



Akut apandisit neden olan endometriozise bağlı appendiks invaginasyonu

Invagination of the appendix due to endometriosis presenting as acute appendicitis

Lütfi Soylu, Oğuz Uğur Aydın, Sezai Aydın, Necdet Özçay

ÖZET

Apandisit ve endometriozis sık karşılaşılan bir cerrahi sorundur. Endometriozisin appendiks tutulumu nadirdir ve bugüne kadar literatürde çok az sayıda olgu bildirilmiştir. Değişken semptomlar nedeniyle appendiks invaginasyonunun doğru tanısı son derece zordur. Akut apandisit tanısı konan hastalarda invaginasyon lehine bulguların farkına varılması değişen cerrahi girişimlere hazırlıklı olunması açısından önem kazanır. Otuz dört yaşında infertilite tanısı olan ve akut apandisit nedeni ile ameliyat edilen patolojik değerlendirilmede appendikste endometriozis görülen kadın hasta olgusuyla appendiks invaginasyonunun sınıflandırması, semptomları, radyolojik görünümü ve tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, appendiks invaginasyonu, endometriozis

ABSTRACT

Appendicitis and endometriosis are commonly encountered surgical problems. Endometrial involvement of the appendix is rare and very few cases have been reported in the literature. True diagnosis of appendix invagination is highly difficult due to variable symptoms. Noting the findings which are in favour of invagination in patients diagnosed with acute appendicitis is of great significance in order to be prepared for changing surgical attempts. This case describes a 34 year old female patient diagnosed with infertility who was operated on for acute appendicitis. In the pathological assessment, endometrial involvement of the appendix was seen. The classification, symptoms, radiological appearance and treatment of appendix invagination described in the literature are discussed.

Key Words: Acute appendicitis, appendiceal intussusception, endometriosis

GİRİŞ

Appendiks invaginasyonu son derece az görülen ve literatürde çok az sayıda olgu bulunan nadir bir klinik durumdur.

Appendiks invaginasyonu ve endometriozis birlikteliği de çok sık değildir ve literatürde birkaç vaka bildirilmiştir. Collins (1) tarafından yapılan bir çalışmada 71,000 appendiks örneğinde invaginasyon insidansı %0,01 olarak bulunmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında kadın hasta 2 gündür devam eden karın ağrısı ile tetkik edildi. Hastanın yaklaşık 2,5 yıldır sebebi bilinmeyen infertilite tanısı vardı. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesi normaldi. Tetkiklerinde lökosit değeri: 8500, CRP: 5,57 mg/L idi. Yapılan ultrasonografi (US) incelemesinde sağ alt kadranda yaklaşık 4 cm uzunluğunda 13 mm kalınlığa ulaşan ve komprese olmayan kör barsak segmenti gözlemlendi. Hastaya akut apandisit ön tanısı ile Rockey-Davis kesiyle laparotomi yapılarak appendektomi yapıldı (Şekil 1a, b). Hasta yazılı onamı alınarak operasyona alınmış olup patoloji sonrası de gerlendirmede hasta ve yakınlarından olgu sunumu olarak makale yazılması için sözlü onamı alınmıştır.

TARTIŞMA

Appendektomi en sık yapılan cerrahi acil ameliyattır. Addiss ve ark. (2) apandisit için yaşam boyu riskin %8,6 olacağını tahmin etmektedir. İnvaginasyon appendektomiyi gerektiren nadir bir durumdur. Akut apandisiti taklit eden ve aralıklı semptomlarla devam eden appendiks invaginasyonu tanısız görüntülemelerdeki artış ile giderek daha fazla tanı konur hale gelmektedir.

Appendiks invaginasyonu yetişkinlerde (%76) çocuklara (%24) göre daha sık görülür. Kadın hastalar (%72) yetişkin erkeklerden (%28) iki kat daha fazla etkilenir. Hasta yaşları 5 ay ile 85 yıl arasında değişmektedir ve yaş ortalaması pediatrik hastalarda 7 yıl, erişkin hastalarda 46 yıldır (3).

