

Situs inversus totalisli hastada akut apandisit

Acute appendicitis in a patient with situs inversus totalis

Abdullah Oğuz¹, Akın Önder², Fatih Taşkesen², Mesut Gül², Muhammet Arslan³, Murat Kapan²

¹Ceylanpınar Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

³Ceylanpınar Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, Şanlıurfa

Yazışma adresi: Akın Önder, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 21280, Diyarbakır, Türkiye Tlf: 0412 248 80 01 (4754), Fax: +90 412 2295912

E-mail: draonder@gmail.com

Özet

Akut apandisit en sık cerrahi girişim gerektiren karın ağrısı nedenidir. Situs inversus totalisli hastalarda apandiks sol alt kadranda yer alır. Yazımızda sol alt kadranda ağrısı ile başvuran ve akut apandisit tanısı alan bir situs inversus totalis olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit, apendektomi, situs inversus totalis

Abstract

Acute appendicitis is the most common cause of abdominal pain requiring surgical intervention. The appendix is located in the left lower quadrant in patients with situs inversus totalis. In this article, we presented a patient with situs inversus totalis who admitted with left lower quadrant pain and was diagnosed as acute appendicitis.

Key words: Acute appendicitis, appendectomy, situs intersus totalis

Giriş

Sağ alt kadranda ağrısı ile acile başvuran ve akut karın tanısı ile apendektomi en sık uygulanan acil cerrahi girişimdir (1). Sol alt kadranda akut apandisit oldukça nadirdir. Akut apandisit konjenital geçişli Situs inversus totalis (SİT) ve malrotasyonda sol alt kadranda yerleşimlidir. SİT'te akut apandisit sol alt kadranda yerleşimi nedeniyle tanı ve tedavisi oldukça güçtür. Bu olgularda apandisit geç tanı konulması nedeni ile akut apandisit komplikasyonları ile karşılaşılabilir (2). Bu yazıda sol alt kadranda ağrısıyla başvuran, değerlendirme sonrası SİT ile birlikte akut apandisit tanısı konulan olgu sunuldu.

Olgu

On sekiz yaşında erkek hasta bir gün önce göbek çevresinden başlayan sonra sol alt kadranda

yerleşen karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde subfebril ateş dışında vital bulguları normaldi. Kalp tepesi atımı sağ 5. interkostal aralığın midklavikular hatla kesiştiği yerde idi. Barsak sesleri hipoaktifti. Karın sol alt kadranda hassasiyet, defans ve ribaund mevcuttu. Laboratuvarında lökosit $14200/\text{mm}^3$ ve nötrofil %80,4 idi. C-reaktif protein 3.47 mg/L idi. Elektrokardiyografide kalp sağda ve normal sinüs ritmi mevcuttu. Ayakta direkt karın grafisinde mide fundus gazının sağda, PA akciğer grafisinde ise kalbin sağda olduğu görüldü (Resim 1). Karın ultrasonografisinde (USG) karaciğer sol, dalak ise sağda yerleşimli idi. Sol alt kadranda 9,1 mm çapında, nonkomprese, peristaltizm izlenmeyen, duvar kalınlığı artmış tübüler segment akut apandisit

ile uyumlu idi. Bu bulgularla olguya SİT ile beraber akut apandisit tanısı konuldu. Akut apandisit ile beraber SİT tanısı hakkında hastanın kendisi ve ailesi bilgilendirildi. Hasta ve ailenin SİT' ten haberdar olmadıklarını ve yakın akrabalarında şimdiye kadar tanık olmadıklarını ifade ettiler. Hasta ve yakınlarına gerekli tıbbi bilgiler verildikten ve rızaları alındıktan sonra ameliyata karar kılındı. Sol Mc Burney insizyonla yapılan laparotomide apandiks erektil, enflame ve ödemli idi (Resim 2). Usulüne uygun apendektomi uygulandı. Hasta postoperatif 2. günde sorunsuz taburcu edildi. Histolojik değerlendirilmesi akut apandisit ile uyumlu olarak rapor edildi.

