

## *Olgu sunumu-Case report*

# Over torsiyonu ve periapandisit birlikteği

## *Over torsion coexisting with periappendicitis*

**Levent Cankorkmaz\*, Hatice Özer, Gökhan Köylüoğlu**

Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. L. Cankorkmaz, Prof. Dr. G. Köylüoğlu), Patoloji Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. H. Özer), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

### **Özet**

Over torsiyonu çocukluk çağında ender görülür. Klinik ve ultrasonografik tanısı over torsiyonu olan ve ameliyat sırasında over torsiyonunun neden olduğu periapandisit saptanan olgu sunulmuştur. Dört günlük karın ağrısı yakınması olan altı yaşındaki kızda over torsiyonu tanısıyla yapılan ameliyat sırasında, tabloya eşlik eden periapandisit saptanarak salpingoofektomiye ek olarak apandektomi yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyonu olmayan hasta, beşinci gün taburcu edildi. Over torsiyonuna periapandisit eşlik etmesi ender bir patoloji olsa da özellikle gecikmiş over torsiyonu olgularında overin apandiksi inflame edebileceği akla gelmeli ve cerrah batın içi organları explore etmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Periapandisit, over torsiyonu, çocuk.

### **Abstract**

Ovarian torsion is rarely seen in childhood. A six-year old girl was admitted to our clinic with acute abdominal pain lasting for four days. Symptoms, preoperative physical examination, and ultrasound were suggested ovarian torsion. Ovarian torsion coexisting with periappendicitis was found during operation. The patient was discharged home 5 days after surgery without complications. Although ovarian torsion coexisting with periappendicitis is rare, we suggest surgeon must bear in mind that torsion of ovary may be complicated with periappendicitis. Surgeon should explore intra abdominal viscera.

**Keywords:** Periappendicitis, ovarian torsion, child.

**Geliş tarihi/Received:** 27 Ocak 2011; **Kabul tarihi/Accepted:** 17 Haziran 2011

### **\*İletişim adresi:**

Dr. Levent Cankorkmaz, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas. E-posta: lankorkmaz@gmail.com

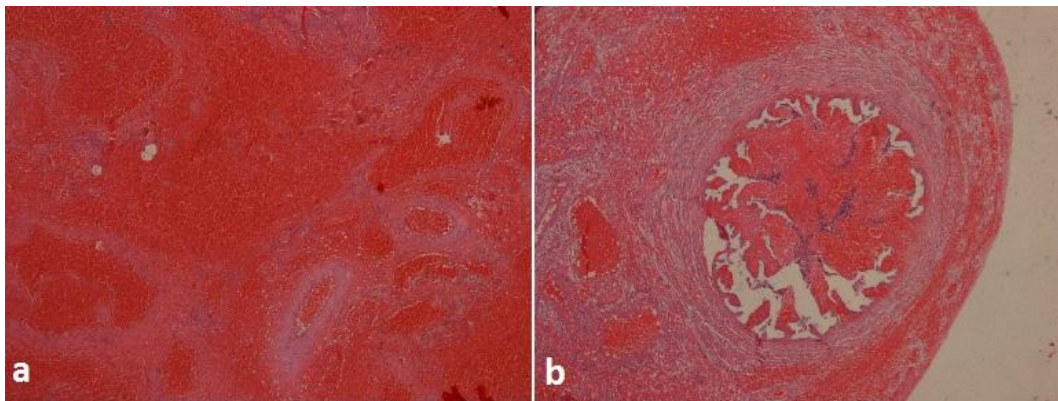
### **Giriş**

Karın ağrısı çocuklukların hekime en sık başvuru nedenlerindedir. Ağrının nedeninin iyi anlaşılması, tedavinin yönlendirilmesi için önemlidir. Zaman kaybedilmeden akut karın ayırıcı tanısı yapılmalıdır [1]. Çocuklarda karın ağrılarının yaklaşık %5'inde cerrahi hastalık belirlenir, en yaygın neden de apandisitir. Periapandisit ise apandiksin iç katmanlarına yönelen ve serozit şeklinde tanımlanabilecek bir durumdur [2]. Kadınlardaki cerrahi acillerin %3'ünü over torsiyonu oluşturur [3]. Sıklıkla akut apandisit ile karıştırılır.

