



# Soliter çekal divertikülit: 3 olgu sunumu ve literatür değerlendirmesi

Solitary cecal diverticulitis: Report of 3 cases and literature review

Barış Rafet KARAKAŞ<sup>1</sup>, Ali Önder DEVAY<sup>2</sup>, Mani HABİBİ<sup>1</sup>, Ümit KOÇ<sup>1</sup>, Uğur DOĞAN<sup>1</sup>, İsmail GÖMCELİ<sup>1</sup>  
Nurullah BÜLBÜLLER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clinic of General Surgery, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey

<sup>2</sup> Clinic of General Surgery, Bursa State Hospital, Bursa, Turkey

## ÖZ

Soliter çekum divertikülüti, klinik semptomları akut apandisit ile benzerlik gösteren ve bu yüzden genellikle intraoperatif tanı alan oldukça nadir görülen benign inflamatuvar bir antidedir. Konservatif yaklaşımdan sağ hemikolektomiye uzanan farklı tedavi seçenekleri tanımlanmış olup ortak bir görüş bulunmamaktadır. Yazımızda, üç olgu sunumu eşliğinde soliter çekum divertikülüti tanı ve tedavi seçeneklerini değerlendirdik.

**Anahtar Kelimeler:** Çekum, divertikülitler, karın ağrısı

## ABSTRACT

Solitary caecal diverticulitis is a rare benign inflammatory entity and its clinical symptoms are similar to acute appendicitis. There fore it is usually diagnosed intraoperatively. Different treatment options, ranging from the conservative approach to right hemicolectomy are defined however there is no consensus. In this article, the diagnosis and treatment options of solitary cecal diverticulitis was evaluated with three cases.

**Keywords:** Abdominal pain, cecum, diverticulitis

## GİRİŞ

Soliter çekum divertikülüti akut apandisit kliniği ile karşımıza gelen ve preoperatif dönemde tanı koymanın oldukça zor olduğu nadir bir klinik tablodur (1). Bu konu ile ilgili deneyimler, genellikle olgu serilerinin retrospektif incelemesi şeklinde olduğu için tedavi hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır (2). Konservatif yaklaşımdan sağ hemikolektomiye uzanan farklı tedavi seçenekleri tanımlanmıştır (3).

## OLGU SUNUMU

Klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilen her üç olgu da acil servise sağ alt kadranda lokalize ağrı şikayetleri ile başvurdu. Üç olgunun da şikayetlerine ateş, iştahsızlık, bulantı-kusma eşlik etmekteydi. Bir ve 2. olgunun karın ağrısı acile başvurduğu gün başlamışken 3. olgunun 3 gün önce karın ağrısı şikayetlerinin başlamış olduğu öğrenildi. Her 3 olgunun da fizik muayenesinde sağ alt kadranda daha belirgin olmak üzere periton iritasyon bulguları mevcuttu. Lökositoz ve C-reaktif protein (CRP)

yüksekliği dışında anormal labaratuvar bulgusu gözlenmedi. Ultrasonografik değerlendirmede 1. olgu sağ alt kadranda bağırsak anslarının ödemli olması ve çevre dokudaki inflame görünüm nedeniyle akut apandisit açısından şüpheli değerlendirilirken 2. olguda sağ alt kadranda izlenen 9 mm çapında dilate, ödemli komprese edilemeyen lümen içerisinde ekojen görünümde kör bağırsak anısı akut apandisit lehine değerlendirildi. 3. olgunun ultrasonografi (USG) değerlendirmesinde apendiks görülmeyemedi. Her 3 hasta da akut apandisit ön tanısıyla opere edildi. Bir ve 2 numaralı hastalarda laparoskopik eksplorasyon sırasında çekumda kitlesel lezyon izlenmesi üzerine göbek altı median kesi ile açık cerrahiye geçilirken, 3 numaralı hastada Mc-burney insizyonundan operasyon tamamlandı. Bir ve 3 numaralı olgularda operasyon esnasında soliter çekal divertikülit tanısı koyuldu ve sırasıyla çekum rezeksiyonu ve divertikülektomi yapıldı (Resim 1,2A,B). İkinci olguda ise çekumda tümöral kitle olduğu düşünülerek sağ hemikolektomi kararı verildi.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Mani HABİBİ

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye  
Telefon/Tel: +90 555 6788927 • E-posta/E-mail: manihabibi@gmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 13.04.2015 • **Kabul Ediliş Tarihi/Accepted:** 23.04.2015

