

KRONİK KARIN AĞRISININ NADİR GÖRÜLEN BİR NEDENİ: APENDİKS MUKOSELİ. OLGU SUNUMU

A RARE CAUSE OF CHRONIC ABDOMINAL PAIN: A CASE OF APPENDICEAL MUCOCELE

Gökhan ERTUĞRUL*, Toygar TOYDEMİR**, Fisun ERTUĞRUL***

ÖZET

Amaç: Bu çalışmadaki amaç kronik karın ağrısının nadir görülen bir nedeni olan ve apendiks lümeninin mukus ile distansiyonu sonucu gelişen apendiks mukoselinde tanı yöntemlerinin etkinliğini ve cerrahi tedavi sonrası sonuçları sunmaktır.

Vaka Sunumu: Kırk yedi yaşında bayan hasta altı aydır olan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede karın sağ alt kadranda hassasiyet ve aynı lokalizasyonda ele gelen kitle lezyon mevcuttu. Tüm batin ultrasonografisi ve tüm batin tomografisinde apendiks mukoseli olabilecek kitle lezyon saptandı.

Sonuç: Hasta apendiks mukoseli ön tanısı ile ameliyata alındı. Eksplorasyonda 10 santimetre uzunluğunda ve 1,5 santimetre çapında radiks kısmı çekum lümenine doğru geniş tabanlı olarak uzanan apendiks görüldü. Hastaya apendektomi ve çekum wedge rezeksiyonu yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 4. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası 6. ayında olan hastanın herhangi bir şikayeti bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Karın Ağrısı, Apendiks Mukoseli, Apendektomi.

ABSTRACT

Subject: Appendiceal mucocele is a rare cause of chronic abdominal pain and develops due to distension of the appendiceal lumen with mucus. Herein, we present the efficacy of diagnostic methods and outcomes after the surgery in a case of appendiceal mucocele.

Case Presentation: A 47-year old female patient was admitted to the Emergency Department with the complaint of abdominal pain lasting for 6 months. On her physical examination, there was tenderness in the right lower quadrant of the abdomen and a mass lesion was palpated at the same location. On her whole abdominal ultrasonography and whole abdominal computed tomography, a mass lesion, which was considered to be an appendiceal mucocele, was detected.

Conclusion: The patient underwent surgery with the pre-diagnosis of appendiceal mucocele. The appendix (10 cm in length and 1.5 cm in diameter), the radix of which extending into the lumen of the cecum with a wide base, was explored. An appendectomy and a cecal wedge resection were performed on the patient. She was discharged on the postoperative 4th day without any problems. The patient had no complaints at the postoperative 6 months.

Key words: Chronic abdominal pain, appendiceal mucocele, appendectomy.

GİRİŞ

Apendiks mukoseli, apendiks lümeninde mukus distansiyonu ile oluşan nadir görülen klinik bir durumdur (4,1). Hastaların %64'ünde karın sağ alt kadranda ağrı vardır. Hastaların %50'sinde ele gelen

kitle lezyon görülebilir. Genellikle hastalarda bulantı, kusma gibi spesifik olmayan bulgular mevcuttur. Hastaların %25'i asemptomatiktir ve radyolojik incelemeler ve cerrahi sırasında rastlantısal olarak tespit edilir (1,14,10). Hastalar genellikle 50 yaşın üzerindedir

Date received/Dergiye geldiği tarih: 19.04.2012 - Dergiye kabul edildiği tarih: 28.06.2013

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, *Genel Cerrahi Kliniği, ***Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği - DÜZCE

** İstanbul Cerrahi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği - İSTANBUL

(İletişim kurulacak yazar: mdgertugrul@yahoo.com)

