



Apendiküler kitle teşhisi konan hastalarda interval apendektomi gerekli midir?

Cemal Kaya¹, Uygur Demir¹, Mustafa Arısoy¹, Şener Okul¹, Özgür Bostancı¹, Hakan Mustafa Köksal¹, Rıza Gürhan Işıl¹, Emre Bozdağ¹, Mehmet Mihmanlı¹

ÖZET:

Apendiküler kitle teşhisi konan hastalarda interval apendektomi gerekli midir?

Amaç: Apendiks kitlelerinde interval apendektomi halen tartışmalı bir konu olmakla birlikte son zamanlardaki çalışmalar sonucunda konservatif tedavi sonrası apendektominin gerekiyeceği benimsenmiştir. Bu çalışmadaki amacımız apendiks kitlesi saptanıp apendektomi uygulanmayan hastalarda başarılı bir konservatif tedavi sonrası interval apendektomi ihtiyacını belirlemek.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2000-Aralık 2010 tarihleri arasında apendiks kitlesi teşhisi konan 18 hastanın dosyası incelendi. Yaş, cinsiyet, semptomların süresi, ameliyat bulguları, yapılan girişim, erken dönem komplikasyon ve poliklinik takip verileri analiz edildi.

Bulgular: Acil polikliniğimize 8'i kadın 10'u erkek olan toplam 18 hasta akut apandisit kliniğiyle başvururdular. Fizik muayene ve radyolojik bulgular eşliğinde apendiküler kitle tanısı konan bu hastalar kliniğe yatırılarak konservatif tedaviye başlandı. Antibiyoterapi olarak hastalara ikili kombine antibiyotik uygulandı. Taburcu edildikten sonra hastalar poliklinik takipleriyle kontrol edildiler. Hastalardan 1 tanesi kliniğinin gerilememesi üzerine operasyona alındı, 1 tanesinde ise 3 ay sonra nüks gelişmesi üzerine başka bir merkezde apendektomi yapıldı. Onaltı hastada (% 88.8) ise ortalama 6 yıllık (6ay-10 yıl) takip süresince nüks gelişmedi.

Sonuç: Apendiküler kitle olan hastalarda başarılı bir konservatif tedavi sonrası tekrarlayan semptomları olmayan hastalarda interval apendektomi gerekli değildir.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit, apendektomi, apendiküler kitle, interval apendektomi

ABSTRACT:

Does interval appendectomy necessary for the patients diagnosed as appendicular masses?

Purpose: Interval appendectomy of appendicular masses is still a controversial subject, but recent studies have adopted the view that appendectomy is unnecessary after conservative treatment. The aim of our study is to determine the necessity of interval appendectomy after a successful conservative treatment of the patients who have appendicular masses and have not applied appendectomy.

Materials And Methods: Between January 2000-December 2010, data of the 18 patients who have diagnosed with appendicular mass were analyzed. Age, sex, duration of symptoms, operation findings, the intervention, early complications and follow-up data were examined.

Results: A total of 18 patients, 8 female and 10 male were referred to our emergency service with clinical findings of acute appendicitis. The patients who have diagnosed appendicular masses with physical examination and radiological findings have interned to the hospital and conservative treatment started. We applied to patients combined dual antibiotic treatment. After discharge they have followed by polyclinic follow-up. One of the patients has been operated because of unregressed clinical findings. One of them have been operated in another center because of recurrence 3 months later. During the mean 6 years (6 months to 10 years) follow-up no recurrence occurred in 16 patients (88.8%).

Conclusion: Interval appendectomy is not necessary for the patients who has succesfully treated conservatively for appendicular masses and has not had recurrent symptoms.

