

Akut Apandisit Taklit Eden İki Nadir Durum: Soliter Çekum Divertikül Perforasyonu ve İzole Çekum Nekrozu

33

M.Taner BOSTANCI¹

GİRİŞ

Akut karın ağrısı, acil servis başvurularının sık görülen nedenlerinden biri olup tüm acil servis başvurularının %4-6,5'unu oluşturur (1). Akut apandisit ise önemli bir akut karın ağrısı nedendir ve en sık cerrahi müdahale gerektiren acil durumdur (2). Ancak, tanısız yöntemlerdeki tüm ilerlemelere rağmen negatif apandektomi oranları %20-30 düzeyinde bildirilmektedir (3). Bununla beraber, akut apandisit ön tanısıyla acil operasyona alınıp farklı patolojilerle karşılaşma durumu da oldukça sıktır. Bunun önemli sebeplerinden birisi de sağ alt kadranda ağrısı yapan ve bulguları ile akut apandisiti taklit eden jinekolojik, ürolojik ve gastrointestinal birçok klinik tablonun mevcut olmasıdır (4).

Soliter çekum divertikül perforasyonu ve izole çekum nekrozu, akut apandisiti taklit eden iki nadir durumdur. Burada karşılaştığımız olgular üzerinden bu nadir iki klinik tablonun tanı ve yönetimini paylaştık.

VAKA SUNUMU

Olgu 1-Soliter çekum divertikül perforasyonu

38 yaşındaki erkek hasta 4 gündür devam eden karında sağ alt kadranda ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın bu süre içinde bulantı, kusma, ishal şikâyeti yoktu ancak son iki gündür iştah kaybı söz konusuydu. Fizik muayenesinde karın sağ alt kadranda rebound ve defans bulguları mevcuttu. Vücut sıcaklığı 37,8 °C idi. Kan tahlillerinde lökosit değeri $12,58 \times 10^3/\mu\text{l}$, nötrofil oranı %82,3 idi. Batın ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda mezenterik yapılarda kirlenme, terminal ileumda duvar kalınlaşması, pericekal pelviste minimal serbest sıvı görüldü. İntravenöz (iv) kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografide (BT), pelviste serbest sıvı, sağ alt kadranda mezenterik yapılarda kirlenme, çekum ve terminal ileumda duvar kalınlaşması tespit edildi (Şekil-1). Hasta perfore akut apandisit ön tanısıyla operasyona alındı. McBurney kesi ile laparotomi yapıldı. Laparotomide pericekal ve pelvik boşlukta seropürülan serbest mayi mevcuttu. Eksplorasyon devamında çekum ön-alt yüzde perfore divertikül tespit edildi. İnsizyon genişletilerek ileoçekal rezeksiyon yapıp uç-yan

¹ Gastroenteroloji Cerrahisi Uzmanı, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mtanerbostanci@gmail.com

menter bir iskemik kolit formu olan izole çekum nekrozu için de geçerlidir. Yüksek mortalite oranlarının önemli bir sebebi de hasta grubunun ileri yaşta ve yüksek komorbiditeye sahip olmalarıdır. Sigara öyküsü, diyabetes mellitus, ileri yaş, hipertansiyon, dislipidemi, tıkaçıcı damar hastalığının olması tanımlanmış yüksek risk faktörleridir. Sağkalımda erken tanı ve nekroze barsak ansının acil rezeksiyonu en önemli prognostik faktörler olarak gözükmetedir (35,42,47).

İzole çekum nekrozu olgumuzda preoperatif kesin tanı koyulamamıştır. Ancak akut batın tablosunun olması ve radyolojik olarak periçekal bir hadisenin gözlenmesi nedeniyle doğrudan orta hat kesi ile operasyona başlanmıştır. İskemik çekum ile karşılaşılması üzerine ileoçekal rezeksiyon+ileokolostomi işlemi gerçekleştirilmiştir. Eşlik eden hastalıkları (KOA, hipertansiyon) nedeniyle hastamızda mortalite ile karşılaşmamıştır ancak postoperatif erken dönemde insizyonel herni gelişmiştir.