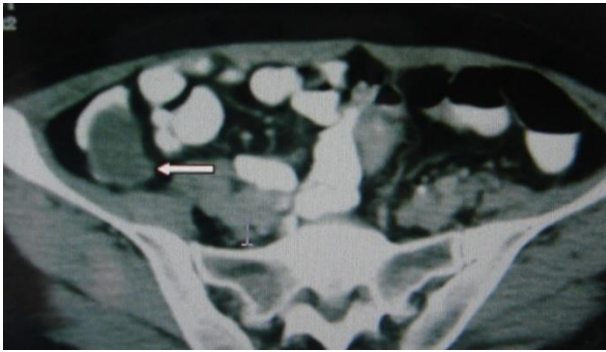
Appendiceal mucocele

ve kadınlarda erkeklerden 4 kat daha sık görülür. Tanıda görüntüleme yöntemleri çok büyük öneme sahiptir. Tüm karın ultrasonografisi ve tüm karın bilgisayarlı tomografisinde periçekal kistik kitle lezyon görülmesi apendiks mukoseli tanısına yönlendirebilir (4,14,7). Yine kolonoskopide volkanik krater görünümü saptanabilir (5). En önemli komplikasyonu apendiks lümeninde aşırı mukus birikimi sonucu gelişebilen spontan veya iyatrojenik rüptürdür. Rüptür psödomiksoma peritonei ile sonuçlanabilir (4,1,7). Apendiks mukoselinin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi olarak benign lezyonlarda apendektomi, malign lezyonlarda ise sağ hemikolektomi yapılmaktadır.

VAKA SUNUMU

Kırk yedi yaşında bayan hasta altı aydır olan göbek çevresinde ve karın sağ alt tarafında ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede, karın sağ alt kadranda hassasiyet ve aynı lokalizasyonda ele gelen şüpheli bir kitle mevcuttu. Hastanın defansı ve reboundu yoktu. Hastanın herhangi bir ek hastalığı ve geçirilmiş karın ameliyatı hikayesi yoktu. Hastanın laboratuvar bulguları normal sınırlarda idi

(Lökosit $6.89 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 13 g/dl, Hct 41%, Plt $247 \times 10^3/\mu\text{L}$, Glukoz 96 mg/dL, AST 17 U/L, ALT 12 U/L, GGT 14 U/L, ALP 73 U/L, LDH 126 U/L, T.Bil 0.81 mg/dL, D.Bil 0.28 mg/dL, Kreatinin 0.74, Karsinoembriyonik Antijen 2,19 ng/mL, Alfa Feto Protein 4,27 IU/mL, CA 19-9 3,4 U/mL). Hastanın ayakta çekilen direkt karın grafisinde kolonik gaz gölgeleri mevcuttu. Hastaya yapılan tüm karın ultrasonografisinde karın sağ alt kadranda, çekuma yapışık, kistik kitle lezyon saptandı. Ağızdan verilen kontrast madde sonrası çekilen tüm karın tomografisinde karın sağ alt kadranda, çekum duvarından kaynaklanan, düzgün sınırlı bir kitle lezyon saptandı (**Resim 1**).



Resim 1: Tüm Karın Tomografisi

Kolonoskopik incelemede çekum lümenine doğru protrüze olmuş volkan krateri görünümünde apendiks lümeni izlendi. Hasta apendiks mukoseli ön tanısı ile ameliyata alındı. Eksplorasyonda 10 santimetre uzunluğunda ve ortalama 1,5 santimetre çapında apendiks görüldü. Apendiksin radiks kısmı çekum lümenine doğru geniş tabanlı olarak uzanıyordu (**Resim2**). Apendektomi ve çekum wedge rezeksiyonu yapıldı



Resim 2: Eksplorasyonda Apendiks

(**Resim 3**). Ameliyat sırasında yapılan hızlı patolojik incelemede malignite tespit edilmedi ve ameliyat sonlandırıldı. Hasta ameliyat sonrası 4. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Ameliyat piyesinin histopatolojik incelemesinin sonucu apendiks kistadenomu olarak geldi. Ameliyat sonrası 6. ayında olan hastanın herhangi bir şikayeti bulunmamaktadır.



