



Solitary Cecal Diverticulitis Mimicking Malignancy: Case Report and Review of the Literature

Maligniteyi Taklit Eden Soliter Çekum Divertikülü: Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi

Mustafa Özsoy¹, Mehmet Fatih Haskaraca¹, Turgay Alpaydın²

CASE REPORT
OLGU SUNUMU

ABSTRACT ÖZET

Solitary cecal diverticulum is one of the true diverticula in the gastrointestinal tract. It is usually asymptomatic; however, clinical findings come forward when it is complicated. The most common complication is diverticulitis. Solitary cecal diverticulum involves the anterior wall of the cecum in one half of cases and often mimics acute appendicitis because of this placement. If the diverticulum settles at the posterior wall of the cecum, an inflammatory mass mimicking malignancy could form. In this article, we present a case presenting solitary cecal diverticulitis mimicking malignancy. Orifice pointing on the solitary cecal diverticulum was determined during a colonoscopy of the patient, who received a diagnosis of appendicitis. However, the surgical procedure was terminated due to regular observation of the appendix in the patient despite a diagnosis of acute appendicitis; a mass was found in the posterior of the cecum, attached to the abdominal wall. Upon persistence of the sample complaint after hospital discharge, a right hemicolectomy was performed on the patient with a diagnosis of and treatment for solitary cecal diverticulitis. A solitary cecal diverticulitis patient with a diagnosis of antibiotic therapy, right hemicolectomy was performed at the request of the same complaints again. The formation of a tumor was not observed in the histopathological examination of the specimen. Solitary cecal diverticulitis should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with right lower quadrant pain and a mass.

Key words: Colon diverticula, diverticulitis, appendicitis, cecum

Çekum divertikülleri, gastrointestinal sistemin gerçek divertikülleridir. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte ancak komplike olduğu zamanlarda klinik belirti verirler. En sık rastlanan komplikasyonu divertikülitir. Vakaların yarısı çekumun ön duvarına yerleşir ve bu yerleşimi nedeniyle sıklıkla akut apandisit taklit ederler. Divertikül şayet çekumun arka duvarında yerleşmiş ise maligniteyi taklit eden inflamatuvar bir kitle oluşturur. Bu yazıda maligniteyi taklit eden çekal divertiküllü bir olgu sunuldu. Akut apandisit tanısı ile opere edilen olguda apandiksın olağan gözlenmesi ve çekumun karın arka duvarına yapışık ele sert gelen bir kitlenin bulunması üzerine çekum tümörü düşünülerek işlemi sonlandırılan olgunun kolonoskopik incelemede, çekumun posteromedial duvarında divertiküle işaret eden orifis saptandı. Soliter çekum divertikülü tanısı ile antibiyotik tedavisi alan olguya, taburcu edildikten sonra aynı şikâyetlerle tekrar başvurması üzerine sağ hemikolektomi uygulandı. Cerrahi piyesin histopatolojik incelemesinde tümoral oluşuma rastlanmadı. Sağ alt kadranda ağrı veya kitle ile gelen hastalarda Soliter çekum divertikülü de ayrıncı tanı da akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Kolon divertikülleri, divertikülit, apandisit, çekum

¹Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Manisa, Türkiye

²Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Manisa, Türkiye

Submitted/Geliş Tarihi
17.11.2011

Accepted/Kabul Tarihi
12.11.2012

Correspondance/Yazışma
Dr. Mustafa Özsoy,
Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, 4500 Manisa, Türkiye
Phone: +90 236 231 45 87
e.mail:
dr.mustafaoszoy@gmail.com

©Copyright 2013
by Erciyes University School of Medicine - Available on-line at
www.erciyesmedicaljournal.com
©Telif Hakkı 2013
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Makale metnine
www.erciyesmedicaljournal.com
web sayfasından ulaşılabilir.

Giriş

İlk kez 1912 yılında Potier tarafından tanımlanan çekum divertikülleri, gastrointestinal sistemin gerçek divertiküllerindedir. Sol taraf yerleşimli divertiküllerin aksine tüm barsak katmanlarını içerir (1). Nadir görülen çekum divertiküllerinin embriyonik gelişimin altıncı haftasında sakkuler formasyon bozukluğu nedeniyle geliştiği düşünülmektedir (2, 3). Sol taraf yerleşimli divertiküllerin aksine çekal divertiküller Asya kökenlilerde daha sık saptanmaktadır. Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte yerleşimi nedeniyle başta akut apandisit olmak üzere birçok hastalığı taklit eder. Bu yazıda çekum kanseri düşünülerek ek girişimlere maruz kalmış soliter çekum divertiküllü bir olgu sunulmuştur. Ayrıca yazıda literatür verileri eşliğinde soliter çekum divertikülü ve komplikasyonlarını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Ayrıntılı ameliyat notu ve hastane çıkış özeti ile birlikte kliniğimize başvuran 41 yaşında erkek hastanın raporundan; son 24 saat içerisinde ağrısında belirginleşen karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyeti ile acil servise başvurduğu, fizik muayenesinde sağ alt kadranda periton hassasiyet tablosu saptandığı, laboratuvar incelemelerinde

