

SOL ALT KADRAN AĞRISININ ENDER BİR SEBEBİ AKUT APANDİSİT: OLGU SUNUMU

A RARE CAUSE OF LOWER LEFT QUADRANT PAIN: ACUTE APPENDICITIS. CASE REPORT

Faruk Çavdar¹ Hüseyin Eken² Serhat Göçer³ İlyas Sayar⁴

¹Balikesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Balikesir

²Erzincan Üniversitesi Gazi Mengücek Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Erzincan

³Malkara Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Tekirgağ

⁴Erzincan Üniversitesi Gazi Mengücek Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Yazışma Adresi:

Faruk Çavdar

Balikesir Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Balikesir - Türkiye

E posta: drcavdar@gmail.com

Kabul Tarihi: 08 Ocak 2016

DOI:10.5505/bsbd.2015.28290

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Sol alt kadranda ağrısının birçok sebebi mevcuttur, bunlardan biri de genellikle intestinal malrotasyon (İM) ile birlikte görülen ve solda yerleşen apendiksin akut inflamasyonudur. İM orta bağırsak (midgut) bölümünün peritoneal kavitede arteria mesenterica superior etrafında normal fetal rotasyonunu yapamaması ve fiksasyon bozukluğu ile seyreden bir gelişimsel anomalidir. Bu yazımızda sol alt kadranda ağrısı ile tetkik edilen ve tanı koymada mevcut radyolojik yöntemlere rağmen zorluk çekilen ve sonuçta tanısal laparoskopi uygulanan bir vaka sunuldu. Geç tanı neticesinde morbitite ve mortalite artmaktadır. Komplikasyonların önlenmesi için sol alt kadranda ağrılarında akut apandisit akılda tutulmalı, ileri tetkikler yapılmalı ve gereğinde tanısal laparoskopiden kaçınılmamalıdır

Anahtar Kelimeler: akut apandisit, sol alt kadranda ağrısı, intestinal malrotasyon

SUMMARY

There are many causes of pain in the left lower quadrant, one of them is appendicitis which is due to acute inflammation of lefty placed appendix that mostly associated with intestinal malrotation (İM). İM is developmental anomaly, which is accompanied by unable to normal fetal rotation of midgut portion in the peritoneal cavity around the superior mesenteric artery and fixation disorder. In this paper a case is presented that examine with lower left quadrant pain and difficult to diagnose despite the current radiological methods and ultimately laparoscopy was applied. As a result of late diagnosis morbidity and mortality increas. For the prevention of the complications in the lower left quadrant pain, acute appendicitis should be kept in mind, further investigations should be made, and when necessary, diagnostic laparoscopy should not be avoided.

Keywords: acute appendicitis, lower left quadrant pain, intestinal malrotation

GİRİŞ

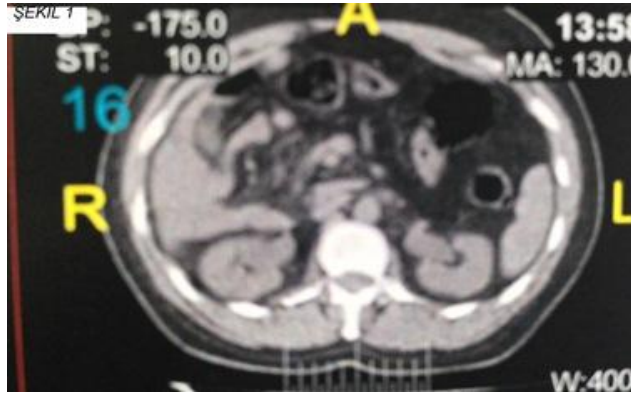
Acil servise başvuran erişkin hastaların %4-8 inin şikayeti karın ağrısıdır. Cerrahi karın ağrılarının en sık sebeplerinden biride akut apandisitdir. Akut apandisit ağrısı genellikle sağ alt kadranda fakat nadir olarak sol alt kadranda olabilir ^{1,2}. Buna barsakların fetal gelişimi sırasında meydana gelen Situs inversus totalis (SİT) ya da intestinal malrotasyon (İM) gibi gelişimsel anomaliler nedeniyle apendiksin solda olması neden olur. Bu durum çok ender olduğu için bu hastalarda akut apandisit tanısı koymak oldukça zordur ve komplike olma ihtimali daha fazladır.

Burada sol alt kadranda ağrısı nedeniyle tanısal laparoskopi yapılan ve İM ile birlikte akut apandisit saptanan hasta sunuldu.

