

Çekum Divertikülit Perforasyonu ile Eş Zamanlı Retroçekal Apendisit

Simultaneous Cecal Diverticulitis Perforation and Retrocecal Appendicitis

¹Kazım Gemici, ²Yıldıray Dal, ³Feridun Koyuncu

Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Genel Cerrahi Bölümü, ²Anesteziyoloji Bölümü, ³Acil Tıp Bölümü, Konya

Özet

Olğumuz apandisit ön tanısı konulan ancak ameliyatta çekum divertikül perforasyonu ile karşılaştığımız bir vakaydı. Ayrıca diseksiyona devam edildiğinde retroçekal subseröz yerleşimli apandisit tespit edildi. Nadir görülen lokalizasyondaki bir apandisit aynı anda çekum divertikül komplikasyonu tespit edilen hastalarda gözden kaçabileceğini vurgulamak için bu vakayı sunmak istedik. Çekum divertikülleri nadir görülen bir lezyon olmakla birlikte komplikasyon geliştiği zaman, semptomları akut apandisit ile benzerlik gösterdiğinden dolayı tanı ve tedavi açısından bazı zorluklarla karşılaşılır. Fizik muayene ile akut apandisitten hemen hemen hiç ayırt edilemez ve radyolojik görüntüleme yöntemleri de çoğu kez yetersizdir. Bu nedenle tanı genellikle ameliyat sırasında konulur. Akut apandisit, akut batının en sık sebeplerinden birisidir. Apendektomi de karın içi acil cerrahi müdahaleler arasında en fazla yapılan ameliyattır. Akut apandisit tanısında iyi alınan bir anamnez ile yapılacak dikkatli ve iyi bir fizik muayene oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra çeşitli laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinden de yararlanılabilir. Apendiks farklı lokalizasyonlarda yerleşmesine rağmen retroçekal bölge bunlar içerisinde nadir görülen alanlardan birisidir. Sağ alt kadranda ağrısıyla acil servise başvuran hastalarda başta apandisit olmak üzere hastanın yaş ve cinsiyetine göre birçok hastalık akla gelmelidir. Bu hastalıkların aynı anda bulunabileceği ve dolayısıyla ameliyat sırasında eksplorasyonun eksiksiz yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Çekum, divertikül, apendiks.

Abstract

Our case was pre-diagnosed with appendicitis but during the surgery it was seen that the patient had cecal diverticulum perforation. Further, as the dissection continued appendicitis with retrocecal subserous localization was identified. The goal of our study is to underline the possibility that appendicitis in a rare localization can be overlooked in patients diagnosed with simultaneous cecal diverticulum complications. Although cecal diverticulum is a rare lesion, there are some difficulties regarding its diagnosis and treatment since its symptoms are similar to acute appendicitis when there is a complication. It can hardly be differentiated from acute appendicitis through physical examination and radiological imaging methods are mostly insufficient. Therefore, patients are generally diagnosed intra-operatively. Acute appendicitis is one of the most frequent causes of acute abdomen. Appendectomy, too, is the most frequently performed surgery among intraabdominal emergency surgical procedures. A good anamnesis and a careful and sufficient physical examination are very significant in the diagnosis of acute appendicitis. Alongside these, various laboratory and imaging techniques can be utilized. Although the appendix can be seen in different localizations, the retrocecal site is one of the rare localizations among all. In patients presenting to the emergency departments with complaints of right lower quadrant pain, many diseases, led by appendicitis, based on the patient's age and sex should be taken into consideration. The possibility that these diseases may co-exist should always be remembered and, therefore, intra-operational exploration should be performed thoroughly.

Key words: Cecum, diverticulum, appendix.

GİRİŞ

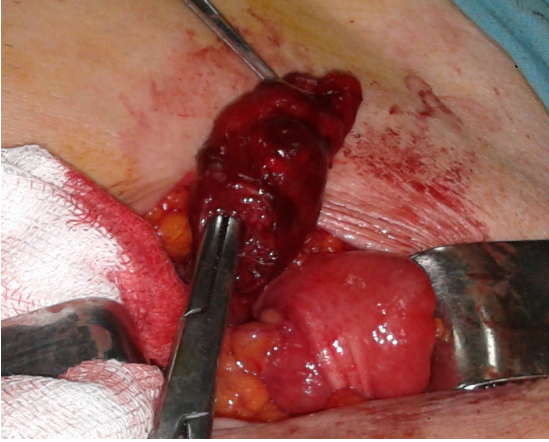
Çekum divertikülit tanısını preoperatuvar olarak koymak oldukça zordur ve genellikle apandisit ile karışır. Soliter çekum divertikülleri vakaların % 80'inde ileoçekal valvden 2.5 cm mesafede ve % 50'sinde kolonun ön yüzünde görülmektedir (1). Akut karın tanısında ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) yaygın olarak kullanılmaktadır. US ile % 91.3-99.8 oranında çekum divertikülit tanısını konulabilmektedir. BT'nin % 98 oranında tanıya katkısı olmasına rağmen yüksek maliyeti nedeniyle ilk görüntüleme yöntemi olarak US tercih edilmektedir (2). Soliter çekum divertiküllerine Asya toplumunda daha sık rastlanılmaktadır. Akut apandisit ile kıyaslandığında sıklığı 50-300 kez daha azdır, genel olarak 0.5-3/1.000.000 oranında görülmektedir.

