

APPEDEKTOMİ

Mehmet Sabri ÇİFTÇİ¹

ENDİKASYON

Akut apandisit, tüm dünyadaki en yaygın acil abdominal cerrahi sebebidir. Klinik tanısı; anamnez, fizik muayene, laboratuvar değerlendirmesi ve görüntülemeye dayanır. Hastalar, klasik semptomlar olarak; periumblikal başlayan ağrının sağ alt kadrana göçü, eşlik eden bulantı/kusma olması, iştahsızlık, düşük dereceli ateş ile başvurmakta ve peritoneal irritasyon ilişkili fizik muayene bulgusu olan hastalarda tanı laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle desteklenmektedir. Her ne kadar bazı komplike akut apandisit olgularında perkütan apse drenajı işlemi sonrasında interval appendektomi ya da komplike olmayan akut apandisit olgularında antibiyoterapi içerikli medikal tedavi seçenekleri denense de appendektomi, akut apandisit için birinci basamak tedavi olmaya devam etmektedir.

AMELİYAT HAZIRLIĞI

Akut apandisitli hastalar; ateş, yetersiz oral alım ve perforasyona sekonder dehidrate olabilir. İntravenöz kristaloid sıvılar infüze edilmeli ve idrar çıkışı dahil vital bulgular yakından izlenmelidir. Belirgin dehidrate hastalar, idrar çıkışının doğru şekilde izlenmesini sağlamak için üriner katetere

ihtiyaç duyabilir. Perforasyon ve kusmaya bağlı elektrolit imbalansı nadir görülür ancak genel anestezi indüksiyonundan önce mevcut elektrolit bozukluğu düzeltilmelidir.

İntravenöz geniş spektrumlu antibiyotiklerin, appendektomi sonrası postoperatif cerrahi alan enfeksiyonu görülme sıklığını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir.

Antibiyotikler tanı anında uygulanmalıdır. Apendiksin florası, kolon ile benzer gram negatif aerob (öncelikle *Escherichia coli*) ve anaerobları (*Bacteroides* türleri) içermektedir. Standart bir antibiyotik rejimi olmamakla birlikte, kabul edilebilir seçenekler arasında ikinci kuşak sefalosporin veya gram negatif bakteriler ve anaeroblara yönelik bir antibiyotik kombinasyonu yer almaktadır.

Akut apandisit tanısıyla appendektomi yapılmasına karar verildiğinde, perforasyona ilerleme olasılığını en aza indirmek için hasta olabildiğince az gecikmeyle ameliyathaneye gitmelidir.

AMELİYAT TEKNİĞİ

Supin pozisyonuna alınan hastada genel ya da spinal anestezi tercih edilebilir. Cerrah, insizyonun yeri ve çeşidine karar vermelidir. Preoperatif mu-

¹ Uzm. Dr, Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, msabriciftci@yahoo.com, ORCID id: 0000-0003-4113-2416

ayene ve görüntülemeye palpabl kitle veya apse formasyonu varlığında median insizyon tercih edilebilir. Standart appendektomi için, umblikus ile spina iliaca anterior süperior arası mesafenin dış üçte birine hizalandırılan McBurney insizyon yeterli olacaktır. İnsizyon sonrası cilt altı dokular elektrokoter yardımıyla geçilerek eksternal oblik kasın aponevrozu ortaya konulur ve insizyona paralel olarak açılır. Ardından eksternal oblik, internal oblik ve transversus abdominis kasları, liflerinin yönelimine uygun olarak klemple aranılır ve transvers fasya ile periton karın içeriğine zarar vermemeye dikkat edilerek keskin şekilde açılır. Doğru yerleşmiş bir insizyonla çekum görülecektir. Apendiks sıklıkla elle hissedilir ancak etraf dokulara yapışıklıdır. İnce yapışıklıklar künt diseksiyon kullanılarak ayrılabilir, bununla birlikte dens yapışıklıklar doğrudan görüş altında disseke edilmelidir. Eğer apendiks ele gelmiyorsa, çekumdaki tenia koliyi, apendiksini her zaman kaynaklandığı çekal tabana kadar takip ederek yeri belirlenebilir. Bu işlem için babcock klemp kullanılmaldır. Ardından apendiksini arteryel kanlanmasının olduğu mezoappendiks right-angle klemp ile dönülerek serbest bağlamalar ya da transfiksasyon sütürleri sonrasında kesilir. Apendiks radiksi, tabanın hemen üzerinden 2-0 ipek ya da emilebilir sütürler ile bağlanır ve sonrasında kesilir. Güdük ya koterize edilir ya da cerrahın tercihinine göre kese ağzı dikişi ile invert edilebilir. Apendiks çıkarıldıktan sonra hemostaz sağlanır. Loj ve pelvis ılık serum fizyolojik ile irige edilir. Periton, 0 numara emilebilir sütür ile devamlı kapatılır. Bu tabaka herhangi bir kuvvet sağlamaz ancak karın duvarının kapatılması sırasında karın içeriğinin tutulmasına yardımcı olur. Daha sonra internal ve eksternal oblik kaslar 0 numara emilebilir dikiş kullanılarak arka arkaya kapatılır. Eksternal oblik kas fasyasının absorbe olmayan polipropilene sütürler ile devamlı kapatılmasını takiben cilt altı ve cilt katmanlar halinde kapatılır ve operasyon sonlandırılır.

POSTOPERATİF BAKIM

Postoperatif erken dönemde sıvı dengesi, kristaloid sıvıların intravenöz uygulanmasıyla korunur. Hastalar aynı gün berrak sıvı diyetine başlayabilir ve tolere edildiği ölçüde kademeli ilerletilebilir. Hastaların aynı gün erken mobilize edilmesi sağlanır. Perfore olmayan apandisit için ameliyat sonrası antibiyotik gerekmez ancak perforasyon ve peritoenal sepsis varlığında antibiyoterapinin devamı gerekebilir. Komplike olmayan apandisitli hastalar genellikle 24 ila 48 saat hastanede kalmayı gerektirir ve oral alımı tolere edip, ağrı kontrolü sağlandığında taburcu edilebilirler.

KOMPLİKASYONLAR

Her ameliyatta olduğu gibi appendektominin de erken ve uzun dönem komplikasyonları mevcuttur. Erken dönem komplikasyonları olarak; kanama, yüzeysel ve derin cerrahi alan enfeksiyonları, intestinal yaralanmalar ve kaçak sayılabilir. Geç dönemde ise adhezyonlara bağlı ileus, nadiren de olsa güdük apandisit ve insizyonel herniler görülebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. JAMA. 2021 Dec 14;326(22):2299-2311.
2. Skandalakis LJ. *Surgical anatomy and technique a pocket manual*. 3th ed. NY: Springer; 2009.
3. Zinner MJ, Ashley SW, Hines OJ. *Maingot's abdominal operations*. 13th ed. NY: McGraw-Hill Education; 2019.
4. Zollinger RM, Ellison EC. *Zollinger's atlas of surgical operations*. 9th ed. NY: McGraw-Hill Companies; 2011.
5. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston cerrahi Modern cerrahi pratiğin biyolojik temeli*. (Mehmet Ali GÜLÇELİK, H.Erhan GÜVEN, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi;2018.
6. Rasmussen T, Fonnes S, Rosenberg J. Long-Term Complications of Appendectomy: A Systematic Review. Scand J Surg. 2018 Sep;107(3):189-196.
7. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD001546.