

Olgu Sunumu

Bir Akut Apandisit Olgusu

A Case of Acute Appendicitis

Turgay ALBAYRAK¹, İsmail KASIM², Rabia Kahveci³, İrfan Şencan², Selim ÜNSAL¹, Ömer AKÇA¹

¹ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Asistanı

² Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı

³ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Görevlisi

Özet

Akut apandisit, akut batının en sık sebeplerinden biridir. Apendektomi de karın içi cerrahi müdahaleler arasında en fazla yapılan müdahaledir. Akut apandisit tanısında, iyi alınan bir anamnez ile yapılacak dikkatli ve iyi bir fizik muayene oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra çeşitli laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinden de akut apandisit tanısını koymakta yararlanılabilir. Ancak tanı, esas olarak hikâye ve klinik bulgularla konur. Laboratuvar ve görüntüleme teknikleri akut apandisit tanısını destekler ama asla ekarte etmez. Bu vakada, hastamızın sadece fizik muayenesi anlamlı olup, hikâyesi, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları normal bulunmuştur. Kliniğe şüphle ile yapılan eksplorasyonda akut apandisit çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Apandisit, tanı, fizik muayene

Abstract

Acute appendicitis is one of the most frequent causes of acute abdomen and is the most frequent abdominal surgical procedure, too. Taking a good history and medical examination is very important in diagnosis of acute appendicitis. Laboratory findings and imaging techniques could be useful in diagnosis. But, the diagnosis of acute appendicitis is made mainly by taking clinical history and by clinical findings. Laboratory findings and imaging techniques support diagnosis, but never exclude. In our case, the diagnosis was done by examination only. Laboratory and imaging techniques did not support the diagnosis, so explorative surgery was done and the case came out to be acute appendicitis.

Keywords: Appendicitis, diagnosis, physical examination.

Vaka

20 yaşında erkek hasta, Aile Hekimliği Polikliniği'ne karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu.

Şikâyeti iki gün önce başlamıştı ve kısa ağrısız dönemleri olan (yaklaşık 30 dakika), bıçak saplanır tarzda, yaygın bir ağrıydı. Bulantı- kusma, iştahsızlık, ishal, dizüri ve idrarda renk değişikliği yoktu. Özgeçmiş ve soy geçmişi özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA: 117/75 mmHg, Ateş: 36.5°C, Nabız: 76/dk.

Olarak kaydedildi. Bağırsak sesleri azalmış, epigastrik, sağ üst ve sağ alt kadranda hassasiyet, istemli defans ve şüpheli rebound, sağda kostovertebral açığı hassasiyeti, saptandı. İnguinal LAP yoktu. Psoas testi(+), obturator testi(+), olarak tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulguları: BUN: 29 mg/dl, Kreatinin: 0.91 mg/dl, AST: 13 U/L, ALT: 16 U/L, Na: 135 mmol/L, K: 4.78 mmol/L, D/T.Bil: 0.13/0.36 mg/dl, Hemogram: WBC: 4450/µl, HGB: 16.4 g/dl, PLT: 255.000/µl, TİT: normal olarak bulundu. PA akciğer ve ayakta direk batin gra-

fileri normal sınırlarda kabul edildi. Yapılan abdomen USG'de sağ alt kadranda ilioçekal düzeyde barsak ansları arasında belirgin lokalize serbest mayi izlendi.

Hasta, mevcut bulgular ile akut batın (akut apandisit?) düşünülerek acil servise sevk edildi. Acil serviste tekrar değerlendirilen hastadan, kontrol hemogram ve yüzeysel USG istendi. Hemogram: WBC: **4720**/µl, HGB:16.1gr/dl, PLT:238000/µl A.apandisite yönelik yapılan USG'de a.apandisit ile uyumlu tubuler yapı vizüalize edilememiştir, batında serbest mayi saptanmamıştır.

Hasta mevcut bulgularla acil cerrahi servisine yatırıldı ve ameliyata alındı. Ameliyatta, appendiks 15cm. uzunluğunda ödemli, erektil ve neovasküler olduğu görüldü. Hastaya apendektomi yapıldı. Çıkarılan materyal patoloji laboratuvarına gönderildi, sonuç inflame apandisit ile uyumlu olarak geldi.

Tartışma

Karın içi cerrahi müdahaleler içerisinde en fazla yapılan ameliyat, apendektomidir.

Tüm yaş grubundaki insanlarda apandisit riski ortalama %7'dir. Bu oran erkeklerde %8,6, kadınlarda ise %6,7dir¹.

A. apandisit etiolojisinde en önemli faktör, apandis lümeninin obstrüksiyonudur. Bu obstrüksiyonun nedenlerine bakıldığında, sıklıkları yaş gruplarına göre değişmekle birlikte; fekalit, lenfoid doku hiperplazisi, tümör, yabancı cisim(özellikle meyve çekirdekleri), askaris başta olmak üzere barsak solucanları karşımıza çıkmaktadır. Çocuklarda lenfoid hiperplazi, yetişkinlerde fekalit, yaşlılarda tümörler, apandiks lümeninin obstrüksiyonuna en sık sebep olan etkenlerdir.^{2,3,4} Apandiks lümeninin tıkanmasıyla sırasıyla:

1. Lümen içerisinde mukus birikir.
2. Biriken mukusla birlikte intraluminal basınç artar.
3. Basıncın artmasıyla apandis duvarındaki kan dolaşımı bozulur.
4. Lümendeki staz sonucunda bakteri proliferasyonu artar.
5. Bunların sonucunda oluşan inflamasyon vücut savunma sistemi tarafından sınırlandırılmaz.
6. Apandiks duvarındaki iskemi ve nekroz, perforasyonla sonuçlanır.