lökositöz dışında ($14000/\text{mm}^3$) anormallik olmadığı, karın ultrasonografisinde barsak ansları arasında sıvı saptandığı, bu bulgular ile akut apandisit tanısı konularak operasyona alındığı anlaşılmıştır. Klasik Mc Burney insizyondan karına girildiğinde apendiksini olağan olduğu görülmüş; çekumun karın arka duvarına yapışık olduğu ve içerisinde ele sert gelen kitlenin bulunması üzerine çekum tümörü düşünüülerek işlemin sonlandırıldığı yine hasta raporundan anlaşılmıştır.

Hastaya çekum tümörü ön tanısıyla çekilen karın tomografisinde çekumun duvarında ve çevresinde inflamasyona ait görünümün yanı sıra çekum duvarında kalınlık artışı ve dışı doğru uzanım gösteren 5 cm'lik solid kitle imajı saptandı. Tümör işaretleyicileri [Karsinoembriyonik Antijen (CEA), Kanser antijeni 19-9 (CA 19-9), Kanser antijeni 125 (CA-125)] normal değerlendirildi. Kolonoskopik incelemede, çekumda herhangi bir tümoral kitleye rastlanmadı. Çekum posteromedial duvarında divertikülü işaret eden orifis saptandı (Resim 1).

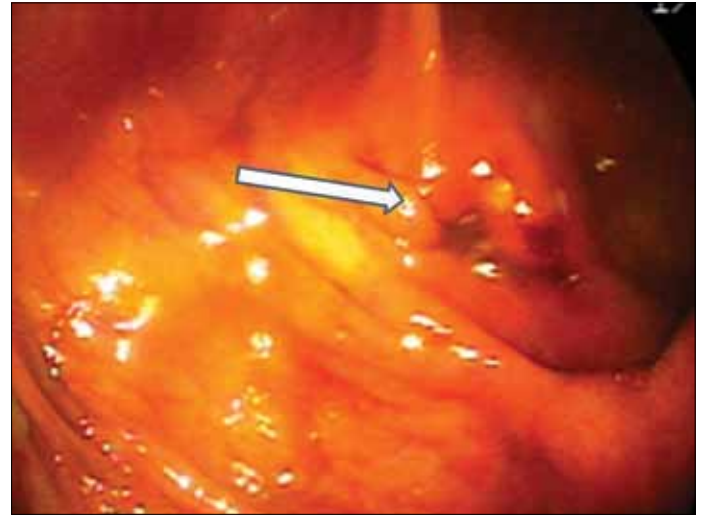
Soliter çekum divertiküliti tanısı ile iki hafta süren intravenöz antibiyoterapi ile (Seftriakson sodyum 500 mg (IM) günde 2 doz) şikâyetleri gerileyen hasta taburcu edildi. Takibinin ikinci haftasında hastanın aynı şikâyetler nedeniyle başvurması üzerine cerrahi tedavi planlandı. İntraoperatif çekumun karın arka duvarına yapışık olduğu ve terminal ileum anslarının çekal divertiküle yapışıklık olduğu gözlemlendi (Resim 2A). Cerrahi tedavi prosedürü olarak sağ hemikolektomi uygulandı. Postoperatif dönemde majör cerrahi sorunla karşılaşılması üzerine şifa ile taburcu edildi. Cerrahi piyesin histopatolojik incelemesinde tümoral oluşuma rastlanmadı. Çekum posterior duvarında izole çekum divertikülü saptandı (Resim 2B).

Tartışma

Sağ tarafa yerleşmiş divertiküller, genellikle sağ kolonu tümüyle tutan yaygın divertiküller hastalık şeklindedir. Ancak nadir olarak da soliter çekum divertiküllerine rastlanır. Soliter çekum divertikülleri, ileoçekal bileşkenin yaklaşık 2,5 cm çevresinde saptanmaktadır. Vakaların yarısında divertikül çekumun ön duvarına yerleşmiştir

(4). Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte klinik ancak komplikasyonların geliştiği takdirde ortaya çıkmaktadır. En sık rastlanan komplikasyon divertikülitir ve divertikül lümeninin fekalit ile tıkanması sonucunda gelişir (5, 6). Erkeklerde kadınlara nazaran daha sık rastlanır; sıklıkla 40-50 yaş arasında görülür (7). Yerleşimi nedeniyle akut apandisit taklit eder. Hastalar genellikle sağ alt kadranda ağrı ile başvurur. Çekal divertikülitli hastaların büyük çoğunluğu akut apandisit tanısıyla operasyona alınırlar ve çekal divertikül tanısı intraoperatif konulmaktadır.