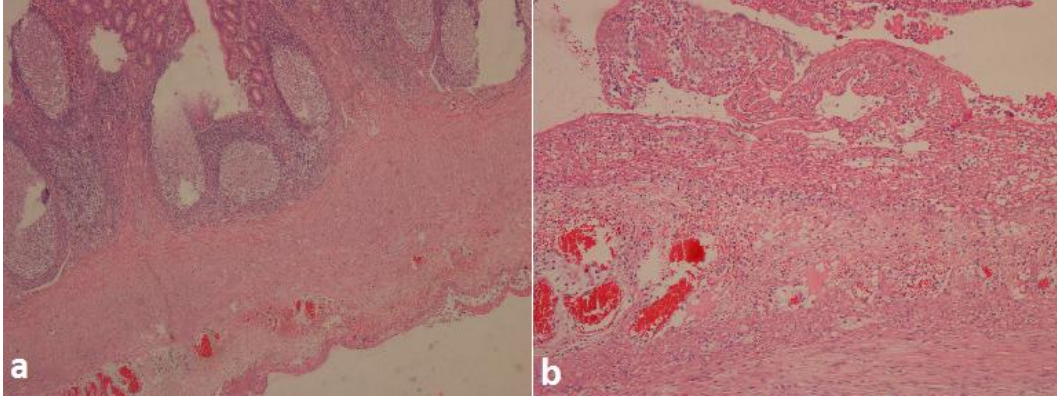
Bu over torsiyonu tanısıyla ameliyat edilen olgumuzda, torsiyona eşlik eden periapandisit tespit edildi. Amacımız, akut batın tablosuyla başvuran kızlarda, over torsiyonu tanısındaki gecikmeden kaynaklanan over kayıpları ve gecikmiş over torsiyonu olgularında torsiyone overin inflame edebileceği herhangi bir karın içi organ olabileceği olasılığına dikkat çekmektir.

## Olgu

Altı yaşındaki kız, dört gündür süren göbek etrafında başlamış kolik tarzında karın ağrısı yakınmasıyla acil servise başvurdu. Olgunun bir kez yediklerini içeren kusması olmuştu. Gittikleri başka bir sağlık kuruluşunda dört gündür gaita çıkarmadığından, lavmanla gaita yaptırılarak eve gönderilen hastanın daha önce böyle bir yakınması olmamıştı. Olgunun öz ve soy geçmişi özellik yoktu. Karın muayenesinde, sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Kan basıncı: 120/70 mmHg, nabız sayısı: 120/dk, solunum sayısı: 24/dk, ateş: 36,5°C idi. Laboratuvar incelemede; beyaz küre: 8.800/mm<sup>3</sup>, C-Reaktif protein (CRP): 19,4 mg/L (normal değer: 0-8 mg/L) biyokimyasal değerler ve idrar tetkiki normaldi. Olgunun batın ultrasonografisinde (US) bir patolojiye rastlanmadı. Pelvik US; “sağ over boyutlarında ve parankim heterojenitesinde artış dikkati çekmektedir” şeklinde raporlandı. Renkli Doppler US (RDUS) inceleme; “sağ over periferinde minimal aktivite izlenmekle birlikte, parankim içerisinde vasküler aktivite alınamamaktadır (over torsiyonu)” şeklinde raporlandı. Olgu bu bulgularla, over torsiyonu tanısıyla acil olarak ameliyata alındı. Phannenstiel kesi ile yapılan eksplorasyonda overin torsiyone ve nekrotik olduğu saptandı. Demerkasyon hattının altına konulan klempin ardından over detorsiyone edildiğinde torsiyonun iki tur (720°) olduğu saptandı. Eksplorasyona devam edildiğinde apendiks erektil ve fibrinli (inflame) olduğu görüldü. Overin dolaşımının kötü ve nekrotik görünümü olması nedeniyle salpingoofektomi ve apendektomi yapılarak operasyon sonlandırıldı. Histopatolojik incelemede; apendektomi materyali periapandisit (Resim 1 a ve b), over kayıtlı materyal ise torsiyon ile uyumlu olarak (Resim 2 a ve b) raporlandı.



**Resim 1 a.** Apendiks serozasında izlenen iltihabi reaksiyon (H-E; X10), **b.** Serozada konjesyone damarlar, fibrin ve polimorfonükleer lökosit (H-E; X25).



