

# SIKLIKLA KULLANILAN KLİNİK VE LABORATUVAR BULGULARININ AKUT APANDİSİT VE OVER KİST RÜPTÜRÜNÜN AYIRICI TANISINDAKİ YERİ

Dr. Cüneyt KAYAALP\*  
Dr. Sezai YILMAZ\*\*

*Kadınlarda preoperatif akut apandisit tanısı erkeklere göre daha düşük bir doğruluk koyulabilmektedir. Bu çalışma, genç kadınlarda akut apandisit ile en çok karışan jinekolojik patoloji olan over kist rüptürleri ile akut apandisit tanısına yardımcı olmak amacıyla planlandı. Acil serviste akut apandisit ön tanısı alınan ve operasyonda akut apandisit (Grup 1), perforate apandisit (Grup 2) ve over kist rüptürü (Grup 3) tesbit edilen 57 kadın hastanın pre-operatif iştahsızlık, kusma, hassasiyet, defans, rebound, ayakta direkt karın grafisinde lokalize ileus bulgusu, lökositoz (>9000/mm<sup>3</sup>) ve koltukaltı ısı (37.8 C°) karşılaştırıldı. Üç grup arasında iştahsızlık, kusma, hassasiyet, rebound, ayakta direkt karın grafisinde lokalize ileus bulguları açısından fark tesbit edilemedi (p>0.05). Defans bulgusu akut apandisit grubunda, lökositoz akut ve perforate apandisit gruplarında, yüksek ateş ise yalnız perforate apandisit grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. (p<0,05) Bu çalışma akut veya perforate apandisit ile over kist rüptürlerinin ayırıcı tanısında sık kullanılan klinik ve laboratuvar bulgularından yalnızca defans, lökositoz ve yüksek ateşin ayırıcı tanıda önemli olduğunu ortaya koymuştur.*

**Anahtar kelimeler:** Akut apandisit, over kisti, ayırıcı tanı

\* Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,  
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği  
ANKARA  
\*\* İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp  
Merkezi, Genel Cerrahi AD  
MALATYA

## **The Role Of Frequently Used Clinical And Laboratory Findings In The Differential Diagnosis Of Acute Appendicitis And Ruptured Ovarian Cyst**

*Preoperative diagnosis of acute appendicitis in women is associated with a lower accuracy rate than that in men. In this study 57 women initially diagnosed to have acute appendicitis in the emergency room and then confirmed to have acute or perforated appendicitis and ruptured ovarian cysts were investigated. Loss of appetite, vomiting, tenderness, muscular resistance, rebound tenderness, radiologically air and fluid levels localized to the caecum, leukocytosis and raised axillary temperature levels were compared among three groups. There was no difference in loss of appetite, vomiting, tenderness, rebound tenderness, radiologically air and fluid levels localized to the caecum among the groups (p>0.05). Muscular resistance in acute appendicitis group, leukocytosis in acute and perforated appendicitis groups and raised axillary temperature in perforated appendicitis group were significant findings (p<0.05). The results of this study revealed that muscular resistance, leukocytosis and raised axillary temperature are significant findings in preoperative differential diagnosis between acute-perforated appendicitis and ruptured ovarian cyst.*

**Key words:** Acute appendicitis, ovarian cyst, differential diagnosis

**Yazışma adresi:**  
Op.Dr. Cüneyt KAYAALP  
Türkiye Yüksek İhtisas  
Hastanesi, Gastroenteroloji  
Cerrahisi Kliniği  
ANKARA

