

Açık Apendektomi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon GÜDÜK APANDİSİT: Olgu Sunumu

Stump Appendicitis is a Rare Complication After Open Appendectomy: Case Report

Kürşat Dikmen, İlkin İsmailov, Hasan Bostancı, Kevser Tavukçu, Aydın Yavuz, Mircelil Seyidov

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Akut apandisit, cerrahi akut karın nedenleri sıralandığında listenin en üst sıralarında yer almaktadır. Apendektomi, dünyada en yaygın uygulanan cerrahi prosedürdür. GÜDÜK apandisit apendektomi sonrası nadir görülen komplikasyonlardan birisidir. İlk defa 1945 yılında Dr. Rose tarafından tanımlanmıştır. İnkompakt olarak yapılan apendektomi sonrası remnant apendiks enflamasyonu ile karakterize bir tablodur. Kliniği diğer akut karın nedenlerine benzerdir. Tanıda anamnez ve fizik muayenenin yanında abdominal tomografi önemli yer tutmaktadır. Akut karın tablosu ile acil servise başvuran ve geçmişinde apendektomi öyküsü olan hastalarda mevcut ağrının özellikle sağ alt kadranda olması GÜDÜK apandisitinin ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmasını gerektirmektedir.

Anahtar Sözcükler: Apandisit, GÜDÜK apandisit, apendektomi

ABSTRACT

Acute appendicitis is at the top of the list when the reasons of acute abdomen are listed. Appendectomy is the most commonly performed surgical procedure worldwide. Stump appendicitis is one of the rarely seen complications after appendectomy. It was first described by Dr. Rose in 1945. Stump appendicitis is a clinical condition characterized by the inflammation of remnant appendix after incomplete appendectomy. The clinical picture resembles the reasons causing acute abdomen. Abdominal CT has an important role in diagnosis as well as history taking and physical examination. In patients admitting to emergency department with acute abdomen who has previous appendectomy history, stump appendicitis must be considered in the differential diagnosis, especially when the pain is present at right lower quadrant.

Key Words: Appendicitis, stump appendicitis, appendectomy

GİRİŞ

Akut apandisit, cerrahi akut karın nedenleri sıralandığında listenin en üst sıralarında yer almaktadır. Apendektomi dünyada en yaygın uygulanan cerrahi prosedürdür. Bu kadar sık yapılan bir operasyon olması sebebiyle komplikasyonların çeşitli ve bir o kadar da sık olması kaçınılmazdır. Bu komplikasyonlar arasında yara yeri enfeksiyonu, intra-abdominal apse, peritonit, kanama, ileus ve daha nadir olarak görülen GÜDÜK apandisit sayılmaktadır (1). İlk defa 1945 yılında Dr. Rose tarafından tanımlanan GÜDÜK apandisit nadir görülen fakat hayatı tehdit eden ciddi komplikasyonlara neden olabilen bir durumdur (2). Bu tarihten itibaren literatürde 61 vaka bildirilmiştir (3). Normal popülasyonda akut apandisit görülme oranı insanların tüm hayatları boyunca yaklaşık %7 iken raporlanmış GÜDÜK apandisit ile karşılaşma insidansı 1/50000'dir (4). Fakat doğru insidansın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (5). İnkompakt olarak yapılan apendektomi sonrası remnant apendiks enflamasyonu ile karakterize bir tablodur. Apendektomi sonrası herhangi bir yaşta (11-72 yaş) ve sürede (2 ay – 50 yıl) oluştuğu bildirilmiştir (6-8). Klinik olarak akut apandisit ile aynı semptom ve bulguları göstermesine rağmen tanıda gecikmeler olmakta ve bu durum hastalığın komplike olması ile sonuçlanmaktadır (9,10).

