

Akut Appendisit Tablosunu Taklit Eden Çekum Divertikül Perforasyonu: İki Olgunun Sunumu

Cecum Diverticulum Perforation Mimicking an Acute Appendicitis: A Report of Two Cases

DENİZ NECDET TİHAN¹, MELTEM KÜÇÜKYILMAZ², GÜLÇİN HEPGÜL², OLGUN ÖZTÜRK², SİNAN BİNBOĞA², HAKAN GÜVEN²

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa-Türkiye ²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

ÖZET

Çekum divertikülü, nadir görülen bir lezyon olmakla birlikte, klinik semptomları akut appendisit ile benzerlik gösterdiğinden dolayı tanı ve tedavi açısından zorluklar sergiler. Fizik muayene ile akut appendisitten hemen hemen hiçbir zaman ayırt edilemez ve radyolojik görüntüleme yöntemleri de çoğu kez yetersizdir. Bu nedenle tanı, genellikle ameliyat esnasında konulur. Yazıda, akut appendisit ön tanısı ile ameliyata alınan ve ameliyat esnasında perforate çekum divertiküliti saptanan iki olguyu dikkatinize sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Çekum divertikülü, Perforasyon, Akut appendisit,

ABSTRACT

Cecum diverticulum is an uncommon lesion and may cause diagnostic and therapeutic difficulties due to the clinical similarity with the acute appendicitis. This entity is almost indistinguishable from acute appendicitis by physical examination, even imaging modalities are incapable. Thus the condition is diagnosed usually at surgery. Here, we report two cases that underwent to laparotomy pre-diagnosed an acute appendicitis, but a solitary cecum diverticulum perforation due to inflammation were peroperatively discovered.

Key words: Cecum diverticulum, Perforation, Acute appendicitis,

Başvuru Tarihi: 07.07.2011, Kabul Tarihi: 15.08.2011

Dr. Necdet Tihan
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, Yıldırım İlçesi Bursa - Türkiye
Tel: 0536.2224417
e-mail: dtihan@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2011;21:126-129

Giriş

Kolon kaynaklı divertiküller, en sık sigmoid kolonda ve antimezenterik yüzde yerleşirler. Toplumdaki sıklığı oldukça yüksektir. Buna mukabil, çıkan kolon ve çekumda divertikül görülmesi, sık karşılaşılan bir durum değildir. Sağ kolon divertiküllerinden gelişen inflamasyon, klinikte kendini ateş, sağ alt kadranda ağrısı ve çoğunlukla eşlik eden periton irritasyon bulguları ve kan sayımında artmış lökosit değerleri ile gösterir. Bu tablo, hemen her klinisyene ilk anda akut appendisit düşündürür. Bu nedenle gerçek patolojinin tanısı çoğunlukla ameliyat esnasında konur. Potier¹ tarafından tanımlandığı 1912 yılından bu yana, literatürde bir çok soliter çekum divertikül vakası rapor edilmişse de, tanı ve tedavi konusunda halen net bir görüş birliğinin sağlanamamış olması, bu olguların daha dikkatli incelenmesi gerekliliğini doğurmaktadır.

