116-8.
3. Oudenhoven LFIJ, Koumans RKJ, Puylaert JBCM. Right colonic diverticulitis: US and CT findings. New insights about frequency and natural history. *Radiology* 1998;206:611-8.
4. Tavusbay C, Kahya MC, Turker K, Damburacı N, Hacıyanlı M, Genc H. A very rare cause of acute abdomen: solitary caecal diverticulitis. *Kolon Rektum Hast Derg* 2009;19:184-7.
5. Junge K, Marx A, Peiper Ch, Klosterhalfen B, Schumpelick V. Caecal-diverticulitis: A rare differential diagnosis for right-sided lower abdominal pain. *Colorectal Dis.* 2003;5:241-5.
6. 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;98:875-80.
7. 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 J.* 2009;2:88.
8. Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, Refsum S. Solitary caecal diverticulitis - A rare cause of right iliac fossa pain. *Ulster Med J* 2005;74:132-3.
9. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, Brown MG. Inflamed solitary cecal diverticulum - it is not appendicitis, what should I do? *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:672-4.
10. Hughes LE. Postmortem survey of diverticular disease of the colon. I. Diverticulosis and diverticulitis. *Gut.* 1969;10:336-344.
11. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE Jr. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg* 1999;188:629-34.
12. Park CW, Kim BG, Kim KS, et al. Surgical management of caecal diverticulitis detected during appendectomy. *J Korean Soc Coloproctol* 2001;17:15-9.
13. Shyung LR, Lin SC, Shih SC, Kao CR, Chou SY. Decision making in right-sided diverticulitis. *World J Gastroenterol* 2003;9:606-8.
14. Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Ann Surg* 1961, 83:436-43.
15. Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, et al. Sonography of acute right side colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001;181:122-7.
16. Sardi A, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and

- ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg* 1987;53:41-5.
17. Magness LJ, Sanfelippo PM, Van Heerden JA, Judd ES. Diverticular disease of the right colon. *Surg Gynecol Obstet* 1975;140:30-2.
 18. 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;45:611-4.
 19. Fischer MG, Farkas AM. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Dis Colon Rectum* 1984;27:454-8.
 20. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, et al. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003;185:135-40.
 21. Ozsoy M, Haskaraca MF, Alpaydın T. Solitary cecal diverticulitis mimicking malignancy: Case report and review of the literature. *Erciyes Med J* 2013;35:79-82.