

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE SKROTAL ŞİŞLİKLE BULGU VEREN PERFORE APENDİSİT OLGUSU

A CASE OF PERFORATED APPENDICITIS PRESENTING WITH SCROTAL SWELLING IN A NEONATE

Adnan NARCI, Evrim ÖZKARACA, Faruk ALPAY, Çiğdem TOKYOL, Salih ÇETİNKURŞUN

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi, Çocuk Sağlığı ve Patoloji AD

ÖZET:

Apendisit, yenidoğan döneminde oldukça nadir görülen cerrahi bir patolojidir. Tanısı sıklıkla gecikir ve çoğunlukla perforasyonla sonuçlanır. Yüksek morbidite ve mortaliteye neden olması nedeniyle dikkat çekmek için perfore apendisitli bir yenidoğan olgusu sunuldu.

Onbir günlük erkek hasta kliniğimize yaşamının altıncı günü başlayan safralı kusma ve distansiyon nedeniyle getirildi. Fizik muayenesinde abdominal distansiyon, palpasyonla yaygın hassasiyet, sağ skrotumda şişlik ve hafif hiperemi saptandı. Olgu bağırsak tıkanıklığı ön tanısı ile ameliyat edildi. Ameliyatta apendiksin perfore olduğu gözlemlendi ve apendektomi yapıldı. Postoperatif yara enfeksiyonu dışında başka bir sorunu olmadı. Olgu sağ inguinal herni gelişimi açısından izleme alındı.

Çocukluk çağının en sık rastlanan patolojilerinden biri olan apendisit yenidoğan döneminde nadiren görülür. Kesin tanısı sıklıkla operasyon sırasında konur ve apendiksin çoğunlukla perfore olduğu görülür. Bu nedenle yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Olgumuzda açık kalmış olan prosessus vaginalisten karın içi pürülan sıvının sağ testis etrafında birikmesi ile oluşan şişlik, klinik bulgulara neden olmuştur. Sonuç olarak intestinal tıkanma bulguları ile başvuran yenidoğanlarda apendisit tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Perfore apendisit, yenidoğan, skrotal şişlik.

Yazışma Adresi:

Dr.Adnan NARCI

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi

A.B.D AFYON

e-posta:

adnannarci@yahoo.com

ABSTRACT:

Appendicitis is a rarely observed surgical pathology in neonates. Diagnosis is frequently delayed and it usually results in perforation. We presented a case of perforated appendicitis in order to attract attention to this high morbidity and mortality causing pathology.

An 11-day old male patient was referred to our clinic with complaints of vomiting with bile content and abdominal distension. On physical examination, abdominal distension, diffuse abdominal sensitivity with palpation, and swelling and mild hyperemia on the right scrotum were observed. The patient was operated with a prediagnosis of intestinal obstruction. During operation, perforated appendix was observed and appendectomy was performed. The patient had no problems postoperatively except wound infection. The patient was followed especially for the occurrence of right inguinal hernia.

Although appendicitis is one of the frequent pathologies of childhood, it is rarely observed in neonates. The diagnosis is almost always made operatively and the appendix is usually found as perforated. Therefore, it has high morbidity and mortality rates. In our case, the swelling around right testis, caused by the accumulation of abdominal purulent liquid from an open processus vaginalis, was added to clinical symptoms. As a result, the diagnosis of appendicitis should be kept in mind in neonates presenting with intestinal obstruction symptoms.

Key words: Perforated appendicitis, neonate, scrotal swelling.

GİRİŞ

Neonatal apendisit oldukça nadir bir cerrahi patolojidir. İlk kez 1905 yılında Albrecht ilk olguyu, 1908 yılında Lillenthal ise yaşayan ilk olguyu sunmuş ve günümüze kadar yaklaşık 140 olgu bildirilmiştir (1). Yenidoğanda klinik görünümün spesifik olmaması nedeniyle apendisit tanısı konulması oldukça zordur, buna bağlı olarak tanı gecikir ve sıklıkla perforasyon gelişir. Bunun dışında, ince apendiks duvarı, immün sistemin yetersiz olması, omentumun yetersiz gelişimi ve çekumun gerilebilme kapasitesinin yetersiz oluşu, yenidoğan dönemindeki yüksek perforasyon oranlarının diğer nedenleridir (2). Perforasyon sonucunda gelişen peritonit, yenidoğan apendisitlerinin yüksek mortalite ve morbiditesinden sorumludur.