Olgu 1

Otuz üç yaşındaki kadın hasta, kırk sekiz saattir olan bulantı ve eşlik eden alt karın ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda defans ve rebound saptandı. Vücut ısısı 37.8°C olan hastanın tam kan sayımında 13.000/mm³ lökosit ve biyokimyasal parametrelerinde 96 mg/l C-reaktif protein değerleri saptandı. Hastaya abdominal ultrason (US) görüntüleme yapıldı ve karın sağ alt kadranda serbest sıvı, çekumda inflamasyona bağlı duvar kalınlaşması ve perikçekal alanda serbest sonlanan immobil tübüler bir yapı saptandı. Appendisit tanısı US ile ekarte edilemediği ve hasta klinik olarak akut appendisit ile uyumlu bulgular sergilediği için hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de terminal ileum, çekum ve çıkan kolon proksimalinde duvar kalınlaşması olduğu, ve perikçekal bölgede dilate ve ödemli barsak ansları ile kontrast tutan ve abse ile uyumlu olduğu düşünülen sıvı kolleksiyonu olduğu görüldü (Resim 1). Appendiks normal olarak değerlendirildi ve bulguların akut apandisitinden ziyade çekum ve çıkan kolonu tutan ve perforasyona neden olan kolit ya da tüberküloz gibi inflammatuar bir süreç ile uyumlu olduğu düşünüldü (Resim 2). Hastaya eksplorasyon kararı alındı. Ameliyatta appendiksin normal konumunda ve boyutlarında olduğu, akut appendisit ile uyumlu bir patolojinin bulunmadığı, çekum ön duvarında ödemli bir kütle olduğu görüldü. Çevre yapışıklıklar disseke edilince kütle perfor



Resim 1. Abdomen BT'de perikçekal abse.



Resim 2. Abdomen BT'de çekum inferiorunda normal görünümde appendiks imajı.

çekum divertikülü olduğu saptandı. Loküle abse drene edildi. Batın içerisi bol serum fizyolojik ile yıkandı. Çevredeki kontaminasyonun sınırlı olması ve peritonitin yaygın olmaması nedeniyle hastaya sınırlı cerrahi uygulanması kararı alındı ve divertikülektomi, primer onarım, omentoplasti ve standart appendektomi uygulandı. Loja dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat piyesinin histopatoloji sonucu, kolonun tüm katlarını içeren ve uç kısmında iskemik nekrotik alan bulduran divertikülit ile uyumlu olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası birinci gününde oral gıda başlandı. Hasta ikinci gününde dreni alınarak oral amoksisilin klavulonat 1 gr 2x1 tedavisi ile taburcu edildi. Hasta

ameliyatının üçüncü ayındadır ve poliklinik takiplerinde sorun yoktur.

Olgu 2

Otuz bir yaşında erkek hasta, yirmi dört saattir olan karın ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda defans ve rebaund saptandı. Vücut ısısı 38.1°C olan hastanın tam kan sayımında ve biyokimyasal değerlerinde 14.500/mm³ lökosit dışında özellik saptanmadı. US görüntülemeye sağ alt kadranda az miktarda serbest sıvı ve mezenter dokuda hiperekoik bir odak saptandı. Appendiks vizüalize edilememekle birlikte US bulguları perforate appendisit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta ameliyata alındı. Ameliyatta appendiksin normal konumunda ve boyutlarında olduğu, akut appendisit ile uyumlu bir patolojinin bulunmadığı, çekum ön duvarında perforate divertikül ile uyumlu lezyonun bulunduğu görüldü. Batın içerisi bol serum fizyolojik ile yıkandı. Çevredeki kontaminasyonun sınırlı olması nedeniyle hastaya, bir önceki vakada olduğu gibi divertikülektomi, primer onarım, omentoplasti ve standart appendektomi uygulandı. Loja dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat piyesinin histopatoloji sonucu, bir önceki vakadakine benzer biçimde, kolonun tüm katlarını içeren ve uç kısmında iskemik nekrotik alan bulunduran divertikülit ile uyumlu olarak rapor edildi. Bu hastaya da ameliyat sonrası birinci gününde oral gıda başlandı ve hasta ikinci gününde dreni alınarak oral amoksisilin klavulonat 1 gr 2x1 tedavisi ile taburcu edildi. Hasta ameliyatının birinci ayındadır ve poliklinik takiplerinde sorun yoktur.

