

Acil Histerektomide İnsidental Saptanan Appendiks Mukoseli

32

Gözde DOĞAN¹

GİRİŞ

Appendiks, midguttan köken alan, embriyolojik hayatın sekizinci haftasında oluşmaya başlayan ve sindirim sistemi ilişkili lenfoid dokunun gelişimi ile devamlılığında rol alan bir organdır. Erişkin bireylerde Appendiksin bilinen bir fonksiyonu yoktur. Bağırsakların mediale rotasyonu sırasında çekumun sağ alt kadrana fikse olması ile Appendiks de bu bölgede yerini alır (1,2).

Appendiks, çekuma ait gerçek bir divertiküldür ve kolona ait tüm histolojik tabakaları içermektedir. Appendiks uzunluğu 2 – 20 cm aralığındadır, ancak sıklıkla 6 – 9 cm olarak saptanır. Appendiks en sıklıkla peritoneal kavite içerisinde ve retroçekal yerleşimdedir, ancak popülasyonun %30'unda pelvik ve %7'sinde de retroperitoneal yerleşimlidir. Appendiksin uç kısmının yerleşimi ise oldukça değişkendir ve bu durum inflame appendiksin oluşturacağı semptomların çeşitliliğini açıklayıcı niteliktedir (1,2).

Appendiks neoplazilerinin insidansı, tüm appendektomi serilerinin %1'i oranında tahmin edilse de gerçek insidans net olarak bilinmemektedir. Appendikste ağırlıklı olarak görülen neoplaziler, gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörler (GEP-NET, veya eski adıyla karsinoidler), müsinöz neoplaziler ve adenokarsinomlardır. Appendiks neoplazileri yaygın olarak epitelyal ve non-epitelyal olarak sınıflandırılırlar. Epitelyal tümörler, müsinöz neoplazileri, non-müsinöz adenokarsinomları ve taşlı yüzük hücreli tümörleri içerirken, non-epitelyal neoplaziler, nöroendokrin tümörleri, lenfomaları ve sarkomları kapsar. Goblet hücreli karsinoidler ise, hem epitelyal hem de non-epitelyal tümör özellikleri taşıyan agresif tümörlerdir. Appendiks neoplazilerinin üçte biri akut apandisit şeklinde prezente olurken, kalan kısım insidental olarak saptanır veya hastalığın rejyonel yayılımı sonrası tespit edilir (1,8).

Apendisyal nöroendokrin tümörler (ANET), appendikse ait en sık saptanan neoplastik süreçtir (neoplazi içeren apendisyal spesimenlerin %28'inde nöroendokrin tümör görülmüştür), ancak bu durumun epitelyal malignitelerin sıklığındaki rölatif artış nedeniyle değişmesi söz konu-

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Kars Harakani Devlet Hastanesi, drgozdedogan@hotmail.com

nırlı, düşük atenüasyon gösteren, sferik veya tübüler kitle şeklindedir. Eğrisel mural kalsifikasyon bulgusu tanıyı destekler ancak olguların sadece %50'sinde saptanır. İntralüminal hava kabarcıklarının veya hava – sıvı seviyesinin varlığı enfeksiyon göstergesidir, hem benign hem de malign olgulara eşlik edebilir. Bilgisayarlı tomografideki en belirleyici bulgular, appendiksin maksimal lüminal çapı (15 mm ve üzerindeki çap neoplastik hastalık göstergesidir) ve mural kalsifikasyonun eşlik ettiği kistik dilatasyonun varlığıdır (7,8).

Appendiks mukoseline sahip hastalarda kolonoskopik incelemede “volkan belirtisi” saptanabilir. Bu belirtiyi, apendisiyel orifisin, normal mukoza ile kaplı sert bir tümseğin veya lipom benzeri submukozal lezyonun orta kısmında görülmesidir. Karın ağrısı ile prezente olan hastalarda, senkron gastrointestinal tümör olasılığını dışlamak için kolonoskopi önerilmektedir (7).

Preoperatif dönemde, fizik muayene ve kesitsel görüntülemelerle PMP araştırılmalıdır. Hastalarda batın distansiyonu mevcuttur, batında hassasiyet bulunmaz. Kesitsel görüntülemelerde, dıştan bası bulguları (karaciğer, dalak veya bağırsak duvarı konturlarında çentiklenmeler ‘scalloping’) oluşturan, hipoatenüe asit saptanır (8,9).