OLGU SUNUSU

Yirmi bir yaşındaki annenin birinci gebeliğinden birinci yaşayarı olarak, miadında, normal spontan vajinal yolla 3040 gr olarak doğan erkek hastanın, postnatal 20. saatinde jeneralize konvülsiyonu olmuş. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınıp antikonvülsif tedavi (İntravenöz fentanil) başlanmış. Altı günlükken ağızdan beslenme intoleransı ve distansiyonu gelişmiş. Takılan N/G'sinden safralı geleni olmuş. Son dört gündür de dışkılaması olmayan hasta, bağırsak tıkanıklığı ön tanısı ile 11 günlük iken kliniğimize sevk edildi. Fizik muayenesinde, ileri derecede abdominal distansiyon, palpasyonla yaygın hassasiyet, sağ skrotumda şişlik ve hafif hiperemi saptandı (Resim 1). Ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) yoğun gaz distansiyonuna rağmen pelviste gaz izlenmiyordu (Resim 2). Laboratuvar



Resim 1: Batın içi pürülan sıvının açık kalmış processus vaginalisten geçişine bağlı sağ skrotal şişlik.



Resim 2: Artmış gaz patternine rağmen gazsız pelvis.

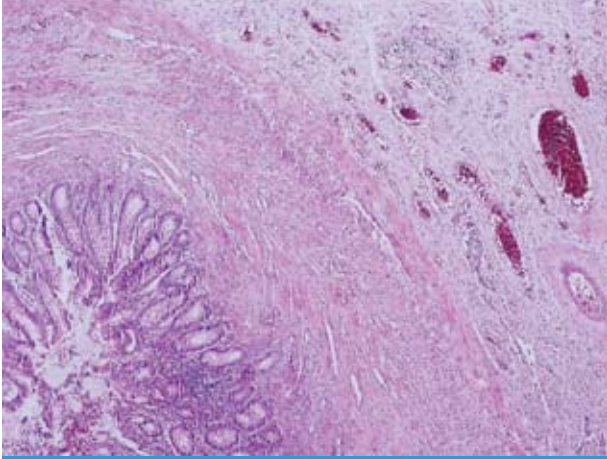
tetiklerinde beyaz küre sayısının 20.310/ml olması ve kan kültüründe E. Coli üremesi dışında anormal bulgusu yoktu. Hasta bu bulgularla intestinal obstrüksiyon ön tanısıyla ameliyata alındı. Eksplozasyonda, karın içinde pürülan karakterde sıvı ve tüm bağırsaklar arasında yaygın yapışıklıklar olduğu gözlemlendi. Yapışıklıklar ayrıldı, bu esnada biri bağırsak ansları arasında, diğeri periçekal iki adet apse odağı drene edildi. Apendiksin 1/3 orta kısmından perfore olduğu görüldü, usulüne uygun apendektomisi yapıldı. Patoloji raporu, apendisit, periapendisit olarak rapor edildi (Resim 3). Postoperatif yara yeri enfeksiyonu dışında başka bir sorunu olmayan hasta, postoperatif 14. gününde taburcu edildi. Hastanın takiplerinde herni gelişimi gözlenmedi, halen sağlıklı olarak izlem altındadır.

TARTIŞMA

Çocukluk çağının en sık karşılaşılan acil cerrahi patolojisi apendisit olmakla birlikte, bu patoloji yenidoğan döneminde oldukça nadir görülür, sıklık ise literatürde %0.04 olarak bildirilmiştir(3-5).Yenidoğan döneminde abdomeni ilgilendiren patolojilerin tanımlanmasında semptomatoloji ve fizik muayene çoğunlukla yetersiz kalır. Sıklıkla karşılaşılan semptomlar, iritabilite, ADBG’de anormal gaz dağılımı, kusma ve abdominal distansiyondur. Bununla birlikte bulgular nonspesifiktir. Bu durum tanı konulmasını geciktirmekte, buna bağlı olarak apendisit olgularının çoğu kliniğe perfore olarak gelmektedir ve bu hastaların tanıları ancak operatif olarak

konulabilmektedir. Yenidoğan apendisiti nadir olmakla birlikte, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin bakım kalitelerinin artmasına bağlı olarak, prematürite, hipoksik-iskemik ve konjenital anomalili doğumlar gibi durumlarda mortalite ve morbiditelerin azalması sonucu beklenen oranın artacağı sanılmaktadır. Yenidoğan apendisitin mortalitesi son yıllara kadar %20-25 arasında rapor edilmekteydi, ancak günümüzdeki gelişmiş postoperatif bakım sayesinde bu rakamlar oldukça düşmüştür (6).

Yenidoğanın apendiksinin huni şeklinde olması (tıkanıklık ihtimali azalır), yenidoğan dönemindeki yumuşak diyet (fekalit oluşumu azalır), çoğunlukla yatar pozisyonda olması ve intestinal ve respiratuar enfeksiyonların nispeten daha az görülmesi (lenfadenopatiye bağlı obstrüksiyon ihtimali azalır) yenidoğan döneminde apendisitin nadir olmasının nedenleridir (7,8). Bununla birlikte, yenidoğan apendisitin nedeni daha büyük çocuklardan farklıdır (fekalit ve lenfatik obstrüksiyon gibi) ve etiyoloji henüz net olarak ortaya konamamıştır. Literatürde patolojiyi açıklamak için öne sürülmüş başlıca üç teori mevcuttur. İlk teoriye göre apendisitin, yaşamın ilk haftasında, yetersiz immüniteye bağlı gelişen nekrotizan enterokolitin (NEK) izole bir formu olduğu veya sistemik enfeksiyonlara (CMV, mucormocozis, korioamnionitis vs) sekonder geliştiği ileri sürülmüştür (9,10). İkincisi: perinatal afsiksi, kardiyak anomaliler, duktus arteriosus açıklığı, ECMO



