

Diare Nedeniyle Başvuran ve Zor Tanı Konulan Akut Apandisit Olgusu

A Hardly Diagnosed Acut Appendicitis Presenting With Diarrhea

Mustafa SERİNKEN, Emrah UYANIK

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli

ABSTRACT

Abdominal pain accompanied with diarrhea may be seen in a simple gastroenteritis, as well as necrosis during mesenteric ischemia and the acute appendicitis cases, such as to require emergency surgery. In this article, a retrocecal appendicitis case admitted to the emergency department with diarrhea was presented and, diagnostic methods are discussed in light of the current literature.

Keywords: *Acute Appendicitis, Diarrhea, Ultrasound, Computed Tomography.*

Received: 17.06.2010

Accepted: 07.07.2010

ÖZET

Karın ağrısına ishal eşlik etmesi basit bir gastroenteritte olabileceği gibi, mezenter iskeminin nekroz döneminde ve akut apandisit gibi acil cerrahi gerektirecek durumlarda da karşımıza çıkabilir. Bu yazıda, acil servise diare ile başvuran ve retrocekal apandisit saptanan bir olgu sunulmuş, tanı yöntemleri güncel literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Akut Apandisit, Diare, Ultrason, Bilgisayarlı Tomografi.*

Başvuru Tarihi : 17.06.2010

Kabul Tarihi : 07.07.2010

Yazışma Adresi/Corresponding to:

Dr. Mustafa Serinken

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli

e-mail: mserinken@hotmail.com

Tel: 0 505 299 14 97

GİRİŞ

Akut apandisit en sık akut karın yapan nedenlerin başında gelir ve en sık genç erişkinlerde görülür⁽¹⁾. Apandisit kayda değer morbiditesi ve değişken belirtileri olan acil cerrahi bir hastalıktır. Apandisit bulgu ve semptomları; pelvik enflamatuvar hastalık, tuba ovarian abse, endometrit, ovarian kist veya torsiyonu, üreterolithiyazis ve renal kolik, endometriyozis, divertikülit, crohn hastalığı, kolon karsinomu, rektus kılıf hematomu, kolelit, bakteriyal enterit, mezenterik adenit gibi hastalıklar ile karışabilir⁽²⁾.

Apandisit tanısını tam olarak doğrulayan tek bir bulgu, semptom ve tanı testi yoktur. Apendiks yerleşimi çekal, subçekal, retroileal ve retroçekal olabilir. Bu yerleşim farklılıkları klinik tanıda zorluklar doğurur. Klasik iştahsızlık ve periumbilikal ağrıyı takip eden ve sağ alt kadrana inen ağrı, apandisit olgularının %50'sinde görülür. Kusma genellikle ağrıyı takip eder ama kusmadan sonra ağrı geliyorsa intestinal obstrüksiyon da ayırıcı tanıda yer almalıdır. Olguların %18'inde ishal veya kabızlık görülebilir. Bu nedenle karın ağrılı hastalarda ishal veya kabızlık varlığı akut apandisit tanısını dışlamaz⁽²⁾. Bu yazıda bir olgu üzerinden atipik prezentasyonlu akut apandisit olgularının tanısı tartışılmıştır.

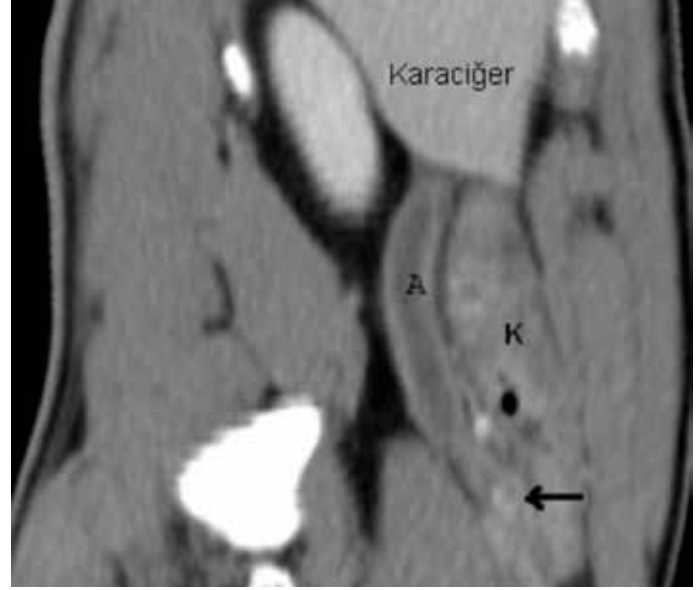
OLGU

Yirmidört yaşında erkek hasta, sağ alt kadranda bir gün önce başlayan ağrı ve ishal olması nedeniyle bir özel hastanenin acil servisine başvurmuş. Yapılan tanısal tetkiklerde patolojik olarak sadece beyaz küre yüksekliği (13500/mm³) saptanmış. Hastanın bir kez sulu dışkılama tarif etmesi ve yapılan karın ultrasonunda (US) normal olarak yorumlanması nedeniyle hastaya akut gastroenterit tanısı konmuş ve önerilerle taburcu edilmiş.

Hasta şikayetlerinin geçmemesi üzerine aynı gün fakültemiz acil servise başvurdu. Bize gelmeden önce de, normal gaita renginde sulu dışkılaması tekrarlamış ve 2 defa da kusmuş. Özgeçmişinde belirgin bir hastalık yoktu. Hastanın genel durumu iyi ve vital bulguları normal sınırlarda idi. Karın muayenesinde barsak sesleri artmış, sağ alt kadranda palpasyonda hassasiyet ve istemli defans mevcuttu. Rebound saptanmadı. Öksürük ve topuk testi negatifti. Apandisit özgülü psoas ve obturator testleri de negatifti. Rektal tuşede normal sulu gaita bulaşı mevcuttu. Hastaya damaryolu açıldı ve sıvı tedavisine başlandı. Bulantısı için IV antiemetik (Metoklopramid) verildi.