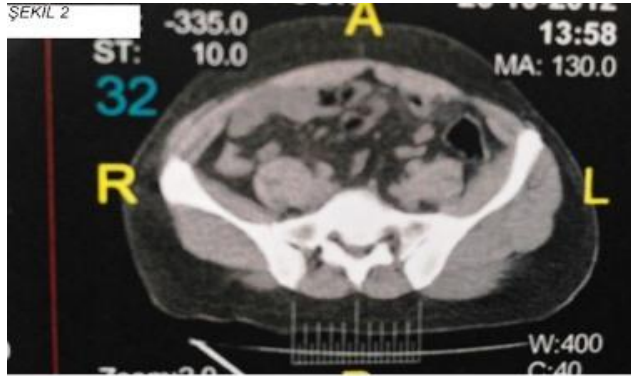
OLGU SUNUMU

Otuz yaşında erkek hasta, 8 saat önce göbek çevresi ve sağ alt kadranda başlayan karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık şikayeti ile bir dış merkeze başvurmuş. Hasta takip için yatırılmış. Laboratuvar tetkiklerinde nötrofil hakimiyetli 18000'ne artmış beyaz küre dışında biyokimya ve idrar tetkikinde patoloji saptanmamış. Takiplerinde 4-6 saat sonra ağrısının sol alt kadranda lokalize olması, batında defans ve rebound bulgularının gelişmesi nedeni ile hasta divertikülit ön tanısı ile hastanemiz acil servisine sevk edilmiş. Hastanın öz geçmişinde özellik yok. Ayakta direkt batın grafisinde sol alt kadranda lokalize az sayıda hava-sıvı seviyeleri mevcut. Çekilen oral ve intravenöz kontrastlı bilgisayarlı batın tomografi (BT) (resim 1-2-3) sinin radyoloji uzmanı tarafından yapılan değerlendirilmesinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın ağızdan yiyecek

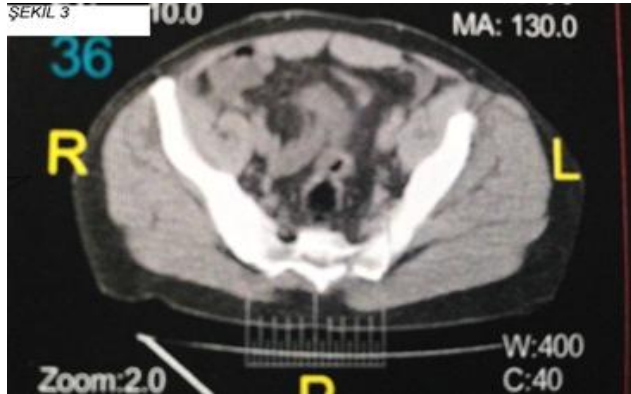
alımı kısıtlanıp divertikülit ön tanısı ile intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı. Takibinin 12. saatinde akut batın bulgularının devam etmesi ve ateş yüksekliği nedeni ile tanısız laparoskopi uygulandı. Yapılan laparoskopik eksplorasyonda İM anomalisi saptanan hastada çekumun sol alt kadranda lokalize olduğu ve apendiksin perforasyonu olduğu görüldü. Hastada karbondioksit retansiyonu gelişmesi nedeni ile anestezi ekibi tarafından açık operasyona geçilmesi istendi. Operasyonun 30. dakikasında sol paramedian insizyon batına girilip (resim 3) apendektomi yapıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Post op 3. gününde hasta şifa ile taburcu edildi.



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.

TARTIŞMA

Batın sol kadranda ağrı yapan nedenler arasında sigmoid divertikülit, kolit, kolokolik invajinasyon, volvulus, inkarsere herni, regional enterit, dinamik ileus ve jinekolojik, renal, vasküler patolojiler sayılabilir. Ender olarak İM bağlı atipik yerleşimli akut apandisit ağrının nedeni olabilir³.

Apendektomi en sık yapılan acil cerrahi ameliyattır. Nüfusun yaklaşık olarak %7'sinin hayatı boyunca apandisit olacağı ve yıllık insidansının 1/1000 kişi olduğu bildirilmiştir^{4,5}. Apandisitinin kliniğinde iştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık, bazen ishal veya tenesmus ile birlikte karın ağrısı görülür. Ağrı genellikle göbek çevresinden başlayarak 4-6 saat içinde sağ alt kadrana lokalize olur. Ateş, kutaneöz hiperestesi, Rousing ve iliopsoas belirtisi olabilir⁵. Fakat bu tipik klinik seyir hastaların sadece %60 kadarında görülür⁴.