Literatürde az sayıda GÜDÜK apandisit vakası bildirilmesi nedeniyle bu yazıda 2 yıl önce apendektomi öyküsü olan GÜDÜK apandisitli 19 yaşında erkek hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

On dokuz yaşında erkek hasta 2 gün önce sağ alt kadranda başlayan karın ağrısı, iştahsızlık ve bulantı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Başvuru anında ateşi 36.5°C idi. Hastanın herhangi bir gastroenterit tablosu ve üriner sisteme ait semptomu yoktu. Karın muayenesinde sağ alt kadranda eski operasyonuna ait Mac-Burney insizyon skarı mevcuttu. Hastadan alınan anamneze göre bu skarın 2 yıl önce apendektomiye ait olduğu öğrenildi. Bu ameliyata ait yapılan işlemler ve patolojik inceleme hakkında detaylı bilgi elde edilemedi. Barsak sesleri hipoaktifti. Karın sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound bulguları vardı. Laboratuvar bulgularından hastanın beyaz küre değeri 7500/mm³ idi. Yapılan abdominal ultrasonografisinde sağ alt kadranda barsak ansları arasında serbest sıvı dışında spesifik bulgusu yoktu. Hastaya yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde sağ alt kadranda en geniş yerinde yaklaşık 13 mm çapa ulaşan ve kör sonlanan tübüler barsak segmenti, komşu yağ planlarında dansite artışı ve minimal pelvik sıvı izlendi (Resim 1). Bu bulgular eşliğinde laparoskopi ile başlandı. Eski operasyona bağlı adhezyonların yoğun olması nedeniyle diseksiyon yapılamadı ve hastaya eski Mac-Burney insizyon skarından laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda yaklaşık 150 ml reaksiyonel mayi ile karşılaşıldı. Ayrıca çekumdistalinde yaklaşık 5 cm. likenflame, üzeri fibrin ile kaplı apendiks dokusu görüldü (Resim 2).

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Kürşat Dikmen, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 06560, Ankara, Türkiye Tel: +903122025726 Faks: +903122230528E-posta: kursatdikmen@yahoo.com

©Telif Hakkı 2015 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2015 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2015.19>

Apendiks-çekum bileşkesinde güdük net olarak izlenebilecek kadar serbestleştirildi. İzole edilen apandisit radiksten 2/0 ve 3/0 ipek sütürler ile bağlandı ve apendektomi yapıldı. Histopatolojik incelemede akut apandisit ile uyumlu bulgular gözlemlendi. Hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi.



Resim 1: Abdominal BT'de sağ alt kadranda en geniş yerinde yaklaşık 13 mm çapa ulaşan apandisit görüntüsü



Resim 2: Intraoperatif güdük apandiks görüntüsü

TARTIŞMA

Apendektomi sonrası komplikasyonlar arasında yara yeri enfeksiyonu, intra-abdominal apse, retroçekal apse, peritonit ile birlikte olan intestinal perforasyon, kanama, adhezyonlara bağlı ileus ve güdük apandisit sayılabilir (11). Nadir görülmesine rağmen güdük apandisit, tanıda gecikmeye neden olarak morbiditeyi artıran bir komplikasyondur. İlk defa 1945 yılında Dr. Rose tarafından 2 hastada bildirilmiştir(2). İnsidansının 50000 vakada 1 olduğu yönünde olmasına rağmen gerçek insidansının daha yüksek olduğu yönündedir(3). Literatürde apendektomi sonrası herhangi bir yaşta (11-72 yaş) ve sürede (2 ay-50 yıl) rastlanılabileceği bildirilmiştir (12). Bizim olgumuz 19 yaşında olup, ilk operasyondan sonra geçen süre 24 ay idi.