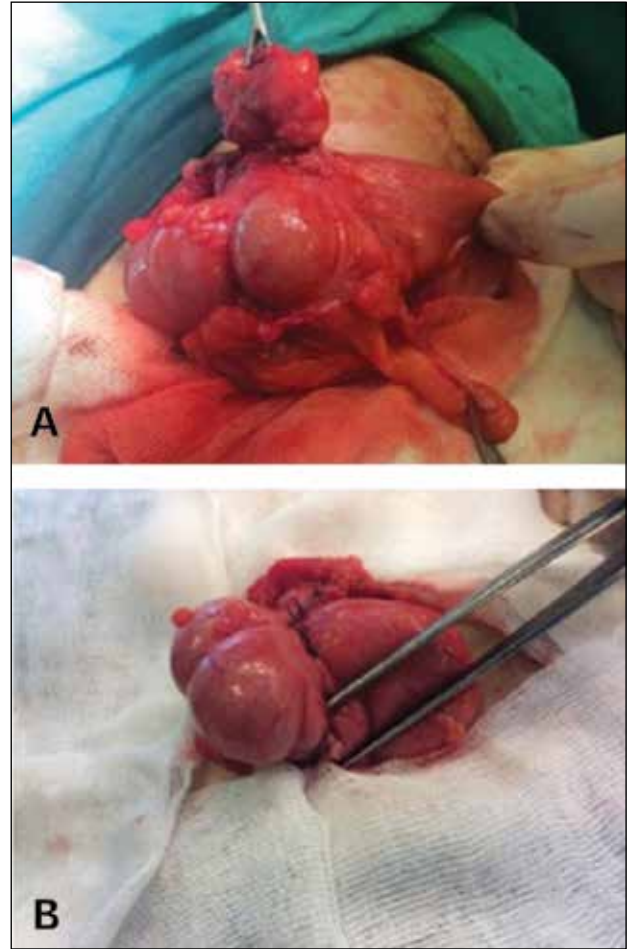
**Tablo 1. Olguların demografik ve klinik özellikleri**

No	Yaş/ Cinsiyet	Ateş (°C)	C-reaktif protein (mg/dL)	Lökositöz (µL)	Periton iritasyon bulguları	Bulantı, kusma iştahsızlık	Ultrasonografi	Operasyon
1	25/ E	38.1	168	13600	+	+	Akut apandisit şüphesi	Çekum rezeksiyonu
2	28/ E	38	38.3	16500	+	+	Akut apandisit	Sağ hemikolektomi
3	21/ E	37.8	26.2	14500	+	+	Normal bulgular	Diverti külektomi + appendektomi

**Resim 1.** Birinci olguda çekal divertikülünin traoperatif görüntüsü.**TARTIŞMA**

Çekum divertikülü ilk olarak Potier tarafından 1912 yılında tanımlanmıştır (4). Bu divertiküllerin %15 kadarının er ya da geç inflame olacağı Canver ve arkadaşları tarafından belirtilmiştir (5). Gelişen divertikülit tablosunun akut apandisitten ameliyat öncesi dönemde ayırımı yapmak oldukça zor olup bu yüzden çekal divertikülit sıklığı 300 apendektomide bir şekilde bildirilmiştir (3). Tüm kolon divertiküllerinin %3.6'sını oluşturup, ortalama görülme yaşı 44'tür ve erkeklerde biraz daha fazla görülür (6).

Chou ve arkadaşlarının 934 sağ alt kadranda ağrılı hastada yaptığı bir derlemede, abdominal USG'nin çekal divertikülit tanısında %91.3 sensitivite, %99.5 spesifite ve %99.5 ortalama doğruluk oranı gösterdiği bildirilmiştir (7). Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinin de tanıda ortalama %98'lik sensitivite ve spesifite gösterdiği ve %10 kadar olguda çekal tümörlerden ayırıda faydalı olabileceği belirtilmiştir (3). Görüntüleme yöntemlerinin çekal divertikülit tanısında belirtilen başarısına rağmen Kurar ve arkadaşları ancak olguların %9'unda preoperatif tanı koyulabildiği ve tanı koyulanlarının çoğunun apendektomili hastalar olduğunu bildirmiştir (8).

**Resim 2.** (A) Üçüncü olguda çekal divertikülünin traoperatif görüntüsü, (B) divertikülektomi ve appendektomi yapıldıktan sonraki görünüm.

