

Apandisit

Op. Dr. Murat ÇALIKAPAN

Ana Konular

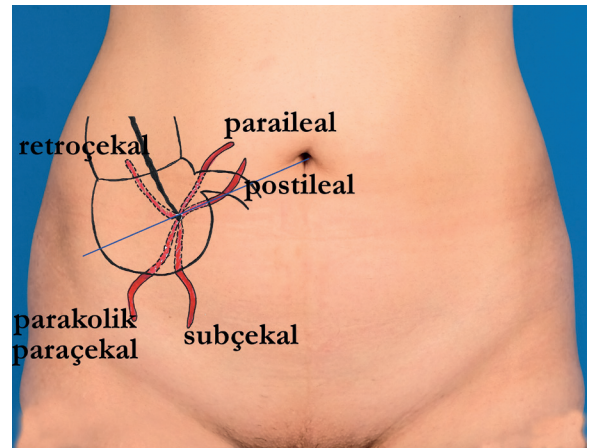
- ▶ Anatomi
- ▶ Fizyopatoloji
- ▶ Klinik
- ▶ Laboratuvar
- ▶ Ayırıcı Tanı
- ▶ Tanı
- ▶ Tedavi

Appendiks vermiformisin en sık karşılaşılan patolojisi akut apandisitir. Akut apandisit ise akut karın hastalıklarının yarısından fazlasının sebebidir. Yaşam boyu akut apandisit olma riski %6 olarak bildirilmektedir. Erken tanı konursa, laparoskopik ya da açık olarak yapılan cerrahi girişimle tam bir cerrahi şifa sağlanabilecek olan bu hastalık, tanıda gecikilir ve appendiks lümeninde delinme, peritonit olursa ölümlerle sonuçlanabilir. Bu yüzden sadece cerrahların değil tüm hekimlerin akut apandisit konusunda en azından genel bilgilerle donanmış olması gerekir.

ANATOMİ

Embriyolojik gelişimde çekumun alt ucunda bir çıkıntı olarak farklılaşmaya başlayan appendiks, doğumdan sonra ileoçekal valvin yaklaşık olarak 2,5 cm sol alt yanına doğru konumlanır. Erişkinde 6-12 cm uzunluğunda olup, yaklaşık 1 cm çapında silindirik bir organdır. Appendiksin tabanı kolonda üç tenyanın birleşme yerinde ve sabittir. Anterior tenyanın takip edilmesi tabanın bulunması için çok önemli bir ipucudur. Ancak appendiksin ucu preileal, postileal, parakolik, subçekal, retroçekal ya da

pelvik lokalizasyonlarda olabilir (Resim 1). Bu varyasyonların buldukları lokalizasyona göre semptomları farklı olur. Bu da tanıyı ve eksplorasyonu güçleştireceği için tedaviyi zorlaştırır. Ayrıca “mobil çekum” gibi çekum alt ucunun serbest hareket etmesi ya da “situs inversus totalis” gibi durumlarda appendiks vücudun sol yarısında yer alabilir. Bu da tanıyı zorlaştıran bir başka anatomik varyasyondur.



Resim 1. Apendiksin çeşitli uzanım yerleri (mavi çizgi: Spina iliaca anterior superior ile göbek arası) (Dr. Tamer Akça arşivi)

Özellikle çocuklarda ve gebelerde plastron oluşumu yetersiz, semptomlar aldatıcı ve komplikasyon olursa mortalite yükseldiği için tecrübeli bir cerrahi ekiple akut appendektomi daha uygun bir tedavi seçeneği olacaktır.

Plastronun başarı ile oluştuğu, ameliyatın ince bağırsaklar da dâhil birçok organda iyatrojenik yaralanmalara yol açabileceği erişkin yaş hastalarda konservatif tedavi başlatılabilir. Hasta gözlem altına alındıktan sonra intravenöz sıvı, geniş spektrumlu antibiyotik, nazogastrik dekompresyon, detaylı bir monitorizasyon sonrası vital bulguların sıkı bir şekilde izlenmesi sağlanır. Tekrarlayan fizik muayenelerle karın bulguları değerlendirilir. Bu arada gelişen apseler ultrasonografi ya da bilgisayarlı tomografi ile perkutan drene edilebilirler. Hastanın klinik bulguları gerileyip var olan kitlesi de yavaş yavaş çözülmeye başladığında (tedaviden 6-8 hafta sonrasında) elektif şartlarda mutlaka appendektomisi yapılmalıdır. Eğer appendektomi ihmal edilirse iki yıl içerisinde %60 oranında apandisitinin tekrarlama olasılığıdır.

