

OLGU SUNUMU

Nadir rastlanan bir olgu: Güdük apandisit

A rare case report: Stump appendicitis

Altan Aydın, Hakan Buluş, Alper Yavuz, Muzaffer Akkoca, Ali Coşkun

Akut apandisit müdahale gerektiren yaygın bir acil cerrahi patolojidir. Güdük apandisit ise inkomplet appendektomi sonrası rezidüel olarak kalan appendiksin enflamasyonu sonrası ender görülen bir komplikasyondur. Karın ağrısı nedeniyle acil servisimize başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve cilt üzerinde 16 yıllık appendektomi emizyon skarı mevcuttu. Yapılan tetkikler sonucunda güdük apandisit ön tanısı ile yapılan laparatomide rezidü ve inflame appendiks dokusu görüldü. Hastaya appendektomi işlemi uygulandı.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, appendektomi, güdük

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Dr. Altan Aydın
E-posta: altanaydin76@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 18.05.2011
Makale Kabul Tarihi: 09.06.2011

GİRİş

Akut apandisit en sık cerrahi akut karın nedenlerinden birisidir. İnsanların yaşamları boyunca bu hastalıkla karşılaşma ihtimali yaklaşık %7'dir (1). Nadir olmakla beraber yara yeri enfeksiyonu, postoperatif brid ileus, intraabdominal apse ve appendiks gdğnden kaçak gibi komplikasyonlar apendektomi sonrasında görülebilen komplikasyonlardır.

Tam olarak yapılamayan appendektomi sonrasında kalan rezidüel appendiksin enflamasyonu sonucu oluşan güdük apandisit ise çok nadir görülen bir komplikasyondur (2). Biz 7 yaşında apendektomi öyküsü olan ve hastanemize sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile başvuran, güdük apandist nedeniyle ameliyat edilen 23 yaşındaki bir erkek hastayı sunduk.

OLGU SUNUMU

Olgumuz, yaklaşık 2 gün önce sağ alt kadranda ve kısmen de suprapubik alana doğru yayılan ağrı şikayeti ile acil servisimize başvurmuştur. Hastanın zaman zaman bulantısı olmasına rağmen kusması olmamaktaymış, fakat özellikle son bir gündür artış gösteren iştahsızlığı mevcuttu. Hastanın herhangi bir gastroenterit tablosu mevcut değildi. Acil servise başvuru anındaki ateşi 37.8°C olarak tespit edildi. Yapılan karın muayenesinde sağ alt kadranda bir insizyon skarı olduğu tespit edildi. Hastanın öyküsünden mevcut olan bu skarın 16 yıl önce, 7 yaşında iken yapılan appendektomiyeye ait olduğu öğrenildi. Hastanın bağırsak sesleri

normal olarak tespit edildi. Muayenede karın sağ alt kadranda hassasiyet, istemli defans tespit edildi. Çekilen ayakta direkt karın grafisinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Hastanın laboratuvar değerlerinden beyaz küre 17600/mm³ olarak yüksek saptandı. Tam idrar analizinde herhangi bir patolojik bulgu yoktu. Çekilen gerek tüm karın ve gerekse yüzeyel ultrasonografide herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Çekilen karın tomografisinde sağ alt kadranda mezenter planlarında heterojenite ve kirlenme ile beraber 2-2.5 cm'lik enflame appendiks ile uyumlu görünüm tespit edildi (Resim 1).

