A Rare Case: Appendectomy After Connected Stump Appendicitis Perforation of the Cecum

Nadir Bir Olgu sunumu: Apendektomi Sonrası Gelişen Güdük Apandisitine Bağlı Çekum Perforasyonu

Güdük Apandisit / Stump Appendicitis

Berke Manoğlu[1], Gülen Gül Niflioğlu[2], Ebru Uysal[3]
[1]Genel Cerrahi, [2]Pataloji, [3]Radyoloji, Aydın Devlet Hastanesi, Aydın, Türkiye

Özet

Güdük apandisit, apendektomi sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Güdük apandisit inkomplet yapılan bir apendektomi sonrası kalan apandiks dokusunun enflamasyonu sonucu gelişir. Akut karın tablosu ile acil servise başvuran ve geçmişinde apendektomi öyküsü olan hastalarda mevcut ağrının özellikle sağ alt kadranda olması güdük apandisit açısından hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın daha önceden apendektomi hikayesinin olması, tanının gecikmesine ve morbiditenin artmasına neden olur. Bu yazıda gecikmiş güdük apandisitine bağlı çekum perforasyonu gelişmiş bir olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler

Akut Karın; Apendektomi; Güdük Apandisit

Abstract

Stump appendicitis is a rare complication after appendectomy . Stump appendicitis made of incomplete appendectomy after a rest appendix tissue develops as a result of the inflammation. Admitted to the emergency department with acute abdomen and a history of appendectomy in patients with a history of current pain in the right lower quadrant , especially that of the patient must be evaluated in terms of stump appendicitis. The fact that the earlier story appendectomy patients , causing a delay in diagnosis and increasing the morbidity Cecal perforation was offered an advanced case of delayed depending on the stump appendicitis in this article.

Keywords

Acute Abdomen; Appendectomy; Stump Appendicitis

DOI: 10.4328/JCAM.3623 Received: 20.05.2015 Accepted: 19.06.2015 Printed: 01.08.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 539-41
Corresponding Author: Berke Manoğlu, Genel Cerrahi Kliniği, Aydın Devlet Hastanesi, Aydın, Türkiye.
E-Mail: berkemanoglu@hotmail.com

