

SOL TORASİK KAVİTE İÇİNDE GÖRÜLEN BİR PERFORE APANDİSİT OLGUSU*

Dr. Naci GÜRSES** Dr. M. Kâmuran ERK***
Dr. Nuran GÜRSES****

On yaşındaki bir çocukta sol torasik kavite içerisinde görülen bir perfore apandisit olgusu sunuldu. Literatür gözden geçirilerek, apandiksin göğüs boşluğunda bulunabilme durumları tartışıldı.

Çocukluk yaş grubunda en sık cerrahi girişim gerektiren durum akut apandisitir. Gerek çocuklarda, gerekse erişkinlerde akut apandisite ait karın içerisinde oldukça değişik lokalizasyonlar bildirilmiştir (1, 6). Bunun yanında ,akut apandisit in sol torasik kavite içinde görülmesi son derece nadir rastlanılan bir durumdur.

Bu yazının amacı, sol torasik kavite içerisinde perfore apandisit saptanan 10 yaşındaki bir olguyu sunmak ve literatürü gözden geçirmektir.

Olgu Sunumu :

A.K., Prot. No : 71024, 10 yaşında erkek çocuğu, karın ağrısı ve kusma yakınmaları ile çocuk cerrahisi servisine yatırıldı.

Öyküsünden, üç gün önce karında ve göğsünün sol tarafında kramp şeklinde ağrıların başladığı ve bunun giderek devamlı bir hal

-
- * Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Bölümü çalışmalarından
 - ** Aynı Fakültede Çocuk Cerrahisi Doçenti
 - *** Aynı Fakültede Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Doçenti
 - **** Aynı Fakültede Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü Doçenti

aldığı, safralı kusmalarının olduğu ve üç gündür gaz-gaita çıkartmadığı öğrenildi.

Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir özellik yoktu.

Fizik Muayene Bulguları : Ateş, 38 C°, Nabız, 132/dk., Kan Basıncı : 110/80 mm Hg, Solunum : 32/dk., Ağırlık : 18 : kg., Boy : 119 cm.

Genel durumu orta, bilinç açık, soluk görünümde, turgor ve tonüsü ileri derecede azalmış, gözler çukurda ve ağız kuru idi.

Sol hemitoraks, sağa kıyasla solunuma daha az iştirak ediyordu ve dinlemekle solda metalik tınlayıcı karakterde hiperaktif barsak sesleri alınmaktaydı.

Karın içeri çökük ve kayık görünümünde, palpasyon ile sol üst kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet vardı. Karaciğer kosta kenarını 2 cm. geçiyordu.

Laboratuar Bulguları : Hb. 11,8 gr./l., Hct : % 46, B.K. : 15000/mm³. İdrar muayenesinde; Renk : sarı, Reaksiyon : ascit, Protid, Şeker, Bilüribin (—), Mikroskopisinde, 3-5 lökosit ve nadir amorf urat vardı.

Serum Elektrolitleri : Na : 115 mEq/L, K : 4.9 mEq/L, Cl : 80 mEq/l, N.P.N. : 78 gr/dl.

Boğaz Kültürü : Pseudomonas (Gentamisine duyarlı) ve normal boğaz florası. İdrar Kültürü : Üreme yok. Gaita kültüründe % 80 E. Coli üredi.

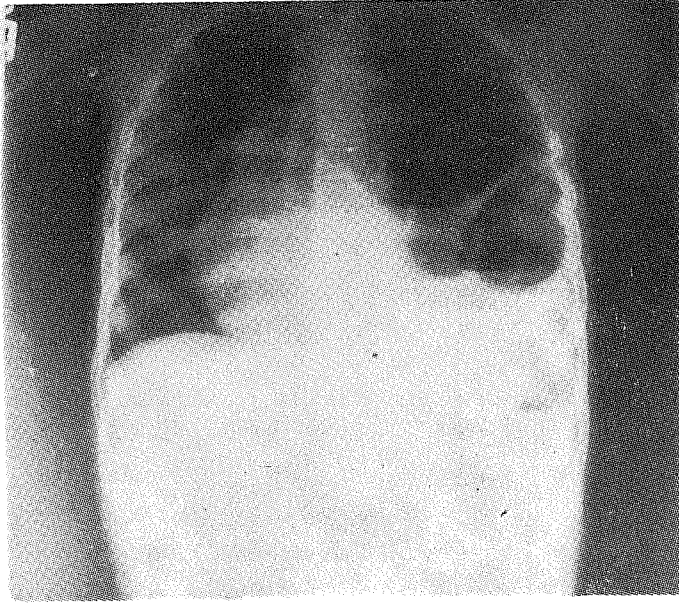
Akciğer Grafisi : Sol hemitoraksta gaz-sıvı seviyesi gösteren barsak ansları ve sağa doğru mediastinal şift görünümü vardı. Resim 1). Karın Grafisinde; Mekanik intestinal obstruksiyona uyan gaz-sıvı seviyesi gözleniyordu.