Key words: Acute appendicitis, appendectomy, appendicular mass, interval appendectomy

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2012;46(4):189-192

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uzm. Dr. Cemal Kaya, Şişli Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniği,
İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000/5141

E-posta / E-mail: cemal_kaya@mynet.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
9 Mayıs 2012 / May 9, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
25 Kasım 2012 / November 25, 2012

GİRİŞ

Akut apandisit en sık görülen acil cerrahi patoloji olup tanıda gecikilmesi durumunda sıklıkla perforasyon, nadiren plastron diye de adlandırılan apendiküler kitle şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Apendiküler kitlelerde konservatif tedavi son yıllarda giderek daha çok kabul görmektedir (1,2). Artık başarılı bir konservatif tedavi sonrası interval apendektomi giderek geçerliliğini yitirmektedir (3,4). Bunun sebebi olarak da nüks apandisit oranının düşük olması, cerrahi girişimin getireceği morbidite riski ve ek ameliyat maliyetidir (5,6).

Çalışmamızda, gecikmiş apandisit kliniğiyle başvuran ve apendiküler kitle teşhisi konan hastaların başarılı bir konservatif tedavi sonrası interval apendektominin gerekip, gerekmiyeceğinin ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2000-Aralık 2010 tarihleri arasında apandisit kliniğiyle acil polikliniğimize başvuran ve apendiküler kitle tanısı konan 18 hasta geriye dönük olarak incelendi. Hastalara yapılan fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik inceleme neticesinde apendiküler kitle teşhisi kondu. Hastaların tümüne ikili kombine antibiyotik olarak seftriakson 1gr 2*1, metronidazol 500 mg 2*1 verilmiştir. Hastalara taburcu oluncaya kadar parenteral antibiyotik tedavisi uygulanmış olup taburcu olduktan sonra da 1 haftalık oral antibiyotik tedavisi uygulandı. Klinik şikayetleri gerileyen, ateşi olmayan ve laboratuvar değerleri düzelen hastalar taburcu edildiler. Hastalar taburcu edilmeden önce olası malignitenin ekartasyonu amacıyla abdominal tomografileri çekildi ve bir ay sonra da kolonoskopik tetkiki yapıldı. Hastalar taburcu edildikten sonra poliklinik takibi uygulanmıştı ve çalışmaya başlanmadan önce de tüm hastalara telefonla ulaşılarak kontrol edildiler.

BULGULAR

Hastaların 8'i kadın (%44.5), 10'u erkek (%55.5) olup, ortalama yaşları 32.7 (15-80) idi. Hastaların semptomlarının süreleri ortalama 6.5 (4-15) gün idi. Hastaların tümünün CRP değeri artmış olup (%100), 16 hastada ise lökositoz (%88.8) saptanmıştır. Hasta-

lara acilde çekilen ultrasonografiye ek olarak diğer patolojileri ekarte etmek için batın tomografisi de eklenmiştir. Hastalar erken dönem komplikasyonlar (yara yeri enfeksiyonu, ileus, batın içi abse, ateş vb) yönünden incelendiğinde 4 hastada (%22.2) kısa süreli ateş dışında başka bir komplikasyon olmadığı görülmüştür. Bir hastada kliniğin gerilememesi nedeniyle yatışının 3. günü ameliyata alınmış ve kolonik lenfoma saptanması üzerine de sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Diğer hastaların olası malignitelerinin atlanmaması için çekilen abdominal BT ve kolonoskopik incelenmelerinde herhangi bir ek patolojiye rastlanmamıştır. Hastaların ortalama 6 yıllık (6 ay-10 yıl) izlem sürelerinde 1 hastada (%5.8) ameliyatından 3 ay sonra nüks gelişmesi üzerine başka bir merkezde apendektomi uygulanmış, diğer 16 hastada (%94.2) herhangi bir nüks gelişmemiştir.

TARTIŞMA

Akut apandisit halen dünyada en sık karşılaşılan cerrahi patoloji olup ödematöz apandisitten perforasyon veya apendiküler kitleye uzanan bir klinik spektrum ile karşımıza çıkabilir (7). Akut apandisite bağlı gelişen apendiküler kitle, apendiks duvarının perforasyonu neticesinde apendiks etrafındaki omentum ve intestinal organların perforasyon alanına yapışmasıyla oluşan bir patolojidir. Bu hastalar genellikle şikayetlerinin başlanmasından ortalama bir hafta sonra başvururlar (8,9). Çalışmamızdaki hastaların semptomların gelişmesinden itibaren başvuru süreleri ortalama 6.5 gün olup literatür ile benzer şekilde idi.