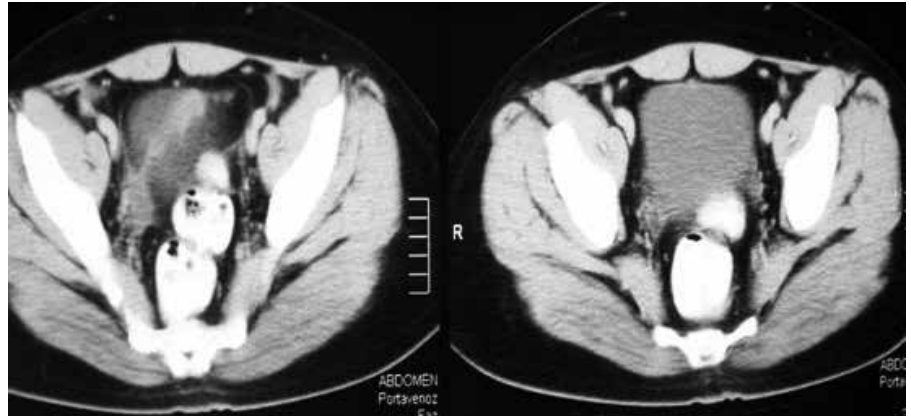
Yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucunda güdük apandisit teşhisi konulan hasta operasyona alındı. İlk operasyonun 16 yıl gibi uzun bir süre öncesinde yapılmış olmasının yanında eski insizyonun küçük, düzgün ve çok hafif bir skar dokusu bırakarak iyileşmesinden hareket ederek eski insizyondan karın içerisine rahat bir şekilde girebileceğimizi düşündük. Bu amaçla da sağ alt kadranda mevcut olan ve ilk appendektomi esnasında yapılmış olan Rocky-Davis insizyonuna ait olan skar üzerinden insizyon yapıldı. Periton açılıp karına girildiğinde çok miktarda reaksiyonel mayi ile karşılaşıldı. Mayi aspire edilip eksplorasyon yapıldığında çekum distalinde güdük şeklinde, yaklaşık 2-2.5 cm uzunluğunda enflame, üzeri yer yer fibrin ile kaplı durumda appendiks gdğ görüldü. Çekum tam olmasa da oldukça mobil bir halde idi. Gereкли olan diseksiyonlar dikkatli

bir şekilde yapıldı ve herhangi bir hasara neden olmadan çekum tam olarak serbestleştirildi. Daha sonra güdük appendiksin radiksi izole edildi. İzole edilen radiks 2/0 ve 3/0 kalınlıkta 2 adet ipekle bağlandı ve kesildi. Güdük appendektomi yapıldıktan sonra loja bir adet flat dren konarak işleme son verildi (Resim 2). Postoperatif dönemde 2. gün dreni çeki-len hasta gerekli önerilerle 3. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnsanların tüm yaşam süreleri boyunca cerrahi akut karının en sık sebeplerinden biri olan apandisit ile karşılaşma ihtimali %7'dir (1). Tedavisi cerrahi olarak komplet bir şekilde enflame appendiksin çıkarılması ile yapılmaktadır. Bu işlem açık veya laparoskopik şekilde yapılabilir (3). Postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonundan appendektomi sonrasında oluşan çekokutanöz fistüle kadar çeşitli appendiks komplikasyonlar görülebilir. İnkomplet olarak yapılan appendektomi sonrasında kalan appendiks güdüğünün enflamasyonu sonucu oluşan güdük apandisit ise oldukça nadir görülen bir komplikasyondur (2). Güdük apandisitinin ayırıcı tanısında, yerleşim yeri nedeniyle özellikle çekal divertikülit göz önünde tutulmalıdır. Çekal divertikülitin görülme yaşı genellikle 30-50 arasında olup, semptomlar daha çok sağ alt kadrana lokalizedir. Bizim olgumuz ise 23 yaşında olup, hastanın semptomları sağ alt kadrana ağırlıklı olsa da suprapubik ve periumblikal bölgeye doğru yayılım göstermekteydi. Ayrıca çekilen abdominal BT'sinde 2-2.5 cm'lik enflame appendiks ile uyumlu görünümünden bahsedilmekteydi. Tüm bu bulgular çekal divertikülitin ayırıcı tanısında bize yardımcı olmuştur.

Literatürde ilk operasyondan 2 ay gibi kısa bir süre sonra ortaya çıkan güdük apandisit olgularına rastlanılabileceği gibi, ilk operasyondan 50 yıl sonra ortaya çıkan olgulara da rastlanmıştır (4,5). Bizim olgu sunumumuzdaki güdük apandisit ise ilk operasyondan 16 yıl sonra ortaya çıkmıştır. Güdük apandisit çok nadir görülen bir akut karın sebebi olmakla birlikte insidan-



Resim 1. Abdominal BT'de sağ alt kadranda mezenterde heterojenite ve enflame appendiks.

sı günümüzde nispeten artış göstermiştir. Bu artış laparoskopik appendektomi sıklığındaki artış ile paraleldir. Bunun nedeni de laparoskopik appendektomide gerekli diseksiyonun tam olarak yapılamayıp, appendiks güdüğünün normalden uzun bırakılmasıdır (2). Appendektomi yapılırken kalan güdük 5 mm veya daha küçük olmalıdır. Eğer bırakılan güdük uzunluğu 5 mm'den daha uzun olursa geride kalan bu güdük fekalit için bir rezervuar görevi görür. Geride kalan güdük lümeninin fekalit ile tıkanması sonucunda ise nadir görülen bir komplikasyon olan güdük apandisit oluşur (6).

