

# Akut apandisit tanısındaki güçlükler: iki olgu sunumu

## *Complexities of the acute appendicitis diagnosis: two case reports*

**Hakan Oğuztürk, Gökhan Turtay, Cem Ertan, Yusuf Kenan Tekin, Şevki Hakan Eren**

Acil Tıp Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. H. Oğuztürk, Yrd. Doç. Dr. G. Turtay, Yrd. Doç. Dr. C. Ertan, Araş. Gör. Dr. Y. K. Tekin), İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi TR- 44280 Malatya, Acil Tıp Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. Ş. H. Eren) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

### **Özet**

Akut karın nedenleri arasında önemli bir yere sahip olan akut apandisit tanısının geciktirilmesi veya karıştırılması istenmeyen komplikasyonlara yol açabilmektedir. Gebelikte ve bazı hastalıklarla akut apandisit birlikteliği bu hastalığın akla getirilmesini zorlaştırabilmekte veya tanıda karışıklık ve gecikmeye yol açmaktadır. Bu olgu sunumunda gastroenterit ve gebelik birlikteliğinde olan akut apandisit klinik tabloları sunularak eksiksiz öykü, fizik muayene ve ayırıcı tanının önemi vurgulandı.

**Anahtar sözcükler:** Akut apandisit, ishal, gebelik

### **Abstract**

Acute appendicitis has an important place among causes of acute abdominal pain. Acute appendicitis can lead to unwanted complications if its diagnosis is confused or delayed. If acute appendicitis has occurred with pregnancy and other diseases such as gastroenteritis, diagnosis of acute appendicitis can be difficult as a result of confusion or delayed in its diagnosis. In the present study, we wanted to present and emphasize how definitive story, physical examination, and differential diagnosis are important in the diagnosis of acute appendicitis presented with pregnancy and gastroenteritis.

**Keywords:** Acute appendicitis, diarrhea, pregnancy

**Geliş tarihi/Received:** 20 Temmuz 2009; **Kabul tarihi/Accepted:** 22 Kasım 2009

### **İletişim Adresi:**

Dr. Şevki Hakan Eren, Acil Tıp Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas. Eposta: shakaneren@hotmail.com

### **Giriş**

Akut apandisit genel cerrahide en sık karşılaşılan ve ameliyat gerektiren hastalıklardan biridir. Mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktör tanının gecikmesi ve karıştırılmasıdır. Tanıda en sık karıştırılan hastalıklar; üriner enfeksiyon, renal kolik, pelvik inflamatuvar hastalık, gastroenterit, biliyer sistem hastalıkları, mezenter lenfadeniti, Crohn hastalığı ve intestinal obstrüksiyon olarak sıralanabilir [1-4]. Diğer bir sıkıntılı hasta grubu ise gebelerdir. Gebe bir kadın akut cerrahi karın tablosu ile başvurduğunda, hastalığın hem tanısı güçleşir, hem de uygulanacak tedavi girişimleri değişir. Gebelik sırasında normal olarak ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler, belki de cerrahi bir girişim gerektiren klinik tablonun hem klinik belirtilerinin, hem de fizik muayene bulgularının değişmesine yol açacaktır. Oysaki sadece tanı koymadaki ve dolayısıyla tedavideki gecikme hem anne, hem de fetus hayatını birlikte tehdit eder. Tanı

koymada, dolayısıyla tedavideki gecikme hem anne, hem de fetüsün hayatını birlikte tehdit eder [5-7].

Bu yazıda; akut apandisit ile birlikte başka hastalıkların olabileceği, gebelik ve bu eş zamanlı hastalıkların dikkatli bir tanı yaklaşımı sergilenmez ise istenmeyen komplikasyonlara neden olabileceği bildirildi ve konunun önemini vurgulamak için karışıklık oluşturan ve tanıda gecikmeye sebep olabilecek iki olgu bildirilerek hekimlerin dikkatine sunuldu.