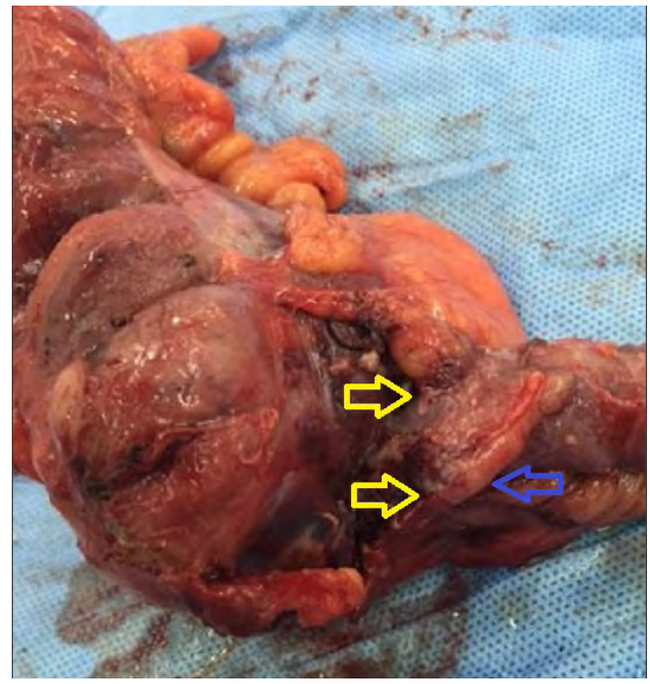
Giriş

Cerrahi akut karın nedenleri sıralandığında listenin en üst sırasında akut apandisit yer almaktadır. Apendektomi dünyada en yaygın uygulanan cerrahi prosedürdür. Sık yapılan bir operasyon olması sebebiyle komplikasyonların çeşitli ve sık olması kaçınılmazdır. Bu komplikasyonlar arasında intra-abdominal apse, yara yeri enfeksiyonu, peritonit, kanama, ileus ve daha nadir olarak görülen güdük apandisit sayılmaktadır[1]. Normal popülasyonda akut apandisitin görülme oranı insanların tüm hayatları boyunca yaklaşık %7 iken raporlanmış güdük apandisit ile karşılaşma insidansı 1/50000'dir[10]. İnkomplet olarak yapılan apendektomi sonrası kalan apendiks dokusunun enflamasyonu ile karakterize bir tablodur. Apendektomi sonrası herhangi bir yaşta (11-72 yaş) ve sürede (2 ay – 50 yıl) oluştuğu bildirilmiştir[2,4,6]. Güdük apandisit, akut karın tablosuna yol açarak, akut apandisitin tüm klinik özelliklerini gösterir. Ancak hastada apendektomi hikayesinin olması tanıda gecikmeye yol açar ve peritonitle sonuçlanır[4].

Yazımızda da nadir bir vaka olan güdük apandisitli, 10 yıl önce apendektomi öyküsü olan yirmi yedi yaşında erkek hasta sunuldu.

Olgu Sunumu

Yirmi yedi yaşında erkek hasta, dört günden beri süren giderek artan karın ağrısı şikayeti mevcut. On yıl önce apendektomi öyküsü var. Ağrının göbek çevresinde başladığını son iki günden beri sağ alt kadrana yerleştiğini belirtiyor. Son dört gün içerisinde iki kez dış merkezlerde acil servise başvurmuş. Analjezik tedavi yapılıp hasta eksterne edilmiş. Hasta şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın tarafımdan yapılan muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Sağ alt kadranda Mc Burney insizyon skarı izlendi. Barsak sesleri hipoaktifti. Yapılan kan tetkiklerinde lökosit 18.000 K/ mm³ diğer değerler normal sınırlardaydı. Hastaya öncelikle Abdominal Ulstrasonografi (USG) yapıldı. Ancak yoğun gaz nedeniyle değerlendirilemedi. Bunun üzerine çekilen Abdominal Bilgisayarlı Tomografide (BT)' de sağ alt kadranda barsak ansları arasında serbest sıvı, ince barsak mezosunda heterojenite ve 12mm çapında kör sonlanan tübüler barsak segmenti görüldü. Hasta ve hasta yakınlarından onam alındı. Bu bulgular eşliğinde operasyona laparoskopi ile başlandı. Eski operasyona bağlı adhezyonların yoğun olması, özellikle sağ alt kadranda ince barsaklarda adhezyonlara bağlı gato oluştuğunun görülmesi üzerine açığa geçilmeye karar verildi. Orta hattaki trokar insizyonları birleştirilerek göbek altı median insizyon yapılarak karına girildi. Sağ alt kadranda ince barsaklardan oluşan gato künt ve keskin diseksiyonlarla ayrılarak açıldı. Çekuma ulaşıldı. Periçekal alanda pürülan sıvı olduğu görüldü. Yaklaşık 4cm' lik gangrene olmuş apendiks güdüğü görüldü. Çekumun apnendiks güdüğü ile birleştiği alanda enflamasyonun olduğu, yer yer gangrene alanların olduğu ve 2 alandan perfore olduğu görüldü. Çekumun inflame ve yer yer gangrene olmasından dolayı sağ kolektomi yapılmasına karar verildi. Hastaya sağ kolektomi yapıldı. Ardından ileotransversostomi yapılarak anastamoz sağlandı. Karın içerisi yaklaşık 1500cc ılık serum fizyolojik ile yıkandı. Pelvise 1 adet dren kondu ve işleme son verildi. Hasta postop servise alındı. Postoperatif 1. gün yapılan kan tetkiklerinde lökosit 12.000 K/ mm³, diğer değerler normal sınırlardaydı. Hastanın postoperatif 2. gün gaz deşarjı oldu. Lökosit 8.000 K/ mm³ geriledi. Postop 3. Gün dreninden herhangi bir geleni olmayan hastanın oral alımı açıldı. Postop 5. Gün klinik ve laboratuvar bulguları normale dönen hastanın dreni çekilerek taburcu edildi. Histopatolojik tanı akut perfore apandisit ile uyumlu olarak geldi.



