

Sol Kolon Tümörü Ve Akut Apendisit: Nadir Bir Birliktelik

LEFT COLONIC TUMOR AND ACUTE APPENDICITIS: A RARE COMBINATION

Yakup GÜVEN¹, Mustafa ŞİT², Fatih KAYA¹, İsamettin BAHADIR¹, Mustafa ATLI¹

¹Numune Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Akut apandisit genel cerrahinin sık rastlanılan acil olgularının başında gelir. Olguların yaklaşık üçte ikisinde tanı hikaye ve fizik muayene ile konulabilir. 22 yaşında erkek hasta, acil servise, sağ alt kadran ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesi akut apandisit ile uyumlu idi. Akut apandisit bulguları sebebiyle acil olarak ameliyata alınarak apendektomi uygulandı. Postoperatif 2. günde hastada karın ağrısı ve kusma şikayetleri başladı. Çekilen ayakta karın grafilerinde, yaygın hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Hastanın klinik tablosu düzelmeyince iki gün sonra ameliyata alındı. Eksplozasyonda, splenik flexura ve proksimalinin çok dilate olduğu ve sol kolonda tama yakın tıkanıklığa neden olmuş, tümör saptandı. Genişletilmiş sol hemikolektomi ve uç uca anastomoz yapıldı. Patoloji sonucu orta derece diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi. Sonuç olarak bizim olgumuzda da olduğu gibi muayene bulguları ve patoloji raporu akut apandisiti desteklemesine rağmen hastanın kliniğinde ters giden bir tablo ile karşılaşırsak yine diğer nedenlerle birlikte kolon tümörünün akla getirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Akut apandisit, sol kolon tümörü, sağ alt kadran ağrısı

SUMMARY

Acute appendicitis is a common emergency condition in general surgery practice. About 66% of the cases are diagnosed by history and physical examination. 22 years old young adult admitted to our hospital with abdominal pain localized in right lower quadrant, nausea and vomiting. Physical examination was consistent with acute appendicitis. He was undergone emergency surgery because of acute appendicitis. Abdominal pain and vomiting re occurred in postoperative second day. There were diffuse air-fluid levels in abdominal x-ray. He was re-operated 2 days later because of his clinic was not improved. Splenic flexura and it's proximal were extremely dilated and a tumor revealed in left colon which causes near total obstruction in the colonic lumen. Extended left hemicolectomy and end to end anastomosis performed. Pathological examination revealed moderate differentiated adenocarcinoma. In conclusion, as seen in our patient, if a problem occurs in the clinic of the patient with acute appendicitis, colonic tumors should be taken into consideration with other causes.

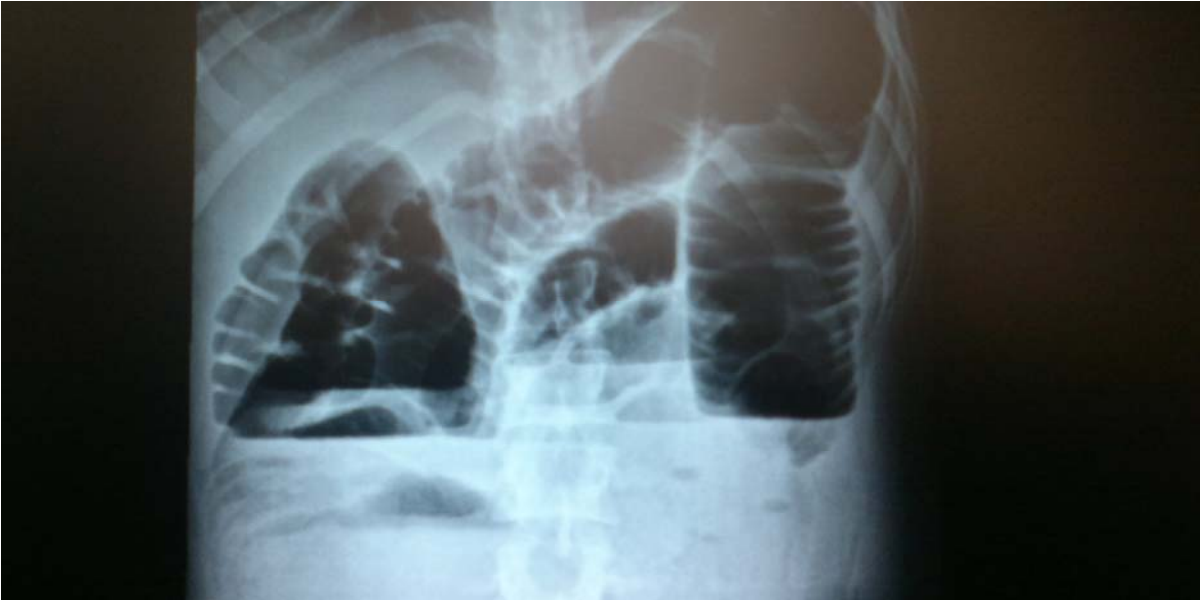
Key words: Acute appendicitis, left colon tumor, abdominal pain in right lower quadrant