Literatür incelendiğinde 300 apendektominin 12 tanesinde çekal divertikül saptandığı bilinmektedir. (8) Her iki hastalığın kliniği benzer olmakla birlikte çekal divertikülitlerde karın ağrısı, akut apandisitten farklı olarak sağ alt kadranda başlar ve oraya yerleşir. Hastaların geçmişinde benzer karın ağrısı şikâyetleri bulunmaktadır. Bulantı ve kusmaya daha az rastlanır. Lokösitoz bulunmakla



Resim 1. Karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyetleri olan, fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet gösteren 41 yaşındaki erkek olguda, çekumun arka duvarında divertikül ağzının kolonoskopik görünümü (beyaz ok)



Resim 2. (A) Sağ hemikolektomi piyesi, çekumun posteriorunda maligniteyi taklit eden kitle (beyaz ok). (B) Piyesin açıldıktan sonraki divertikül ve divertikülün lümeni (beyaz ok)

birlikte septik tablosu akut apandisit nazaranda daha hafiftir (9). Ancak çoğunlukla akla gelmediği için preoperatif tanı konulması güçtür. Wagner ve Zollinger'in serilerinde preoperatif tanı konma oranının %5'ler civarında olduğu gözlenmiştir (10). Akut apandisit nedeniyle opere edilen vakalarda cerrahların çekum divertikülünü saptama oranı %65-85'dir (11). Tedavisi cerrahi olan akut apandisit hastalığına karşın çekal divertiküllerin tedavisi öncelikle medikaldir. Bu nedenle olası iki tablo aynı anda göz önünde bulundurulmalıdır ve şüpheli olgularda radyolojik görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Çekal divertiküllerinin diğer komplikasyonları perforasyon, hemoraji ve torsiyondur. Çekum ön duvarına yerleşen divertikülün inflamasyonunda perforasyona bağlı yaygın peritonit eğilimi bulunmaktadır. Ancak olgumuzda olduğu gibi çekum arka duvarda yerleşmiş ise inflamatuvar kitle oluşur. Bu nedenle intraoperatif olarak çekal kanserler ve granülomatoz hastalıklarla karıştırılır (12). Divertiküllerin tanısında bilgisayarlı tomografi öncelikli tercih olmalıdır. Fokal perikolonik inflamasyon, ekstraluminal kitle, kalınlaşmış kolonik duvar, çevre dokularda yoğunluk ve kalınlık artışı gibi bulgular divertikül tablosuna işaret eder. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi preoperatif tanının konulabilmesi için en faydalı yöntemdir. Duyalılık ve özgüllük oranları %98 olarak bildirilmektedir (13). Sunulan olgu bilgisayarlı tomografi tanıya kısmen katkı sağladı. Çekum divertiküliti, ultrasonografide çekumun yanında hipoekoik kitle olarak saptanır ve bazı otörler tanıda ultrasonografin tomografi kadar etkili olabileceğini savunurlar (14). Baryumlu grafiler, akut dönemde, divertikül lümeninin inflamasyon veya ödeme bağlı tıkanması durumunda faydalı olmaz; ayrıca komplikasyon olasılığını artırır (13, 14). Kolonoskopi gibi endoskopik işlemler, aynı baryumlu grafiler gibi, aktif inflamasyon döneminde uygulanmamalıdır. Akut dönemde gerçekleştirilen endoskopik girişimler perforasyon oranlarını artırmaktadır.

Çekum divertiküllerin tedavisi, şayet preoperatif dönemde tanı konulabiliyorsa intravenöz antibiyoterapidir (15). Cerrahi tedavi ancak komplikasyonların geliştiği durumlarda söz konusudur. Bir grup yazar çekum divertikülünün ameliyat sırasında saptanması halinde bile medikal tedavi uygulanması gerektirdiği savunmaktadır (16). Oysa Fan ve arkadaşları (17) medikal tedavi uygulanan hastaların yarısından fazlasının ilk 6 ay içerisinde yeniden semptomatik hale geldiklerini bildirmişlerdir. Bu nedenle cerrahi rezeksiyon öncelikle düşünülebilir. Cerrahi tedavi yöntemleri arasında divertikülektomi, apendektomi ile birlikte divertikül invaginasyonu, sınırlı ileoçekal rezeksiyon ile sağ hemikolektomi yer almaktadır. Literatürde bildirilen 300'e yakın sınırlı ileoçekal rezeksiyon vakalarında herhangi bir mortaliteye rastlanmamıştır. Oysa bilindiği üzere sağ hemikolektomi cerrahi prosedürünün mortalite oranları %2'dir (18). Bu nedenle soliter çekum divertiküllerinde en uygun tedavi seçeneği ileoçekal rezeksiyondur. Sağ hemikolektomi ancak malignite, inflamatuvar kitle veya divertikülün perforasyonuna bağlı yaygın inflamasyonun olduğu durumlarda uygulanmalıdır (19). Sunulan olgumuzda yaygın yapışıklık ve çekum arka duvarındaki inflamasyon nedeniyle, sınırlı ileoçekal rezeksiyon yerine daha geniş rezeksiyon olan sağ hemikolektomi tercih edilmiştir.

