

A Rare Cause of Right Upper Quadrant Pain: Subhepatic Acute Appendicitis

Nadir Bir Sağ Üst Kadran Ağrısı Nedeni: Subhepatik Akut Apandisit

Murat Kartal¹, Tolga Kalaycı²

ABSTRACT

Aim: The vermiform appendix is a vestigial organ originating from the posteromedial side of the caecum and most commonly localized in the retrocaecal area. In this case report, we aimed to present the patient diagnosed with subhepatic acute appendicitis and who underwent appendectomy.

Case: A 24-year-old female was admitted with increasing right upper quadrant pain lasting for three days. On examination, there was right upper quadrant tenderness and defense. The patient's computed tomography detected acute appendicitis extending to the subhepatic area with leucocytosis and elevated C-reactive protein. The pathology of the patient who underwent laparoscopic appendectomy was compatible with phlegmonous acute appendicitis.

Conclusion: Subhepatic acute appendicitis is a very rare clinical picture. To prevent possible delays in diagnosis and development of complications, subhepatic acute appendicitis should be suspected in patients with right upper quadrant pain, and timely diagnosis and treatment should be made using abdominopelvic computed tomography.

Keywords: Appendicitis, right upper quadrant, subhepatic

ÖZ

Amaç: Apendiks vermiformis çekumun posteromedial yüzünden köken alan ve en sık retroçekal alanda lokalize körelmiş bir organdır. Bu olgu sunumunda subhepatik akut apandisit tanısı ile apendektomi yapılan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında kadın hasta üç gündür devam eden ve giderek artan sağ üst kadran ağrısı nedeniyle başvurdu. Muayenede sağ üst kadran hassasiyet ve defans mevcuttu. Lökositöz ve C-reaktif protein yüksekliği olan hastanın tomografisinde subhepatik alana uzanan akut apandisit tespit edildi. Laparoskopik apendektomi yapılan hastanın patolojisi flegmonöz akut apandisit ile uyumlu idi.

Sonuç: Subhepatik akut apandisit çok nadir görülen bir klinik tablodur. Olası tanı gecikmelerinin ve komplikasyon gelişiminin önlenmesi için, sağ üst kadran ağrısı olan hastalarda subhepatik akut apandisitten şüphelenilmeli ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografiden yararlanılıp zamanında tanı ve tedavi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, sağ üst kadran, subhepatik

Gönderim: 3 Şubat 2022

Kabul: 25 Mayıs 2022

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum, Türkiye.

² Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ağrı, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Murat Kartal, Dr Öğr Üyesi **Adres:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye **Phone:** +90 (505) 191 96 09 **e-mail:** m.kartal2587@gmail.com

Atıf için/Cited as: Kartal M, Kalaycı T. Nadir Bir Sağ Üst Kadran Ağrısı Nedeni: Subhepatik Akut Apandisit Anatolian J Emerg Med 2022;5(4):200-202. <https://doi.org/10.54996/anatolianjem.1067945>

Giriş

Apendiks vermiformis çekumun posteromedial yüzünden köken alan körelmiş bir organdır. Ortalama uzunluğu 6-9 cm olup; 1-30 cm arasında değişebilmektedir (1). En sık görülen lokalizasyonu retroçekal bölgedir. Diğer nadir lokalizasyonlar paraileal (preileal), postileal, promontorik, pelvik, subçekal ve parakolik (paraçekal) pozisyonudur (2, 3). Fakat apendiks vermiformis serbest bir organ olduğundan karın içerisinde herhangi bir yerde lokalize olabilmektedir.

Apendiks vermiformis inflamatuvar süreçlere karşı çok hassastır. Dünya genelinde genel cerrahi acil klinik pratiğinde en sık yapılan ameliyat apendektomidir. Normal lokalizasyonda apendiks vermiformis muayene bulgularını McBurney noktasında vermektedir. Ancak anatomik pozisyonadaki farklılıklar nedeniyle muayene bulguları değiştirmektedir. Farklı lokalizasyonda apendiks vermiformis de akut apandisit teşhisini zorlaştırmaktadır (4). Bu tür vakaların tanısında muayene bulguları yanında ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) de faydalıdır (5). Lokalizasyon farklı olmasına rağmen akut apandisit tanısı konulduğunda temel tedavi acil apendektomidir.