Apendiks kitlelerinde genel olarak üç yaklaşım mevcuttur. Klasik yaklaşım ameliyat edilmeden önce saptanan apendiks kitlelerinin konservatif tedavisinden sonra ortalama 2. ayda apendektomi yapılmasıdır. Bir diğer yaklaşım; anında apendektomi ve son zamanlarda giderek daha çok kabul gören yaklaşım ise tamamen konservatif yaklaşımdır (10,11,12).

Ameliyat sırasında apendiks kitlesi olarak karşımıza çıkan apandisit vakalarında ise apendiks bulunmuyorsa kitleyi oluşturan intestinal organların aşırı ödemli ve frajil yapılarından dolayı fistül vb. komplikasyonlara neden olacağından aşırı manipülasyonlardan kaçınılmalıdır (13,4).

Literatürde konservatif tedavi uygulanan hastalarda nöks oranı %0-80 aralığında ifade edilmekle birlikte ortalama %10 civarında olup nökslerin genellikle ilk altı ay içinde gerçekleştiği bildirilmektedir (7,11,12,15).

Çalışmamızda, bu hastalara geniş spektrumlu kombine antibiyoterapi, analjezik ve hidrasyonla başarılı bir konservatif tedavi uygulandıktan sonra rutin interval apendektomi planlanmayıp takibe alındılar. 1 hasta (%5.8) taburcu olduktan sonraki 3. ayda nöks nedeniyle opere oldu, diğer 16 hastada ise (%94.2) nöks gelişmedi. Bu oranlar literatür ile benzer oranlarda olup uyguladığımız konservatif tedavinin başarılı olduğunu göstermektedir.

Hastanın teşhis konur konmaz ameliyat edilmesini savunanlar, bu metotla uzun süreli konservatif tedavi sürecinin ortadan kalkacağını, malignitelerin atlanmasının ve 2. kez hastaneye yatışın önleneceğini savunmaktadırlar (10,16,17). Bu yönetime karşı olanlar ise enflame olan bu dokulara yapılacak müdahalenin komplikasyonları arttıracığını ve gereksiz yere bağırsak rezeksiyonuna neden olacağını ileri sürmektedirler (5,7,15,18).

Rutin interval apendektominin morbiditeyi %19 arttırdığı ve %38 oranında ek maliyete neden olduğu

gösterilmiştir (19). Barnes ve arkadaşları yapılan elektif apendektomilerde çıkarılan apendikslerde önceki enflamasyonla ilgili patoloji saptamadıklarını bildirmişlerdir (20). Bazı yayınlarda ise elektif apendektomi için yapılan laparotomilerde olguların %0-16'sında apendiks bulunamamıştır (5,21,22).

Apendiks kitlelerinde en önemli sorunlardan biri de kitlenin malign olup olmadığıdır. Akut apandisit bağı apendiküler kitlelerde başka bir patoloji çıkma olasılığı %0-12 olarak bildirilmiştir (5,7). 40 yaşın üzerindeki konservatif tedaviye olumlu yanıt veren hastalarda taburcu edildikten sonra kolonoskopik tetkik ile malignite ekarte edilmelidir (5,7,23). Çalışmamız sırasında saptadığımız tek malignite klinikte yattığı sırada semptomlarının gerilememesi üzerine ameliyata alınan hasta olup diğer hastaların tümüne yaptığımız kolonoskopilerde maligniteye rastlanmamıştır. Bu nedenle literatürde de belirtildiği gibi rutin uyguladığımız kolonoskopi işleminin bu riskin artış gösterdiği 40 yaş üzeri hastalara yapılması daha uygundur.