Yapılan kan ve idrar tetkiklerinde beyaz küre yüksekliği (17700/mm³) dışında her hangi bir patolojik sonuç saptanmadı. Gaita mikroskopisi normal olarak değerlendirildi. İzlemede karın ağrısı ve bulantı şikayetleri azalmayan hastaya US yapılması planlandı. Yapılan karın US gaz nedeniyle tam olarak değerlendirilemedi ise de normal olarak yorumlandı. Hastaya IV kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de sağ alt kadranda, retroçekal alandan başlayıp subhepatik alana doğru uzanım gösteren ~ 10 cm uzunluğunda en kalın yerinde 11 mm olarak ölçülen içerisinde apendikolit görünümü de bulunan akut apandisit ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1).

Hasta için genel cerrahi konsültasyonu istendi ve acil cerrahi girişim planlandı fakat hasta tedaviyi reddederek acil servisten ayrıldı. Daha sonra hastanın bir özel hastaneye başvurduğu ve opere edildiği öğrenildi.



Resim 1: IV kontrastlı BT'de; parasagittal rekonstrüksiyon imajında retroçekal alandan başlayıp subhepatik alana doğru uzanım gösteren akut apandisit ile uyumlu görünüm (Ok: Apendikolit; K: Kolon; A: Apendiks)

TARTIŞMA

Akut apandisit tanısı, tipik klinik bulgularla başvuran çoğu olguda klinik ve laboratuvar değerlere bakılarak konulabilmektedir. Ancak olguların %20-33'ü atipik klinik ve laboratuvar bulgularına sahiptir. Bu olgularda radyolojik tanı yöntemlerine gerek duyulmaktadır⁽³⁾. Günümüzde acil servislere bu amaçla yaygın olarak kullanılan iki yöntem (US, BT) vardır.

Karın ağrılı hastalarda US kullanımı ucuz, hızlı ve yatak başı kullanımı açısından son derece değerlidir. Önemli bir avantajı da radyasyon maruziyetinin olmamasıdır. Akut apandisit için çeşitli çalışmalarda sensitivitesi %85-90 ve spesifitesi %92-96 olarak bildirilmiştir⁽²⁾. Fakat en önemli dezavantajının yapan kişiye bağımlı olması olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca olgumuzda da olduğu gibi, retroçekal yerleşimli apandisit vakalarında yalnızca negatif sonuçlar verebilmektedir⁽³⁾.

BT görüntüleme ise direkt olarak apandiksi, periapandiküler ve karın içi yapıları net olarak görmemizi sağlar. Bağırsak opasitesini sağlamak için oral opaklı madde ve duvar kalınlığını daha iyi saptamak için de intravenöz kontrastlı madde verilmesi önerilir. Biz olgumuzda sadece IV kontrast kullandık. Son yıllarda akut apandisit şüpheli erişkin olgularda yapılan bir çalışmada, sadece IV kontrast kullanılarak çekilen helikal BT ile; %100 sensitivite, %97 spesifite ve %100 negatif prediktif değer bildirilmiştir⁽⁴⁾. Aynı zamanda oral olarak içirilen opak maddenin terminal ileuma geçmesi yaklaşık 2 saat sürdüğünden, önemli zaman kaybına sebep olmaktadır⁽³⁾. Ayrıca bu olguların çoğu oral alımı tolere edememektedir.

Acil servise başvuran akut apandisitli erişkin olguların yaklaşık %10'una ilk değerlendirmede doğru tanı konulamamakta ve atlanmaktadır. BT, atipik prezentasyonlu akut apandisit olgularının tanısında en önemli tanı yöntemidir^(2,5). BT tanıda US'na üstün olmasına rağmen, acil şartlarda şüpheli apandisit olgularında primer olarak invaziv olmayan yöntem olan US kullanılması daha doğru bir yaklaşımdır. Normal apandiksin görülemediği ya da US bulgularının kuşku olduğu durum-

larda BT düşünülmalıdır. Ayrıca, US'nun retroçekal yerleşimli apandisit vakalarını atlayabileceği unutulmamalıdır.

Olgumuzda var olan 17700 değerindeki lökosit değerleri, her ne kadar tanı koydurucu olmasa da şüphelenilecek ve daha ileri araştırma gerektirecek bir bulgudur. 15000-18000 arası değerler komplikasyonsuz Akut apandisit vakalarında beklenen değerlerdir. Dolayısıyla bu sonuç basit bir ishale bağlanamaz.

KAYNAKLAR

1. Akyıldız H, Akcan A, Sözüer E, Küçük C, Korkut Ç, Ekici F. Akut apandisit-perfore apandisit: farklı klinik antitelermidir? Akademik Acil Tıp Dergisi 2008;7:13-5.
2. Craig S. Appendicitis, Acute, Emergency Medicine web site. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/773895-overview> (Updated: Apr 12, 2010. Accessed: 07,05,2010).
3. Mavili E, Kahrıman G, Şenol Ş, Durak A. Akut apandisit tanısında kontrastsız spiral BT ile ultrasonografinin korelasyonu Tıp Araştırma Dergisi 2005;3:1-7.
4. Mun S, Ernst RD, Chen K, et al. Rapid CT diagnosis of acute appendicitis with IV contrast material. Emerg Radiol 2006;12:99-102.
5. Hof KH, Krestin GP, Steijerberg EW, Bonjer HJ, Lange JF, Becking WB, et al. Interobserver variability in CT scan interpretation for suspected acute appendicitis. Emerg Med J. 2009;26: 92-4.