Hastalığın cerrahi tedavisi, müsinöz asit varlığı, appendisyel lenf nodu pozitifliği ve/veya rezeksiyon sınırında pozitiflik gibi durumlara bağlı olarak, appendektomiden sağ hemikolektomiye, hatta sitoredüktif cerrahiye ve HIPEC ile erken postoperatif intraperitoneal kemoterapiye uzanabilir. Cerrahi girişimler sırasında en çok dikkat edilmesi gereken durum tümörün rüptüre olmasını ve mukoid materyalin batına yayılmasını engellemektir. Bu nedenle, laparoskopik girişimden açık laparotomiye dönülmesi gerekebilir. PMP mevcut ise, hastanın multidisipliner bir yaklaşımla takip ve tedavisinin gerçekleştirilebileceği bir referans merkeze yönlendirilmesi uygun olacaktır (10).

Hastamız, perioperatif süreçte, insidental olarak tanı almış olup abdomene yönelik eski tarihli kesitsel bir görüntüleme kaydı bulunmamaktadır. Hastanın myoma uteri nedeniyle yapılan takip-

lerinde pelvik ultrasonografi kullanılmış olup bu incelemelerde appendiks mukoseli saptanmamıştır. Hastanın poliklinik başvurularında karın ağrısı şikâyeti olmayıp batın muayenelerinde de palpabl lezyon saptanmamıştır. Vaka esnasında yapılan değerlendirmede, peritoneal yaygın hastalık bulgusu olmadığı, patolojik boyut veya görünümde lenf nodu saptanmadığı ve appendiksin kök kısmı normal yapıda görüldüğü için hastaya standart appendektomi uygulanmıştır. Taburculuk sonrası takiplerinde abdomen BT ile değerlendirilmiş, bu incelemede intraabdominal bir lezyon saptanmamıştır. Hastaya olası ek bir gastrointestinal patoloji açısından endoskopik inceleme planlanmıştır.

Appendiks mukoseli nadir görülen bir hastalık olup, preoperatif dönemdeki görüntülemeler, mukosele ve rüptürün bir bulgusu olan asit varlığına odaklanmalıdır. Perfore olmamış mukosel (negatif sitoloji, negatif rezeksiyon sınırları, apendisiyel lenf nodu negatifliği) durumunda tedavide standart apendektomi yeterlidir. Hastalığın yayılımı ve derecesine bağlı olarak tedavisi ciddi farklılıklar göstermektedir. Hem appendiks mukoseli hem de PMP tanısı için önemli noktalardan biri de, bu tanıların akla getirilmesidir.

KAYNAKLAR

1. Dahdaleh, FS. Heidt, D. Turaga, KK. (2019). The Appendix. F. Charles Brunnicardi (Ed.), *Schwartz's Principles of Surgery Eleventh Edition* içinde (s. 1331 – 1343). United States of America. McGraw-Hill Education.
2. Maa, J. Kirkwood, KS. (2012). The Appendix. Courtney M. Townsend, Jr (Ed.), *Sabiston's Textbook of Surgery 19th Edition* içinde (s. 1279 – 1293). Canada. Elsevier Saunders.
3. Louis TH, Felter DF. Mucocele of the Appendix. *Bayl Univ Med Cent.* 2014 Jan, 27(1): 33-34. doi: 10.1080/08998280.2014.11929046.
4. Khan AF, Waqar SH, Raheem M. Mucocele of appendix with an elevated carcinoembryonic antigen: A case report. *J West Afr Coll Surg.* Oct-Dec 2017; 7(4):120-127.
5. Saad EA, Elsamani EY, AbdElrahim WE. Surgical treatment of mucocele of the appendix: a systematic review and case report. *J Surg Case Rep.* 2018 Jun; 2018(6):rjy 102.doi: 10.1093/jscr/rjy102
6. Demetrashvili Z, Chkhaidze M, Khutsishvili K. Mucocele of the Appendix: Case Report and Review of Literature. *Int Surg.* 2012 Jul-Sep; 97(3): 266-269. doi: 10.9738/CC139.1
7. Mastoraki A, Sakorafas G, Vassiliu P. Mucocele of the Appendix: Dilemmas in Differential Diagnosis and Therapeutic Management. *Indian J Surg Oncol.* 2016 Mar; 7(1):86-90.doi: 10.1007/s13193-015-0463-3
8. Hatch QM, Gilbert EW. Appendiceal Neoplasms. *Clin Colon Rec-*

tal Surg. 2018 Sep; 31(5): 278-287.

doi: 10.1055/s-0038-1642051

9. Atasoy Ç, Yavuz K, Yağcı C. Psödomiksoma Peritonei: BT bulguları. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji (2002) 8:253-257
10. Lorenzon L, De Dominics C, Virgilio E. The appropriate management of an appendiceal mucocele. BMJ Case Rep. 2015 Mar 16; 2015:bcr2014209045. doi: 10.1136/bcr-2014-209045