

Nadir Bir Olgu Sunumu: Güdük Apandisit

A Rare Case Report: Stump Appendicitis

Eyüp Murat Yılmaz, Aykut Soyder, Erkan Karacan, Ali Doğan Bozdağ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

z

Güdük apandisit, nadir bir komplikasyon olup apandektomi sonrası 1/50.000 oranında görülmektedir. Apendektomi yks olan hastalarda güdük apandisit tanısı gözden kaabilmektedir. Klinik olarak akut apandisitte çok benzemektedir. Biz de bu makalemizde nadir görülen, acil serviste güdük apandisit tanısı konmuş bir vakayı sunacağız. (*Sakarya Tıp Dergisi* 2016, 6(1):34-37)

Anahtar Kelimeler: Nadir; Güdük; Apandisit

Abstract

Stump appendicitis is a rare complication after appendectomy 1 / 50,000 the rate seen. In patients with a history of appendectomy stump appendicitis diagnosis can be overlooked. Clinically, it is very similar to acute appendicitis. In this article, we present a case of stump appendicitis diagnosis was placed in the emergency department. (Sakarya Med J 2016, 6(1):34-37)

Keywords: Rare; Stump; Apandicitis

GİRİŞ

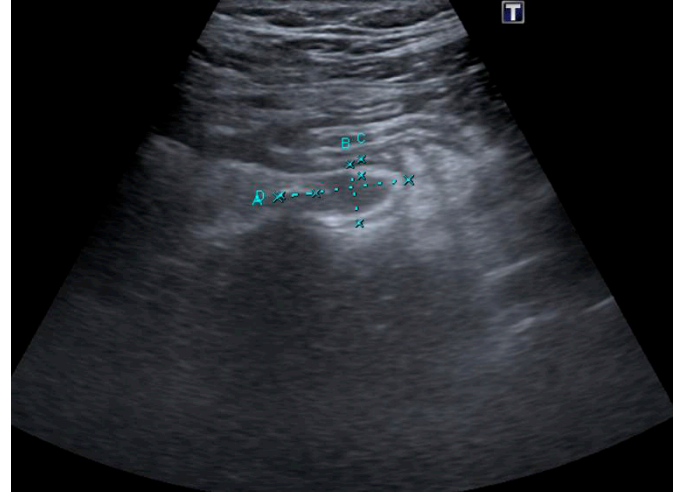
Güdük apandisit, nadir bir komplikasyon olup apandektomi sonrası 1/50.000 oranında görülmektedir.¹ Genellikle acil servise sağ alt kadranda ağrısıyla başvuran ve apandektomi öyküsü olduğu bilinen hastalarda güdük apandisit tanısı gözden kaşabilmektedir. Rose ilk güdük apandisit tanısını 1945 yılında bildirdi ve o zamandan bu yana literatürde yaklaşık 60 civarında vaka raporlandı.^{2,3} Biz de acil servise başvuran 26 yaşındaki hastada çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi sonucunda güdük apandisit tanısı konması sonucunda nadir görülen bu vakayı sunmak istedik.

OLGU

Yirmi altı yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıl önce akut apandisit tanısı ile açık apandektomi yapılmıştı. İki gündür sağ alt kadranda ağrı, bulantı ve kusması olan hastanın fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcut idi. Eski operasyona bağlı Mc Burney insizyon skarı mevcut idi. Laboratuvar değerlerinde Hb:12 g/L, WBC:13000/mm³ olarak saptanırken biyokimyasal parametreleri olağan olarak gzleildi. Yapılan abdominal ultrasonografide sağ alt kadranda minimal serbest sıvı ve 4 mm'lik komprese edilemeyen segment saptanırken abdominal tomografide güdük apandisit ile uyumlu bulgular saptandı (Resim 1,2). Bunun zerine hasta ve yakınlarına operasyon ve riskleri anlatılarak onam alındı ve tamamlayıcı apandektomi yapılmasına karar verildi. Batına laparoskopik olarak girildi ve 2,5 cm'lik güdük apandisit saptandı. Batın içi başka patolojiye rastlanmadı.Laparoskopik tamamlayıcı apandektomi yapılıp operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 2. gün hasta önerilerle taburcu edildi.