Akut apandisit acil abdominal cerrahinin en sık nedeni olup, tüm cerrahi prosedürlerin %1'ini oluşturmaktadır.<sup>1</sup> Daha önceden yaptığımız bir çalışmamızda gördük ki; preoperatif akut apandisit tanısını biz %82 doğrulukla koyabiliyoruz. Cinsiyete göre doğru tanı oranı erkeklerde %86 iken bu oranın kadınlarda %77'ye düştüğünü gözledik. Kadınlardaki %23 oranındaki bu yanlışlama payının önemli bir kısmını jinekolojik patolojiler oluşturmaktaydı (%15 jinekolojik patolojiler, %8 negatif eksplorasyon). %15 oranındaki jinekolojik patolojilerin %80'ini ise over kist rüptürleri oluşturmaktaydı.<sup>2</sup> Bu çalışma özellikle genç kadınlarda akut apandisit ile en çok karışan jinekolojik patoloji olan over kist rüptürlerinin preoperatif ayırımı yapabilmek, dolayısı ile de kadınlarda ki cerrahi eksplorasyon gerektirmeyecek durumları azaltmak amacıyla planlanmıştır.

## MATERYAL VE METOT

Acil servise peş peşe başvuran ve akut apandisit ön tanısı ile takip edilen 75 kadın hastanın dosyası incelendi. Akut apandisit tanısında hikaye ve fizik muayene bulguları yanında tam kan sayımı, tam idrar tetkiki ve ayakta direkt karın grafisi tetkikleri kullanıldı. Teknik olarak mümkün olmadığı için abdominopelvik ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tanıda destek olarak kullanılmadı. Ancak vakaların tümüne jinekolojik muayene için kadın hastalıkları ve doğum bölümünden preoperatif konsültasyon istendi. Konsültasyon sonucu jinekolojik patoloji tesbit edilen 12 hasta bu çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca operasyonda apandisit ve over kist rüptürü dışında patoloji tesbit edilen 6 hasta da çalışma dışında bırakıldı. Bunlar dışında kalarak cerrahi eksplorasyon uygulanan ve operasyonda akut apandisit, perfore apandisit ve over kist rüptürü tesbit edilen yaşları 11-40 arasındaki 57 kadın hasta çalışma kapsamına alındı. Hastalar preoperatif iştahsızlık, kusma, hassasiyet, defans, rebound, ayakta direkt karın grafisinde lokalize ileus bulgusu ve lökosit sayımlarının  $9000\text{mm}^3$ 'ün, koltuk altı ateşin de  $37.8\text{ C}^\circ$  altında ve üstünde olmasına göre kayıtlandırıldı. Akut apandisitlerin kesin tanısı,

operasyondaki bulgular yanında histopatolojik olarak ta mutlaka desteklendi. Over kist rüptürü tesbit edilen ve başka her hangi bir patoloji bulunamayan hastalarda apendektomi operasyon prosedürüne eklendi. Over kist rüptürü vakalarında peroperatuvar jinekoloji konsültasyonu tekrarlandı. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki farklılık ki-kare testi ve beklenen frekansları 5'in altında olanlarda Fisher kesin ki-kare testi ile değerlendirildi.  $P<0.05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Opere edilen 57 kadın hastanın preoperatif bulguları ve postoperatif tanıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Her üç grupta da hastaların yaş aralığı ve yaş ortalamaları arasında bir fark yoktu. Yine her iki grupta iştahsızlık, kusma, radyolojik olarak lokalize ileus bulgusu, hassasiyet ve rebound bulguları arasında fark tesbit edilemedi. Ancak defans, lökositoz ( $9000\text{mm}^3<$ ) ve ateş ( $37.8\text{ C}^\circ<$ ) olması açısından gruplar arasında fark tesbit edildi. Defans bulgusu akut apandisitli vakalarda over kist rüptürü ve perfore apandisit vakalarından daha fazlaydı. Perfore apandisitler ile over kist rüptürü olanlar arasında defans bulgusu açısından fark yoktu. Lökositoz ise hem komplike olmayan akut apandisitlerde, hem de perfore apandisitli vakalarda, over kist rüptürlerinden belirgin düzeyde daha fazla görüldü. Bu çalışmada lökositoz açısından perfore olan ve olmayan akut apandisitler arasında istatistiksel açıdan bir fark tesbit edilemedi. Ateş ise yalnızca perfore apandisit vakalarında diğer gruplara göre daha belirgin olarak fazla tesbit edildi. Over kist rüptürü olan 10 vakadan yalnız bir tanesinde yüksek ateş tesbit edildi. Over kist rüptürü saptanan vakaların 5'inde herhangi bir ek prosedür uygulanmazken, 3'ünde basit sütür ve 2'sinde de kısmi eksizyon uygulandı. Abdominal drenaj yalnızca perfore apandisitlerde uygulandı. Drenaj için iki adet lateks dren kullanıldı. Drenlerin bir tanesi apendektomi lojuna diğeri de pelvise yerleştirildi. Ortalama hospitalizasyon süresi iki gün olup, 8 vakada yara enfeksiyonu dışında morbidite ve mortalite izlenmedi.