Yazışma Adresi: Kazım Gemici, Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü, Konya
e posta: drkazimgemici@hotmail.com
Geliş Tarihi: 24.01.2013 Yayına Kabul Tarihi: 16.02.2013

Ortalama yaş 43.6 (20-51) erkek/kadın oranı 3/2 dir (1). Sardi ve ark, 881 vakalık serisinde çekum divertikül prevalansını % 3.6 olarak bildirmiştir (3).

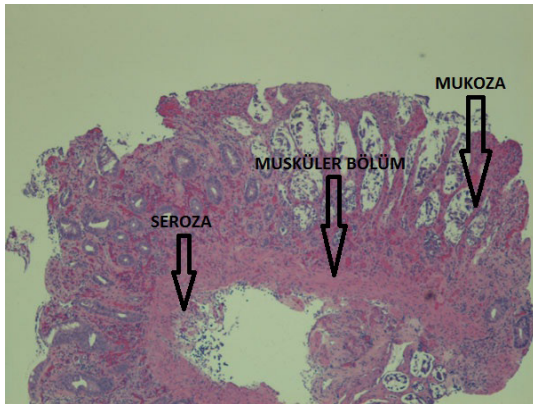
OLGU

İki gündür karın ağrısı olan on beş yaşında kadın ateş, halsizlik, iştahsızlık ve konstipasyon şikayetlerinin de başlaması üzerine acil servise başvurdu. Hastanın ateş 38.2 oC, TA: 90/50 mmHg, Nb: 112/dk olarak ölçüldü. Karın muayenesinde barsak sesleri azalmış, sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet, rebound pozitifliği tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 16200, C-reaktif protein 344 idi. Karın ultrasonografisinde orta derecede sıvı, sağ alt kadranda 10



Şekil 1. Divertikül perforasyon bölgesi

mm çapında dekomprese, duvarı düzensiz apendiks tespit edildi. Ayrıca çekum ve terminal ileumun ödemli olduğu görüldü. Hasta akut apandisit olarak değerlendirilip acil ameliyata alındı. McBurney kesisiyle laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda çekum ve çevre yağlı dokular ödemliydi (Şekil 1). Çekum lateralinde yaklaşık 100 ml pürülan sıvı mevcuttu. Apendiks lokalizasyonuna uyan bölgede çekumda divertikül perforasyonu vardı ve sağlam sınırlardan rezeke edilerek ödemli çekum duvarı çift kat kapatıldı. Daha sonra diseksiyona devam edildiğinde retroçekal subseröz yerleşimli inflame apendiksle karşılaşıldı. Apendektomi yapıldıktan sonra dren konularak ameliyat sonlandırıldı. Hastaya seftriakson 2 gr/gün ve ornidazol 1 gr/gün başlandı ve 7 gün devam edildi. Hastaya postoperatif 2. gün oral gıda başlandı ve postoperatif 7. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede çekumdan rezeke edilen divertikülite, iltihabi infiltrasyonun ve fibrosizin bulunduğu, tüm barsak katmanını içeren gerçek soliter çekum divertikülü olduğu saptandı (Şekil 2). Ayrıca herhangi bir inflamatuvar barsak hastalığı, displazi ve malignite bulgularının saptanmadığı görüldü. Apendiksin ise histopatolojik olarak inflame olduğu rapor edildi.