Bu bulgularla hastada sol diafraqmatik herniye bağlı strangüle intestinal obstruksiyon düşünöldü. Dehidratasyonu ve elektrolit defisiti için gerekli sıvı tedavisinden sonra acil olarak ameliyata alındı.

Ameliyat Bulgusu : Genel anestezi altında, göbek üstü ve göbek altı sol paramedian kesi ile karın açıldı. Yapılan eksplorasyonda; Treitz ligamentinden itibaren 30 cm. lik bir jejunum ansı hariç tüm ince barsakların, inen kolon hariç tüm kolonun ve karaciğerin sol lobunun diafraqmdaki defekt yolu ile sol göğüs boşluğunda buldukları saptandı. Yavaş, yavaş önce ince barsaklar göğüs boşluğun-

dan çıkartıldı. Kolonun karın içerisine redüksiyonu oldukça zor oldu. Zira, göğüs boşluğunda perforate olan apandisit çekum, karaciğerin sol lobu ve göğüs duvarı arasında ileri derecede yapışıklığa neden olmuştu. Parmak ile yapılan künt diseksiyondan sonra karaciğerin sol lobu ve kolon göğüs dışına alınabildi. Apandiks perforate olarak oto-amputasyona uğramıştı. Ancak iltihabi hadise çekum, karaciğerin sol lobu ve göğüs duvarı arasında oldukça sınırlı bir alanda kalmıştı. Apendektomi yapıldı. Göğüs boşluğuna tüp konularak, diaphragmadaki defekt (0) ipek sütürlerle tamir edildi. Karın kavitesi oldukça küçük olan hastada, barsakların ve karaciğerin sol lobunun karın boşluğuna redüksiyonundan sonra karını kapatmanın oldukça zor olacağı görüldü. Bunu kolaylaştırmak amacı ile her iki rektus adelesi karın içerisinden arka kılıfları ile birlikte transfers olarak kesildi. Periton açık bırakılarak rektusun üst kılıfı ve cilt kapatıldı.

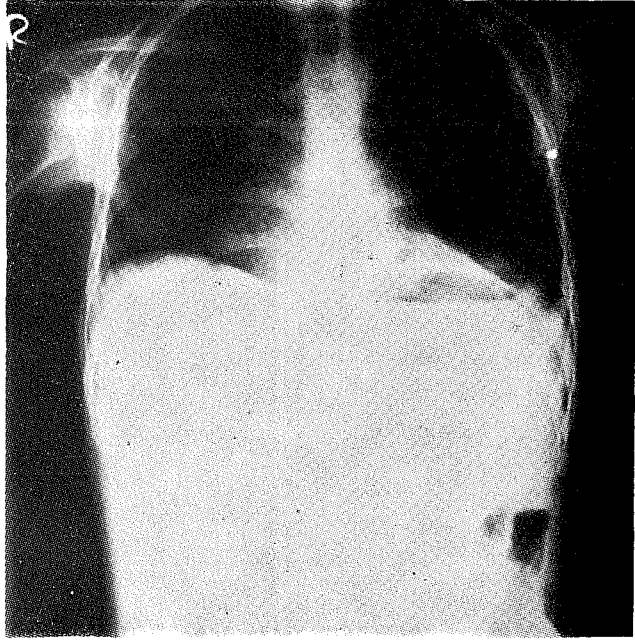
Ameliyatı takiben altı gün süre ile nazogastrik drenaj yapıldı. Yedinci gün nazogastrik sondası ve göğüs tüpü çekilen hastaya ağızdan başlandı.