Resim 1. BT görüntüsü



Resim 2: USG görüntüsü

TARTIşMA

Güdük apandisit, apandektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyondur.1/50.000 oranında insidansa sahip olduğu söylense de daha yüksek oranda görüldüğü tahmin edilmektedir.⁴ Bu artışın laparoskopik apandektomi çıktıktan sonra tam diseksiyonun yapılmadığından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Klinik olarak akut apandisite çok benzemektedir. Semptomları sağ alt kadranda hassasiyet, ateş, bulantı, kusma, laboratuvar bulguları ise ; lökositoz ve nötrofil hakimiyetidir.³ Tüm bu belirtiler bizim güdük apandisit tanısı koyduğumuz vakada da mevcut idi. Ancak bu vakalarda apandektomi öyküsü olduğu için güdük apandisit tanısı atlanıp tanıda gecikmeler olabilmektedir. Bu sebepten radyolojik görüntüleme yöntemleri, karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) şüphede kalınan tüm vakalarda istenmelidir.Ultrasonografi ilk olarak istenen tetkik olmalıdır.Ancak abdominal BT ultrasonografiden daha güvenilir sonuçlar vermektedir.⁵ Görüntüleme yöntemlerinde gdkte 3 mm'den fazla kalınlaşma reinfiamasyon ve güdük apandisit yönünde şüphe uyandırmalıdır.⁶ Rios ve ark.yaptıkları olgu serisinde iki vakada da abdominal BT'de güdük apandisit ile uyumlu bulgular saptamışlardır. ⁷ Bizim olgumuzda da BT sonucunda sağ alt kadranda serbest sıvı ve 4 mm'lik inflame apendiks gdğ ile hastada güdük apandisit ile uyumlu bulgular saptanmıştır. Güdük apandisitte en önemli kavram tanıda şüpheci davranmaktır.Bu şekilde gereksiz testler, konsültasyonlar ve daha fazla komplikasyona gerek olacak zaman kaybından kaçınılmış olunur.⁶

Güdük apandisitinin nedeni apandektomi sonrasında uzun

birakılmış gdgn olmasıdır. Literatürde ortalama güdük uzunlukları ; 0,5 cm ile 6 cm arasında değişmektedir.⁸ Bizim vakamızda tamamlayıcı apandektomi yaptığımız olguda güdük uzunluğu 2,5 cm olarak ölçülmüş olup güdük uzunluğunun fazla bırakılması cerrahın deneyimsizliği, inflamasyonun yoğunluğu ve anatomik varyasyonların varlığına bağlı olabilmektedir.⁸ Őayet ilk apandektomide anatomik varyasyon olarak(subserozal ,retroekal vs) veya inflamasyonun yoğunluğu nedeniyle zorlanılan bir vaka ile karşılaşılıp güdük net olarak ortaya konmadı ise bu konuda hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilip ileride güdük apandisit riskinin olduğunun anlatılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Güdük apandisit tanısında gecikmeden cerrahi tedavi planlanmalıdır.Hasta preoperatif dönemde hızla hidrate edilmeli, uygun antibiyoterapi başlanmalı ve tamamlayıcı apandektomiye alınmalıdır.¹ Tamamlayıcı apandektomide açık ya da laparoskopik cerrahi tercih edilebilir. Eğer yapılabilirse laparoskopik yaklaşım tercih edilmelidir. Ancak ekuma olan yapışıklık ve batın içi abse gibi morbiditeyi arttırıcı nedenler söz konusu ise açık cerrahi tercih edilmelidir.⁶ Tamamlayıcı apandektominin yanısıra konservatif yaklaşım da söz konusudur.⁹ Hastanın genel durumunun iyi olduğu, pelvik abse ve sepsis tablosunun olmadığı durumlarda intraoperatif ve postoperatif morbiditeyi azalmak için antibiyoterapi ile konservatif tedavi seçilebilmektedir. Altı hafta içinde hastanın elektif Őartlarda operasyona hazırlanması sağlanırken bu sırada kolonoskopi ile ekal bir patoloji olup olmadığının kontrol edilmesi de önerilmektedir.¹⁰ Biz hastamızın karın ağrısının ileri derece olması ve akut batın tablosu olması nedeniyle laparoskopik cerrahiyi tercih ettik ve laparoskopik olarak tamamlayıcı apandektomiyi komplikasyonsuz sonlandırdık.

SONUÇ

Güdük apandisit, apandektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olup, geç tanı konabilmekte ve morbidite yüksek olabilmektedir. Bu yüzden tanıda Őphecisi olunmalı, erken tanı için gerekli radyolojik tetkiklerden faydalanılmalı ve optimum Őartlarda hastanın cerrahisi planlanmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŐMASI ve ONAM

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar atışması yoktur. Bu makale için herhangi bir yerden finansal destek alınmamıştır.

Hastadan yazılı onam alınmıştır.

Kaynaklar

1. Watkins BP, Kothari SN, Landercasper J. Stump appendicitis: case report and review. *Surg Laprosc Endosc Percutan Tech* 2004;20(3):167-171.
2. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust* 1945;32:352-359.
3. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. *Am J Surg* 2013;203:503-507.
4. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis. A comprehensive review of literature. *Am Surg* 2006;72:162-166.
5. Ismail I, Iusco D, Jannaci M, Jannaci M, Navarra GG, Grassi A, Bonomi S, et al. Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications. A case report. *Cases J* 2009;2:7415.
6. Roberts K, Starker L, Duffa A, Bell R, Bohkari J. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *JLS* 2011;15(3):373-378.
7. Rios RE, Villanueva KV, Stirparo JJ. Recurrent (stump) appendicitis: a case series. *Am J Emerg Med* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.08.050>
8. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR Am JRoentgenol* 2005; 184: 62-64.
9. Tannoury J, Abboud B. Treatment options of inflammatory appendiceal masses in adults. *World J Gastroenterol* 2013;19:3942-3950.
10. Hansson J, Körner U, Ludwigs K, Johnsson E, Jnsson C, Lundholm K. Antibiotics as first-line therapy for acute appendicitis: evidence for a change in clinical practice. *World J Surg* 2012;36:2028-2036.

