

Subhepatik Appendisit

Subhepatic Appendicitis

HAKAN BULUŞ, ALİ COŞKUN
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Klinik Şefliği, Ankara

ÖZET

Akut appendisit sık görülen ve akut abdominal cerrahi patolojilerin büyük bir kısmını oluşturan hastalıktır. Subhepatik appendisit nadir olarak bildirilen ve tanı konması güç olan bir antidedir. Subhepatik appendisit ilk defa 1955 yılında King tarafından tanımlanmış ve tanıdaki gecikme perforasyonla sonuçlanmıştır. Karın ağrısı lokalizasyonu atipik olsa bile, karakteristik bulgular ve semptomlar olduğu zaman akut appendisit düşünülmelidir. Bu çalışmadaki amacımız; subhepatik yerleşimli apendiksin farklı klinik ve fizik muayene bulgularıyla karşımıza çıkabileceği ve tanıdaki gecikmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonlara dikkat çekmektir.

Anahtar kelimeler: Akut appendisit, Subhepatik appendisit, Zor tanı.

ABSTRACT

Acute appendicitis occurs frequently and is a major indication for urgent abdominal surgery. Subhepatic appendicitis has rarely been reported and is more difficult to diagnose. Subhepatic appendicitis was first described in 1955 by King, and includes a case of delayed diagnosis leading to perforation. Appendicitis should be considered when characteristic signs and symptoms are present, even if the location of abdominal pain is atypical. The aim of is to note that subhepatic appendicitis may present with various clinical symptoms and findings, and delay in treatment may cause complications.

Key words: Acute appendicitis, Subhepatic appendicitis, Diagnostic difficulty

Başvuru Tarihi: 06.09.2009, Kabul Tarihi: 03.12.2009

Dr. Hakan Buluş
Bağlabası Mah Goncagül Sk 6-8
Keçiören Ankara-Türkiye
Tel: 0312.3802393, 0532.6335052
e-mail: hakan_bulus@hotmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:29-32

Giriş

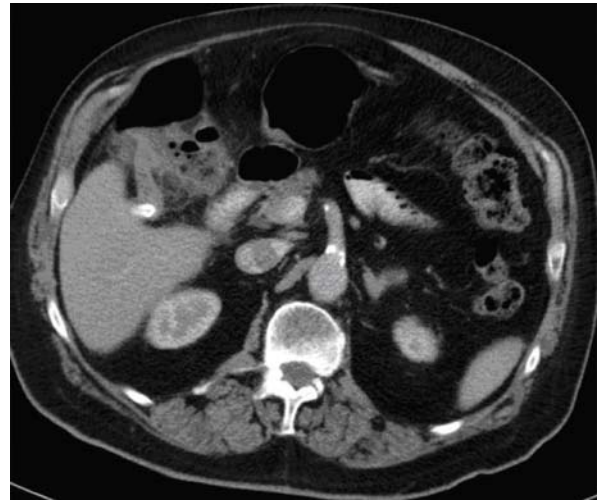
Akut appendisit, appendiks vermiformisin bir bölümünde veya tümünde görülen akut bir inflamasyondur. Akut appendisit, genellikle klinik anamnez, fizik muayene ve basit laboratuvar bulguları ile tanı konan ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır. Appendiks vermiformisin uzunluğu değişmekle birlikte ortalama 7.7- 10 cm'dir.¹ Bu çalışmada biz 23 cm uzunluğunda farklı klinik ve fizik muayene bulguları ile karşımıza çıkan, subhepatik yerleşimli bir akut appendisit olgusunu sunduk.