Güdük apandisit sebebi anlaşılamayan akut karın tablosuna neden olmakta ve sıklıkla diğer akut karın bulgularını taklit eden bir durumdur. Periumbilikal bölgeden başlayan sonrasında sağ alt kadranda lokalize olan ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, defans ve rebound sıklıkla karşılaşılan semptom ve bulgulardandır (13). Bizim olgumuzun fizik muayenesinde akut karın semptom ve bulguları mevcuttu. Akut apandisit tanısında olduğu gibi güdük apandisit tanısında da laboratuvar ve radyolojik yöntemler ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir. Beyaz küre yüksekliği ve lökositte sola kayma genellikle görülmektedir. Olgumuzda klinik ve fizik muayene bulguları akut karın ile uyumlu olmasına rağmen beyaz küre değeri $7500/mm^3$ olarak ölçüldü.

Preoperatif dönemde doğru tanının konulabilmesi için ultrasonografi ve abdominal BT bulguları önemli rol oynar. Ultrasonografi ile kalınlaşmış apandiks güdüsü, sağ iliak fossada sıvı ve çekumda ödem görülebilmesine rağmen BT daha spesifik bulgular göstermesi bakımından daha değerlidir.

Apendiks çapında artış, periapandiküler yağ dokusunda yoğunluk artışı, perçekal yumuşak doku kitlesi (flegmon), perçekal serbest-loküle sıvı koleksiyonu ve ekstralüminal gaz imajı gibi bulgular BT de sıklıkla görülebilmektedir (14,15). Bizim olgumuzda da yapılan ultrasonografide sağ alt kadranda barsak ansları arasında serbest sıvı dışında patolojik bulgu yoktu. Bunun üzerine yapılan abdominal BT'de sağ alt kadranda en geniş yerinde yaklaşık 13 mm çapa ulaşan kör sonlanan tübüler barsak segmenti, komşu yağ planlarında yoğunluk artışı ve serbest sıvı izlendi. Bu yöntemlerin dışında laparoskopik güdük apandisit tanısında başvurulan önemli bir metottur çünkü bu yöntem ile tedavisi de gerçekleştirilebilmektedir (16,17).

Apendiks güdüsünün 5 mm den uzun bırakılması durumunda kalan güdük fekalit oluşumu için rezervuar olmakta, sonuçta obstrüksiyon ve inflamasyon süreci başlamaktadır (18). Literatürde bildirilen vakalar incelendiğinde hastalarda ortalama 0,5 cm ile 6,5 cm arasında değişen güdük uzunluğu bildirilmiştir (19, 20). Bizim olgumuzda güdük uzunluğu 5 cm olarak ölçüldü. Güdüsün uzun bırakılması subseröz ya da retroçekal yerleşimli apandisitlerden kaynaklanacağı gibi cerrahın tecrübesizliği de bir neden olabilmektedir (19). Son yıllarda laparoskopik apendektomi operasyonunun artması ile güdük apandisit olgularında artış olduğunu iddia eden yayınlar mevcuttur (10, 16). Laparoskopide 3 boyutlu görüş imkanı olmaması nedeniyle yetersiz diseksiyon ve dokunma duyusunun olmaması gibi nedenlerden dolayı güdük uzun kalması bir handikap olarak düşünülmektedir. Fakat literatürde bildirilen vakaların yaklaşık 2/3'ü açık apendektomi sonrası görüldüğü bildirilmiştir (4). Yine de göreceli olarak laparoskopik apendektomi tekniğinin açık apendektomiye göre daha yeni bir yaklaşımdır. Böylece laparoskopik apendektomi sonrası güdük apandisit olgularında artış olduğunu iddia eden yazarların daha ileriki yıllarda bu iddialarında haklı olma ihtimalleri olabilir. Bizim olgumuzda hasta açık teknikte opere edilmesine rağmen 5 cm lik remnant doku bırakılmış.

Güdük apandisit olgularında standardize edilmiş bir tedavi yaklaşımı yoktur. Laparoskopik ya da açık olarak apendektominin tamamlanması ya da apandiks güdüsünün rezeksiyonu yapılabilmektedir (21). Hatta opere etmeksizin takip edilebileceğini bildiren çalışmalar vardır (22). Bizim vakamızda ameliyata laparoskopik ile başlanıldı fakat diseksiyonun zor olması nedeniyle apandiks güdüsü net olarak görüntülenememesi nedeniyle açığa geçilerek apendektomisi tamamlandı.