Resim 3: Apendektomi Piyesi

TARTIŞMA

Apendiks tümörleri, tüm gastrointestinal sistem tümörlerinin %0,4'ünden azını oluşturur ve incelenen apendektomi piyeslerinin % 0,2 ile % 0,3'ünde görülürler (13). Histopatolojik olarak üç grupta sınıflandırılırlar. Bunlar epiteliyal atipi olmadan fokal ve diffüz hiperplazi, müsinoz kistadenom ve müsinoz kistadenokarsinomdur (4).

Apendiks mukoseli, kolik tarzda kronik karın ağrısından, akut karın bulgularına kadar geniş bir yelpazede semptom verebilen nadir görülen klinik bir durumdur. Hastaların %25 kadarı asemptomattır ve diğer nedenlerle yapılan radyolojik inceleme ve cerrahi girişimler sırasında rastlantısal olarak saptanırlar (1,10). Fizik muayenede karın sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound görülebileceği gibi, %50 hastada sağ alt kadrandaki bulgulara ele gelen kitle eşlik edebilir. Hastaların çoğunda laboratuvar bulguları normal sınırlarda iken, malign olgularda tümör belirteçlerinde yükselme görülebilir. Bizim hastamızda da son altı aydır göbek çevresi ve karın sağ alt kadranda kolik tarzı karın ağrısı mevcuttu. Hastamızın laboratuvar bulguları normal sınırlarda idi. Tümör belirteçlerinde yükselme yoktu.

Klinik olarak şüphelenilen olgularda tanı koymada radyolojik görüntüleme yöntemleri ön plana çıkar. Karın ultrasonografisi ve karın bilgisayarlı tomografisinde saptanan periçekal kistik kitle

lezyonlarda apendiks mukoseli akla gelmelidir (4,14,7). Karın bilgisayarlı tomografisinde perçekal yerleşimli kistik kitle lezyonun duvarındaki noktasal kalsifikasyonlar apendiks mukoseli tanısına götürebilir (5,9). İnce iğne ile alınan örneğin patolojik incelemesi, tekniğe bağlı perforasyon riski taşır ve tanıdaki etkinliği net değildir (15). Kolonoskopide, çekuma protüze olan eritematöz kitle lezyonun üzerinde krater görünümü olabilir (5,6). Hastamıza yapılan tüm karın ultrasonografisinde karın sağ alt kadranda, çekuma yapışık, kistik kitle lezyon saptandı. Ağızdan verilen kontrast madde sonrası çekilen tüm karın tomografisinde karın sağ alt kadranda, çekum duvarından kaynaklanan, düzgün sınırlı bir kitle lezyon saptandı. Hastamızın kolonoskopik incelemesinde çekum lümenine doğru protrüze olmuş volkan krateri görünümünde apendiks lümeni izlendi ve apendiks mukoseli ön tanısı ile hastaya ameliyat planlandı.

En kötü komplikasyon spontan veya iyatrojenik perforasyon sonrası oluşabilecek psödomiksoma peritonei olarak bilinen jelatinöz asittir. İntestinal obstruksiyon ve kanama görülebilecek diğer ender komplikasyonlardır (4,1,7). Bazı kistadenokarsinom olgularında retroperitoneal ve plevral implantlar bildirilmiştir (11,12).

Apendiks mukoselinin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi olarak basit mukosel ve kistadenom için apendektomi, geniş tabanlı kistadenom için wedge rezeksiyon veya çekum rezeksiyonu ve kistadenokarsinom için sağ hemikolektomi yapılmalıdır. Cerrahi tedavi açık veya laparoskopik olarak yapılabilir. Laparoskopik yaklaşım daha yüksek bir rüptür riski taşımaya rağmen deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilir (2,3,8). Özellikle dev apendiks mukosellerinde cerrahi rezeksiyon, perforasyona bağlı psödomiksoma peritonei oluşumunu önlemek için özenle yapılmalıdır (11). Malign olgularda uygulanacak onkolojik tedavilerin prognoz üzerinde olumlu etkilerini gösteren çalışmalar mevcuttur. Apendiks mukoselinin %11 ile %20 arasında diğer kolonik kanserlerle beraber olabileceği akılda tutulmalı, malign olgularda over, böbrek ve akciğer gibi diğer solid organ tümörleri araştırılmalıdır (4,12).

