

SAĞ ÜRETEROLİTHİASİS'İ TAKLİT EDEN BİR PLASTRONE APANDİSİT OLGUSU

Gökhan PEKİNDİL^a, M.Bülent YETİM^b, M.Emin YEĞİNBOY^c

ÖZET

Apandisit, cerrahide en sık karşılaşılan acil problemlerden biridir. Fizik bakı, anamnez ve sonografi ile sıklıkla teşhis edilebilmekle beraber, özellikle anormal yerleştiği ve komplike vakalarla seyrettiği vakalarda tanısı zor olabilmektedir.

Burada; Apandisit nadir ürolojik komplikasyonlarından olan sağda parsiyel üreteral obstrüksiyon ve sağ hidronefroz ile seyreden bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, Hidronefroz

SUMMARY

A CASE OF PHLEGMEUOS APPENDICITIS STIMULATING RIGHT URETEROLITHIASIS

Appendicitis is one of the most frequently encountered problems in emergency medicine. Eventhough, it can be diagnosed by physical examination, history and ultrasonography, in abnormally located and complicated cases, diagnosis can be quite difficult.

Here, we report a appendicitis case with right ureteral partial obstruction and right hydronephrosis which are infrequently seen urological complications of appendicitis.

Key words: Appendicitis, Hydronephrosis.

GİRİŞ

Apandisit, tanısı deneyimli cerrahlar için bile zor olabilen klinik bir problemdir (1, 2). Apendiks'in lokalizasyon farklılıklarından dolayı ortaya çıkan semptomların oldukça değişik olması bunun başlıca nedenidir. Üriner sistemin akut hastalıklarını taklit eden apandisit vakaları da teşhiste karışıklık yaratan nadir sebeplerdendir (1, 3). Apandisit vakalarında üriner sediment değişiklikleri sık görülmekle birlikte üreter obstrüksiyonu ve buna sekonder hidronefroz nadir görülün bir komplikasyonudur (1, 3, 4, 5, 6, 7).

^a Uzm. Dr., Afyon Tıp Merkezi Bilgisayarlı Tomografi Merkezi, AFYON.

^b Uzm. Dr., Afyon Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, AFYON.

^c Uzm. Dr., Afyon Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, AFYON.



Resim I. İVP'de sağ sakroiliak eklem hizasında obstrüksiyon ile sağ hidronefroz izleniyor.

OLGU

K.Ç, kırk yaşında erkek hasta, (prot no;3604, yatış tarihi; 19.5.1993, çıkış tarihi; 8.6.1993).



Resim II. Bilgisayarlı Tomografi kesitinde; Sağ psoas üzerin de içinde kontrast bulunan sağ üreter ile çevre yağ yapıların da ödem ve apendisiel kitle görünümü izleniyor (>sağ ureter; *, Sol üreter, #; sol apenisit kitlesi).

Hasta 20-25 gündür, karnının sağ tarafında ve sağ kasıkta ağrı bulantı ve idrar yaparken yanma hissi şikayetleriyle Afyon Devlet Hastanesi Üroloji Poliklegine baş vurmıştır. Şika yetleri ilk başladığında başvurduğu hekim tarafından antiboyotik ve analjezik tedavisi gören hastanın, anamnezinde 2 yıl önce ürolithiasis geçirdiği öğrenilmiştir. Fizik bakıda sağ kostovertebral açı hassasiyeti ile sağ kadranda palpasyonda şüpheli kitle saptanmıştır. Rutin labaratuvar tetkikleri (Üre, Şeker, Karaciğer testleri, hemoglobun, hematokrit, rutin idrar) normal sınırlarda bulunmuştur. Kan sedimentasyon değeri 1/2 saatte; 22mm, 1 saatte; 53 mm, lökosit sayısı; 14700 olarak bulunmuştur.

Sonografik olarak; Sağda pelvikaliektazi saptanan olguya sonografi sonrası İVP uygulanmıştır. İVP de sağda pelvikalisiyel yapılar ve sağ üreter sacroiliak eklem hizasına dek ektazik olup bu seviyede obstrüksiyon gözlenmiştir. Ancak obstrüksiyon seviyesinde radyo-opak kalkül izlenmemiştir. Üreteral obstrüksiyon ve kitle palpasyonu nedeniyle, dış üreter basısı ön tanısıyla alt batin Bilgisayarlı Tomografik tetkiki yapılmıştır. Tomografide çekum medio-posteriorunda kalın duvarlı psoas üzerinde

lokalize, üreteri orta hatta imiş ve minimal kontrast madde geçecek şekilde daraltmış, çevre yağ yapılarında ödeme neden olmuş enfeksiyöz natürde olduğu düşünülen yumuşak doku kitlesi izlenmiştir (Resim I ve Resim II).

