

Apendektomi Sonrası Akut Güdük Apandisit

Stump Appendicitis After Appendectomy

AKIN NDER¹, MURAT KAPAN¹, ABDULLAH BYK¹, GÜVEN TEKBAŐ², METEHAN GMŐ¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır-Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Diyarbakır-Türkiye

ÖZET

Güdük apandisit, apendektomi sonrası geride kalan apandiks dokusunun enflamasyonu ile karakterize nadir görülen bir durumdur. Apendektomi hikayesinin olması tanıda Őphelenmeyi azaltır ve morbiditeyi artırır. Önceden apendektomi geçirmiş sağ alt kadran ağrısı ve peritonit bulguları ile başvuran hastalarda güdük apandisit olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu yazıda kliniğimize akut karın ile başvuran güdük apandisitli iki olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Akut karın, Apendektomi, Gdk apandisit

ABSTRACT

Stump appendicitis is a rare condition characterized by inflammation of residual appendix after appendectomy. The history of appendectomy causes delay in diagnosis and increases the morbidity. Acute stump appendicitis should be the choice of diagnosis in appendectomised patients who admitted with acute abdomen. In this paper two patients with acute abdomen who had been admitted our clinic and diagnose as stump appendicitis were presented.

Key words: Acute abdomen, Appendectomy, Stump appendicitis

BaŐvuru Tarihi: 11.10.2010, Kabul Tarihi: 12.01.2011

Dr. Akın nder

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği

Seyrantepe Mevkii 21280 Diyarbakır-Türkiye

Tel: 0505.6638892, 0412.2488001\4679

e-mail: draonder@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:188-191

Giriş

Apendektominin tam olarak yapılamadığı olgularda apandiks güdüğündeki enflamasyona bağlı gelişen akut karın tablosu güdük apandisit olarak tanımlanır. İlk olarak 1945 yılında Rose tarafından tanımlanmış olup, sıklığı yaklaşık 50000'de bir olarak bildirilmiştir.^{1,2} Akut karın tablosuna yol açarak, akut apandisit tüm klinik özelliklerini gösterir. Ancak hastada apendektomi hikayesinin olması tanıda gecikmeye yol açar ve peritonitle sonuçlanır.³ Bu nadir ancak sıklıkla morbitideye yol açan tabloyu irdelemek amacıyla kliniğimizde tedavi edilen güdük apandisitli iki olgu sunuldu.

Olgu 1

Yirmi üç yaşında erkek hasta, bir gün önce göbek çevresinden başlayan sonra sağ alt kadrana yerleşen karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Dört ay önce başka merkezde apendektomi uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde subfebril ateş dışında vital bulguları normaldi. Mc Burney insizyon skarı mevcuttu. Barsak sesleri hipoaktifti. Sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound vardı. Beyaz küre 7.540/mm³ idi. PA akciğer ve düz karın grafisi normaldi. Abdominal ultrasonografide (USG) de sağ alt kadranda barsak ansları arasında hava değerleri içeren 66x41 mm büyüklüğünde öncelikle apse ile uyumlu görünüm mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ alt kadranda 43x29 mm boyutlarında, milimetrik hava değerleri içeren apse ile uyumlu sıvı ve arkasında çevresel kalsifikasyon gösteren 12x17mm boyutta



Resim 1. Periferik kalsifikasyon gösteren 12x17 mm boyutta appendikolit ile uyumlu nodüler opasite.



Resim 2. 5cm uzunluğunda güdük apandiksın makroskopik görünümü.

apandikolit ile uyumlu görünüm tespit edildi (Resim 1). Eski Mc Burney insizyon üzerinden yapılan laparotomide çekum, omentum ve ince barsaklar tarafından sınırlanmış apse poşu mevcuttu. Yapışıklıklar ayrıştırılarak yaklaşık 4 cm çapındaki ödemli apandiks güdüğüne ulaşıldı, rezeke edildi ve drenaj uygulandı. Loja konulan dren ameliyat sonrası 3. gün çekildi ve hasta 5. günde şifa ile taburcu edildi. Histolojik değerlendirilmesi süperatif güdük apandisit olarak rapor edildi.

Olgu 2

Kırk yaşında erkek hasta, 2 gün önce göbek çevresinden başlayan sonra sağ alt kadrana yerleşen karın ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Dört yıl önce başka merkezde perforé apandisit ve yaygın peritonit tanısıyla apendektomi ve drenaj uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenede vital bulguları normaldi. Barsak sesleri hipoaktifti. Mc Burney insizyon skarı ve karında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Beyaz küre 14.400/mm³ ve nötrofil %92 idi. PA akciğer ve düz karın grafisi normaldi. Abdominal USG incelemede sağ alt kadranda büyüğü 20x17mm boyutunda birbirine komşu 2 adet hipoekoik karakterde sıvı alanı ile uyumlu görünüm izlendi. Akut karın tanısıyla

orta hat insizyonu kullanılarak uygulanan laparotomide çekumda yaklaşık 1 cm çapında enflamasyonlu güdük apandisit ve periapendiküler apse tespit edildi. Güdük apandiks dokusu radiksinde kadar serbestleştirilerek apendektomi ve drenaj uygulandı (Resim 2). Ameliyat sonrası 2. gün loja konulan dren çekildi. Ancak ameliyat sonrası 3. günde hastada parolitik ileus gelişti. Medikal tedavi ile bulguları gerileyen hasta 8. gün şifa ile taburcu edildi. Histolojik değerlendirilmesi gangrene güdük apandisit olarak rapor edildi.