Sonuç olarak akut apandisit bağı gelişen kitlelerde; hastalarda nöks oranının düşük olması, ek maliyet doğurması ve yüksek morbiditesi nedeniyle, konservatif tedavinin başarılı olması halinde interval apendektominin gerekli olmadığı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Maroju NK, Smile SR, Sistla SC, Narasimhan RN, Sahai A. Delay in surgery for acute appendicitis. *ANZ J Surg* 2004; 74(9): 773-6.
2. Yardeni D, Hirschl RB, Drongowski RA, Teitelbaum DH, Geiger JD, Coran AG. Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: Do we need to operate during the night? *J Pediatr Surg* 2004; 39(3):464-9.
3. Willemsen PJ, Hoorntje LE, Eddes EH, Ploeg RJ. The need for interval appendectomy after resolution of an appendiceal mass questioned. *Dig Surg* 2002;19(3):216-21.
4. Karaca I, Altıntoprak Z, Karkiner A, Temir G, Mir E. The management of appendiceal mass in children: is interval appendectomy necessary? *Surg Today* 2001;31(8):675-7.
5. Hoffmann J, Lindhard A, Jensen HE. Appendix mass: conservative management without interval appendectomy. *Am J Surg* 1984;148(3):379-82.
6. Adalla SA. Appendiceal mass: interval appendectomy should not be the rule. *Br J Clin Pract* 1996;50(3):168-9.
7. Nitecki S, Assalia A, Schein M. "Contemporary management of the appendiceal mass." *Br J Surg* 1993; 80(1): 18-20.
8. Arnbjörnsson E. Management of appendiceal abscess. *Curr Surg* 1984;41(1):4-9.
9. Brown CV, Abrishami M, Muller M, Velmahos GC. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? *Am Surg* 2003;69(10):829-32.
10. Friedell ML, Perez-Izquierdo M. Is there a role for interval appendectomy in the management of acute appendicitis? *Am Surg* 2000;66(12):1158-62.
11. Tekin A, Kurtoğlu HC, Can I, Oztan S. Routine interval appendectomy is unnecessary after conservative treatment of appendiceal mass. *Colorectal Dis* 2008;10(5):465-8.
12. Willemsen PJ, Hoorntje LE, Eddes E, Ploeg RJ. The need for interval appendectomy after resolution of an appendiceal mass questioned. *Dig Surg* 2002; 19: 216-22.
13. Gillick J, Velayudham M, Puri P. Conservative management of appendix mass in children. *Br J Surg* 2001;88(11):1539-42.
14. Jordan JS, Kovalcik PJ, Schwab CW. Appendicitis with a palpable mass. *Ann Surg* 1981;193(2):227-9.
15. Samuel M, Hosie G, Holmes K. Prospective evaluation of nonsurgical versus surgical management of appendiceal mass. *J Pediatr Surg* 2002;37(6):882-6.
16. Riseman JA, Wichterman K. Evaluation of right hemicolectomy for unexpected cecal mass. *Arch Surg* 1989; 124(9):1043-4.
17. Hung-wen, Che-Chuan, et al. Watch waiting versus interval Appendectomy for patients who recovered from appendicitis with tumor formation: A cost-effectiveness analysis. *Chin J Med* 2005; 68(9):431-4.
18. Barnes BA, Behringer GE, Wheelock FC, Wilkins EW. Treatment of appendicitis at the Massachusetts General Hospital (1937-1959). *JAMA* 1962;180:122-6.

Apendiküler kitle teşhisi konan hastalarda interval apendektomi gerekli midir?

21. Thomas DR. Conservative management of the appendix mass. *Surgery* 1973;73(5):677-80.
22. Mosegaard A, Nielsen OS. Interval appendectomy. A retrospective study. *Acta Chir Scand* 1979;145(2):109-11.
23. Eriksson S, Styruđ J. Interval appendectomy: a retrospective study. *Eur J Surg* 1998;164(10):771-4.