Çalışmamızda klinik ve radyolojik olarak akut apandisit taklit eden iki nadir klinik tabloyu konu aldık. Görülmektedir ki kimi durumlarda farklı bir tedavi yönetimi gerekmektedir. Operasyon öncesi kesin tanı bu anlamda en önemli unsur olarak gözükmetedir. Bu nedenle dikkatli anamnez ve fizik muayene her hastada yapılmalı; sağ alt kadranda ağrısı ile gelen hastalarda bu iki nadir tablo hem klinisyen hem de radyolog tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Laparoskopik hatta robotik cerrahinin rutin uygulama alanları bulunduğu günümüzde diagnostik laparoskopinin de daha liberal bir şekilde kullanılması gerektiği görülmektedir.

KAYNAKLAR

- Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *Am J Emerg Med*. 2011;29:711–716.
- Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2018;98(1):25–33.
- Horzić M, Salamon A, Kopljär M, et al. Analysis of scores in diagnosis of acute appendicitis in women. *Coll Antropol*. 2005;1:133–138.
- Kabir SA, Kabir SI, Sun R, et al. How to diagnose an acutely inflamed appendix: a systematic review of the latest evidence. *Int J Surg*. 2017;40:155–162.
- Azzam N, Aljebreen AM, Alharbi O, et al. Prevalence and clinical features of colonic diverticulosis in a Middle Eastern population. *World J Gastrointest Endosc*. 2013;5:391–397.
- Mudatsakis N, Nikolaou M, Krithinakis K, et al. Solitary cecal diverticulitis: an unusual cause of acute right iliac fossa pain—a case report and review of the literature. *Case Rep Surg*. 2014;2014:131452.doi: 10.1155/2014/131452.
- Tsetse C, Chaudhry SR, Jabi F, et al. Perforated cecal diverticulitis with CT diagnosis and medical management. *Radiol Case Rep*. 2018;14(1):30–35.
- Kyziridis DS, Parpoudi SN, Antoniou ND, et al. Cecal diverticulitis is a challenging diagnosis: a report of 3 cases. *Am J Case Rep*. 2015;16:206–210.
- Chiu TC, Chou YH, Tiu CM, et al. Right-Sided Colonic Diverticulitis: Clinical Features, Sonographic Appearances, and Management. *J Med Ultrasound*. 2017;25(1):33–39.
- Connolly D. Solitary cecal diverticulitis. *Ulster Med J*. 2006;75(2):158.
- Yılmaz Ö, Kiziltan R, Bayrak V, et al. Uncommon Caecum Diverticulitis Mimicking Acute Appendicitis. *Case Rep Surg*. 2016;2016:5427980.doi: 10.1155/2016/5427980.
- Cristaudo A, Pillay P, Naidu S. Caecal diverticulitis: Presentation and management. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015 Feb 23;4(1):72–5.
- Çiftçi F, Abdurrahman İ, Eren A. A rare cause of acute abdominal disease: two reports of caecal diverticulum perforation. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2016 May;22(3):290–2.
- Shyung LR, Lin SC, Shih SC, et al. Decision making in right-sided diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology*. 2003;9(3):606–608.
- Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, et al. Sonography of acute right side colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001;181:122–127.
- Lee IK. Right colonic diverticulitis. *J Korean Soc Coloproctol*. 2010;26(4):241–5.
- Cobben LPJ, Groot I, Blickman JG, et al. Right colonic diverticulitis: MR appearance. *Abdominal Imaging*. 2003;28(6):794–798.
- Telem DA, Buch KE, Nguyen SQ, et al. Current recommendations on diagnosis and management of right-sided diverticulitis. *Gastroenterol Res Pract*. 2009;2009:359485.
- Jung SH, Kim JH. A case of solitary rectal diverticulum presenting with a retrorectal mass. *Gut Liver*. 2010;4:394–397.
- Chiu WY, Lam CYW, Lam SH, et al. On-table cecoscopy: a novel diagnostic method in acute diverticulitis of the right colon. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2002;45(5):611–614.
- Hildebrand P, Kropp M, Stellmacher F, et al. Surgery for right sided colonic diverticulitis: results of a 10-year-observation period. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392:143–147.
- Ruiz-Tovar J, Reguero-Callejas ME, González Palacios F. Inflammation and perforation of a solitary diverticulum of the cecum. A report of 5 cases and literature review. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:875–880.
- Park HC, Lee BH. Suspected uncomplicated cecal diverticulitis diagnosed by imaging: initial antibiotics vs laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol*. 2010;16(38):4854–4857.
- Kim JK, Lee IK, Park JK, et al. Is conservative treatment with antibiotics the correct strategy for management of right colonic diverticulitis?: a prospective study. *Journal of the Korean Society of Coloproctology*. 2011;27(4):188–193.
- Chiu PWY, Lam CYW, Chow TL, et al. Conservative approach is feasible in the management of acute diverticulitis of the right colon. *ANZ Journal of Surgery*. 2001;71(11):634–636.
- Tan K, Wong J, Yan Z, et al. Colonic diverticulitis in young Asians: a predominately mild and right-sided disease. *ANZ J Surg*. 2014;84(3):181–184.
- Kalkan S, Başak F, Hasbahçeci M, et al. Intraoperative diagnosis of cecal diverticulitis during surgery for acute appendicitis: Case series. *Ulus Cerrahi Derg*. 2015;32(1):54–57.
- Karatepe O, Gulcicek OB, Adas G, et al. mCecal diverticulitis mimicking acute appendicitis: a report of 4 cases. *World J Emerg*

