

## Sol yerleşimli apandisit ile situs inversus totalis birlikteliği: akut sol alt kadranda karın ağrısının nadir bir sebebi

### *Left-sided appendicitis with situs inversus totalis: an unusual cause of acute left lower quadrant abdominal pain*

#### Sayın Editör,

Cerrahi gerektiren en sık karın ağrısı nedeni apandisitir (1). Çocukluk yaş grubunda akut alt kadranda ağrısının jinekolojik, genitoüriner ve sindirim sistemi ile ilgili çeşitli nedenleri olmasına rağmen, apandisit genellikle sağ alt kadranda ağrısı ile başvuran hastalarda şüphelenilir. Apandisit, nadir de olsa sıra dışı bulgular ve yerleşimle karşımıza çıkabilir. Özellikle çocuklarda geç tanı konulması nedeniyle ölüme kadar gidebilen komplikasyonlara neden olabilir (2). Bu yüzden apandisit seyrek görülen klinik durumlarının özellikle çocuk acil servisinde çalışan hekimlerce iyi bilinmesi gerekir. Bu yazıda, situs inversus totalis (SİT) ve apandisitli bir olgu sunularak atipik yerleşimli apandisit olgularındaki klinik ve radyolojik bulgular ve tedavi yaklaşımı tartışılmıştır.

Dört gündür devam eden sol alt kadranda ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık yakınmaları olan 11 yaşındaki erkek hasta hastanemiz acil servisine başvurdu. Dış merkezde üriner sistem enfeksiyonu tedavisi düzenlenen ve izleminde yakınmaları gerilemeyen hastanın yapılan fizik muayenesinde sol alt kadranda "defans", "rebound" ve duyarlılık saptandı. Ayrıca, kalp tepesinin sağ yerleşimli olduğu belirlendi. Hastanın laboratuvar bulgularında lökosit  $20\ 800/\text{mm}^3$  ( $n=4800-10\ 800$ ), serum C-reaktif protein (CRP) 2,97 mg/dL ( $n=0-0,8$ ) olarak saptandı. Beyaz küre sayımında nötrofil yüzdesi %90,2 ( $n=\%43-\%65$ ) saptandı ve sola kayma vardı. Ön-arka akciğer grafisinde kalp tepesinin sağda ve ayakta direkt karın grafisinde ise mide fundus gazının sağda olduğu görüldü. Bu bulgu ekokardiyografide saptanan dekstrokalde ile doğrulandı. Karın ultrasonografisi ile karaciğerin solda, dalağın ise sağda yerleştiği görüldü ve hastaya situs inversus totalis tanısı konuldu. Sol alt kadranda komprese edilemeyen apandisit ile uyumlu bulgu

mevcuttu; çekum ve çevre dokular ödemliydi. Peritoneal sıvı vardı. Sol Mc-Burney insizyonla laparotomi yapıldı. Appendiksin uç kısmından delinmiş olduğu gözlemlendi. Appendektomi ve direnaj yapıldı. Hasta ameliyat sonrası beşinci günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Karın ağrısı acil servise yapılan başvuruların %6,5'ini oluşturur (3). Bu hastaların %21'ine tanı konulamamaktadır (3). Çocuklarda apandisit tanısı erişkinlere göre genellikle daha zor olup çocukluk yaş grubundaki apandisit hastalarının %15'ine yanlış tanı konulmaktadır (4,5). Bu nedenlerle, karın ağrısı ile başvuran çocukların değerlendirilmesinde sık veya seyrek tüm nedenlerin göz önünde bulundurulması gerekir.

İntestinal malrotasyon, hareketli çekum ve SİT gibi anomaliler sol yerleşimli apandisit sonuçlanabilir (1,6,7). Situs inversus totalisde tüm göğüs ve karın organları tamamen ters yerleşir. Situs inversus totalisli hastaların %15'inde görülen ve bronşektazi, paranazal sinüzit ve SİT üçlüsünden oluşan Kartagener sendromu bizim olgumuzda dışlandı (8). Situs inversus totalis olgularında appendiks sol alt kadranda yerleşirken, malrotasyon ve hareketli çekum olgularında appendiks karının herhangi bir kadranda yerleşebilir. Collins ve ark. (7) sol yerleşimli apandisit sıklığını %0,04, SİT ile sol yerleşimli apandisit birlikteliğini ise %0,016 olarak bildirmişlerdir. Literatürde 100'den az olgu bildirilmiştir (6).

Sol yerleşimli apandisit tanısının temelini fizik muayene oluşturur. Ön-arka akciğer grafisi ve ekokardiyografi SİT tanısında, ayakta direkt karın grafisi, karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi hem SİT hem de apandisit tanısında yararlı radyolojik tetkiklerdir (1). Son yıllarda sıkça kullanılmaya başlayan laparoskopi, SİT'in eşlik ettiği apandisit olgularının hem tanısında hem de cerrahi tedavisinde önemli yer tutmaktadır (1,6).

Apandisit, özellikle çocuklarda tanıda gecikildiği zaman hastalık ve ölüm oranının yüksek olduğu bir patolojidir. Bu yüzden çocuk acil kliniklerine karın ağrısı ile başvuran hastalarda sıra dışı klinik bulguların farklı yerleşimli apandisit olguları olabileceği gözünde bulundurulmalıdır.

**Süleyman Cüneyt Karakuş, Hüseyin Kılınçaslan\*, Naim Koku**

*Gaziantep Çocuk Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Gaziantep, Türkiye,  
\*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

**Kaynaklar**

1. Hou SK, Chern CH, How CK, et al. Diagnosis of appendicitis with left lower quadrant pain. J Chin Med Assoc 2005; 68(12): 599-603.
2. Wong CS, Nagvi SA. Appendicular perforation at the base of the caecum, a rare operative challenge in acute appendicitis, a literature review. World J Emerg Surg 2011; 6: 36.
3. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. Am J Emerg Med 2011; 29(7): 711-6.
4. Chang YJ, Chao HC, Kong MS, Hsia SH, Yan DC. Misdiagnosed acute appendicitis in children in the emergency department. Chang Gung Med J 2010; 33(5): 551-7.
5. Graff L, Russell J, Seashore J, et al. False-negative and false-positive errors in abdominal pain evaluation: failure to diagnose acute appendicitis and unnecessary surgery. Acad Emerg Med 2000; 7(11): 1244-55.
6. Akbulut S, Ulku A, Senol A, Tas M, Yagmur Y. Left-sided appendicitis: review of 95 published cases and a case report. World J Gastroenterol 2010; 16(44): 5598-602.
7. Collins DC. 71 000 human appendix specimens. a final report, summarizing forty years' study. Am J Proctol 1963; 14: 265-81.
8. Swartz MN. Bronchiectasis. In: Fishman AP, (ed). Fishman's pulmonary diseases and disorders. 3rd ed. Newyork: McGraw-Hill Comp., 1998: 2045-70.