Resim 1. Çekum perforasyon alanları sarı oklar ile gösterilen alanlar, Gangrene apandisit güdüğü mavi ok ile gösterilen alan.

Tartışma

Güdük apandisiti nadir görülen bir komplikasyon olmasına rağmen, tanıda gecikmeye neden olarak morbiditeyi artıran bir komplikasyondur. İlk defa 1945 yılında Dr.Rose tarafından iki hastada bildirilmiştir.[3] Apendektomi sonrası herhangi bir yaşta(11-72) ve sürede (2 ay- 50 yıl) oluştuğu bildirilmiştir[2,4-6]. Bizim olgumuz 27 yaşındaydı, ilk operasyondan sonra 10 yıl geçmişti. Truty MJ ve ark.[7] yaptıkları çalışmada güdük apandisitin akut karın tablosuna neden olduğunu ve diğer akut karın bulgularını taklit ettiğini, umblikus çevresinden başlayıp sağ alt kadranda lokalize olan ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, rebound veya defans başlıca semptom ve bulgulardan olduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda da umblikus çevresinden başlayıp sağ alt kadrana yerleşen ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, rebound gibi akut karın tablosunda görülen semptom ve bulgular görüldü. Güdük apandisitin tanısında, akut apandisitin tanısında olduğu gibi laboratuar ve görüntüleme bulguları tanının desteklenmesi ve ayırıcı tanıda yol göstericidir. Lökosit yüksekliği ve lökositte sola kayma enfeksiyon lehine bulgulardır. Bizim olgumuzda da lökosit değeri 18.000 K/ mm³ olarak saptanmış. Normal değerlerin oldukça üzerindeydi. Güdük apandisit tanısında Abdominal Ultrasonografi (USG) lezyonları tanımlayabilsede, Abdominal Bilgisayarlı Tomografi(BT) daha değerli bir yöntemdir[6,8,9]. Bizim olgumuzda da USG' de herhangi bir bulgu saptanmamasına rağmen, BT' de sağ alt kadranda barsak ansları arasında serbest sıvı, ince barsak mezosunda heterojenite ve 12mm çapında kör sonlanan tübüler barsak segmenti görüldü. Çekum çevresinde

enflamatuar değişiklikler, çekum duvar kalınlığında artış, sağ parakolik bölgede sıvı ve abse formasyonu güdük apandisiti lehine önemli bulgulardır[6,9]. Olgumuzda sağ parakolik alanda sıvı ve çekum çevresinde enflamatuar değişiklikler saptanmıştı. Al-Dabbagh AK ve ark.[5] yaptıkları çalışmada güdük apandisite bağlı akut karın tablosuyla operasyona alınan hastaların %68' nin perfore olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda da apandiks güdüğü gangrene ve çekum 2 alandan perfore olmuştu. Durgun AV ve ark. [13] yaptıkları çalışmada apendiks güdüğünün 5 mm den uzun bırakılması durumunda kalan güdük fekalit oluşumu için rezervuar olmakta, sonuçta obstrüksiyon ve inflamasyon süreci başlamaktadır. Literatürde bildirilen vakalar incelendiğinde hastalarda ortalama 0,5 cm ile 6,5 cm arasında değişen güdük uzunluğu bildirilmiştir [11,12]. Olgumuzda güdük subserozaldir ve uzunluğu 4cm olarak ölçülmüştür. Son dönemlerde laparoskopik apendektomi operasyonunun artması ile güdük apandisiti olgularının arttığını iddia eden yayınlar mevcuttur[14,15]. Ancak olgumuzun açık apendektomi öyküsü mevcuttu. Buna rağmen 4cm' lik apendiks dokusu bırakılmış. Güdüğün uzun bırakılması cerrahın deneyimsizliğine, subserozal, retroçekal apandisitler gibi anatomik varyasyonlara ve yoğun inflamasyonlara bağlı olabilir[16-18]. Roberts K ve ark.[19] yaptıkları çalışmada güdük apandisitine standart bir tedavisi olmadığını belirtmişler. Apendektominin tamamlanması veya apendiks güdüğünün rezeksiyonu yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda laparoskopik başlandı. Ancak daha önceki operasyonlara bağlı adhezyonlara bağlı diseksiyonların yapılamaması nedeniyle laparotomiye geçildi. Çekuma ulaşıldığında apendiks güdüğünün gangrene olduğu, çekumda 2 adet perforasyon alanın olduğu ve çekumun ileri derecede inflame olduğu görüldü. Bu nedenle sağ kolektomi yapıldı.