### **Olgu 1**

21 yaşındaki bayan hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise getiriliyor. Bir gün önce yine benzer şikayetlerle acil servise başvuran hastanın diğer tetkiklerle eş zamanlı çalışılan beta-HCG si 41.8 mIU/mL çıktı. Genel cerrahi ile kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonları istenilen hastada yapılan değerlendirmeler sonrası genel cerrahi tarafından acil patoloji düşünülmedi, son adet tarihinden itibaren 40 gün geçen hasta için kadın hastalıkları ve doğum doktoru tarafından muayene sonrası transvajinal ultrasonografi uygulandı. Endometrium kalınlığı 10 mm, sol over: normal, sağ over: polikistik over, Douglas'ta mayi pozitifliği saptandı ve iki gün sonra poliklinik kontrolü önerildi. Sonraki gün şikayetleri geçmeyince tekrar acil servise gelen hastanın karın ağrısı yaygın hale gelmişti. Hastanın muayenesinde vital bulguları şöyleydi; TA: 110/80 mmHg, nabız: 90/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve vücut ısısı 36.7°C idi. Genel durumu orta olan hastanın şuuru açık, koopere ve oryantasyonu tamdı. Batın muayenesinde sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet, rebound ve istemli defans mevcuttu. Rektal muayenede özellik yoktu. Damar yolu açılarak serum fizyolojik infüzyonu başlanılan hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde, lökosit 19.4 bin/mL, hemoglobin 14.5 g/dL, CRP: 174 mg/L, LDH: 497 U/L, CK: 199 U/L, amilaz 24 U/L idi. Acil abdomen ultrasonografi incelemesinde "batın sağ alt kadranda 0.9 cm çapında çevresinde mayi bulunan appendiks ile uyumlu duvarı ödemli aperistaltik tubuler bağırsak anısı izlenmiştir, batın sağ alt kadranda bağırsak ansları arasında serbest mayi izlendi" şeklinde rapor alınmıştır. Genel cerrahi konsültasyonu istenilen hastanın operasyon amaçlı genel cerrahi servisine yatışı yapılarak ameliyata alındı. Appendiksin ödemli, hiperemik, distal uca 1 cm mesafede perforasyon olduğunu görülmesi nedeniyle appendektomi ve omentoplasti girişi yapıldı. Ameliyat sonrası hasta postop 6. günde cerrahi şifa ile taburcu edildi.

### **Olgu 2**

Başka bir sağlık kuruluşunda ishal yakınması nedeniyle yatarak tedavisi düzenlenen 32 yaşındaki bayan hastanın şikayetleri artınca acil servisimize sevki yapılıyor. Üç gündür ishali olan hasta çok sayıda/az miktarda gaita yaptığını ifade etti. Hastanın ilk muayenesinde vital bulguları şöyleydi; TA: 100/70 mmHg, nabız: 100 /dakika, solunum sayısı: 22/dakika ve vücut ısısı 36.9 °C idi. Genel durumu orta olan hastanın şuuru açık koopere ve oryantasyonu tamdı. Abdomen muayenesinde yaygın hassasiyet, kaslar defans ve bağırsak seslerinde artış saptanan hastaya damar yolu açılarak serum fizyolojik infüzyonu başlandı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde, lökosit 19.9 bin/mL, hemoglobin 10.8 g/dL, CRP: 187 mg/L, sodyum: 135mmol/L, potasyum 3 mmol/L idi. İdrar incelemesinde lökosit 1/HPF ve eritrosit 8/HPF bulundu. Acil abdomen ultrasonografi incelemesinde; "presplenik ve Morrison boşluğunda serbest mayi, bağırsak ansları arası hafif yoğun içerikli mayi izlenmiştir" şeklinde rapor alınmıştır. Genel cerrahi konsültasyonu istenilen hastanın operasyon amaçlı genel cerrahi servisine yatışı yapılarak acil appendektomi yapıldı. Ameliyat sonrası 5. günde hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi.

### **Tartışma**

Akut apandisit acil servislerde sık rastlanan problemlerdendir. Morbidite ve mortalitesi geçmiş yıllara oranla oldukça azalmışsa da ayırıcı tanıda hala güçlük çekilmektedir.

Hastanın anamnezi ve fizik muayene bulguları akut apandisit tanısında en önemli rolü oynamaktadır. Çekilen direkt batın grafilerinin değeri sınırlıdır. Kan sayımında genellikle tespit edilen lökosit sayısındaki artış ise özgül değildir [1-3]. Ayrıca lökopeni viral bir enfeksiyonu düşündürürse de, viral enteritlerden sonra da akut apandisit gelişebileceği unutulmamalıdır [2, 4]. Diğer bir tetkik olan ultrasonoğrafi ile apandisit görülmemiş olması hastanın apandisit olmayacağı anlamına gelmez ve akut apandisit tanısını dışlamaz. Ergün ve ark. [6] tarafından yapılan çalışmada bilgisayarlı tomografinin sensitivitesi %93, spesifitesisi %75, doğruluk oranı %91 iken ultrasonografinin sensitivitesi %88, spesifitesisi %75, doğruluk oranı %87 olarak bulunmuştur. Sonuçta klinisyen kararını verirken özellikle atipik olgularda tecrübesiyle başbaşa kalmaktadır.