Hastamız apendiks mukoseli ön tanısıyla ameliyata alındı. Eksplorasyonda apendiks mukoseli saptandı ve apendektomi ile birlikte çekum wedge rezeksiyonu yapıldı. Ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası erken dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastamız ameliyat sonrası 4. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

Apendiksin kitlesel lezyonlarında genel sağkalım süresi genellikle iyidir. Benign olgularda beş yıllık sağ kalım %100 iken, malign olgularda bu oran %45-50'ye düşmektedir.

Ameliyat sonrası 6. ayında olan hastamızın herhangi bir şikayeti bulunmamaktadır.

Sonuç olarak apendiks mukoseli nadir görülen klinik bir durumdur. Uzun süredir karın sağ alt kadranda ağrısı olan hastalarda apendiks mukoselinden şüphelenilmeli, radyolojik görüntüleme yöntemleri iyi irdelenmeli ve cerrahi sırasında psödomiksoma peritonei'ye neden

olmamak için dikkatli disseksiyon yapılmasına özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aho AJ, Heinonen R, Lauren P. Bening and malignant mucocele of appendix. Hystological types and prognosis. Acta. Chir. Scand. 1973;139:392 - 400.
2. Deans GT, Spence RA. Neoplastic lesions of the appendix. Br J Surg 1995;82:299-306.
3. Gonzales MS, Shmooker BM, Sugarbaker PH. Appendiceal mucocele mucocele contraindication to Lap. Appendektomi. Surg. Endosc. 1998;12:1177-9.
4. Higa E, Rosai J, Pizzimbono CA, Wise L. Mukosel hyperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cyadenocarcinoma of appendix. A re-evaluation of apendicial 'mucocele'. Cancer 1973;32:1525-41.
5. Isaacs KL, Warshauer DM. Mucocele of appendix: computed tomographic, endoscopic, and pathologic corelation. Am J Gastroenterol 1992;87:787-9.
6. JK Park, TH Kwon, HK Kim, JB Park, K Kim, J III Suh. Adult Intussusception Caused by an Appendiceal Mucocele and Reduced by Colonoscopy. Clin Endosc. 2011 December; 44: 133-136.
7. Jones CD ,Eller DJ, Coatos TL. Mucinous cystadenoma of the appendix causing intussusception in adoult. Am J Gastroenterol 1997;92:898-9.
8. Laalim SA, Toughai I, Benjelloun EB, Majdoub KHI, Mazaz K. Appendiceal intussusception to the cecum caused by mucocele of the appendix: Laparoscopic approach. İnt J Surg Case Rep. 2012; 3 : 445-447.
9. Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB jr. Mucocele of appendix: imaging findings. AJR Am J Roentgenol 1992;159:69-72.
10. Merran S. Tumeur muco-secretante de l'appendice (mukkoceleappendiculaire). Presse Med 1997;26:933.
11. Peek DF, Beets GL. Pseudomyxoma peritonei in pleural cavity: case report. Dis Colon Rectum 1999;42:113 - 5.
12. Stevans KJ, Dunn WK, Balfour T. Pseudomyxoma extraperitonei: lethal complication of mucinous adenocarcinoma of appendix. Am J Gastroenterol 1997; 92:1920-2.
13. Soreide K, Gudlaugsson E, Kjellevoid KH. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005;125:289-91.
14. Tanioka C, Haruma K, Sumii K, Tokumo K, Matsubara H, Fukuhara I. A case of mucocele of the appendix diagnosed by medical images. Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi 1987;84:1679-83.
15. Zuzarte JC, Liu YC, Cohen AM. Fine needle aspiration cytology of appendiceal mucinous cystadenom. A case report. Acta Cytol 1996; 40:327-30.