Tartışma

Nüfusun yaklaşık olarak %7'sinin hayatı boyunca akut apandisit olacağı ve yıllık insidansının 1/1000 kişi olduğu bildirilmiştir. Apandisit klasik olarak kliniğinde iştahsızlık, bulantı-kusma, kabızlık, bazen ishal veya tenesmus ile birlikte göbük civarında başlayan ağrının genelde 4-6 saat içinde sağ alt kadrana lokalize olması şeklindedir. Sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound fizik muayene bulgularıdır. Fakat bu tipik klinik hastaların % 60 kadarında görülür (3, 4). Hastamızda klinik ve fizik muayene bulguları tipik sağ yerleşimli apandisit simetrik yönde yani solda görülmesi şeklindeydi.

SİT embriyonik orta barsağın saat yönünün tersine 270° döneceği yerde, saat yönüne 270° dönmesi ile oluşur. Böylece tüm toraks ve karın içi organların normalde olmaları gereken lokalizasyonun orta hatta göre simetrik lokalizasyonuna yerleşirler. Bu durumda apandiks de sol alt kadranda bulunur. SİT insidansı 1/6000 – 35000 olarak bildirilmiştir (5). SİT otozomal dominant veya resesif genetik mutasyon olduğu düşünülmese de rağmen sporadik olgular da bildirilmiştir (5). Malrotasyon ise rotasyonun derecesi ve yönündeki anormalliklere göre varyasyon gösterir. Bu

olgularda apandiks sol alt kadranda yerleşebileceği gibi sağ alt kadrana ya da sağ üst kadranda da yerleşebilir (5). Bu çalışmadaki hastada direkt grafilerde kalbin sağda, mide fundus gazının solda idi. USG' de karın içi organlarında ters olarak yerleşmesi hastanın SİT ile uyumlu olduğunu gösteriyordu.

Sol alt kadranda yerleşen abdominal ağrının ayırıcı tanısında; sigmoid divertikülit, abdominal aortik anevrizma diseksiyonu, renal kolik, sistit, epididimit, prostatit, testis torsiyonu, inkarsere herni, barsak obstrüksiyonu, psoas absesi, gibi durumlar düşünülürse de SİT nedeniyle akut apandisit sol tarafta yerleşme ihtimali de olabilir (5). Hastamızın ayırıcı tanısında diğer hastalıklar göz önünde bulundurularak tanısı kesinleştirildi.

Sonuç olarak, sol alt kadranda ağrısı ile başvuran hastalarda situs inversus totalis ile beraber akut apandisit olabileceği akılda tutularak erken tanı ve tedavisi sağlanmalıdır. Hasta ve ailesi bu konuda bilgilendirilmelidir.



Resim 1: Dekstrakardiaya ait posterior-anterior akciğer grafisi görünümü



Not: Bu olgu 8. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresinde (14-18 Eylül 2011, Antalya-Türkiye) bildiri olarak sunulmuştur.

Resim 2: Sağ alt kadranda yerleşimli appendiksin intraoperatif görünümü

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

1) Hou SK, Cherm CH, How CK, Kao WF, Chen JD, Wang LM, Huang CI. Diagnosis of appendicitis with left lower quadrant pain. J C Med Assoc 2005; 68: 599-603.
2) Pehlivan M, Kıvrak M, Gökgöz T, Ertaş E. Sol alt kadranda ağrısı ile karakterize nadir bir akut karın olgusu: Situs inversus totalis ve

perfore apandisit. Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi 2003; 8: 162-66.
3) Fales WD, Overton DT. Abdominal pain. In: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editors. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1996; 217-1.
4) Jaffe BM, Berger DH. The appendix. In: Brunicaardi FC, Andersen KD, Billiar RT, Dunn LD,

Hunter GC, Pollock RE, editors. Schwartz's Principles of Surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2005: 1119-37.

5) Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. J Emerg Med 2001; 20: 241-5.