Özgeçmişinde appendektomi öyküsü olan ve güdük apandisit düşünülen olguların teşhisinde radyolojik tetkiklerin önemi büyüktür. Bu amaca yönelik olarak ultrasonografi ve tomografi sıklıkla kullanılan görüntüleme tetkikleridir. Hatta literatürdeki bazı güdük apandisit olgularında teşhise yönelik olarak baryumlu grafi ve kolonoskopinin de kullanıldığı rapor edilmiştir (3). Eksize edilen güdük appendiks uzunluğu değişkenlik göstermekle birlikte; literatürde 1.3 cm'den 5.1 cm'ye kadar değişen uzunlukta güdük appendiks olgularına rastlanmıştır (7). Bizim olgumuzda güdük appendiks uzunluğu 2.5 cm idi. Appendektomi işleminden sonra karın içerisindeki kontaminasyonun derecesine göre antibiyotik tedavisini uzatmak gerekebilir. Bizim olgumuzda belirgin bir intraab-



Resim 2. Güdük appendektomi.

dominal kontaminasyon yoktu. Fakat karın içerisinde bol miktardaki reaksiyonel mayinin mevcudiyetinden dolayı peroperatif olarak yapılan antibiyotik dozuna ilaveten profilaktik olarak postoperatif 6. saatte ek bir doz daha antibiyotik yapıldı.

SONUÇ

Güdük apandisit, appendektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyondur. Akut karın tablosu ile başvuran ve öyküsünde appendektomi ve özellikle de laparoskopik appendektomi olan hastalarda, akut karın nedenleri arasında güdük apandisit göz önünde tutulmalıdır. Bu hastalığın ayırıcı tanısında semptom ve bulguları daha çok sağ alt kadrana lokalize olan çekal divertikülit, mezenterik lenfadenit ve terminal ileit gibi hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

SUMMARY

A rare case report: Stump appendicitis

Acute appendicitis is a common surgical emergency requiring intervention. Stump appendicitis is an acute inflammation of the residual part of the appendix and a rare complication of incomplete appendectomy. This case report describes a patient admitted to the emer-

gency department for abdominal pain with rebound tenderness and an appendectomy scar on lower right quadrant. He was diagnosed with stump appendicitis. Upon laparotomy, an inflamed residual appendix was seen. Appendectomy was performed. We present a case of stump appendicitis 16 years after the primary operation.

Key Words: Acute appendicitis, appendectomy, stump

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Altan Aydın, Hakan Buluş

Verilerin elde edilmesi:

Alper Yavuz, Muzafer Akkoca

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Altan Aydın, Hakan Buluş, Ali Coşkun

Yazının kaleme alınması:

Altan Aydın

KAYNAKLAR

1. Hardin DM Jr. Acute appendicitis: Review and update. Am. Fam. Physician 1999; 60: 2027-2034.
2. Menteş Ö, Zeybek N, Oysul A, et al. Stump appendicitis, rare complication after appendectomy: report of a case. Turkish J Trauma & Emergency Surgery 2008; 14: 330-332.
3. O'Leary DP, Myers E, Coyle J, et al. Case report of recurrent acute appendicitis in a residual tip. Cases J. 2010; 9: 14. doi.org/10.1186/1757-1626-3-14
4. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. Am Surg 2000; 66: 739-741.
5. Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola LT, et al. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively on sonography. AJR 2000; 175: 503-504.
6. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. Tech Coloproctol 2003; 7: 102-104. doi.org/10.1007/s10151-003-0018-4
7. Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: a case report. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 1997; 7: 389-391. doi.org/10.1089/lap.1997.7.389