Şekil 2. Divertikül histolojisi; H.E boyama, 40 büyütme

TARTIŞMA

Literatürdeki veriler Asya kökenli, 24 saatten uzun süren sağ alt kadranda ağrısı ve apendektomili hastalarda çekum divertikülit tanısını akla getirmeyi tavsiye etmektedir (4). Çekum ön yüzdeki divertikül perforasyonu peritonite sebep olarak belirgin bulgu vermesine karşın, çekum arka yüzdeki divertikül perforasyonları daha az semptomatiktir ve maligniteye bağlı perforasyonu taklit edebilir. Çekum divertikülitine bağlı bir perforasyonda klinik olarak ele gelen kitle tespit edilmekte ve histopatolojik incelemede "soğan zarı" görünümü tespit edilmektedir. Diğer çekum perforasyonu yapan nedenler arasında çekum tümörleri, yabancı cisim perforasyonu, ameboma, yanıklı hasta, tüberküloz ve iyatrojenik nedenler sayılabilir. Çekum divertikülleri soliter-multiple ve gerçek-yalancı olarak sınıflandırılabilir. Gerçek (konjenital) divertiküller kas tabakası içerirler ancak yalancı (akkiz) olanlarda kas tabakası bulunmaz (5). Çekum divertikülleri inflamasyon, kanama, perforasyon gibi komplikasyonlar olmadıkça klinik bulgu vermezler. Perforasyonsuz çekum divertikülitinin tedavisi, akut apandisit tanısı kesin ekarte edildikten sonra genellikle antibiyotik tedavisidir (6). Anatomik olarak apendiksle yakın kompile bir çekum divertikülitini radyolojik olarak teşhis edebilmek oldukça güçtür. Bu yüzden soliter çekum divertikülitinin tanısı halen % 65-85 oranında ameliyat sırasında konmaktadır (5). Komplike olmayan divertikülitler için tedavi basit divertiküektomi veya divertikülün invajinasyonu ile apandektomidir (7). Bizim vakamızda eksplorasyonda çekum divertikülü saptandı ve aynı anda retroçekal subseröz yerleşimli apandisit saptandı. Apendiks eksplorasyonda ilk anda görülemedi. Ancak retroçekal alanda subseröz inflame apendiksin bulunması nedeniyle apendiksin nadir görüldüğü lokalizasyonların gözden geçirilmesini vurgulamak istedik. Çekum ön yüzde bulunan soliter divertiküller için laparoskopik divertiküektomi tavsiye edilirken, lateral ve posterordaki divertikülitlerde laparoskopik girişim kolay olmayabilir (6). Düşük nüfus oranları nedeniyle non-operatif tedavi yapılabilmektedir (8). Ciddi inflame çekum divertikülitinde basit rezeksiyonla birlikte omental yama uygulanabilir. Çekum karsinomunun ekarte edilemediği, özellikle retroçekal divertikülitlerde, çekum flegmonlarında ve multiple divertikülit varlığında sağ hemikolektomi gerekebilir (5). Chiu ve ark. apendiks stumpundan yapılacak bir endoskopinin çekum karsinomunu ekarte etmede yardımcı olabileceğini ve daha konservatif bir rezeksiyona izin verebileceğini belirtmişlerdir (9). Medikal olarak tedavi edilen ya da sınırlı cerrahi uygulanan hastaların % 12.5-40'ında daha radikal girişimlerin gerekebileceği bildirilmektedir (1, 2). Sadece apendektomi yapılan vakaların % 29.2'sinde divertikülit tekrarlamıştır. Bunların % 12.5'inde sonradan sağ hemikolektomi yapılmıştır (10).

Sonuç olarak sağ alt kadranda ağrısıyla gelen hastalarda bulgular apandisiti gösterse de ameliyat sırasında çekum divertikülitine bağlı perforasyonla karşılaşılabilir. Ayrıca apendiksin retroçekal yerleşimli olup gözden kaçabileceğinin unutulmaması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, Refsum S. Solitary caecal diverticulitis-A rare cause of right iliac fossa pain. Ulster Med J 2005; 74: 132-3.
2. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Chem MF. Aggressive resection is indicated for caecal diverticulitis. Am J Surg 2003; 185: 135-40.
3. Sardi A, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the caecum and ascending colon. A review of 881 cases. Am Surg 1987; 53 (1): 41-5.
4. Harada RN. Sugical management of caecal diverticulitis. Am J Surg 1993; 166: 666-71.
5. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, Brown MG. Inflamed solitary caecal diverticulum it is not appendicitis, what should I do? Ann R Coll Surg Engl

- 2006; 88 (7): 672-4.
6. Hyoung-Chul P, Bong Hwa L. Suspected uncomplicated cecal diverticulitis diagnosed by imaging: Initial antibiotics vs laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol* 2010 14; 16 (38): 4854-7.
 7. Duarte Chedid A, Amaral Domínguez L, Fernández Chedid M, Mello Villwock M, Renato Mondelo A. Diverticulo unico do ceco:experiencia de um hospital geral brasileiro. *Arq Gastroenterol* 2003; 40: 216-9.
 8. Komuta K, Yamanaka S, Okada K, Kamohara Y, Ueda T, Makimoto N et al. Toward therapeutic guidelines for patients wiht acute right colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2004; 187: 233-7.
 9. Ruiz Tovar J, Reguero-Calleja ME, González Palcios F. Inflammation and perforation of a solitary diverticulum of the caecum. A report of 5 cases and literatüre review. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98 (11): 875-80.
 10. Tavusbay C, Kahya MC, Karabuğra T, Damburacı N, Deniz M, Genç H. A very rare cause of acute abdomen: solitary caecal diverticulitis. *Kolon Rektum Hast Derg* 2009; 19: 184-7.