Akut apandisitte tanı, hikâye ve klinik bulgularla konur. Laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri a.apandisit tanısını destekler ama [asla ekarte etmez](#)⁵. A.apandisit kliniğinde genelde semptomlar belirli bir sırayı takip eder:

1. Periumblikal ağrı (visseral, lokalize edilemeyen),
2. İştahsızlık, bulantı ve/veya kusma,
3. Sağ alt kadranda ağrısı ve hassasiyet,
4. Ateş,
5. Lökositoz,

Bu semptom ve bulguların hepsi de aynı zamanda birlikte bulunmayabilir. Bizim vakamızda sadece sağ alt kadranda ağrısı ve hassasiyeti mevcuttu.

Fizik muayenede a.apandisiti düşündürülen bulgular:

1. Mc Burney noktasında hassasiyet,
2. Rovsing işareti,
3. Rebound tespit edilmesi,
4. Psoas testi pozitifliği,
5. Obturator testi pozitifliği,
6. Barsak seslerinin azalması,
7. Rektal tuşede pelvis içinde dolgunluk ve hassasiyet olması.

Vakamızda, fizik muayenede, Mc Burney noktasında hassasiyet, rebound, barsak seslerinin azalması, psoas ve obturator testlerinin pozitifliği mevcuttu.

Vakamızda, sadece poliklinikte yaptırdığımız ilk USG' de, sağ alt kadranda ilioçekal düzeyde barsak ansları arasında belirgin lokalize serbest mayi vardı. Diğer laboratuvar ve görüntüleme teknikleri sonuçları normal sınırlarda geldi.

Tedavi

Akut, gangrenöz ve perforé apandisitinin tedavisi, apendektomidir. Plastrone apandisitinin tedavisinde ise belirli bir süre antibiyotik tedavisi sonrası apendektomi yapılmaktadır. Akut apandisit komplikasyonlarından bazıları perforasyon, karın içi ve pelvik abse, pylefitebitis, ince barsak tıkanmaları ve yara enfeksiyonlarıdır.

Akut apandisit ayırıcı tanısında; akut kolesistit, koledok kisti, Meckel divertikülüti, invajinasyon, içi boş organ perforasyonu, omentum majör torsiyonu, testis torsiyonu, inkarsere inguinal herni, over kist torsiyonu veya rüptürü, ektopik gebelik, tuba-ovaryen abse, omfalomezenterik kanal artıkları ve internal herniler, britt ileuslar, volvulus, akut pankreatit, kronik pankreatit, FMF, peptik ülser, primer peritonit, crohn hastalığı, HSP, lenfoma, orak hücreli anemi, hemolitik üremik sendrom, ürolitiazis, idrar yolu enfeksiyonu, diyabetik ketoasidoz, pnömoni, pelvik inflamatuvar hastalık, konstipasyon, kurşun zehirlenmesi, Kawasaki hastalığı, akut romatizmal ateş, hemofili, mezenter lenfadenit, akut gastroenterit, paraziter ve protozoal enfeksiyonlar, porfiriya, herpes zoster düşünülmalıdır.

Sonuç olarak, birinci basamakta hekime başvuruların önemli bir kısmını karın ağrısı şikâyeti ile gelen hastalar oluşturmaktadır. Karın ağrısına sebep olabilecek hastalıklar arasında da akut apandisit önemli bir yere sahiptir. Akut apandisit tanısı koymanın olmazsa olmazı, hastanın hikâyesi ve fizik muayenesidir. Laboratuvar ve görüntüleme tanıda sadece yardımcıdır. Tetkik sonuçlarına göre akut apandisit tanısı ekarte edilemez. Bunun bilinmesi ve karın ağrılı hastaya yaklaşımda buna dikkat edilmesi, hekimler açısından malpraktis ve bundan doğabilecek hukuki sonuçlar ile hastalar açısından da mortalite ve morbiditenin olabildiğince azaltılmasını sağlayacaktır.

Günümüzde hekimliğin daha çok laboratuvar sonuçlarına bağlı hale gelmesi muayene bulgularına hak ettiği değerin verilmesini engellemektedir. Vakamızdan yola çıkarak hekimlerimize dikkatli bir muayene sonucu elde edecekleri bilgilerin birçok hastalık ama özellikle akut apandisit için tanı koydurucu olabileceğini hatırlatmak gerekmektedir. Belki de bizleri yetiştiren saygıdeğer hocalarımızın bahsettiği "sens clinique" denen büyümlü his muayene bulgularının beynimizde biz farkına varmadan değerlendirilmesi ve "normal olmayan bir şeyler olduğunu fark etmesi" ile oluşan huzursuzluk hissidir.

Kaynaklar

1. Eldrup-Jorgensen J, Hawkins RE, Bredenberg CE. Abdominal vascular catastrophes. Surg Clin North Am. 1997;77(6):1305-1320.
2. Condon RE, Telford GL. Appendicitis. In: Sabiston DC. Textbook of Surgery. 14th ed. Philadelphia, 1991: 884-898.
3. Walker AR, Segal I. What causes appendicitis? J Clin Gastroenterol. 1990; 12: 127-129.
4. Green SM, Schmidt SP, Rothrock SG. Delayed appendicitis from an ingested foreign body. Am J Emerg Med 1994; 12: 53-56.
5. Başaklar CA. Çocuklarda travma ve akut karın. Palme yayıncılık, Ankara, 1994, sayfa: 215-25

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. İsmail Kasım

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği
Kliniği Başasistanı

e-posta: astronomkasim@yahoo.com