İki anatomik anomalide apandiks sol alt kadranda yerleşimlidir. Bunlar SİT ve daha az rastlanan İM dur^{6,7}. SİT de ise karın ve toraks içi organlar ters yerleşimli olurlar. İM duodenojejunal ve ileokolik segmentlerin omfalomezenterik damarların çevresinde 270 derece saatin tersi yönünde yapması gereken dönüşünü yapmaması veya inkomplet yapması ile oluşan konjenital defektir. Çeşitli serilere göre; canlı doğumlarda %0,03-%0,5 arasında değişen sıklıkta rastlanan malrotasyonların %80'i infantil dönemde bulgu vermekte ve semptomatik bulgular saptanan bebeklerin de büyük çoğunluğu kaybedilmektedir⁶. Çoğu hasta neonatal dönemde ileoçekal volvulus veya peritoneal bantların basısına bağlı barsak iskemisi ve obstrüksiyon bulgularıyla veya ileri dönemde kronik abdominal ağrı ile başvurur⁸.

Klinik olarak malrotasyonun derecesine göre de tamamen asemptomatik olabilir⁸. Erişkin yaşlarda ise oldukça nadir gözlenmekte olup genellikle başka nedenlerle yapılan diagnostik testler veya cerrahi uygulamaları sonucu tesadüfen tanı konur. İnsidansı konusunda net veriler yoktur^{9,10}.

Bizim sunduğumuz vakada olduğu gibi sol alt kadranda ağrının sebebi İM sonucu atipik yerleşimi bir akut apandisit olabilir. BT' nin %90'dan fazla başarı ile malrotasyon anomalisi bulunan vakalarda apandisiti tespit ettiği kabul edilmektedir⁶. Fakat bizim olgumuzda çekilen BT' nin ameliyat öncesi yorumunda apandisit tanısı konulamamıştır. Hasta BT çekiminden yaklaşık 12 saat sonra ameliyata alınmış ve apendiksin perfore olduğu görülmüştür. Ameliyattan sonra eski batin BT' nin radyoloji uzmanı tarafından tekrar değerlendirmesinde, çekumun atipik yerleşimli olabileceği? söylene de apendiks görülememiştir.

Sol alt kadranda ağrı olan hastamızda ön tanıda divertikülit düşünüldü. Kliniği kötüleşen ve radyolojik ve laboratuvar tetkikleri net tanı koyulamayan hastaya tanısal laparoskopi uygulandı.

SONUÇ

Sol alt kadranda ağrısının ayırıcı tanısında SİT veya İM anomalisine bağlı akut apandisit akılda tutulmalı ve tanıda ultrasonografi ve BT gibi radyolojik tetkiklerden yararlanılmalıdır. Tanı konulamadığı durumlarda mortalite ve morbititeyi önlemek için tanısal laparoskopi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995;13:301-3.
2. Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. *J Emerg Med* 2001;20:241-5.
3. Lee MR, Kim JH, Hwang Y, Kim YK. A left-sided periappendiceal abscess in an adult with intestinal malrotation. *World J Gastroenterol*. 2006.
4. Fales WD, Overton DT. Abdominal pain. In: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editors. *Emergency medicine: a comprehensive study guide*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 217-21.
5. Jaffe BM, Berger DH. The appendix. In: Brunnicardi FC, Andersen KD, Billiar RT, Dunn LD, Hunter GC, Pollock RE, editors. *Schwartz's Principles of Surgery*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 1119-1137.
6. Kamiyama T, Fujiyoshi F, Hamada H, Nakajo M, Harada O, Haraguchi Y. Left-sided acute appendicitis with intestinal malrotation. *Radiation Medicine* 2005;23:125-7.
7. Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. *J Emerg Med* 2001;20:241-5.
8. Gilbert H W, Thompson M H, Armstrong C P. The presentation of malrotation of the intestine in adults. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1990; 72: 239-42.
9. Gülen M, Fientürk O, Akıncı M, Kocakıflak A. Asemptomatik insidental erişkin intestinal malrotasyon. *Haseki Tıp Bülteni* 2005;43:130-3.
10. Welte FJ, Grosso M. Left-sided appendicitis in a patient with

congenital gastrointestinal malrotation: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2007;1:1-4.