En sık görülen semptomlar karın ağrısı (%78), kusma (%26) ve rektal kanamadır. İnvaginasyon tanısı zordur. Olguların çoğuna ameliyat sırasında tanı konur (%57). Preoperatif tanı oranı %32'dir. Yüzde 11 ora-

Ankara Güven Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Dr. Lütfi Soylu

Ankara Güven Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 457 24 73
e-posta: lutfisoylu@hotmail.com

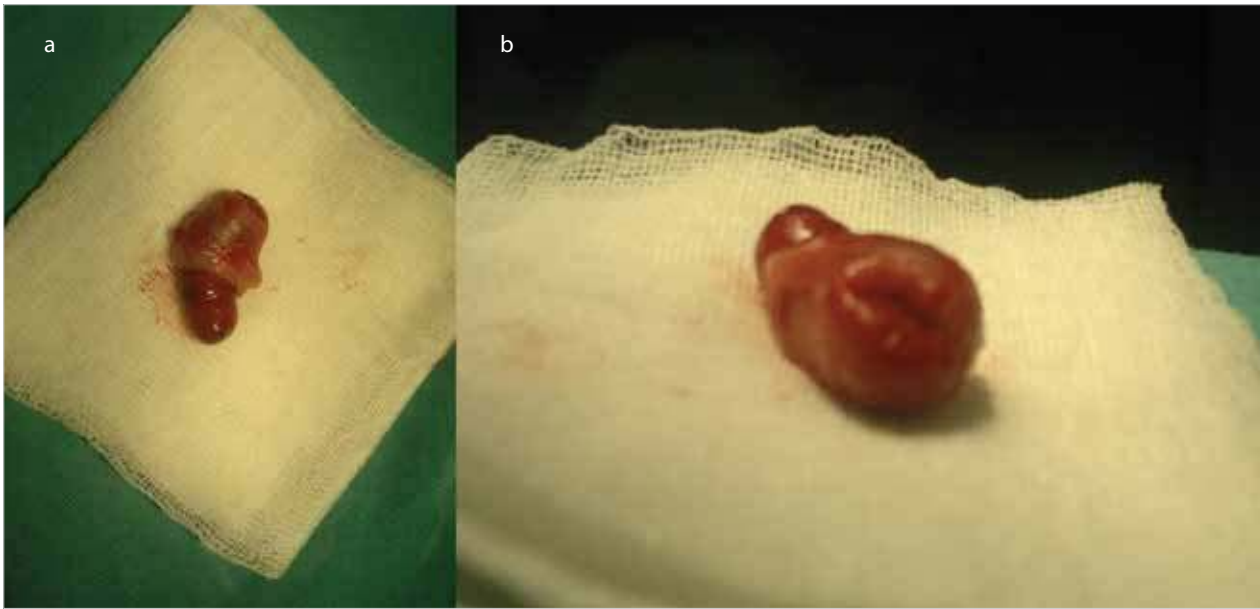
Geliş Tarihi / Received: 12.02.2012
Kabul Tarihi / Accepted: 03.04.2012
Çevrimiçi Yayın Tarihi /
Online Available Date: 28.05.2013

©Telif Hakkı 2014
Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2014
by Turkish Surgical Association

Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org



Şekil 1a, b. Appendektomi sonrası invajine appendiksin görünümü

nında ise patolojik inceleme ile tanı konabilmektedir. Literatürde preoperatif tanı koymada artış olduğu gözlenmektedir. Appendiks invaginasyonu bulunan 151 appendiks piyesinin incelemesinde en sık görülen patolojik bulgu (%29) inflamatuvar değişiklikler olarak saptanmıştır. Pediatrik olgularda appendiks invaginasyonunda enflamasyon oranı %76 olarak bildirilmiştir. Buna karşın appendiks invaginasyonunda yetişkin olguların sadece %19'unda inflamatuvar değişiklikler saptanmıştır. Erişkinlerde endometriozis %33 oranında en sık neden olarak görülmüştür. Mukosel %19, adenom %11, karsinoid %7 ve adenokarsinom %6 oranında tespit edilmiştir. Patolojik incelemede daha az rastlanan diğer bulgular ise; papillom, hamartom, mukoza ilişkili lenfoid doku, lenfoma, juvenil polip, Crohn ve melanozis kolidir (4, 5).