Çalışmamızda acil servise karın ağrısı ile başvuran, muayenede sağ üst kadranda ağrısı olan ve tomografide subhepatik yerleşimli akut apandisit tanısı konulup apendektomi uygulanan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

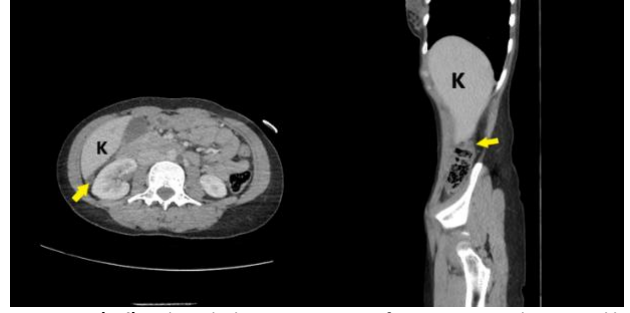
Olgu Sunumu

24 yaşında kadın hasta Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Kliniği'ne üç gündür devam eden ve giderek artan sağ üst kadranda ağrısı nedeniyle başvurdu. Hasta göbük etrafında başlayan ağrısının giderek şiddetlendiğini ve ağrının başvuru gününde sağ üst kadranda belirginleştiğini belirtti. Hastada ağrıyla beraber safrsız kusma ve iştahsızlık mevcuttu. Hastanın anamnezinde beş yıldır aktif sigara içiciliği (günde 1 paket) mevcuttu olup; bilinen sistemik bir hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu.

Başvuru anında hastanın vital bulguları sırası ile şöyle idi: arteriyel tansiyon 125/75 mm Hg, nabız: 75 atım/dk., solunum sayısı: 18/dk., oksijen satürasyon: %95 (oda havasında) ve vücut ısısı:37.9°C idi. Fizik muayenede palpasyonla sağ üst kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Rektal tuşeyi de içeren diğer sistem muayeneleri normaldi.

Hastanın laboratuvar testlerinde lökositoz (13900 mm³/L) ve C-reaktif protein düzeyi yüksekliği (25 mg/L [normal aralık: 0-5 mg/L]) mevcuttu. Hastanın tam idrar tetkikinde ve beta HCG'yi (insan koryonik gonadotropin) de içeren biyokimya parametrelerinde patoloji yoktu. Çekilen abdominal ultrasonografide akut kolesistit bulgusu yoktu ve apendiks vizualize edilemedi. İntravenöz kontrastlı abdominopelvik bilgisayarlı tomografide apendiks vermiformisin subhepatik

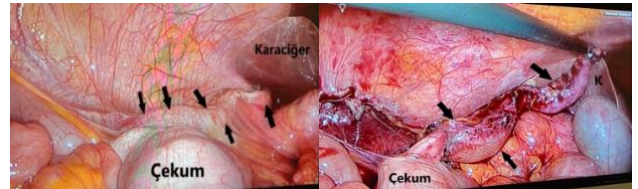
alana uzandığı, inflame olduğu ve periapendiküler alanda inflamasyon olduğu görüldü (**Resim 1 ve 2**).



Resim 1.(sol) Aksiyel kesitte tomografi görüntüsünde apendiks vermiformisin karaciğer ile ilişkisi görülmekte (sarı ok apendiks vermiformisi, K ise karaciğeri göstermektedir).

Resim 2.(sağ) Sagittal kesitte tomografi görüntüsünde apendiks vermiformisin karaciğer ile ilişkisi görülmekte (sarı ok apendiks vermiformisi, K ise karaciğeri göstermektedir).

Akut apandisit tanısı konularak hasta acil ameliyata alındı. Laparoskopik eksplorasyonda çekumun normal lokalizasyonundan farklı olarak daha süperiora ve uzunluğunun kısa olduğu, apendiks vermiformisin inflame olup sağ parakolik alandan subhepatik alana kadar uzandığı görüldü (**Resim 3 ve 4**). Hastaya laparoskopik apendektomi uygulandı. Ameliyat sonrası serviste takip edilen hastanın postoperatif 6. saatte oral beslenmesi açıldı. Postoperatif takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi. Operasyon materyalinin patolojik incelemesinde spesmen flegmonöz akut apandisit ile uyumlu idi. Bu olgu sunumunun ve eşlik eden görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.



Resim 3.(sol) Apendiks vermiformisin batın içi görüntüsü ve karaciğer komşuluğu (diseksiyon öncesi görüntü, siyah oklar apendiks vermiformisi göstermekte)

Resim 4.(sağ) Apendiks vermiformisin batın içi görüntüsü ve karaciğer komşuluğu (diseksiyon sonrası görüntü, K: karaciğeri göstermekte, siyah oklar apendiks vermiformisi göstermekte).

Tartışma

Akut apandisit acil kliniklerinde en sık karşılaşılan ve en sık cerrahi girişim gerektiren hastalıktır. En sık yerleşim yeri retroçekal (%65,3), pelvik (%31) ve subçekal (%2,3) alanlardır (6). Bunun dışında nadiren preileal, postileal, mezokolik, lomber, subhepatik yerleşimlerde görülebilir. Literatürde apendiks vermiformisin subhepatik alana yerleşimi %0,09 oranında görülmektedir (7). Bu anormal yerleşim fetal bağırsak rotasyonundaki bir kusur nedeniyle bağırsağın eksik rotasyonu ve fiksasyonu nedeniyle oluşmaktadır. Bazen de çekum sabitken, uzun apendiks vermiformis nedeniyle subhepatik alana uzanabilmektedir. Bu tür varyasyonlar klinik olarak hepatobiliyer veya gastrik hastalığı taklit ederek

tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Bu durum perforasyon, apse ve sepsis gibi komplikasyonların görülmesine de sebep olmaktadır (8). Bizim olgumuzda da literatürde tanımlanan sağ alt kadranda belirgin muayene bulguları yerine, sağ üst kadranda belirgin muayene bulguları mevcuttu.