Tartışma

Soliter çekum divertikülleri nadir rastlanan ve genellikle asemptomatik seyreden, çoğunlukla çekum anterior duvar yerleşimli lezyonlardır.² Çekum divertikülleri, distal kolon yerleşimli divertiküllerin aksine çoğunlukla konjenitaldirler ve kolon duvarının tüm katlarını içeren gerçek divertiküldürler. Vakaların hemen tamamında tek divertikül görülür. Gerçek sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte doğu toplumlarında daha sık görüldüğünü bildiren yazılar mevcuttur.^{2,3} Divertikül orifisinin fekalit gibi bir nedenle tıkanmasına bağlı gelişen divertikülit tablosu, akut appendisit taklit ettiği için, ameliyat öncesi tanı koymak zordur. Dolayısıyla, literatürde verilen insidans, ameliyat ile konulan tanılara

bağlıdır ve appendektomi planlanarak laparotomi yapılan her 300 hastadan 1'inde çekum divertikülü saptandığı rapor edilmektedir ki bu nedenle toplumdaki sıklığının yaklaşık 1/1.000.000 olduğu tahmin edilmektedir.^{3,4} Yine yapılan retrospektif çalışmalar göstermiştir ki, çekum divertiküli, sigmoid kolon divertikülüne oranla daha erken yaşlarda (ortalama yaş 44) ortaya çıkmaktadır ve kadınlarda sıklığı biraz daha fazladır.³⁻⁵

Semptomatik çekum divertiküllerinin önemi, daha önce de değinildiği gibi, ateş, sağ alt kadranda ağrısı (çoğunlukla eşlik eden defans ve rebaund) ve tam kan sayımında yüksek lökositoz gibi klinik/laboratuvar manifestasyonu nedeniyle. Bu bulgular, pek çok klinisyen tarafından, olması gerektiği üzere, akut appendisit lehine yorumlanır. Dahası radyolojik görüntüleme modaliteleri de gerçek teşhis için çok yardımcı olmazlar. Dolayısıyla hastalar, sunduğumuz iki olguda da olduğu gibi, akut appendisit ön tanısıyla ameliyata alınırlar. Aslında her ne kadar klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular akut appendisit taklit etse de, iştahsızlık ve kusmanın akut appendisit kliniğinde olduğu kadar belirgin olmaması ve yirmi dört saatten uzun süren bir karın ağrısına rağmen sistemik sepsis bulgularının ortaya çıkmaması ile izole bir çekum divertikülitinden şüphelenilebilir.⁴⁻⁶ Eğer divertiküle bağlı subklinik bir perforasyon gelişirse, bu alan ameliyat sonrası yapılan histopatolojik incelemelerde "soğan zarı" görünümü arzeden fibrin depozitleriyle sınırlanabilir ve hasta hafif bir semptom spektrumu ve ele gelen kitle şikayeti ile de kliniğe başvurabilir.⁵ Bu durumda Crohn hastalığı, ameboma, çekum tümörü, gastrointestinal tüberküloz, pelvik inflammatuar hastalık gibi sağ alt kadranda palpe edilebilen kitle oluşturabilecek başka patolojilerle de ayırıcı tanıya gitmek gerekliliği doğacaktır.⁴

Chou ve ark.⁷ 2001 yılında yayınladıkları ve sağ alt kadranda ağrısı ile kliniğe başvuran 934 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, sağ kolon kaynaklı divertiküllerde ultrasonun (US) duyarlılığının %91, özgüllüğünün ise %99 olduğunu belirtmişlerdir. Sardi ve ark.⁸ 881 hastayı kapsayan, sağ kolon divertiküler hastalığı üzerine yayınladıkları geniş serili yazıda bilgisayarlı tomografinin (BT) de duyarlılık ve özgüllük bakımından US ile benzerlik gösterdiğini söylemektedirler. Nitekim ilk olgumuzda US ile olmasa da, BT ile appendiksin normal olduğu görülebilmektedir. Ancak burada gözden kaçırılmaması gereken nokta şudur ki, bahsedilen her iki geniş serili çalışmada da sağ

kolonun tüm divertiküler hastalıkları ele alınmıştır. Oysa, çekum kaynaklı, appendikse çok yakın konumlu izole tek bir divertikülün radyolojik olarak teşhis edilmesinde, özellikle de komplike olmuş bir divertikülite bağlı bozulmuş anatomik topografi varlığında, US ve BT bu kadar yüksek tanılabilir başarı gösteremeyebilir. Nitekim, literatürde halen soliter çekum divertiküliti tanısı alan hastaların %65-85'inde teşhis, ameliyat esnasında konulmaktadır.^{1,4,5}