Klinik öykü fizik ve labaratuvar bulgularıyla birleştirildiğinde radyolojik bulgular benign bir lezyonu desteklemiş ve öncelikle plastrone apandisit olmak üzere, tbc, granülomatöz kolit gibi hastalık grupları tartışılmıştır. Soliter lezyon varlığı lenfoma olasılığını zayıflatmıştır. Olgu histopatolojik tanı ve tedavi amacıyla operasyona alınmıştır.

Operasyonda plastrone apandisit saptanmış ve bunun üretere bası yaptığı görülmüştür. Apandiks disseke edilerek apendektomi yapılmış ve üreterolysis uygulanmıştır. Patolojik bakı plastrone apandisit ile uyumlu gelmiştir. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyin hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Apandisitinin ilk cerrahi tedavisinin üzerinden 100 geçmesine ve sağ alt kadran hassasiyeti, iştahsızlık, ateş gibi sık görülen bulguları da iyi bilinmekle birlikte tanısında halen ke sin bir labaratuvar tetkiki mevcut değildir (1, 2). Hatta üriner sistem septomları gibi alışılmamış bazı belirtilerinde tabloya katılması durumunda, teşhis karıştığı gibi tedavi de gecikebilir (1).

Apandisitinin klinik görünümünün bir çok ürolojik hastalığı taklit edilebildiği iyi bilinmektedir (4, 5, 8, 9). Pyuria ve hematüri en sık görülen ürolojik bulgudur. (1, 3, 6, 7). Bu bulgunun tamamen basit olmamakla beraber anormal yerleşimli apandisit vakalarında daha çok görüldüğü bildirilmektedir (7).

Üriner sistem hastalığı şeklinde ortaya çıkan apandisit nispeten nadir bir olaydır. Apandisitinin tanımlanan komplikasyonları obsrüktiv üropati (Carrol ve Laughton 1973), Apandico-vesikal fistül (Gros ve Perry 1969) , Mesanede yer kaplayan lezyon ve hematüri (Richie ve ark. 1975) , bilateral üreteral obstrüksiyon (Kaplan ve Keiller 1974) , Sol reanal kolik ile parsyel üre ter obstrüksiyonu (Haynes ve Woodside 1980) , olarak bildirilmiştir (4, 5, 10, 11, 12,).

Cook, 93 apendiks abseli çocuğun 6'sında sağ hidro üreter saptamıştır. 2 vakada ise bilateral üreteral dilatasyon izlemiştir. Literatürde de 2 taraflı hidronefroz bildirilen vakalar mevcuttur (8, 11, 12). Bunun paralitik ileustaki üreter peristaltizminin piritonitis nedeniyle azalmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (9, 12).

Sık görülen ürolojik hastalıklarla birlikte bulunan akut alt kadran ağrılarının ayırıcı tanısında apandisit ve komplikasyonlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini ve bu tür vakalarının ayırıcı tanısında Bilgisayarlı Tomografinin yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Jones W.G., Barie P.S.; *Urological Manifestations of acute appendicitis*. J.Urol. 139, 1325., 1988.
2. Lewis F.R., Holcoft J.W., Boey J., Dunpy E.; *Appendicitis a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases*. Arch.Surg. 110; 675, 1975.
3. Ginesin Y., Bolkler B., Moskowitz ve D.R.Levin.; *Retrocaecal Peri-appendicular abscess simulating right ureterolithiasis*. Br. J. Urol. 61, 166, 1988.
4. Carrol R., Laughton J.M. ; *Obstructive uropathy due to unusual pelvic swellings*. Proc. R. Soc. Med., 66;21-25, 1973.
5. Cook G.T., *Appendicial abscess causing urinary obstruction*. J. Urol., 101, 212-215, 1969.
6. Kretchmar L.H., McDonald D.F.; *The urine sediment in acute appendicitis*. Arch.Surg. 9, 559-560., 1974.
7. Scott J.H.Amin M., Harty J.L; *Abnormal urine analysis in appendicitis*. J. Urol., 129, 1015, 1963.
8. Shimada K., Katsumi T., Fujita H.; *Appendical granuloma causing bilateral hydronephrosis and macroscopic haematuria*. Brit. J. Urol. 48;418, 1976.
9. Stuart R.G., Venable D.D., Gonzelez E., Barr L; *Ureteral obstruction with abdominal mass*. J.Urol., 128;1009, 1982.
10. Haynes A.L., Wodside J.R.; *Periappendicitis presenting as left renal colic*. Urology, XVI, 611-613, 1980.
11. Richie J.P., Sacks S, A., Rhodes D.; *Urologic complications of appendicitis*. Urology, VI, 689, 1975.
12. Makker S.P., Tucker A.S., Izant R.J.; *Nonobstructive hydronephrosis and hydroureter associated with peritonitis*. New.Engl.J.Med., 287;535, 1972.