Sonuç

Güdük apandisiti apendektomili hastalarda geç dönemde görülebilen nadir bir komplikasyon olmakla birlikte, akut karın tabloları arasında morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir patolojidir. Apendektomili, sağ alt kadran ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran, akut karın tablosu olan hastalarda ilk ön tanı güdük apandisiti olmalıdır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi tanının geç konması komplikasyonları arttırmaktadır. Dolayısıyla hastanın morbiditesinide arttırmaktadır. Erken tanı koyarak komplikasyonlara bağlı gelişebilecek morbiditeyi azaltabiliriz.

Bu makalede yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Hiçbir yerden finansal kaynak sağlanmamıştır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Bu-Ali O, Al-Bashir M, Samir AH, Abu-Zidan F. Stumpappendicitis after laparoscopic appendectomy: case report. TJTES 2011;17:267-8.
2. Ismail I, Iusco D, Jannaci M, Navarra GG, Grassi A, Bonomi S et al. Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report. Cases J 2009;2:7415.
3. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. Med J Aust 1945; 32:352-9.
4. Menteş Ö, Zeybek N, Oysul A, Onder SC, Tufan T. Stump appendicitis, rare complication after appendectomy: report of a case. TJTES 2008;14:330-2.
5. Al-Dabbagh AK, Thomas NB, Haboubi N. Stump appendicitis. A diagnostic dilemma. Tech Coloproctol 2009;13:73-4.
6. O'Leary DP, Myers E, Coyle J, Wilson I. Case report of recurrent acute appendicitis in a residual tip. Cases Journal 2010;3:4.
7. Truty MJ, Stulak JM, Utter PA, Solberg JJ, Degnim AC. Appendicitis after appendectomy. Arch Surg 2008;143:413-5.
8. Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. Am Surg 2000;66:739-41.
9. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. J Emerg Med 2005;28:41-3.
10. Liang MK, Lo HG, Marks JL: Stump Appendicitis: A Comprehensive Review of Literature. The American Surgeon 2006;72:162-66.
11. Önder A, Kapan M, Böyük A, Tekbaş G, Gümüş M. Apendektomi sonrası akut güdük apandisit. Kolon Rektum Hast Derg 2010; 20:188-91
12. Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: A case report. J Laparo endosc Adv Surg Tech A 1997;7:389-91.
13. Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, Kapan M. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. Tech Coloproctol 2003;7:102-4.
14. 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.
15. Devereaux DA, MC Dermott JP, Caushaj PF. Recurrent appendicitis following laparoscopic appendicectomy. Dis Colon Rectum 1994;37:719-20.
16. Gupta R,Gernshiemer J, Golden J, Narra N, Haydock T. Abdominal pain secondary to stump appendicitis in a child. J Emerg Med 2000;18:431-3.
17. Nielsen-Breining M, Nordentoft T. Stump appendicitis after laparoscopic appendectomy. Ugeskr Laeger 2005;167:2067-8.
18. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. AJR Am J Roentgenol 2005;184:62-4.
19. Roberts K, Starker L, Duffa A, Bell R, Bohkari J. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. JSLS 2011;15(3):373-8.

How to cite this article:
Manoğlu B, Niflioğlu G.G, Uysal E. A Rare Case: Appendectomy After Connected Stump Appendicitis Perforation of the Cecum. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 539-41.