Tanı koymada yaşanan sıkıntılar, tedavinin de standardize edilmesini zorlaştırmaktadır. Literatürdeki vaka bazlı tedavi önerileri, ilk sigmoid kolon divertikülite atağını geçiren hastaların çoğuna uygulandığı gibi geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ile konservatif takipten, sağ hemikolektomi gibi daha radikal cerrahi girişimlere kadar geniş bir yelpaze sunmaktadır.¹⁻⁵ Biz her iki vakamızda da radikal bir cerrahiden kaçınarak divertikülektomi, defektin primer onarımı ve omentoplasti tercih ettik ve standart appendektomiye de cerrahi prosedürümüze ekledik. Ancak tedavi ve gerekiyorsa

cerrahi girişim seçimi her hastaya ve hastanın klinik durumuna göre değişiklikler sergileyebilir.⁹ Canver ve Freier,¹⁰ çekum divertiküllerinin yaklaşık %15'inin er ya da geç inflame olacağını belirtmektedirler. Bu da beraberinde çekum divertikülü saptandığında, minimal invaziv cerrahideki son gelişmeler de göz önüne alındığında, laparoskopik divertikülektomi gibi bir cerrahi girişimin gerekip gerekmediği sorusunu da gündeme getirebilir.¹¹

Sonuç olarak, izole çekum divertikülü nadir görülen bir lezyon olmakla birlikte, tanı açısından taşıdığı zorluklar, tedavisinin planlanmasındaki standardizasyon yetersizliği ve atlanması durumunda gelişebilecek komplikasyonların mortalitesi göz önüne alındığında, sağ alt kadran ağrısı ile gelen hastalarda ayırıcı tanılar içerisinde yer almalıdır. Özellikle akut appendisit ön tanısı alan hastalarda, her cerrahin ameliyat planlarken, çekum divertikülitini de unutmaması ve buna yönelik önlemlerini alması ameliyat esnasında ve sonrasında gelişebilecek zorlukları ve komplikasyonları en aza indirebilir.

Kaynaklar

1. Connolly D, McGookin RR, Gidwani A, *et al.* Inflamed solitary cecum diverticulum - it is not appendicitis, what should I do? *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:672-4.
2. Karatepe O, Gulcicek OB, Adas G, *et al.* Cecal diverticulitis mimicking acute Appendicitis: a report of 4 cases. *World J Emerg Surg* 2008;3:16.
3. Cole M, Ayantunde AA, Payne J. Cecum diverticulitis presenting as acute appendicitis: a case report. *World J Emerg Surg* 2009;4:29.
4. 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;98:875-80.
5. Kumar S, Fitzmaurice GJ, O'Donnell ME, *et al.* Acute right iliac fossa pain: not always appendicitis or a caecal tumour: two case reports. *Cases J* 2009;2:88.
6. Abogunrin FA, Arya N, Somerville JE, *et al.* Solitary caecal diverticulitis-a rare cause of right iliac fossa pain. *Ulster Med J* 2005;74:132-3.
7. Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, *et al.* Chen JD Sonography of acute right side colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001;181:122-7.
8. Sardi A, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the cecum and ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg* 1987;53:41-5.
9. Kurer MA. Solitary cecum diverticulitis as an unusual cause of a right iliac fossa mass: a case report. *J Med Case Reports*. 2007;1:132.
10. Canver CC, Freier DT. Management of cecal diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 1986;81:1104-6.
11. Park HC, Lee BH. Suspected uncomplicated cecal diverticulitis diagnosed by imaging: initial antibiotics vs laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol* 2010;16:4854-7.