Endometriozis endometrial dokunun endometrial kavite dışında bulunmasıdır. Menapoz öncesi kadınlarda insidansı %8-15 kadardır. Hastalık klasik olarak pelvik organ ve pelvik periton, inguinal kanal, barsak, mesane, kalp ve akciğerlerde bulunabilir. Endometriozisin kesin etiyolojisi bilinmemektedir. Ancak patogenezinde iki temel teori vardır. Ulaşım teorisi; endometrium hücrelerinin menstrüel fazda cerrahi manipülasyon yoluyla uzak bölgelere taşınmasıdır. Diğeri metaplastik teoridir (6, 7). En sık görülen semptomlar dismenore, pelvik ağrı ve infertilitedir. Ancak hastalar asemptomatik olabilir.

İlk kez 1858'de appendiks invaginasyonu McKidd tarafından bildirilmiştir (5). Bu ilk bildirimden bu yana appendiks invaginasyon bildirimleri literatürde olgu sunumları ya da küçük olgu serileri ile sınırlı kalmıştır. Forshall (8), Bachman ve Clement (9) en büyük seriyi 7 hasta ile bildirmişlerdir. Appendiks invaginasyonunun insidansı, demografik ve karakteristik özelliklerini belirlemek nadir görülmesi sebebi ile neredeyse imkansızdır. Chaar ve ark. (3) makalelerinde literatürü gözden geçirmişler, 190 kadar olgu tespit etmişlerdir.

Appendiks invaginasyonu Moschowitz tarafından 1910'da sınıflandırılmış ve 1941'de McSwain tarafından güncellenmiştir. Sınıflandırma anatomik olarak appendiks mezosunun ve ince barsağın nerede olduğuna dayanır (5).

Mc Swain 5 tip invaginasyon tarif etmiştir.

Tip I: Appendiks ucunda gelişen invaginasyon, proksimal appendiks içine invaginasyon gelişir.

Tip II: İnvaginasyon appendiks boyunca herhangi bir noktadan başlayabilir. İnvaginasyon yakın dokudadır.

Tip III: İnvaginasyon appendiks çekum bileşkesinden başlar. İntususepsiyon çekumdadır.

Tip IV: Retrograd invaginasyon; proksimal appendiks distal appendikse invajine olur.

Tip V: Tip I, II veya III'ün progresyonuyla gelişen appendiksin çekuma komplet invaginasyonu.

Bazı durumlarda invaginasyon tüm kolon ve anüse kadar uzanır. Dunavant ve Wilson (10), komplet kolonik obstrüksiyona neden olan ve anüsten bir kitle şeklinde protrude olan appendiks olgusu yayınlamışlardır.

Görüntüleme ve endoskopiye rağmen appendiks invaginasyonunun tanısı zordur. Appendiks invaginasyonunun tanısında ilk araç çift kontrastlı baryum grafisidir. Birçok yayında çekumda dolma defekti çekal patolojinin non-spesifik işareti olarak belirtilmiştir. Dolmamış bir appendiksle beraber sarmal yay işareti appendiks invaginasyonu ile yüksek olarak ilişkilidir (11).

Ultrasonografi özellikle çocuk hastalarda tanı koymada etkindir. Bilgisayarlı tomografinin 3 boyutlu tarayıcılarıyla appendiks invaginasyonu tanısı mümkün olmaktadır. Radyoloji endoskopiye alternatif olarak düşünülebilir.

Baryum lavmanı ile invaginasyon ve semptomlarının gerilemesi literatürde bildirilmiştir. Ancak nüksü yüksektir ve çoğu cerrah tarafından rezeksiyon savunulmuştur.

Bazı cerrahlar invaginasyonda appendektomiye çekal cuff'ın rezeksiyonu ile beraber tarif ederler. Bunun avantajı ise, önce-

likle appendiks g d   n n açılma riskinin ortadan kaldırılmasıdır. İkincisi  ekal cuff çıkarılması rezeksiyon sınırı sa lar. Appendiks g d    apendik lit ve invaginasyon kaynağı olabilir. Danielson (12) appendektomi sonrası çekum invaginasyonu ve appendiks g d    inversiyonu bildirmiştir. Çoğu lezyon benign olduğundan cuff rezeksiyonuyla beraber appendektomi tam bir tedavi sa lar. de Hoyos ve ark. (13) invert  olmuş appendikse endolup ve snare yardımı ile kolonoskopik appendektomi yaptıklarını bildirmişlerdir.