Yakup GÜVEN
Numune Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği
KONYA

Akut apandisit genel cerrahinin sık rastlanılan acil olgularının başında gelir. Olguların yaklaşık üçte ikisinde tanı hikaye ve fizik muayene ile konulabilir (1,2). Apendiks lümeninin değişik nedenlerle fekalom, yabancı cisim, lenfoid hiperplazi, parazit, tümör vb) tarafından tıkanmasıyla akut apandisit geliştiği bilinmektedir (3). Akut apandisit pek çok hastalıkla ayırıcı tanıya girmektedir. Bunların arasında kolon tümörleri de bulunmaktadır. Literatürde tıkanma yapan kolon tümörlerinde, akut apandisit bulguları oluşturduğu ve bu nedenle apandektomi ameliyatı yapıldığı bildirilmiştir (4-6). Yine literatürde akut apandisit ile kolon kanseri ilişkisi genellikle olgu sunumları şeklindedir (5,7). Bu olgular da genellikle 40 yaşın üzerinde olan hastalardır. Akut apandisit en sık 10-20'li yaşlarda görülür. 40 yaş sonrası ise görülme insidansı giderek azalır. Biz akut apandisit en sık görüldüğü yaş olan 20 yaşında akut apandisit ve eşlik eden kolon tümörlü bir hastayı sunarak çok genç yaşlarda bile kolon tümörünün akut apandisit tablosu ile başvurabileceğini vurgulamak istedik.

OLGU SUNUMU

22 yaşında erkek hasta, acil servise, sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesi akut apandisit ile uyumlu idi. Yapılan tetkiklerinde lökosit: 15.000, Htc: 37, Ateş: 38.0 idi. Ayakta direkt karın grafisinde herhangi bir özelliği olmayan hasta, akut apandisit bulguları sebebiyle acil olarak ameliyata alınarak apandektomi uygulandı. Postoperatif 2. günde hastada karın ağrısı ve kusma şikayetleri başladı. Çekilen ayakta karın grafilerinde, yaygın hava sıvı seviyeleri mevcuttu (Resim 1). Hastaya nazogastrik dekompresyon uygulandı. Hastanın klinik tablosu düzelmeyince iki gün sonra ameliyata alındı. Eksplozasyonda, splenik fleksura ve proksimalinin çok dilate olduğu ve sol kolonda tama yakın tıkanıklığa neden olmuş, tümör saptandı (Resim 2). İntraoperatif kolonik lavaj yapılarak barsak temizliği sağlanıp genişletilmiş sol hemikolektomi ve uç uca anastomoz yapıldı. Takipleri sorunsuz olan hasta postoperatif 7. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu orta derece diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi. TNM sınıflandırmasına göre T4 N1(19/1) M0 olarak değerlendirildi. Postoperatif 2 ay sonra kemoterapiye başlandı.



Resim 1. Ayakta direkt karın grafisi



Resim 2. Kolon tümörünün ameliyat görüntüsü

TARTIŞMA

Akut apandisit tanısında, anamnez ve fizik muayene oldukça önemlidir. Olguların yaklaşık üçte ikisinde tanı hikaye ve fizik muayene ile konulabilir (1,2). Cerrahlar kimi zaman, acil servislerde hızlı hasta bakma temposu ve akut apandisit tedavisindeki kolay uygulanabilen cerrahi nedeniyle, anamnez ve fizik muayeneye tam anlamıyla özen gösterememektedirler. Bu da nadir de olsa alta yatan bazı hastalıkları gözden kaçırma nedeni olabilmektedir. Nitekim bizim vakamızda da sonraki dönemde aldığımız detaylı anamnezde, hastanın 6 aydır ara ara karın ağrısı, dışkılama alışkanlıklarında değişiklik ve kilo kaybının olduğu anlaşılmıştır. Akut apandisit birçok hastalık ile karışabilmektedir. Bunların arasında kolon tümörleri de bulunmaktadır. Çekum bölgesine yerleşmiş olan tümörler nadiren apendiks lümenini tıkayarak akut apandisit tablosuna yol açabilir. Çekum ve çıkan kolon yerleşimli kolon tümörlerinde kolon içi basınç artışı nedeniyle akut apandisit kliniği daha çok görülmektedir (8,9). Tümör çekumdan uzaklaştıkça akut apandisit gelişme oranı düşse de tıkanıklığın proksimalindeki basınç artışı-

nın apendiks lümenini tıkaması nedeniyle akut apandisite yol açtığı tezi ileri sürülmektedir (10). Yapılan bir çalışmada akut apandisit kolon kanseri birlikteliğinde %75 sağ kolon tümörü ile birliktelik saptanmıştır (4). Sol kolon tümörü birlikteliği daha azdır. Bizim olgumuzda tümör yerleşimi inen kolon idi. Vakamızda kolon tümörüne sekonder basınç artışı nedeniyle mi yoksa tamamen başka bir nedenle mi akut apandisit geliştiği konusu tartışmalıdır.