Tartışma

Yara enfeksiyonu, apse, peritonit, kanama ve adezyonlar apendektomi sonrası görülebilecek komplikasyonlardır. Güdük apandisit ise çok nadir ve geç bir komplikasyondur.^{2,3} Apendektomi sonrası herhangi bir yaşta (11-72) ve sürede (2 ay-50 yıl) oluştuğu bildirilmiştir.^{1,3-5} Hastalarımız sırasıyla 23 ve 40 yaşlarında olup, ilk operasyondan sonra geçen süre 4 ay ve 4 yıldır.

Güdük apandisit akut karın kliniği gösterir. En yaygın bulguları periumbilikal bölgeden başlayıp sağ alt kadrana yerleşen ağrı, bulantı, kusma ve iştahsızlık şikayetlerinin yanında fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet, rebound ve defanstır.⁶ Olgularımızda da klinik ve fizik muayene bulguları akut karın tablosu ile uyumlu idi. Akut apandisit tanısında olduğu gibi laboratuvar ve görüntüleme bulguları güdük apandisitte de tanının desteklenmesi ve ayırıcı tanıda yol göstericidir. Beyaz küre yüksekliği ve lökositte sola kayma enfeksiyon lehine bir bulgudur. Hastalarımızdan birinde tespit edilirken, diğerinde normaldi. USG karakteristik bulgular içermese de lezyonları tanımlayabilir. BT daha değerli bir yöntemdir.^{2,5,7} Perişekal bölgede enflamatuvar değişiklikler, çekal duvar kalınlığı, apse formasyonu ve sağ parakolik bölgede sıvı bulunması güdük apandisit lehine önemli bulgulardır.^{5,7} Hastalarımızın yapılan abdominal USG incelemesinde her ikisinde de perişekal

bölge lokalizasyonunda sıvı ve apse mevcuttu. Bir hastamızda yapılan BT'de hem apse hem de güdük apandisit tespit edildi. Akut karın tanısıyla ameliyata alınan güdük apandisitli olguların %68'nin perforasyon olduğu bildirilmiştir.^{4,8} Güdük apandisitli olgularda geç tanı konulduğundan akut apandisit olgularına göre hastanede kalış süreleri daha uzun olup, ortalama 9 gün olarak bildirilmiştir.⁴ Laparotomide her iki hastamızda da perforasyon ve apse mevcuttu. İkinci hastamızda şikayetlerinin başlamasından iki gün sonra ameliyat edilmesi nedeniyle sekonder peritonit bulguları daha belirgindi ve ameliyat sonrasında parolitik ileus gelişti. Bu nedenle ilk hastamızı postoperatif 5. gün taburcu ederken, ikinci hastamızı ancak 8. gün taburcu etmemiz mümkün oldu. İki olgumuzda da hastanede kalış süreleri akut apandisitte göre uzun olup, literatürle uyumluydu. Apendektomi esnasında güdüğün 5mm'den daha uzun bırakılması, dışkı birikimine neden olarak güdük apandisit oluşmasına yol açmaktadır.⁹ Literatür incelendiğinde, güdük apandisit nedeniyle opere edilen hastalarda ortalama 0.5 cm ile 6.5 cm arasında değişen güdük uzunlukları bildirilmiştir.^{1,4,10} Hastalarımızda güdük uzunluğu sırasıyla 1 cm ve 4 cm idi. Güdüğün uzun bırakılması cerrahın deneyimsizliğinin yanısıra, subseröz retroçekal apandisitler gibi anatomik varyasyonlara, yoğun enflamasyona bağlı olabilir.¹⁰⁻¹² Tanısı güç ve morbiditeye aday bir komplikasyona neden olan güdüğün ilk ameliyatta diseksiyonuna özen gösterilmesi gerekir. Eğer apendektomiden sonra güdük uzun bırakılmışsa, bunun ileride güdük apandisit neden olabileceğinin hastaya ve yakınlarına söylenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, önceden apendektomi geçirmiş olsa da sağ alt kadranda ağrısı ve peritonit bulguları ile başvuran 'akut apandisit kliniği olan' her hastada ilk muhtemel tanı güdük apandisit olmalıdır. Ancak bu yüksek şüpheli yaklaşımla erken tanı konulabilir ve buna bağlı morbidite azaltılabilir.

Kaynaklar

1. Ismail I, Iusco D, Jannaci M, *et al.* Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report. *Cases J* 2009;2:7415.
2. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg* 2000;66:739-41.
3. Menteş Ö, Zeybek N, Oysul A, *et al.* Stump appendicitis, rare complication after appendectomy: report of a case *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2008;14:330-32.
4. Al-Dabbagh AK, Thomas NB, Haboubi N. Stump appendicitis. A diagnostic dilemma. *Tech Coloproctol* 2009; 13:73-74.
5. O'Leary DP, Myers E, Coyle J, Wilson I. Case report of recurrent acute appendicitis in a residual tip. *Cases Journal* 2010;3:4.
6. Truty MJ, Stulak JM, Utter PA, *et al.* Appendicitis after appendectomy. *Arch Surg* 2008;143:413-15.
7. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *J Emerg Med* 2005;28:41-43.
8. Liang MK, Lo HG, Marks JL: Stump Appendicitis: A Comprehensive Review of Literature. *The American Surgeon* 2006;72:162-66.
9. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. *Tech Coloproctol* 2003;7:102-04.
10. Gupta R, Gernshiemer J, Golden J, *et al.* Abdominal pain secondary to stump appendicitis in a child. *J Emerg Med* 2000;18:431-33.
11. Shin LK, Halpern D, Weston SR, *et al.* Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184: 62-64.
12. Nielsen-Breining M, Nordentoft T. Stump appendicitis after laparoscopic appendectomy. *Ugeskr Laeger* 2005; 167: 2067-68.