Olgu

Otuz yaşında erkek hasta, 32 saat önce sağ üst kadranda ani başlayan karın ağrısı ile acil servise başvurmuştur. Hastanın hikayesinde bulantı, kusma, diyare ve ateşi yoktu. Ancak dizüri ve tam idrar tetkikinde piyüri mevcuttu. Karın ağrısı sırta yansımakta ve sürekli tarzdaydı. Karın muayenesinde kostavertabral açı hassasiyeti pozitif ve sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Direkt ve indirekt rebound yoktu. Rektal muayenesinde herhangi bir özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı 12.600 mm³/l ve karaciğer fonksiyonları normal olarak değerlendirildi. Ayakta direkt karın grafisinde sağ kolon lokalizasyonunda gaz gölgesi dışında özellik gözlemlenmedi. Karın ultrasonografisi gaz artefaktı nedeniyle değerlendirilemedi. Hastaya bilgisayarlı abdominal tomografik değerlendirme yapıldı ve appendiksin subhepatik lokalizasyonu izlendi (Resim 1). Karın muayenesinde hassasiyetinin, tam kan tetkikinde beyaz küresinin artması nedeniyle hasta opere edildi. Eksplorasyonda ileoçekal bölgeden subhepatik bölgeye doğru uzanan 23 cm uzunluğunda retroçekal yerleşimli apendiks gözlemlendi. (Resim 2). Hastaya appendektomi yapıldı ve post operatif 3. gününde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Spesimenin histopatolojik incelenmesi sonucu ödematöz appendisit olarak değerlendirildi.

Tartışma

İnsanlarda yaşam boyu appendisit görülme riski ortalama %7'dir (erkeklerde % 8.6, kadınlarda %6.7).² Akut appendisit günümüzde dahi negatif laparotomi oranları %8-20 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir.³ Bu negatif laparotomi oranlarının azaltılması için bazı hekimler ameliyat öncesi takip sürelerini uzun tutmaktadır. Fakat bu sürenin uzatılması da özellikle; diyabeti, kalp yetmezliği, immün yetmezliği olanlar ile



Resim 1. Abdominal bilgisayarlı tomografide apendiksin nadir görülen subhepatik lokalizasyonu izlenmekte.



Resim 2. 23 cm uzunluğundaki apendiks vermiformisin makroskopik görünümü.

çocuklar, gebe ve yaşlı hastalarda tanıdaki gecikme, akut appendisit komplikasyonu olan perforasyon ve peritonite gidiş riskini artırmakta, morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır.

Akut appendisit tanısı, hastaların yaklaşık %60'ında hikaye, fizik muayene ve yardımcı laboratuvar bulguları ile doğru olarak konulabilmektedir. Ancak klinik bulguların şüpheli olduğu hastalarda kesin tanı koymak oldukça zordur. Retroçekal appendisit ve apendiks vermiformisin anormal lokalizasyonlarında tipik anamnez ve fizik muayene bulgularının olmaması tanıyı daha da güçleştirmektedir.⁴⁻⁵

Apendiksin anatomik yerleşim varyasyonları ağrının somatik fazında değişikliklere yol açabilir. Örneğin; enflame ucu sol alt kadranda olan uzun bir apendiksin varlığında ağrı o alanda, retroçekal appendisitte sırta, pelvik appendisitte suprapubik bölgede ve retroileal appendisitte ise testiküler bölgede ağrı olabilir. Malrotasyon da karışık ağrı paternlerine yol açabilir. Visseral komponent normal lokalizasyondadır, ama somatik komponent çekumun rotasyonda olduğu bölgede hissedilir.⁶⁻⁷

Subhepatik apendisit, apendiks vermiformisin nadir görülen bir yerleşim varyantıdır. 65 yaş üzeri ve çocuklarda apendisitin atipik lokalizasyonu cerrahi akut karın hastalıklarının tanısını zorlaştırmaktadır. Yaşlı hastalarda akut karın patolojilerinin tanısının konulmasındaki problemler gecikmeye neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da morbidite ve mortalitenin görülme sıklığı genç hastalardan daha fazla oranda olmaktadır.⁶⁻⁸ Bizim olgumuz mevcut serilerde bildirilenlerin aksine 30 yaşındaydı.