**Resim 2 a ve b. Torsiyon ile uyumlu olarak, yaygın hemorajik alanları gösteren over ve tuba uterina (H-E; X10).**

### Tartışma

Akut apandisit ön tanısıyla opere edilen kızların % 2'sinde over torsiyonu saptanmaktadır [4]. Genellikle tanı ve tedavide gecikme nedeniyle overin korunabilmesi için geç kalınmıştır [5]. Over torsiyonunun % 15'inin infant ve çocuklarda olduğu ve primer adneksiyal patolojinin nadiren saptandığı bildirilmektedir [6]. Eksplozasyonda overin canlılığı kaybolmuş ve gangren demarkasyon hattı oluşmuşsa pulmoner emboli riskinden (% 0,2) dolayı, torsiyon açılmadan, nekrotik dokunun çıkarılması önerilmektedir [7, 8]. Over torsiyonu nedeniyle opere edilen hastalarda diğer overin fiksasyonu yaygın kabul görmektedir [9]. Olgumuzda over normal yapısını yitirmiş, nekrotik görünümde olduğu için, detorsiyon yapılmadan salpingooferektomi, karşı overe de fiksasyon uygulandı. Cohen ve ark. [10], torsiyone, iskemik, hemorajik adneksin laparoskopik olarak minimal morbiditeyle detorsiyone edilebileceğini ve bunun over fonksiyonlarında tam iyileşmeyle sonuçlanan uygun bir seçenek olabileceğini bildirmişlerdir. Klinik olarak akut apandisit tablosuyla başvuran hastaların % 5,4'ünde periapandisit saptandığı rapor edilmiştir [2]. Klasik apandisitten farkı iltihaplanmanın mukozadan değil, en dış katmandan başlamasıdır. Ancak olgumuzda olduğu gibi ödemli ve fibrinli bir apendikte periapandisit-akut apandisit ayırıcı tanısının makroskopik olarak yapılması çok zor olacaktır. Periapandisit ikincil ve juvenil tip olarak iki gruba ayrılmaktadır. İkincil tip, apandisit dışı batin içi bir olaya bağlıken, juvenil tip, akut apandisit bir sekeli olarak değerlendirilmektedir [11]. İkincil nedenler daha önemlidir. Fink ve ark. [12] periapandisit önemli bir patolojik bulgu olduğuna dikkat çekmişlerdir. Sanderrmann ve ark. [13] cerrahi sırasındaki manipülasyonun da periapandisit nedeni olabileceğini vurgulamıştır. Okur ve ark. [14] herhangi bir nedenle yapılan laparotomide apendikte ödem, hiperemi ya da ereksiyon saptandığında apendektomi yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Çebi [15] 24 yaşındaki bir kadın hastada akut apandisite eşlik eden rüptüre over kistini sunmuştur. Bu yayın periapandisit yanında akut apandisit de intraabdominal patolojilere eşlik edebileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, kız çocuklarında kolik tarzında veya tekrarlayan karın ağrılarında ayırıcı tanıda mutlaka over kisti ya da torsiyonu olasılığı düşünülmeli, RDUS ile değerlendirilerek torsiyon lehine bir bulgu olduğunda acil eksplozasyon yapılmalıdır. Operasyonda over torsiyonu saptandığında bunun batin içi diğer organları inflame etmiş

olabileceği düşünülerek eksplorasyon yapılmalıdır. Eksplorasyon sonucunda apendikte herhangi bir patoloji saptandığında cerrahın kararı apendektomi yerine izlem olsa bile mevcut durumdan haberdar olacaktır. Biz apendektominin periapandisit için uygun tedavi olduğunu düşünmekteyiz.

## Kaynaklar

1. Stevenson RJ. Management of the child with acute abdominal pain In: Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ (eds). Rudolph's Pediatrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2002; pp: 1354-66.
2. O'Neill MB, Moore DB: Periappendicitis: Clinical reality or pathologic curiosity? Am J Surg 1977; 134: 356-7.
3. Güngören A, Akçora B, Hakverdi S, Karazincir S, Yetim Ç. A Rare Cause Of Acut Abdomen In Children: Ovarian Torsion. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2008; 17: 211-3.
4. Mage G, Canis M, Manhes E, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic management of adnexal torsion. A review of 35 cases. J Reprod Med 1989; 34: 520-4.
5. Van der Zee DC, Van Seumeren IGC, Bax KMA, Rövekamp MH, Pullter Gunne AJ. Laparoscopic approach to surgical management of ovarian cysts in the newborn. J Pediatr Surg 1995; 30:42-3.
6. Kazez A, Özokutan BH, Küçükaydın M, Okur H, Turan C, Köse Ö, Çocuklarda over torsiyonları. Pediatrik Cerrahi Dergisi 1996; 10: 95-7.
7. Kurzbart E, Mares AJ, Cohen Z, Mordechai J, Finaly R. Isolated torsion of the fallopian tube in premenarchal girls. J Pediatr Surg 1994; 29: 1384-5.
8. Stenchever M, Droegemueller W, Herbst A, Mishell D. Benign gynecologic lesions. In: Comprehensive gynecology, 4th edn. St. Louis, MO: Mosby Publishing Company; 2001: 519-20.
9. Abes M, Sarihan H. Oophoropexy in children with ovarian torsion. Eur J Pediatr Surg 2004; 14: 168-71.
10. Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashiach S, Goldenberg M. Laparoscopic detorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6: 139-43.
11. Özel ŞK, Kazez A, Köseoğulları AA, Özeran İH. Çocuklarda periapandisit ve klinik önemi. Pediatrik Cerrahi Dergisi 2004; 18: 115-7.
12. Fink AS, Kosakowski CA, Hiatt JR, Cochran AJ. Periappendicitis is a significant clinical finding. Am J Surg 1990; 159: 564-8.
13. Sandermann J, Glenthøj A, Nielsen KK. Peroperative mechanical manipulation of the appendix. A cause of periappendicitis? Ann Chir Gynaecol 1989; 78: 127-9.
14. Okur H, Küçükaydın M, Kazez A, Kontaş O, Özokutan BH. Çocuklarda periapandisit. Erciyes Tıp Dergisi 1995; 17: 145-7.
15. Çebi K. Acute Appantisititis with Rupture of Left Ovary Corpus Luteum Cyst: Case Report. Fırat Tıp Dergisi 2001; 2: 347-8.