Çekal divertikülit tedavisi hastalığın presentasyonu ve yaygınlığına göre değişkenlik gösterir (9). Tanı koymada yaşanan sıkıntılar ve konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma olması tedavi yaklaşımı konusunda tartışmalara neden olmaktadır. Literatürdeki olgu serilerinden elde edilen tedavi önerileri geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ile konservatif takipten sağ hemikolektomiye uzanan seçenekler sunmaktadır (1). Preoperatif dönemde tanı koyulabilmiş komplike olmayan divertikülitlere bazı yazarlar bağırsak

istirahati ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle konservatif tedavi önerirken, Fang ve arkadaşları konservatif tedavi ile tedavi edilen hastaların sadece %40'tan azlık bir kısmında başarılı sonuçlar elde edildiğini ve takip döneminde rekürrens gerçekleşmediğini göstererek bu görüşe karşı çıkmış ve agresif cerrahileri savunmuştur (10,11). Laneve arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada sadece antibiyotik veya divertikülektomi ile tedavi edilen hastaların %40'ında devam eden inflamatuvar süreç sebebiyle takiben hemikolektomi yapılması gerektiği bildirerek Fang ve arkadaşlarının sonucunu desteklemiştir (12).

Sauerland ve arkadaşlarının yaptığı bir Cochrane derlemesi apandisit şüphesinde tanısal laparoskopi yapılması gerektiğini vurgulamıştır (13). Biz 2 olguda operasyona laparoskopi ile başladık ve eksplorasyonda çekumda gördüğümüz kitlesel lezyon nedeniyle açık operasyona geçtik. İkinci olguda geniş, sert flegmone çekal kitle mevcut olduğundan intraoperatif olarak kesin inflamatuvar çekal kitle ile malignite ayırımının yapılamadığından sağ hemikolektomi uygularken 3. olguda tanıyı ancak açık cerrahi sonrasında netleştirebildik ve segmenter rezeksiyon uyguladık. Cerrahi prosedürün genişliği değerlendirildiğinde ise, soliter divertiküllerde divertikülektomi yeterli görülürken; çekal flegmon varlığında ve malignitenin ekarte edilemediği durumlarda sağ hemikolektomi önerilmektedir (14-16). Deneyimli merkezlerde stapler ile laparoskopik divertikülektominin ve laparoskopik rezeksiyonların başarılı bir şekilde uygulanabileceği bildirilmiştir (9,17).

## SONUÇ

Cerrahların genellikle akut apandisit ön tanısıyla operasyon kararı verdiği ve ancak intraoperatif tanı koyabildiği bu nadir bening inflamatuvar antitenin tanı ve tedavi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olması oldukça önemlidir.

## KAYNAKLAR

- Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, Brown, MG. Inflamed solitary caecal diverticulum-it is not appendicitis, whatshould I do? *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88(7):672-4.
- Chiu PW, Lam CY, Chow TL, Kwok SP. Conservative approach is feasible in the management of acute diverticulitis of the right colon. *Aust NZ J Surg* 2001;71(11):634-6.
- Cole M, Ayantunde AA, Payne J. Cecal diverticulitis presenting as acute appendicitis: A case report. *World J Emerg Surg* 2009;4:29.
- Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bull Mem Soc Anat Paris* 1912;87:29-31.
- Canver CC, Freier DT. Management of cecal diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 1986;81:1104-6.
- Sardi S, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the caecum and ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg* 1987;53(1):41-5.
- Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, Chen JD, Hsu CC, Lee CH, et al. Sonography of acute right side colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001;181(2):122-7.
- Kurer MA. Solitary caecal diverticulitis as an unusual cause of right iliac fossa mass: case report. *J Medical Case Reports* 2007;1:132.
- Uwechue R, Richards E, Kurer M. Stapled diverticul ectomy for solitary caecal diverticulitis. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 2012;94(8):e235-e236.
- Oudenhoven LF, Koumans RK, Puylaert JB. Right colonic diverticulitis: US and CT findings. New insights about frequency and natural history. *Radiology* 1998;206(3):611-8.
- Fang, JF, Chen, RJ, Lin, BC, Hsu YB, Kao JL, Chen MF. Aggressive resectionis indicated for caecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003;185(2):135-40.
- 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.
- Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4:CD001546.
- Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P, Karamanlis E, Stefopoulou M, Kouskouras K, et al. Perforated diverticulum of thecaecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2004;8:116-8.
- Altun H, Mantoglu B, Okuducu M, Onur E, Baskent A, Karip AB, et al. Therapy of solitary cecal diverticulitis in a young patient with laparoscopic right hemicolectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011;21:e176-178.
- Guven H, Koc B, Saglam F, Akin Bayram İ, Adas G. Emergency righth emicolectomy for inflammatory cecal masses mimicking acute appendicitis. *World Journal of Emergency Surgery* 2014;9:7.
- Lee IK, Lee YS, Kim SJ, Gorden DL, Won DY, Kim HJ, et al. Laparoscopic and open surgery for right colonic diverticulitis. *Am Surg* 2010;76(5):486-91.

### How to cite:

Karakaş BR, Devay AÖ, Habibi M, Koç Ü, Doğan U, Gömceli İ, et al. Solitary cecal diverticulitis: Report of 3 cases and literature review. *Gaziantep Med J* 2016;22(3):168-170.