**Tablo 1.** Akut apandisit, over kist rüptürü ve perfore apandisit olan 57 kadın hastanın preoperatif bulguları

	Over Kist Rüptürü	Akut apandisit	Perfore Apendisit
Sayı	10	39	8
Yaş	25(14-40)	22(11-40)	22(14-34)
İştahsızlık %	80	95	100
Kusma %	50	60	75
Radyolojik lokalize ileus %	70	60	75
Hassasiyet ve rebound %	100	100	100
Defans %	40	75*	40
Ateş 37.8C°<	10	20	60*
9000mm <sup>3</sup> < lökositoz	20	90*	75*

\*p&lt;0.05

## TARTIŞMA

Akut apandisit için yapılan ameliyatlarda %15-20'sinde apendiksin masum olduğu tesbit edilir.<sup>3</sup> Akut apandisit tanısında kabul edilen yanılığ oranlarını düşürmeye yönelik arayışlar negatif eksplorasyonları da kendiliğinden azaltacaktır. Ayrıca yara enfeksiyonları yanında oluşan intraabdominal yapışıklıklar özellikle genç kadınlarda infertilite sorununa neden olabilmektedir.<sup>4,5</sup> Bu nedenle özellikle genç kadınlarda over kist rüptürü nedeniyle yapılan gereksiz eksplorasyonların azaltılması gerekmektedir. Nitekim bizim over kist rüptürü vakalarımızın yarısında overe eksplorasyon dışında ek bir işlem uygulanmamıştır. Akut apandisit ve over kist rüptürlerini anamnez ile ayırt etmek genellikle mümkün değildir. Her ne kadar Mittelschmerz Sendromu'na bağlı ağrı klinisyen açısından uyarıcı olsa da, bu bulgu kadınların adet ortası dönemini hesaplamadaki sık yanılığları nedeniyle her zaman güvenilir sonuç vermemektedir. Her iki klinik durumda da iştahsızlık, bulantı ve kusma olabilmektedir. Fizik incelemede sağ alt kadranda hassasiyet ile birlikte rebound bulguları her iki klinik durumda da yüksek oranda saptanmaktadır. Ancak muayenede dikkat çekici olarak defans bulgusu over kist rüptürlerinde akut apandisit göre daha az olmaktadır. Bu bulgu yanında lökositozun olmamasında genç bir kadında en az akut apandisit kadar over kist rüptürünü de akla getirmelidir. Over kist rüptürü perfore apandisit ile de karışabilir. Çünkü apendiks perfore olduğun-

da intralüminal basıncın düşmesi ile bir rahatlama olmakta ve buna bağlı olarak ta defans bulgusu azalmaktadır.<sup>6</sup> Bu durumda ayırıcı tanıda ateşin ve lökositozun varlığı önem kazanmaktadır. Çünkü over kist rüptüründe belirgin bir ateş ve lökositoz gözlenmemektedir.