- Surg. 2008; 3: 16.
29. Mizuki A, Nagata H, Tatemichi M, et al. The out-patient management of patients with acute mild-to-moderate colonic diverticulitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21:889-897.
 30. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, et al. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *The American Journal of Surgery.* 2003;185(2):135-140.
 31. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, et al. Surgical approach to cecal diverticulitis. *Journal of the American College of Surgeons.* 1999;188(6):629-635.
 32. Boselli C, Burini G, Covarelli P, et al. A rare nosologica entity: the perforated solitary cecal diverticulum. Research article. *Annali Italiani di Chirurgia.* 2014;85(4):397-403.
 33. Uwechue RU, Richards ER, Kurer M. Stapled diverticulectomy for solitary caecal diverticulitis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2012;94(8):235-236.
 34. Kwon JW, Kim BS, Park HC, et al. Surgical treatment of complicated right colonic diverticulitis: laparoscopic versus open surgery. *Surg Endosc.* 2012;26(10):2926-2930.
 35. Çakar E, Ersöz F, Bag M, et al. Isolated cecal necrosis: our surgical experience and a review of the literature. *Ulusal Cer Derg.* 2014; 30: 214-218.
 36. Eyvaz K, Sıkar HE, Gökçeimam M, et al. A rare cause of acute abdomen: Isolated necrosis of the cecum. *Turk J Surg.* 2018;11:1-3.
 37. Gundes E, Kucukkartallar T, Çolak MH, et al. Ischemic necrosis of the cecum: a single center experience. *Korean J Gastroenterol.* 2013;61(5):265-269.
 38. Margovsky A, Grieve DA. Cocaine-induced isolated caecum necrosis. *ANZ J Surg.* 2001;71:321-322.
 39. Schuler JG, Hudlin MM. Cecal necrosis: infrequent variant of ischemic colitis. Report of five cases. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:708-712.
 40. Guitart Giménez J, Pagès Llinàs M, Domingo Ayllón M, et al. Computed tomography characteristics of isolated caecal ischaemia. *Radiologia* 2013, 55, 340-345.
 41. Hunter JP, Saratzis A, Zayyan K. Spontaneous, isolated caecal necrosis: Report of a case, review of the literature, and updated classification. *Acta Chir. Belg.* 2013, 113, 60-63.
 42. Kohga A, Yajima K, Okumura T, et al. A Case of Isolated Cecal Necrosis Preoperatively Diagnosed with Perforation of Cecum. *Medicina.* 2019;55: 9; doi:10.3390
 43. Chan NHHL, Rafiee H, Beales ILP, et al. Isolated caecal necrosis—a case study. *BJR Case Rep* 2018; 4: 20180089.
 44. Calle S, Klasky S. Intestinal phycomycosis (mucormycosis). *Am J Clin Pathol.* 1966; 45: 264-272.
 45. Bradbury AW, Brittenden J, McBride K, et al. Mesenteric ischaemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg.* 1995; 82: 1446-1459.
 46. Perko Z, Bilan K, Vilovic K, et al. Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal resection. *Coll Antropol.* 2006; 30: 937-939.
 47. Zeier M, Wiesel M, Rambusek M, Ritz E. Nonocclusive mesenteric infarction in dialysis patients (the importance of prevention and early intervention). *Nephrol Dial Transplant.* 1995; 10: 771-