

Nadir Bir Olgu: Güdük Apandisit

A Rare Case: Stump Appendicitis
Genel Cerrahi

Başvuru: 03.07.2019
Kabul: 05.10.2019
Yayın: 13.11.2019

Murat Aba¹, Ahmet Onur Demirel¹, Kubilay Dalcı¹

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

zet

Güdük apandisit, tamamlanmamış apendektominin ender bir komplikasyonu olup özellikle komplike apandisit vakalarından sonra karşılaşılan bir tablodur. Akut batın tablosuyla başvuran apendektomili hastalarda güdük apandisit ayırıcı tanıda mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: *Appendektomi, güdük apandisit*

Abstract

One of the rare complications of appendectomy is the stump appendicitis. It can occur especially after complicated appendicitis cases. This condition must be cross-examined in patients with acute abdominal pain and who had appendectomy surgery.

Keywords: *Stump appendicitis, appendectomy*

Giriş

Akut apandisit, akut batının en sık sebeplerinden birisidir. Toplumda görülme sıklığı %6-8 aralığındadır. Etyopatogenezinde birçok faktör suçlanmaktadır. Sıklıkla fekalit veya lenfoid doku hipertrofinine bağlı apendiks lümeninin tıkanması sonucu ortaya çıkmaktadır. Tedavisinde altın standart apendektomidir. Postoperatif ileus, kanama, batın içi apse ve yara yeri enfeksiyonu cerrahi sonrası karşılaşılabilen komplikasyonlardır. Güdük apandisit apendektominin nadir komplikasyonlarından birisi olup ilk olarak Dr. Rose tarafından 1945 yılında tanımlanmıştır¹. Biz yazımızda, yaklaşık 1 yıl önce açık apendektomi yapılan 49 yaşında erkek hastada saptadığımız güdük apandisit tablosunu sunmayı amaçladık.

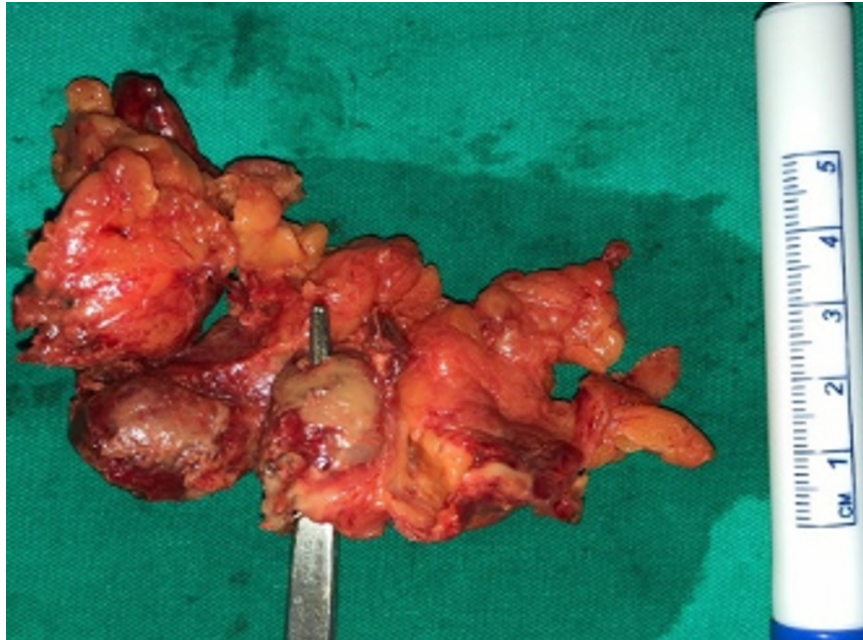
Olgu Sunumu

Yaklaşık 1 yıl önce sağ alt kadranda ağrısı şikayetiyle başvurduğu merkezde açık apendektomi yapılan kırk dokuz yaşında erkek hasta acil kliniğine karın ağrısı, ateş ve bulantı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın Mc Burney insizyon skarı mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda belirgin defans(+), rebound(+) ve hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyazküre sayımı (WBC):18700(103/ml), hemoglobin değeri (HGB):16(g/dl), hematokrit değeri (HCT):46,4(%) olup biyokimyasal parametreleri doğal olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisinde apendiks vizüalize edilemedi. Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) (Şekil 1)'de sağ paraçekal bölgede çekumdan ayrılan, kr sonlanan, çevresi enflame görünümde, duvar kalınlığı artmış tübüler yapı (belirtilen bulgular güdük apandisit ile uyumlu olabilir) mevcuttur şeklinde yorumlandı.