Resim 3: Apendiks mukozası ve konjesyone damarlar içeren serozal yüzey (HEx40). Apendisit, periapendisit

ihtiyacı veya hipoksik durumlar gibi uzamış vasküler yetmezlik durumlarının apendikal perforasyonun bir nedeni olabileceğidir (10,11). Son olarak, Hirschsprung hastalığı ve mekonyum ileusundaki gibi obstrüktif çekal distansiyon durumlarında artmış apendiks taban basıncının apendiks perforasyona neden olabileceği ileri sürülmüştür (12). Bu teoriler değerlendirildiğinde, hastamızın postnatal geçirdiği jeneralize konvülsiyonun oluşturduğu muhtemel hipoksik durumun apendisite neden olduğu düşünülmüştür. Diğer teoriler açısından bakıldığında ise, makroskopik olarak da, patolojik olarak da NEK bulgusu yoktu, apendikte ganglion hücresi mevcuttu ve diğer sistemik enfeksiyon veya obstrüksiyon bulguları mevcut değildi.

Hastalar kliniğe genellikle, kusma, abdominal distansiyon, ağızdan beslenme isteksizliği, huzursuzluk gibi nonspesifik şikâyetlerle getirilirler. Hikâyesinde prematürite, yetersiz immünite, sistemik vasküler yetmezlik, hipoksi veya intestinal obstrüksiyon gibi eşlik eden patolojik durumları olan yenidoğanlarda apendisit ihtimali daha yüksektir. Hastamız bu bulgulara ek olarak, açık kalmış processus vaginalisten skrotuma doğru inen karın içi pürülan sıvıya bağlı skrotal şişlik ve hiperemi ile kliniğe getirilmişti. Buna benzer şikâyetlerle getirilen hastaların ayırıcı tanısında, Hirschsprung hastalığı, NEK, malrotasyon, volvulus ve gastroenterit akılda tutulmalıdır (11).

Sonuç olarak, yenidoğan apendisitin klinik bulguları çok değişkendir ve tanımlanması zordur. Sağkalım, hızlı tanı konulmasına, ameliyatın tipine ve zamanlamasına bağlıdır. Sürekli kusan, ağızdan beslenmeyi tolere edemeyen, karın muayenesinde huzursuzluğu, uyku düzensizliği ve karın distansiyonu olan yenidoğanlarda apendisit akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:

1. Karaman A, Çavuşoğlu YH, Karaman I, Çakmak O. Seven cases of neonatal appendicitis with a review of the English language literature of the last century. *Pediatr Surg Int.* 2003; 19:707-709.
2. Massad M, Srouji M, Awdeh A, Slim M, Tamer M, Tabbara M. Neonatal appendicitis: case report and revised review of the English literature. *Z Kinderchir.* 1986; 41:241-243.
3. Buntain WL, Krempe RE, Kraft JW. Neonatal appendicitis. *Ala J Med Sci.* 1984; 21:295-299.
4. Martins JL, Peterlini FL, Martins EC. Neonatal acute appendicitis: a strangulated appendix in an incarcerated inguinal hernia. *Pediatr Surg Int.* 2001; 17:644-645.
5. Karaman A, Cavuşoğlu YH, Erdoğan D, Karaman I, Çakmak O. Appendiceal mass in a neonate after surgery for esophageal atresia and tracheoesophageal fistula: report of a case. *Surg Today.* 2005; 35:80-81.
6. Jancelewicz T, Kim G, Miniati D. Neonatal appendicitis: a new look at an old zebra. *J Pediatr Surg.* 2008; 43:1-5.
7. Snyder WH, Chaffin L. Appendicitis during first two years of life: report on twenty-one cases and review of four hundred cases from literature. *Arch Surg.* 1952; 64:549-560.
8. Walker RH. Appendicitis in the newborn infant. *J Pediatr* 1957; 51:429-434.
9. Kwong MS, Dinner M. Neonatal appendicitis masquerading as necrotizing enterocolitis. *J Pediatr* 1980; 96:917-918.
10. Bax NM, Pearse RG, Dommering N, Molenaar JC. Perforation of the appendix in the neonatal period. *J Pediatr Surg* 1980; 15:200-202
11. van Veenendaal M, Plötz FB, Nikkels PG, Bax NM. Further evidence for an ischemic origin of perforation of the appendix in the neonatal period. *J Pediatr Surg* 2004; 39:11-12.
12. Arliss J, Holgersen LO. Neonatal appendiceal perforation and Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg* 1990; 25:694-695.