SONUÇ

Güdük apandisit nadir görülen fakat morbidite ve mortalite ihtimali yüksek olan apendektominin geç komplikasyonlarından biridir. Tanının gecikmesi durumunda gangrene güdük, perforasyon, intraabdominal apse ve peritonit gibi komplikasyonların oluşmasına neden olabilir. Bu nedenle akut karın tablosu ile acil servise başvuran ve geçişinde apendektomi öyküsü olan hastalarda güdük apandisit tanıda mutlaka düşünülmesi gerekmektedir. Sonuçta, bu çalışma ile güdük apandisit tanısının göz ardı edilmemesi gerekliliği vurgulanmıştır. Güdük apandisitten şüphelenmek doğru tanı, güvenli tedavi ve beraberinde olabilecek komplikasyonların engellenmesi açısından önemlidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Bu-Ali O, Al-Bashir M, Samir AH, Abu-Zidan F. Stump appendicitis after laparoscopic appendectomy: case report. Turkish Journal of Trauma&Emergency Surgery 2011; 17: 267-8.
2. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. Med J Aust 1945; 32: 352-9.
3. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. Am J Surg 2013; 203:503-7.
4. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis. A comprehensive review of literature. Am Surg 2006; 72: 162-6.
5. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. Am Surg 2000; 66:739-41.
6. İsmail I, Iusco D, Jannaci M, et al. Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report. Cases J 2009; 2: 7415.

7. Menteş Ö, Zeybek N, Oysul A, et al. Stump appendicitis, rare complication after appendectomy: report of a case. *Turkish Journal of Trauma&Emergency Surgery*. 2008; 14: 330-2.
8. O'Leary DP, Myers E, Coyle J, Wilson I. Case report of recurrent acute appendicitis in a residual tip. *CasesJournal* 2010; 3: 4.
9. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *J Emerg Med* 2005; 28: 41-3.
10. Uludağ M, Isgor A, Basak M. Stump appendicitis is a rare delayed complication of appendectomy: a case report. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 5401-3.
11. Berne TV, Ortega A. Appendicitis and appendiceal abscess. In *Mastery of Surgery*. Volume 2. Eds. Nyhus LM, Baker RJ, Fischer JE. Little Brown, Boston 1997:1407-11.
12. Al-Dabbagh AK, Thomas NB, Habouibi N. Stump appendicitis: a diagnostic dilemma. *Tech Coloproctology* 2009, 13:73-4.
13. Truty MJ, Stulak JM, Utter PA, Solberg JJ, Degnim AC. Appendicitis after appendectomy. *Arch Surg* 2008, 143:413-5.
14. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:62-4.
15. Rao PM, Wittenberg J, McDowell RK, Rhea JT, Novelline RA. Appendicitis: Use of arrow head sign for diagnosis at CT. *Radiology* 1997, 202:363-6.
16. Devereaux DA, MC Dermott JP, Caushaj PF. Recurrent appendicitis following laparoscopic appendectomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:719-20.
17. Watkins BP, Kothari SN, Landercasper J. Stump appendicitis: case report and review. *Surg Laprosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14:167-71.
18. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. *Tech Coloproctol*. 2003; 7: 102-4.
19. Önder A, Kapan M, Büyük A, Tekbaş G, Gümüş M. Apendektomi sonrası akut güçük apandisit. *Kolon Rektum Hast Derg* 2010; 20:188-91.
20. Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: A case report. *J Laparo endosc Adv Surg Tech A* 1997; 7:389-91.
21. Roberts K, Starker L, Duffa A, Bell R, Bohkari J. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *JLS* 2011; 15(3): 373-8.
22. Rios RE, Villanueva KM, Stirparo JJ, Kane KE. Recurrent (stump) appendicitis: a caseseries. *Am J Emerg Med* 2014; 27:1-2.