Açık appendektomi yanı sıra laparoskopik appendektomi de appendiks invaginasyon tedavisinde yapılabilmektedir. Diğer olgularda ileo ekotomi (%27), sa  hemikolektomi (%21) ve subtotal kolektomi (%1) yapılmıştır. Kolonoskopik olarak 4 yeti kinde (%3) invaginasyon tedavi edilebilmiştir. Bu teknik endoskopist appendiks invaginasyonunu tanıdı ında efektif ve güvenli olarak görülmektedir.

SONUÇ

Appendiks invaginasyonu genel cerrahların tanı koymaları gereken ve ilginç varyasyonları olan bir hastalıktır. Lezyonun tipine göre tedavi sa  hemikolektomiden appendiks redüksiyonu ve basit apandektomiye kadar değişim gösterebilmektedir. Endometriozis veya polipozis hikayesi appendikte olası invaginasyon açısından uyarıcı olmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması - N. ., L.S.; Verilerin elde edilmesi - L.S., O.U.A.; Verilerin analizi ve yorumlanması - S.A., L.S., N. .; Yazının kaleme alınması - L.S., O.U.A.

 ıkar  atı ması: Yazarlar herhangi bir  ıkar  atı ması bildirmemi lerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu  alı ma için finansal destek almadıklarını beyan etmi lerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Study concept and design - N. ., L.S.; Acquisition of data - L.S., O.U.A.; Analysis and interpretation of data - S.A., L.S., N. .; Preparation of the manuscript - L.S., O.U.A.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Collins DC. 71,000 human appendix specimens. A final report, summarizing forty years' study. Am J Proctol 1963; 14: 265- 281.
2. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. Am J Epidemiol 1990; 132: 910-925.
3. Chaar CI, Wexelman B, Zuckerman K, Longo W. Intussusception of the appendix: comprehensive review of the literature. Am J Surg 2009; 198: 122-128. [\[CrossRef\]](#)
4. Moradi P, Barakate M, Gill A, Farrow G. Intussusception of the vermiform appendix due to endometriosis presenting as acute appendicitis. ANZ J Surg 2007; 77: 758-760. [\[CrossRef\]](#)
5. McKidd J. Case of invagination of the caecum and appendix. Edinburgh Med J 1858; 4: 793-796.
6. Igawa HH, Ohura T, Sugihara T, Hosokawa M, Kawamura K, Kaneko Y. Umbilical endometriosis. Ann Plast Surg 1992; 29: 266-268. [\[CrossRef\]](#)
7. Hasegawa T, Yoshida K, Matsui K. Endometriosis of the appendix resulting in perforated appendicitis. Case Rep Gastroenterol 2007; 1: 27-31. [\[CrossRef\]](#)
8. Forshall I. Intussusception of the vermiform appendix with a report of seven cases in children. Br J Surg 1953; 40: 305-312. [\[CrossRef\]](#)
9. Bachman AL, Clemett AR. Roentgen aspects of primary appendiceal intussusception. Radiology 1971; 101: 531- 538.
10. Dunavant D, Wilson H. Intussusception of the appendix, with complete inversion of the appendix and protrusion from the anus. Ann Surg 1952; 135: 287-288. [\[CrossRef\]](#)
11. Levine MS, Trenkner SW, Herlinger H, Mishkin JD, Reynolds JC. Coiled-spring sign of appendiceal intussusception. Radiology 1985; 155: 41-44.
12. Danielson KS. Cecocolic intussusception a postoperative complication of appendectomy. N Engl J Med 1969; 280: 35-36. [\[CrossRef\]](#)
13. de Hoyos A, Monroy MA, Gallegos C, Checa G. Intussusception of the appendix resected at colonoscopy. Endoscopy 2006; 38: 763. [\[CrossRef\]](#)