Akut apendisitin tanısında abdominal ultrasonografi yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak yapen kişiye bağlı olması, kolonik gaz gölgesinden etkilenmesi gibi dez avantajları bulunmaktadır. Bu sebepten dolayı biz abdominal ultrasonografik değerlendirme ile apendisitin lokalizasyonu değerlendiremedik.⁹

Normal anatomik varyasyonların bilinmesi yanlış tanı ve cerrahi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve diğer kesitsel inceleme yöntemleri anatomik varyasyonlar hakkında yeni ve detaylı bilgiler vermektedir. Biz de klinik, laboratuvar ve ultrasonografik değerlendirmenin tanıda yardımcı olmaması üzerine abdominal bilgisayarlı tomografik görüntüleme yöntemi planladık. Abdominal bilgisayarlı tomografik değerlendirmede apendiks vermiformisin kolon arkasından subhepatik bölgeye doğru ilerlediği izlendi. Literatürde 296 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada sadece bir hastada subhepatik yerleşimli apendiks bulunmuştur.¹⁰

İleri yaş grubunda akut apendisitin ayırıcı tanısında akut kolesistit başta olmak üzere, üriner sistem ve jinekolojik abdominal patolojiler düşünülmelidir.¹⁰⁻¹² Olgumuzun tanısını koymadan önce ayırıcı tanıda belirtilen hastalıklara yönelik değerlendirmelerimizi yaptık ve daha sonra cerrahi tedavimizi belirledik.

Sonuç olarak akut apendisitin gelişimsel ve adezyonel lokalizasyonunun anomalileri olabilir. Bu lokalizasyon anomalilerinden çok nadir olarak görülen bir formu da subhepatik yerleşimli akut apendisittir. Bu nadir lokalizasyon varlığında klinik ve laboratuvar yöntemleri tanı koymada bize yardımcı olamamaktadır. Bu durumda görüntüleme yöntemleri, ayırıcı tanıda ve akut apendisitin lokalizasyonunun belirlenmesinde bize yardımcı olmaktadır.

Kaynaklar

1. Bilgin N. Akut apandisit. Sayek (ed). Temel Cerrahi. Güneş Kitapevi, Ankara 1991,766-80.
2. Basaklar AC. Karın Ağrısı ve Akut Apandisit. Basaklar AC (ed), Bebek ve çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları, Palme Yayıncılık, Ankara 2006,991-1013.
3. Shakhathreh HS. The accuracy of C-reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis compared with that of clinical diagnosis. Med Arh 2000;54:109-110.
4. Yaoce ME, Jeffery RB. Sonography of apandicitis and diverticulitis. Rad Clin N Am 1994;32:899-912.
5. Ramachandran P, Sivit js, Newman KD, Schwarts MZ. Ultrasonography as an adjunct in the diagnosis of acute apendicitis: a 4 year experience. J Ped Surg 1996;31:164-69.
6. Lau WY, Fan ST, Yiu TF, Chu KW, Lee JM. Acute appendicitis in the elderly. Surg Gynecol Obstet 1985;161:157-61.
7. Jones PE. Active observation acute abdominal pain in childhood. BMJ 1976;55:1-3.
8. Olsen JB, Myren CJ, Haahr PE. Randomized study of the value of laparoscopy before appendectomy. Br J Surg 1993;80:822-923.

9. Berry J Jr, Malt RA. Appendicitis near it is centenary. *AnnSurg* 1986;200:567-75.
10. Ünal B, Kara S, Aktaş, A. Kolonun BT'de saptanan anatomik varyasyonları. 2004;10,304-08.
11. Kraemer M, Franke C, Ohmann C, Yang Q. Acute appendicitis in late adulthood:incidence, presentation, and outcome. Results of a prospective multicentre acute abdominal pain study and a review of the literature. *Langenbecks Arch Surg* 2000;385:470-81.
12. Ates M, Sevil S, Bulbul M. Routine use of laparoscopy in patients with clinically doubtful diagnosis of appendicitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008;18:189-93.