Resim 1 : Akciğer Ön-arka grafisinde sol torasik kavite içerisinde barsak ansları ve mediastinal çift görülmektedir.

Patoloji raporu, akut iltihabi hücre infiltrasyonu ve yer, yer nekrotik sahalara gösteren perforan apandisit olarak bildirildi. Postoperatif 10 uncu gün çekilen akciğer grafisinde, sol akciğerin tamamen ekspansiyon olarak göğüs boşluğunu doldurduğu ve mediastinal şifit düzeldiği görüldü, (Resim 2 :). Ameliyat sonu herhangi bir komplikasyon çıkmadı ve hasta 17.4.1981 tarihinde taburcu edildi.

Hastanın altı ay sonra yapılan kontrol muayenesinde tamamen sağlıklı olduğu ve karındaki kesi yerinde insizyonel herni oluşmadığı gözlemlendi.



Resim 2 : Ameliyat sonrası çekilen akciğer grafisinde mediastinal şifit kaybolduğu izlenmektedir.

TARTIŞMA

Gerek çocuklarda ve gerekse erişkinlerde apandiksin retrocekal pozisyonda, ingüinal, umbikal, femoral ve obturator herniler içerisinde ve karın boşluğunun hemen her yerinde rastlanabildiği sıklıkla bildirilmiştir (1, 7). Apandiksin bu değişik lokalizasyonları ço-

ğunlukla barsaklardaki rotasyon anomalileri ile birlikte bulunur (2, 3, 6).

Sol torasik kavitede akut apandisit ile ilgili yaptığımız literatür taramasında sadece dört olguya rastlıyabildik (8, 9, 10, 11). Bunlardan üçü, çocukluk yaş gurubunda konjenital sol diafrağmatik herni nedeni ile göğüs boşluğunda gelişmiş akut apandisit (8, 9, 10), dördüncüsü ise travmatik diyafragma hernisi olan erişkin bir hastada sol göğüs boşluğunda görülen akut apandisit olgusudur (11).

Gerek konjenital diafrağmatik hernilerde ve gerekse travmatik diafragma hernilerinde apandixin göğüs boşluğunda yer alması, ancak barsaklardaki rotasyon anomalileri ile mümkündür.

S U M M A R Y

A perforated appendicitis in a 10 years old boy which localized in the left sided diaphragmatic hernia was presented. Literatüre were rewived and the probability of appendix localizing in thoracic cavity was discussed.

K A Y N A K L A R

1. Coryllos, E., Stephens, C.A.: Acute appendicitis as scrotal swelling: Report of two cases, *Canad. J. Surg.*, 4 : 282, 1961.
2. Matulevicius V.: A case of appendicitis in situs inversus viscerum totalis, *Sveik. Apsaug.*, 6 : 41, 1961.
3. Shapiro NM, Michels LM, Hurtwitz S: Appendicitis with typical symptoms but ectopic appendix due to malrotation of colon, *Calif. Med.*, 98 : 158, 1963.
4. Örmeci IH: Epigastrik herni kesesi içerisinde perfore apandisit, *Türk Tıp Mecmuası*, 31 : 98, 1965.
5. Archampong E.Q.: Strangulated obturator hernia with acute gangrenous appendicitis, *Brit. Med. J.*, 1 : 230, 1969.
6. Buschard B: Investigation and analysis of the position, fixation length and embryology of the vermiform appendix, *Acta. Chir. Scand.*, 139 : 293, 1973.
7. Owen-Smith MS : Acute left side appendicitis, *Brit. Med. J.* 56 : 233, 1963.
8. Babrova NV: Perforating appendicitis in diaphragmatic hernia, *Pediatrics*, 40 : 69, 1961.
9. Nazarkiewicz A., Szelag E.: Acute appendicitis localized in left sided diaphragmatic hernia, *Wiad. Lek.*, 23 : 149, 1970.
10. Sepehri A: Acute appendicitis within a diaphragmatic hernia, *Clin. Obstet. Gynaecol.*, 106 (5) : 315, 1980.
11. Vigh E., Kopp M. : Appendix in the left thoracic cavity, *Orv. Hetil*, 115 (44) : 2623, 1974.