Sonuç

Soliter çekal divertikül nadir rastlanmaktadır ve genellikle asemptomatiktir. Ancak divertikülün inflamasyonu akut apandisit veya

çekum kanserini taklit edebilmektedir. Bu nedenle sağ alt kadranda ağrı veya ele gelen kitlenin varlığında tanıda soliter çekum divertikülü de akla gelmelidir.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Authors' contributions: Clinical examination and clinical follow-up of the case were carried out by: MÖ, TA. Interpretation of the laboratory techniques which helped diagnosing the case: MFH. Writing of the manuscript MÖ, TA. Important and scientific content contributions: MFH. All authors read and approved the final manuscript.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Bağımsız hakemlerce değerlendirilmiştir.

Yazar katkıları: Olgunun klinik muayenesi ve klinik takibini yapanlar: MÖ, TA. Olguda yapılan ve tanıya yardımcı olan laboratuvar yöntemlerini yorumlayanlar: MFH. Metni hazırlayanlar: MÖ, TA. Önemli ve bilimsel içerik katkısı sağlayanlar: MFH. Tüm yazarlar yazının son halini okudu ve onayladı.

Kaynaklar

1. 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(1): 88. [CrossRef]
2. Magness LJ, Sanfelippo PM, Van Heerden JA, Judd ES. Diverticular disease of the right colon. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 140(1): 30-2.
3. Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch Surg* 1961; 83: 436-43. [CrossRef]
4. Lauridsen J, Ross FP. Acute diverticulitis of the caecum: a report of four cases and review of one hundred and fifty-three surgical cases. *AMA Arch Surg* 1952; 64(3): 320-30. [CrossRef]
5. Henry FC. Acute diverticulitis of the cecum: report of three cases diagnosed preoperatively as acute appendicitis. *Ann Surg* 1949; 129(1): 109-18. [CrossRef]
6. Karatepe O, Gulcicek OB, Adas G, Battal M, Ozdenkaya Y, Kurtulus I, et al. Cecal diverticulitis mimicking acute Appendicitis: a report of 4 cases. *World J Emerg Surg* 2008; 3: 16. [CrossRef]
7. 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(1): 184-7.
8. Junge K, Marx A, Peiper Ch, Klosterhalfen B, Schumpelick V. Caecal-diverticulitis: a rare differential diagnosis for right sided lower abdominal pain. *Colorectal Disease* 2003; 5(3): 241-5. [CrossRef]
9. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE JR. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg* 1999; 188(6): 629-5. [CrossRef]
10. Shyung LR, Lin SC, Shih SC, Kao CR, Chou SY. Decision making in right-sided diverticulitis. *World J Gastroenterol* 2003; 9(3): 606-8.
11. Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch Surg* 1961; 83: 436-43. [CrossRef]

12. Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA, Mudawi AM. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Med Sci Monit* 2003; 9(12): 107-9.
13. Kurer MA. Solitary caecal diverticulitis as an unusual cause of right iliac fossa mass: case report. *J Med Case Rep* 2007; 1: 132. [\[CrossRef\]](#)
14. Terasawa T, Blackmore CC, Bent S, Kohlwes RJ. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. *Ann Intern Med* 2004; 141(7): 537-46. [\[CrossRef\]](#)
15. Jang HJ, Lim HK, Lee SJ, Lee WJ, Kim EY, Kim SH. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon: the value of thin-section helical ct findings in excluding colonic carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 174(5): 1397-402. [\[CrossRef\]](#)
16. Fischer MG, Farkas AM. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Dis Colon Rectum* 1984; 27(7): 454-8. [\[CrossRef\]](#)
17. Sardi A, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg* 1987; 53(1): 41-5.
18. Graham SM, Ballantyne GH. Cecal diverticulitis. A review of the American experience. *Dis Colon Rectum* 1987; 30(10): 821-6. [\[CrossRef\]](#)
19. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Chen MF. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg* 2003; 185(2): 135-40. [\[CrossRef\]](#)