

Olgu sunumu:

Akut apandisit taklit eden parsiyel çekum nekrozu

Arif Atay, Osman Doğru, Kemal Arslan, Bülent Erenoğlu, Sait Kökçam, Ersin Turan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Konya

Amaç: Travma veya tümöre bağlı olmayan izole parsiyel çekum nekrozu yaşlılarda nadir görülen bir tablodur. Apandisit gibi sağ alt kadrana lökalle ağrı ile karakterizedir ve genellikle ameliyat esnasında tanı konur. Parsiyel çekum rezeksiyonu veya sağ hemikolektomi ile tedavi edilir. Erken teşhis ve tedavi edilirse morbidite ve mortalitesi düşüktür. **Olgu sunumu:** 55 yaşında erkek ve 67 yaşında bayan hastaya akut apandisit ön tanısıyla laparotomi yapıldı ve çekum nekrozu tespit edildi. Erkek hastaya sağ hemikolektomi diğer hastaya ise çekum rezeksiyonu ve tüp çekostomi yapıldı. İki hastada da herhangi bir komplikasyon olmadı. **Sonuç:** Akut apandisit kliniği ile gelen yaşlı hastalarda parsiyel çekum nekrozu da düşünölmelidir.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit, çekum nekrozu, hemikolektomi

Partial necrosis of caecum mimicking acute appendicitis

Objective: Partial caecum necrosis not related to trauma or tumor is a rarely encountered pathology in elderly population. It presents with appendicitis like abdominal pain in right lower quadrant. It is usually diagnosed peroperatively. Treated with partial resection or right hemicolectomy with early recognition and treatment its morbidity and mortality is relatively low. **Case report:** Two patient 55 years old man and 67 years old woman after laparotomy with the diagnosis of acute appendicitis, upon detection of partial necrosis of the caecum. The male patient right hemicolectomy was performed. The other patient partial caecum resection and tube caecostomy was performed. Two patients were discharged without any complication. **Conclusion:** In the presence of acute appendicitis in elderly patients should be considered in partial necrosis of the caecum.

Key words: Appendicitis, cecal necrosis, hemicolectomy.

Genel Tıp Derg 2012;22(1): 28-30

Parsiyel çekum nekrozu sebebi tam olarak bilinmeyen, yine yaşlılarda görölen ancak çok daha nadir görölen bir durumdur. Literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir (1-4). Etiyolojide kesin olmamakla birlikte, kronik kalp hastalıklarının rol oynadığı ve diyaliz hastalarında sık olarak göröldüğü bildirilmiştir (5,6). Bu çalışmada Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğine Temmuz 2007 ve Kasım 2010 tarihlerinde başvuran akut parsiyel çekum nekrozu tanısı konulan iki hastayı güncel literatür ışığında irdelemeyi amaçladık.

Gönderim tarihi: 16.09.2011

Kabul tarihi: 19.12.2011

Yazışma adresi: Dr.Arif Atay, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Meram/Konya

E-posta: atayarif@hotmail.com

Olgu 1

Altmışyedi yaşında bayan hasta, 36 saat önce başlayan ve gittikçe artan karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın 10 yıldır tip 2 diyabeti vardı ve oral antidiyabetik kullanıyordu. Yapılan muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound vardı. Hastanın lökosit sayımı 14.000/mm³ idi. Glikoz değeri 140 mg/dl idi. Diğer laboratuvar değerleri normaldi. Hastanın x-ray batın grafisinde her iki alt kadranda gaz gölgeleri mevcuttu. Hastanın batın ultrasonografisinde, batında minimal serbest sıvı dışında patoloji yoktu. Hasta akut apandisit ön tanısıyla acil ameliyat alındı ve Mc-Burney kesi ile batına girildi. Eksplorasyonda batında serbest sıvı vardı. Appendiks normal görünümdeydi. Çekum ön

duvarında yaklaşık 3 cm² lik alanda nekroz görüldü (Şekil 1). Herhangi bir tümoral kitle yoktu. Nekrotik çekum duvarı eksize edildi ve tüp çekostomi uygulandı. Hastanın post operatif dönemde herhangi bir komplikasyonu olmadı, 7. gününde taburcu edildi ve 15. gününde çekostomi dreni çekildi. Patoloji raporunda akut iskemik değişiklikler ve transmural nekroz rapor edildi (Şekil 1). Hastanın post operatif 1, 6, 12. aylarında yapılan kontrollerinde herhangi bir patolojik durumla karşılaşılmadı.

Olgu 2

Ellibeş yaşında erkek 72 saat önce başlayan ve giderek şiddetini arttıran karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle acil servise başvurdu. Hasta 2 yıl önce aterosklerotik koroner arter hastalığı nedeniyle kardiyak by-pass ameliyatı geçirmişti ve hasta asetil salisilik asit 100 mg/gün alıyordu. Fizik muayenesinde batında sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet, sağ alt kadranda defans ve rebound vardı. Hastanın hematolojik ve biyokimyasal parametreleri normaldi, x-ray grafisinde patolojik görünüm yoktu. Hasta akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alındı. Eksplorasyonda batın içi yaygın serbest sıvı vardı ve apandiks normal görülmeydi. Çekum ön duvarında yaklaşık 15 cm² lik alanda nekroz vardı ve herhangi bir tümoral kitle yoktu (Şekil 2). Hastaya sağ hemikolektomi yapıldı. Post-operatif dönemde herhangi bir komplikasyonu olmadı ve 5.gününde taburcu edildi. Patoloji raporunda, akut iskemik değişiklikler ve transmural nekroz rapor edildi (Şekil 2). Takiplerinde 2. ve 4. haftada herhangi bir patolojik durum tespit edilmedi.



