

yönetimini değiştirecek perforasyon gibi diğer tanıları ve komplikasyonları ekarte etmek için de idealdir.

Kolonoskopinin tanıdaki yeri kısıtlıdır; hazırlık solüsyonlarının dehidratasyona katkıda bulunuşu, işlem sırasında verilen havanın perforasyon riski oluşturması ve acil şartlardaki kullanım kısıtlılığı kullanımını sınırlar. Kolonoskopide sık görülen bulgular: peteşiyal kanamalar, ödemli ve frajil mukoza, dağınık erozyonlar, uzun aksa paralel ülserler ve sınırlarının ayrımı net olarak tanımlanmış bir tutulum segmentidir.

Kolonik iskemi çoğunlukla geçici olduğundan, hafif vakalarda mezenterik anjiyografi endike değildir. Kliniği ağır, sağ kolon iskemisi düşünülen veya akut mezenterik iskeminin dışlanmasına ihtiyaç duyulan olgularda düşünülmelidir.

TEDAVİ

Öncelikli amaç; ilaçlar veya enfeksiyonlar gibi geri döndürülebilir nedenleri ortadan kaldırmak olmalıdır. İntravenöz sıvılar ve vazokonstriktif ajanların kesilmesi ile sağlanan hemodinamik stabilizasyon, bağırsak istirahati ve geniş spektrumlu ampirik antibiyotikler ile konservatif tedavi çoğu olguda etkindir. İleus varlığında nazogastrik dekompresyon yapılmalıdır. İskemi çoğunlukla non okluziv olduğundan antikoagülan tedavi rutinde önerilmez. Yaygın peritonit, perforasyon, hemodinamik insitabiliteye veya tekrarlayan transfüzyon gerekliliğine neden olan kanama varsa cerrahi düşünülmelidir. Sağ kolonun iskemisi, erkek cinsiyet, rektal kanamanın olmayışı, renal fonksiyon bozukluğu, kolonik striktürler ve başlangıçta peritonit bulgularının olması kötü prognoz göstergesi olup konservatif tedavinin başarısız olabileceğini düşündürmelidir (24).

Teşekkür: Dr. Öğr. Üyesi İsa ÇAM'a endovasküler olgu örneklerini bizimle paylaştığı için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Klar E, Rahmanian PB, Bücker A, Hauenstein K, Jauch KW, Luther B. Acute mesenteric ischemia: a vascular emergency. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(14):249-256.
2. Törüner A. Mezenterik vasküler hastalıklar. Sayek İ (Ed). Temel cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi 2004:1499-1502.
3. Valji K. Vascular Interventional Radiology mesenteric arteries (1th ed.) W.B. Saunders Company, California 1999:182-203.
4. van Petersen AS, Kolkman JJ, Meerwaldt R, et al. Mesenteric stenosis, collaterals, and compensatory blood flow. *J Vasc Surg.* 2014;60(1):111-119.e1192.
5. Yasuhara H. Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology. *Surg Today.* 2005;35(3):185-195.
6. Stamatakos M, Stefanaki C, Mastrokalos D, et al. Mesenteric ischemia: still a deadly puzzle for the medical community. *Tohoku J Exp Med.* 2008;216(3):197-204.

Portal filebit, apendiks perforasyonunun en ciddi ve nadir komplikasyonu olup, portal venin septik tromboflebitidir. Günümüzde divertikülit en yaygın nedenidir. Yüksek ateş ve hafif sarılık ile başvuran apandisitli bir hastada düşünülmelidir. Tedavide tetikleyici infeksiyonun kontrolü ve uzun süreli (4-6 hafta) antibiyotik tedavisi gereklidir. Agresif tedaviyle bile, portal filebiti takiben, hepatik apse insidansı %50 ve ölüm oranları %30- %50'dir. Uzun vadeli komplikasyonları arasında, portal ven trombozu ve özofago-gastrik varisler gelişebilir.

TEDAVİ

Apendektomi akut apandisit için acil cerrahi tedavidir. Antibiyotik tedavisi cerrahiye alternatif olmak yerine cerrahiye eklenen bir tedavi olmalıdır. Antibiyotik ve apendektomiye karşılaştıran yakın tarihli bir meta-analizde antibiyotik tedavisi alan grupta 1 yıl içinde apandisit tekrarlama riski, tedaviye bağlı yan etki riski ve hastanede kalış süresi belirgin daha yüksek olup, cerrahi tedavi kesin tedavi olarak önerilmiştir (19). Hastalar uygun sıvı ve elektrolit replasmanı sonrası, yara infeksiyon riskini azaltma amaçlı IV antibiyoterapi başlanıp, cerrahi alınmalıdır. Perforasyon riski nedeniyle bu süre uzun tutulmamalıdır (18). Açık veya laparoskopik apendektomi olmak üzere iki standart cerrahi prosedür mevcuttur. İki prosedürü karşılaştıran meta-analizler değerlendirildiğinde iki prosedürün avantajları aşağıdaki gibi özetlenebilir (20).

Laparoskopik cerrahi: Daha düşük yara enfeksiyonu oranı, postoperatif 1. günde daha az ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi

Açık cerrahi: Daha kısa operasyon süresi, daha düşük karın içi apse oranı, daha az batın içi adhezyonlar

Obezlerde ve yaşlı popülasyonda hastanede kalış süresinin ve morbiditenin daha az olması nedeniyle laparoskopik girişim avantajlıdır. Yine tanının şüpheli olduğu durumlarda diğer abdominal organları da değerlendirme amaçlı laparoskopik girişim düşünülmelidir (9).

KAYNAKLAR

1. Golden RL, Reginald H. Fitz, appendicitis, and the Osler connection--a discursive review [published correction appears in *Surgery* 1996 Jul;120(1):120]. *Surgery*. 1995;118(3):504-509.
2. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy*. 1983;15(2):59-64.
3. Buschard K, Kjaeldgaard A. Investigation and analysis of the position, fixation, length and embryology of the vermiform appendix. *Acta Chir Scand*. 1973;139(3):293-298.
4. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol*. 1990;132(5):910-925.