Şekil 1 : Güdük apandisit bt görüntüsü

Hastaya acil laparotomi yapılması kararı alındı. Laparotomide çekum çevresinde yaygın mezenterik inflamasyon ve serbest sıvı olduğu görüldü. Yapılan diseksiyonlarla çekum tabanında yaklaşık 2,5 santimetre uzunluğunda duvar kalınlığı artmış güdük apandiks (Şekil 2) ulaşıldı.



Şekil 2 : Güdük apandisit spesmen görüntüsü

Hastaya tamamlayıcı apendektomi yapıldı. Postoperatif dönemde problemi olmayan hasta uygun günde rejim başlanarak 3. günde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Akut apandisit tanısı konulan hastalarda tek seçenek apendektomidir. Apendektomi kendi kliniğimizde ve bütün cerrahi kliniklerde en sık yapılan ameliyatlardan birisidir. Açık veya laparoskopik yöntemler ile yapılabilmektedir. Akut apandisit tablosuna, perforasyon, apse gibi komplikasyonların veya apendiks anatomik yerleşim varyasyonlarının eşlik etmesi yapılan cerrahiye zorlaştırabilmektedir. Apendektomi sonrası yara yeri enfeksiyonu, kanama, adezyonlara bağlı ileus, peritonit ve apse gibi birçok komplikasyonla karşılaşmamız mümkündür. Bunlarla birlikte düşünülmesi gereken bir diğer komplikasyon ise apendektominin nadir görülen ve çok kolay atlanabilen bir komplikasyonu olan akut güdük apandisitir². İnsidansının 1/50.000' den daha yüksek olduğu düşünülmektedir³. Güdük apandisit, apendektomi sonrası herhangi bir yaş diliminde ortaya çıkabilmekte olup, literatüre 2 ay sonrasında ve 50 yıl sonrasında gelişen vakalar bildirilmiştir⁴. Biz burada, 1 yıl önce açık apendektomi yapılmış 49 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Akut güdük apandisitte temel nokta ilk cerrahide apendiks güdüğünün 0,5 cm den uzun bırakılması sonrası apendiks lümeninin yeniden tıkanmasıdır. Literatürde bildirilmiş güdük uzunlukları 0,5-6,5 cm aralığındadır⁵⁻⁶. Bizim olgumuzda apendiks güdüğü 2,5 cm uzunluğundaydı. Güdüğün uzun bırakılması birçok nedenler ile açıklanabilir. Yoğun inflamasyon, komplike anatomik varyasyonlu apandisit tablosu ve cerrahi deneyim eksikliği güdüğün uzun bırakılmasının en önemli nedenleri arasında sıralanabilir⁷.

Akut güdük apandisitte, hasta, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik olarak akut apandisit tanısını bize düşündürür. Ancak güdük apandisiti düşündüren kritik nokta, hastanın öyküsünde daha önce apendektomi operasyonu geçirmiş olmasıdır. Bu durum göz önüne alınarak tedaviye başlanılmalıdır. Eğer hastanın öyküsü detaylı bir şekilde alınmaz ve yapılan tetkikler dikkatli bir şekilde okunmaz ise, esas tanıdan uzaklaşma ihtimali oluşturabilmektedir. Bu aşamada batın ultrasonografi ve abdominal bilgisayarlı tomografi doğru tanı koymada çok faydalı olacaktır. Akut güdük apandisit tanısı konulan hastaların tedavisi ile ilgili farklı yaklaşımlar söz konusudur⁶. İlk ve en sık uygulanan yaklaşım acil şartlarda açık ya da laparoskopik tamamlayıcı apendektomidir. İkinci yaklaşım ise hastanın medikal tedavisi sonrası elektif şartlarda tamamlayıcı apendektomisinin yapılmasıdır. Biz hastamıza batın içi perforasyon şüphesi nedeni ile açık tamamlayıcı apendektomi uyguladık.

Sonuç

Akut güdük apandisit, akut batın nedeniyle başvuran apendektomili hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir tablodur. Tanısal gecikmelerin mortalite ve morbiditeyi arttıracığı unutulmamalıdır.

Referanslar

1. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. Med J Aust. 1945; 32:352-9.
2. Bu-Ali O, Al-Bashir M, Samir AH, Abu-Zidan F. Stump appendicitis after laparoscopic appendectomy: case report. TJTES. 2011;17:267-8.
3. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: A comprehensive review of literature. Am Surg. 2006;72:162-6.
4. Ismail I, et al. Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report. Cases J. 2009;2:7415.
5. Önder A, et al. Apendektomi sonrası akut güdük apandisit. Kolon Rektum Hast Derg. 2010; 20:188-9.
6. Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: A case report. J Lap-aro endosc Adv Surg

- Tech A. 1997;7:389-91.
7. Roberts KE, et al. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. JSLS. 2011;15:373-8.
 8. Shin LK, et al. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. AJR Am J Roentgenol. 2005; 184: 62-4.