Şekil 1. Çekum ön duvarında nekrotik alan ve histopatolojide nekroz ile sağlam mukoza sınırı



Şekil 2. Çekum ön duvarında nekrotik alan histopatolojide nekrotik alanda sağlam mukoza adacı

Tartışma ve sonuç

Parsiyel çekum nekrozu etyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte, aterosklerotik kalp hastaları, ergot alkaloidleri ve kokain kullanımına bağlı olarak geliştiği bildirilen nadir bir akut batın nedenidir (5-8). Bizim bir hastamızda tip 2 diyabet hastası idi. Diğer hastamızda ise, geçirilmiş aterosklerotik kalp hastalığına bağlı by-pass anamnezi vardı. Tip 2 diyabet ile bu hastalığı ilişkilendiren bir yayın yoktur. Ancak geçirilmiş açık kalp damar cerrahisi sonrası, çekum nekrozu bildirilmiştir. Bu hastalarda karın ağrısı başlamış ve gittikçe artmış, daha sonrasında bulantı ve kusma da gözlenmiştir. Sağ alt kadranda akut apandisiti taklit eden tarzda defans ve rebound ortaya çıkmıştır. Bir hastamızda lökositöz olmasına rağmen diğer hastamızda olmamıştır.

Her iki hastamızda da batında serbest seröz karakterde mayi birikimi olmuştur. Parsiyel çekum nekrozu tanı konması güç bir hastalıktır. Sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound olan nispeten yaşlı toplulukta akut apandisit yanında, divertikülit, perforasyon, kolon maligniteleri, iskemik kolit, granülomatöz barsak hastalıklarının komplikasyonları yanında parsiyel çekum nekrozu da akla getirilmelidir. Parsiyel çekum nekrozunun kesin tanısında, spesifik bir tanı yöntemi yoktur. Batın ultrasonografisi, batın tomografisi yardımcı olabilir. Özellikle batın tomografisinde çekum duvarında inceltme ve izole pnömatozis koli görülebilir (3). Ancak biz her 2 hastamıza da tomografi çektiremedik. Parsiyel çekum nekrozunda doğru

tanıyı koymak için, klinik hikaye ve muayenede bu hastalıktan şüphelenmek gerekmektedir.

Diagnostik laparoskopi hastalığın tanı ve tedavisinde yardımcı olabilir. Laparoskopik parsiyel çekum eksizyonu uygulandığını bildiren bir yayın vardır (9). Diagnostik laparoskopinin sonucuna göre ameliyat sırasındaki insizyonun şekli de seçilebilir. Biz 2 hastamızda da akut apandisit düşündüğümüz için, diagnostik laparoskopiye ihtiyaç duymadık. Klinik anamnez ve muayene sonrasında, özellikle yaşlı hastalarda parsiyel çekum nekrozu akla getirilmeli ve laparotomi yapılmalıdır. Tedavide parsiyel çekum rezeksiyonu veya sağ hemikolektomi çekumdaki nekrozun boyutuna ve peritonit bulgularının varlığına göre uygulanabilir yöntemlerdir.

Biz bir hastamıza, parsiyel çekum rezeksiyonu ve tüp çekostomi uyguladık. Diğer hastamıza ise nekrotik alan daha geniş olduğu için sağ hemikolektomi ve uç uca anastomoz yaptık. İzole çekal nekrozisten dolayı, cerrahi uygulanan hastaların, cerrahi sonrası kalan kolonda post operatif iskemik nekroz gelişme ihtimali tam bilinmemektedir. Bizim hastalarımızda post operatif dönemde herhangi bir sorun gelişmedi.

Sonuç olarak, akut apandisit bulguları olan yaşlı hastalarda parsiyel çekum nekrozu ayırıcı tanıda akla

gelmeli ve erken müdahale edilmelidir. Erken tanı ve uygun cerrahi metotla parsiyel çekum nekrozunun mortalite ve morbiditesi düşüktür.

Kaynaklar

1. Dirican A, Ünal B, Bassulu N, Tatlı F, Aydın C, Kayaalp C. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: A case series. J Med Case Rep 2009;3:7443.
2. Grande M, Crocoli A, Atina MG, Nigro C, Rulli F, Milito G. A rare case of acute cecal necrosis. Tech Coloproctol 2007;11:161-4.
3. Simon MA, Birnbaum BA, Jacobs JE. Isolated infarction of the cecum: ct findings in two patients. Radiol 2000;214:513-6.
4. Kıyak G, Özgün Y, Sarıkaya SM, Korukluoğlu B. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis. Turk J Gastroenterol 2008;19:71-2.
5. Rist CB, Watts JC, Lucas RJ. Isolated ischemic necrosis of the cecum in patients with chronic heart disease. Dis Colon Rectum 1984;27:548-51.
6. Hargrove WC, Rosato EF, Hicks RE, Mullen JL. Cecal necrosis after open-heart operation. Ann Surg 1978;25:71-3.
7. Margovsky A, Grieve DA. Cocaine-induced isolated caecum necrosis. ANZ J Surg 2001;71:321-2.
8. Sloane CE, Anderson AA. Cecal infarction: Ergot abuse as a possible etiologic factor. Mt Sinai J Med 1980;47:31-3.
9. Perko Z, Bilan K, Vilovic K. Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal resection. Coll Antropol. 2006;30:937-9.