Akut apandisitte doğru tanı oranını komplikasyonları arttırmadan %80'lerden %90-95'e kadar çıkartabilmenin çeşitli metotlarla (skorlama sistemleri, yakın gözlem, ileri görüntüleme yöntemleri ve diagnostik laparoskopi vb) mümkün olabileceği bildirilmiştir.<sup>7,8,9,10</sup> Akut apandisit şüphesi olan tüm vakalarda yukarıda tarif edilen metotların (diagnostik laparoskopi, bilgisayarlı tomografi vb) uygulanması pratik ve ekonomik açıdan bizce akılcı görünmemektedir. Üstelik bu ileri metotlar olmadan yalnızca basit klinik ve laboratuvar bulguları ile doğru teşhis %82 oranında koyulabilmektedir. %18 oranındaki yanılığ oranını azaltabilmek için tüm vakalara ileri inceleme metotlarını uygulamak yerine, sıklıkla yanılığa neden olan klinik durumları belirlemek ve basit yöntemlerle bunlardan şüphelenerek, yalnızca bu grup hastalarda ileri görüntüleme ve tetkik metotlarını uygulamak daha akılcı görünmektedir. İleri tetkik ve görüntüleme yöntemlerini rutin olarak uygulamak yerine belli indikasyonlar ile bunları yapmak hem negatif eksplorasyon oranlarını azaltacak, hem de zaman, iş gücü ve maddi kayıpları minimuma indirecektir. Bu noktada şüpheli vakaların belirlenmesi ve ileri tetkik hastalarının belli indikasyonlar dahilinde takibi gerekmektedir.

dir. Bize göre, akut apandisit ön tanısı ile takip edilen genç bir kadında muayene ile defansın olmaması yanında ateş ve lökositozun olmaması durumunda (bulantı-kusma sağ alt kadranda ağrı-hassasiyet ve rebound olsa bile) cerrahi eksplorasyon düşünülmeden önce ileri incelemelerin yapılması gerekmektedir. Jinekolojik muayene yanında, aynı cerrah tarafında yakın izlem, abdominopelvik ultrasonografi ve sık ateş-lökositoz izlemi ilk yapılacak olan prosedürlerdir. İleri tetkik olarak bunlarda abdominopelvik tomografi de tanıda yardımcı olabilir.<sup>9</sup> Tüm bunlara karşın ayırıcı tanı yapılmıyorsa cerrahi girişimin diagnostik laparoskopi ile başlaması da gereksiz açık eksplorasyon oranını düşürecektir.

## **KAYNAKLAR**

1. Lewis FR, Helcroft JW, Boey J, Dunphy JE. Appendicitis: A critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. Arch Surg. 1975;110;677-81.
2. Kayaalp C, Yılmaz S, Kızılkant T. Kadınlarda akut apandisit tanısı. Göztepe Tıp Dergisi 1999 (baskıda).
3. Paidas CN. Acute appendicitis In: Current Surgical Therapy. 5<sup>th</sup> ed: Cameron J. 1994. Mosby Year Book, Chicago. 213-6.
4. Ellis BW. Acute appendicitis In:Hamilton Bailey's Emergency Surgery. 12<sup>th</sup> ed. Ellis BW 1995. Butterworth Heineman, Oxford. 411-23.
5. Deutsch A, Shani N, Reiss R. Are some appendectomies unnecessary? An analysis of 319 white appendectomies. J R Coll Surg Edinb. 1983;28;35-40.
6. Telford GL, Condon RE. Appendix In:Shackelford's Surgery of Alimentary Tract. 4<sup>th</sup> ed: Zuidema GE. 1997. WB Saunders Company, Philadelphia.140-9.
7. Christian F, Christian GP. A simple scoring system to reduce the negative appendectomy rate. Ann R Coll Surg Eng. 1992;74;281-8.
8. White J, Santiliana M, Haller JA. Intensive hospital observation : A safe way to decrease unnecessary appendectomy. Am Surg. 1973;41;793-6.
9. Kızılkant T. Akut apandisit tanısında bilgisayarlı tomografinin yeri. Uzmanlık tezi. Ankara SSK Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,1994.
10. Spirtos NM, Eisenkop SM, Spirtos TW. Laparoscopy: A diagnostic aids in case of suspected appendicitis. Am J Obstet Gynecol. 1987;156;90-4.