Ayrırcı tanıda çeşitli hastalık grupları düşünülmelidir; intestinal hastalıklar, uterin tuba-ovarian patoloji, idrar yolu enfeksiyonu, travma ve diğer sistemik hastalıklar. İntestinal hastalıklardan viral ve bakteriyel enteritler en çok rastlanılanlardır. Nitekim bizim sunduğumuz olguların ikincisinde gastroenterit tedavisi sırasında tanı gecikmesi ve/veya karıştırılmasıyla a. apandisit perforasyonu gerçekleşmiştir. Salmonella, Shigella ya da Yersinia gibi bakteriyel enfeksiyonlar önce başlayıp, akut apandisit yol açabilir ya da birlikte olabilir ve oluşturdukları mezenter lenfadenit tablosuyla hatalı akut apandisit tanısına neden olabilirler [4]. Ülseratif kolit ya da Crohn hastalığı gibi inflamatuvar barsak hastalıkları da aynı anda ya da ardışık olarak bulunabilir. Appendisitit taklit eden diğer intestinal lezyonlar nadiren görülen Meckel divertikülü ve bağırsak invaginasyondur [1-3].

Akut apandisit gebelik sırasında obstetrik nedenler dışında en sık rastlanan akut karın nedenidir. İnsidansı 1/1000-2000 olup her üç trimesterde de yaklaşık benzer oranda görülür [5, 7, 8]. Göçmen ve ark. [5] retrospektif olarak a. apandisit ön tanısıyla ameliyat edilen 24 gebe hastanın verilerini toplamışlardır. Patoloji sonuçlarına göre bu hastaların 19'u a. apandisit tanısı ile uyumlu iken diğer 5 hastanın 2'sinde over kisti rüptürü, 1'inde paratubal torsiyone over kisti, diğer 2'sinde de negatif laparotomi sonucu ile karşılaşmışlardır. Gebelerde akut apandisit görülme sıklığı gebe olmayanlardan farklı değildir [5, 7, 8]. Bu duruma rağmen gebelerde a. apandisit tanısının konmasındaki güçlük ve karar vermedeki gecikmeler perforasyon oluşma oranını artırmaktadır. Gecikme ve tanı güçlüğü ise gebelikte oluşan fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişikliklerle ilişkilidir. Atila ve ark. [7] 18 gebe apandisit olgusunu retrospektif olarak incelemişlerdir, gebelerde apandisit şüphesi olduğunda gecikmeksizin erken dönemde laparotomi yapmanın maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi azalttığını bildirmişlerdir. Genel olarak gebe olgularda, doktorun ve hastanın a. apandisit ile ilgili erken bulguları hamililiğe yorumlaması gebe karın muayenesindeki teknik zorluklar ve birçok doktorun gebe hastalarda daha tutucu davranması tanının gecikmesine neden olmaktadır. Bizim birinci olgumuzda da karın ağrısı olan hastanın gebe olması nedeniyle akut batın tanısı konulmasındaki gecikme bu şekilde değerlendirilebilir.

Sonuç olarak akut karın tablosu içindeki hastaların kaybedecek zamanları yoktur. Dikkatli ve eksiksiz muayene uygulanmalıdır. Bildirilen bu iki olgunun klinik tabloları acil hekimlik pratiğinde dikkat edilmesi gereken öğeler taşımaktadır. Zamanında tanı konulduğunda tedavisi kolay ve postoperatif takibinde çok az problemle karşılaşılan akut apandisitte tanı gecikmesiyle birlikte morbidite ve mortalite artmaktadır

## Kaynaklar

1. Hamzaoğlu İ. Akut Karına Yaklaşım İç Hastalıklarında Aciller Sempozyum Dizisi. 2002; 29: 173-80.
2. Sözüer E. Acil Serviste Akut Karın Ağrılı Hastaya Yaklaşım. Acil Tıp Derg. Özel Sayı. 2000; 229-37.
3. Turan M, Şen M, Koyuncu A, C Aydın, Karadayı K, Canbay E. Yeni Gelişmeler Işığında Akut Karın. Cum Üni Tıp Fak Derg 2002; 24: 45-52.
4. Bay A, Öner AF, Etlik Ö, Temizöz O, Doğan M, Köseoğlu B. Akut Karın Şeklinde

- Prezente Olan Bir Salmonella Mezenter Lenfadenit Olgusu. Tıp Araştırmaları Derg 2004; 2: 51-3.
5. Göçmen E, Bilgiç İ, Ertan T, Yoldaş Ö, Bilgin A, Kılıç M, Tez M, Koç M. Gebelikte akut apandisit tanısı. Selçuk Tıp Derg 2005; 21: 59-62.
  6. Ergün E, Bilaloğlu P, Koşar U, Ünlübay D, Temel S. Akut apandisit tanısında opaksız spiral BT incelemenin yeri, US ve cerrahi sonuçları ile korelasyonu. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2002; 8: 231-6.
  7. Atila K, Uçar AD, Ünek T, Sevinç A, Çevik A, Sökmen S. Gebelikte Akut Apandisit Ulusal Travma Derg 2002; 8: 98-101.
  8. Zhang Y, Zhao YY, Qiao J, Ye RH. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. Chin Med J (Engl) 2009; 122: 521-4.