Muayene sonrası yardımcı radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanı kesinleştirilir. Akut apandisit tanısında ilk kullanılan görüntüleme yöntemi ultrasonografi (USG) olsa da atipik yerleşimli akut apandisitlerin tanısında yeterli olmadığı durumlar da mevcuttur. Karaciğer apsesi veya kolesistit olarak yanlış teşhis edilen subhepatik apendiks hastalığı raporları nedeniyle atipik prezentasyonlarda şüpheli ve dikkatli olunmalıdır (9). Yüksek duyarlılık ve özgüllüğü nedeniyle abdomenopelvik bilgisayarlı tomografi atipik yerleşimli akut apandisitlerin teşhisinde daha doğru bilgi vermekte ve başta insizyon yeri olmak üzere ameliyat planı açısından da değerlendirmeye imkan sağlamaktadır (10). Bizim çalışmamızda da apendiks vermiformis abdominal USG'de vizualize edilemez iken; abdomenopelvik BT ile tanı netleştirildi.

Akut apandisit vakalarının cerrahisinde, gelişen teknolojiyle birlikte, laparoskopik yaklaşım son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Subhepatik yerleşimli akut apandisit cerrahi müdahalesinde klasik McBurney insizyonu apendektomi için uygun olmamaktadır. McBurney insizyonda yeterli eksplorasyon alanı için insizyonun proksimale doğru uzatılması hem postoperatif ağrı ve hasta konforu açısından hem de kozmetik görüntü açısından problem teşkil etmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda, anormal yerleşimli akut apandisit olgularında laparoskopik cerrahinin apendiks vermiformisin sınırlarını daha net göstermesi açısından uygun olabileceği belirtilmiştir (7). Laparoskopik apendektomi daha düşük postoperatif ileus insidansı, daha az sıklıkla cerrahi yara enfeksiyonu, daha kısa hastanede yatış süresi, postoperatif ağrı kesicilerin daha az kullanımı, adezyon oluşumunun azalması ve iyileşme sürecinin hızlı olması gibi birçok avantajı sağlamaktadır. Çalışmamızda da olgumuza laparoskopik apendektomi yapılmış ve ameliyat esnasında apendiks vermiformisin sınırları net bir şekilde görülmüştür.

Sonuç

Subhepatik akut apandisit çok nadir görülen bir klinik tablodur. Olası tanı gecikmelerinin ve komplikasyon gelişiminin önlenmesi için, sağ üst kadranda ağrısı olan hastalarda subhepatik akut apandisitten şüphelenilmeli ve abdomenopelvik bilgisayarlı tomografiden yararlanılıp zamanında tanı ve tedavi yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemiştir.

Yazar Katkısı: Tüm yazarlar makalenin hazırlanmasında eşit katkıda bulunmuştur.

Hasta Onamı: Bu olgu sunumunun ve eşlik eden görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Yazılı iznin bir kopyası bu dergide incelenmek üzere mevcuttur.

References

1. Kantar S. Nadir bir akut karın nedeni: apendiks vermiformis divertikülü olgu sunumu. Pam Med J. 2021;14(2):494-5.
2. Nayak BS. Why the tip of vermiform appendix has variable position? Med Hypotheses. 2010;75(6):682-3.
3. Ghorbani A, Forouzes M, Kazemifar AM. Variation in anatomical position of vermiform appendix among iranian population: an old issue which has not lost its importance. Anat Res Int. 2014;2014: 313575.
4. Kim S, Lim HK, Lee JY, Lee J, Kim MJ, Lee AS. Ascending retrocecal appendicitis: clinical and computed tomographic findings. J Comput Assist Tomogr. 2006;30(5):772-6.
5. Buluş H, Coşkun A. Subhepatik apandisit. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi. 2010;20(1):29-32.
6. Alqahtani SM, Lasheen M, Paray S. Subhepatic Appendicitis in an 11-year-old Boy: A Case Report. Cureus. 2019;11(12):e6489.
7. Palanivelu C, Rangarajan M, John S, Senthilkumar R, Madhankumar M. Laparoscopic appendectomy for appendicitis in uncommon situations: the advantages of a tailored approach. Singapore Med J. 2007;48(8):737.
8. Ball WR, Privitera A. Subhepatic appendicitis: a diagnostic dilemma. Case Reports. 2013;2013:bcr2013009454.
9. Singh S, Jha AK, Sharma N, Mishra TS. A case of right upper abdominal pain misdiagnosed on computerized tomography. Malays J Med Sci. 2014;21(4):66-8.
10. McAninch SA, Essenburg A. Pediatric subhepatic appendicitis with elevated lipase. Am J Emerg Med. 2019;37(1):174.e1-e3.