Günümüzde gerek hastanede kalış süresinin azalması gerekse ameliyat sonrası ağrının az olması sebebi ile laparoskopik appendektomi çoğu merkezde ilk tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Laparoskopik appendektomi, özellikle üreme döneminde olan kadın hastalarda aynı seansta tanı ve tedaviyi sağlaması ile de faydalıdır. Maliyetinin tüm teknolojik gelişmelere rağmen hala açık apendektomiden fazla olması ve ameliyat süresinin uzunluğu tercih edilmeme nedenlerindedir.

Akut apandisit uygun şekilde tanınır ve zamanında appendektomi yapılırsa mortalite oranı 6/10.000 gibi çok düşük bir orandadır. Mortalite ve morbiditeyi arttıran neden hemen daima tanının gecikmesine bağlı perforasyon, yaygın peritonit ve apselerdir. Bununla beraber yara yeri infeksiyonları, özellikle perfore hastalarda intraabdominal apseler, çok nadir de olsa appendiks güdüğünden kaçaklara bağlı enterokutanöz fistüller ve genelde *E. Coli* septik trombozuna bağlı portal ven tromboflebiti nadir görülen diğer komplikasyonlardır.

Kaynaklar

- Vons, C., Barry, C., Maitre, S., et al.(2011) Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet* (377:1573).
- Hansson, J., Körner, U., Khorram-Manesh, A., et al.(2009) Randomized clinical trial of antibiotic therapy versus appendicectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients. *Br J Surg* (96:473).
- Eriksson, S., Granström, L.(1995) Randomized controlled trial of appendicectomy versus antibiotic therapy for acute appendicitis. *Br J Surg* (82:166).
- Styrud, J., Eriksson, S., Nilsson, I., et al.(2006) Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis. a prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg* (30:1033).
- Turhan, A.N., Kapan, S., Kütükçü, E., et al.(2009) Comparison of operative and non operative management of acute appendicitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* (15:459).
- Salminen, P., Paajanen, H., Rautio, T., et al.(2015) Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. *JAMA* (313:2340).
- Van, Randen, A., et al.(2008) Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease. *Radiology* (249:97-106).
- Rao, P.M., et.(1998) Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. *N Engl J Med* (338:141-146.)
- Oto, A.(2006) MR imaging evaluation of acute abdominal pain during pregnancy. *Magn Reson Imaging Clin N Am* (14:489-501).
- Özmen, M.M.,Zülfikaroğlu, B.,Tanık, A.,Kale, I.T.(1999) Laparoscopic versus open appendectomy.prospective randomized trial.*Surg laparoscpc endoscopic percutan tech* (9:187)
- Karakas, S.P.,Guelfguat, M.,Leonidas, J.C., Springer, S.,Singh, S.P.(2000) Acute appendicitis in children:comparison of clinical diagnosis with ultrasound and ct imaging.*Pediatr Radiology* (30:94)
- Puylaert, J.B., Vanderzant, F.M., Rijke, A.M.(1997) Sonography and the acute abdomen. *AJR Am J Roentgenol* (168:179-185).

- Rioux, M.(1992) Sonographic detection of the normal and abnormal appendix. *AJR Am J Roentgenol* (185: 773-778).
- Urban, B.A., Fishman, E.K.(2000) Tailored helical CT evaluation of acute abdomen. *Radiographics* (20:725-749).
- Ghiatas, A.A., Chopra, S., Chintapalli, K.N., et al.(1997) Computed tomography of the normal appendix and acute appendicitis. *Eur Radiol* (7:1043-1047).
- Mourad, J., Elliot, J.P., Erickson, L., et al. (2000) Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* (182:1027-29).
- Gomez, A., Wood, M. (1979) Acute appendicitis during pregnancy. *Am J Surg* (137:180-83).
- Popkin, C.A., Lopez, P.P., Cohn, S.M., et al.(2002) The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point. *Am J Surg* (183:20-22).
- Zhang, Y., Zhao, Y.Y., Qiao, J., et al.(2009) Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. *Chin Med J (Engl)* (122:521-24. 18).
- Yilmaz, H.G., Akgun, Y., Bac, B., ve ark.(2007) Acute appendicitis in pregnancy: risk factors associated with principal outcomes: a case control study. *Int J Surg* (5:192-97. 19).
- Mourad, J., Elliot, J.P., Erickson, L. (2000) Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* (21:1027-29).
- Gomez, A., Wood, M.D.,(1979) Acute appendicitis during pregnancy. *Am J Surg* (137:180-83).
- Kapan, S., Bozkurt, M.A., Turan, A.N., et al.(2013) Management of Acute Appendicitis in Pregnancy. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* (19:20-4).