

## 18.5. Akut Apandisit

Ekmel TEZEL<sup>1</sup>

### PATOFİZYOLOJİ

Akut apandisit, apendiks lümeninin tıkanması sonucu oluşur. Fekalit (appendikolit; katılaşmış gaita), lenfoid hiperplazi, bitki çekirdekleri, parazitler veya tümörler lümenin tıkanmasına neden olan faktörlerdir.

Lümenin tıkanması, kör sonlanan bir organ olan apendiks kapalı-loop obstrüksiyonu oluşmasına neden olur. Mukozadan salgılanan mukus birikir; intraluminal basınç artar (Şekil 1). Bu durum visseral sinirler tarafından algılanır ve tipik olarak periumbilikal bölgede hissedilir (visseral ağrı).

Bakteriler aşırı derecede çoğalır (*bacterial overgrowth*). Intraluminal basınç artmaya devam ettikçe önce lenfatik ve venöz dönüş (drenaj) ve sonra zaman ilerledikçe arteriyel akım bozular. Mukozadan başlayarak duvarda beslenme azalır, **gangren** ve **perforasyon** kaçınılmaz olur. Komşu peritona ulaşan inflamasyon, bu kez parietal sinirlerce algılanır: sağ alt kadranda iyi lokalize edilen ağrı olarak hissedilir (parietal ağrı).

Lümenin tıkanmasından perforasyona kadar geçen süre genelde 48 saat olarak kabul edilir. Perforasyon sonucu lokal peritona akan içerik ciddi kimyasal ve bakteriyel uyarı yapar: çevredeki bağırsak hareketleri yavaşlar, omentum bölgeye migrate olur.

Bazen perforasyon ince bağırsaklar ve omentum tarafından sınırlanır. Buna **plastron** denir. Bazı hastalarda plastron içeriği pü ve nekrotik dokulardan oluşan **apseye** dönüşebilir. Bu durumda hastada bacaklı yüksek ateş ortaya çıkar.

Perforasyon nadiren periton boşluğuna olur: bu durumda **peritonit** ve tedavi edilmezse **sepsis** tablosu ortaya çıkar. Peritonitin önemli bir komplikasyonu da periton boşluğunda **multiple apseler** gelişmesidir.

Çok nadiren bakteriler venöz yolla yayılarak portal ven duvarında enfeksiyona neden olurlar. Buna **pileflebit** denir.

Akut apandisit komplikasyonları Tablo 1'de özetlenmiştir.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., ekmeltezel@yahoo.com

si plastron veya apse düşündürür. Bu durumda CT yapılarak tanı konur. Apse saptanır ise CT ya da USG eşliğinde drenaj kategori konur. IV sıvı ve antibiyotik verilir. Klinik genellikle 3-5 günde düzelir. Plastron saptanır ise IV sıvı ve antibiyotik verilerek hasta takip edilir. Genellikle 3-4 gün sonra oral beslenmeye başlanır. Hasta interval apendektomi yapılmak üzere taburcu edilir. 40 yaş üzeri hastalara klinik yatıştıktan sonra kolonoskopi yapılması gerekir. Son yıllarda semptomları tekrarlamayan genç hastalarda apendektomi yapılmaması düşük rekürrens nedeniyle tavsiye edilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Päivi Huttunen, MD, PhD, and Ari Leppäniemi, MD, PhD. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *World Journal of Surgery*, Volume 37, Issue 5, Pages 1158-1164, 2013.
2. Keyanoosh Hosseinzadeh, MD, and Michael C. Sands, MD. Diagnosis of Acute Appendicitis: Imaging Findings and Contribution of Imaging to the Diagnosis. *Surgical Clinics of North America*, Volume 97, Issue 6, Pages 1235-1252, 2017.
3. Michael D. McGonagle, MD, MPH, and Edward H. Livingston, MD. Management of Acute Appendicitis: A Reviews.. *JAMA*, Volume 324, Issue 6, Pages 581-589, 2020.
4. Ajay Chopra, MD, and Edward H. Livingston, MD. Appendicitis in Adults: Update on Diagnostic Tools and Treatment. *BMJ*, Volume 367, Pages l6395, 2019.