Kolon cerrahisinde mekanik barsak temizliği tartışmalı bir konudur. Elektif kolon cerrahisinde mekanik barsak temizliği sonrası mükemmel sonuçlar bildirilmiştir (11). Bunun aksi şekilde mekanik barsak temizliği yapılmadan da elektif sol kolon cerrahisinin yapılabileceğini belirten çalışmalarda mevcuttur (12). İntraoperatif kolonik lavajın kullanımının özellikle son zamanlarda yaygınlık kazanmasıyla malign sol kolon patolojilerinde de rezeksiyon + anastomoz uygulaması kabul görmeye başlamıştır. Ancak perforasyon, nekroz, peritonit gibi komplikasyonların varlığında Hartmann prosedürü alternatif olarak vazgeçilmez yerini korumaktadır. Sol kolon rezeksiyonu + anastomoz işleminin uygulanmasının en önemli avantajları tek müda-

hale ile kesin tedavinin yapılması, ikincil müdahale gerektirmemesi ve hastanede kalış süresinin daha kısa olmasıdır. En önemli dezavantajı ise anastomoz kaçığıdır (13). Biz de hastamıza intraoperatif kolonik lavaj ile barsak temizliğini sağlayıp rezeksiyon anastomoz işlemi uyguladık.

Kolon kanserleri genellikle 40 yaşın üstünde görülürken akut apandisit 10-20'li yaşlarda en sık görülür. Kırk yaş ve üstü hastalarda akut apandisit bulguları ile hasta geldiği zaman kolon tümörü olasılığının akılda tutulması gerektiği önerilmiş, daha genç hastalarda da kolon kanseri olabileceği göz ardı edilmiştir (8). Akut apandisit nedeniyle ameliyat edilen hastada kolon kanseri tespiti yaklaşık 4-6 ay gecikmektedir (4,5). Bu süre metastaz ve prognozun kötüleşmesi açısından son derece önemli bir zaman dilimidir. Bizim olgumuzda yirmi yaşında genç bir hasta, patoloji raporunun akut apandisit olarak gelmiş olmasına rağmen akut apandisit ameliyatı sonrası açılmayan ileus gelişmesi nedeniyle tanıda gecikme olmamıştır. Akut apandisit tanısıyla ameliyata alınacak olan hasta genç yaşta da olsa anamnezi ayrıntılı olarak alınmalı ve fizik muayenesi ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Bunlara rağmen eğer hastanın peroperatif klinik tablosu durumu yeterince izah etmiyorsa tanıyı açıklayabilecek diğer nedenlerle birlikte kolon tümörü de akla getirilmeli, ameliyat sonrası ek tetkikler geciktirilmeden yapılmalıdır.

Sonuç olarak; bizim olgumuzda da olduğu gibi, muayene bulguları ve patoloji raporu akut apandisiti desteklemesine rağmen hastanın kliniğinde ters giden bir tablo ile karşılaşıldığında, diğer nedenlerle birlikte kolon tümörünün akla getirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Yaoce ME, Jeffery RB. Sonography of appendicitis and diverticulitis. *Radiologic clinics of America* 1994;32:899-912.
2. Berry JJr, Malt RA. Appendicitis near its centenary. *Annals of Surgery* 200;567-575,1986.
3. Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. *Surg Gynecol Obstet* 1955;101:437-445.
4. Lai HW, Loong CC, Tai LC, Wu CW, Lui WY. Incidence and odds ratio of appendicitis as first manifestation of colon cancer: a retrospective analysis of 1873 patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1693-1696.
5. Hill J, Leaper DJ. Acute appendicitis and carcinoma of the colon. *JR Soc Med* 1986;79:678-680.
6. Adebamowo AC, Ezeome ER. Acute appendicitis and colonic carcinoma in the young: report of two cases. *East Afr Med J* 1996;73:563-564.
7. Ramsay JA, Rose TH, Ross T. Colonic carcinoma presenting as an appendiceal abscess in a young woman. *Can J Surg* 1996;39:53-56.
8. Armstrong CP, Ahsan Z, Hinchley G, Prothero DL, Brodribb AJ. Appendectomy and carcinoma of the caecum. *Br J Surg* 1989;76:1049-1053.
9. Mayo CW. Malignant lesions of the right portion of the colon. *Mayo Clin Proc* 1941;67-69.
10. Miln DC, McLaughlin IS. Carcinoma of proximal large bowel associated with acute appendicitis. *Br J Surg* 1969;56:143-144.
11. Duthie GS, Foster ME, Price-Thomas JM, Leaper DJ. Bowel preparation or not for elective colorectal surgery. *J R Coll Surg Edinb* 1990; 35: 169-171.
12. Zmora O, Mahajna A, Bar-Zakai B, et al. Is mechanical bowel preparation mandatory for left-sided colonic anastomosis? Results of a prospective randomized trial. *Tech Coloproctol* 2006; 10: 131-135.
13. Gibney EJ. Volvulus of the sigmoid colon. *Surg Gynecol Obstetrics* 1991; 173:243-248.