

RETROPERITONEAL APANDİSİT PERFORASYONU VE PLEVRAL EFFÜZYON

RETROPERITONEAL APPENDICITIS PERFORATION AND PLEURAL EFFUSION

Dr.İbrahim BARUT* Dr.Osman Nuri DİLEK* Dr.İrfan YALÇINKAYA** Dr.Ekrem ALGÜN***

SUMMARY: We report a case who was admitted to our hospital with pleural effusion and diagnosed as perforated acute *appendicitis* with retroperitoneal abscess formation. Appendectomy and retroperitoneal abscess drainage was performed. Retroperitoneal appendicitis perforation, as cause of abscess formation and pleural effusion, is discussed, and the literature is reviewed.

Keywords: Appendicitis, Complication, Retroperitoneal Abscess, Pleural Effusion.

21 yaşındaki bayan hasta, 8 gündür devam eden sağ göğüs ve sağ böğür ağrısı, nefes darlığı, ateş şikayetleri ve sağ plevral effüzyon ön tanısıyla İç Hastalıkları kliniğine yatırıldı. Genel Cerrahi konsültasyonunda; genel durumu kötü, şuur bulanıktı. Kan basıncı: 90/50mmHg. Nabız: 110/dak., Ateş: 38.5 C, Solunum: 30/dak. idi. Konjonktivalar soluk, dil kuru ve paslıydı. Sağ akciğerde arkada, orta ve alt zonlarda solunum sesleri alınamıyordu. Barsak sesleri normoaktifti. Batında sağ alt ve üst kadranda hassasiyet, istemli defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Lökosit, 22800/mm³ bulundu. Radyolojik incelemede; Ayakta direkt batın grafisinde özellik yoktu. Akciğer grafisi ve ultrasonografide; sağ plevral effüzyon ve sağ retroperitoneal bölgede perinefritik sıvı (apse?) saptandı (Resim-I). Bilgisayarlı tomografide; sağ alt ve üst kadranda 12x10cm. boyutlarında retroperitoneal ve subhepatik sıvı kolleksiyonu (apse?) tespit edildi (Resim-II). Hastadan torasentez ile yaklaşık 500cc seröz görünümde sıvı boşaltıldı. Bu sıvıda %46'sı eozinofil, %43.5'i nötrofil olmak üzere 10.000/mm³ lökosit vardı. Yapılan kültürde Klebsiella üredi.

Akut batın ön tanısıyla sağ subkostal kesi ile batına girilirken retroperitoneal bölgede yerleşik apse drene oldu.

Resim-I: Toraks grafisi



Yaklaşık 400cc. enfekte materyel boşaltılan bölge, izotonik ve batıcon ile yıkandı. Daha sonra periton açılarak batına girildi ve apandiks ucunun retroperitoneal bölgeye girdiği ve orada perfore olduğu izlendi. Ayrıca çekumda yaklaşık 0.5cm çapında perforasyon tesbit edildi. Diğer batın içi organları normaldi. Hastaya apendektomi yapıldı.

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.,

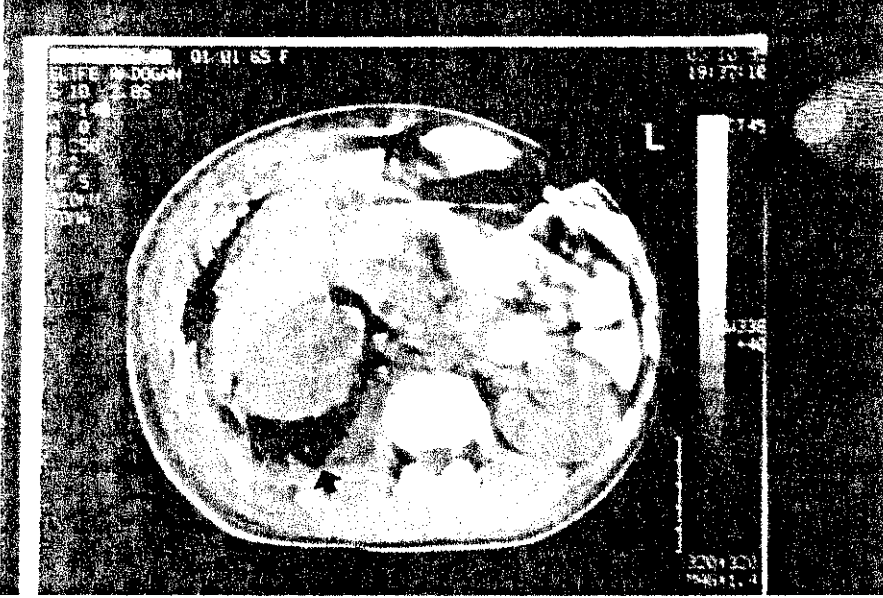
** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD.,

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları.

Yazışma Adresi: Dr.İbrahim BARUT

Tıp Fakültesi Hastanesi Maraş Caddesi. VAN.

Resim-II:BT görüntüsü.



çekumdaki perforasyon primer sütüre edildi. Retroperitoneal bölgeye bir adet lastik dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı.

Postoperatif dönemde hastaya antibiyogram sonucuna göre ikili antibiyotik tedavisi uygulandı. Hastada postoperatif 8. günde enterokütan fistül gelişti. Postoperatif 30. gün kapanan hasta, 41. gün şifa ile taburcu edildi.

Akut apandisit en sık karşılaşılan akut batın nedenidir ve acil cerrahi girişimlerde sırada apendektomiler yer alır (1). Akut apandisit bir antite olarak 1886 yılında Sir Reginald Fitz ve Mc Burney tarafından tanımlanmış ve o tarihten beri tanı ve tedavisi için belirlenen ilkler değişmemiştir (2). İnsanların %1'i yaşamlarının herhangi bir döneminde apandisit nedeniyle ameliyat olurlar.

Çocukluk ve ileri yaş dönemleri perforasyonun daha sık olduğu dönemlerdir. Tuğcu ve ark. apandisitli hastaların %24.7'sinde perforasyon gözlediklerini ve komplikasyonların %62'sinin perfore apandisitlerde görüldüğünü bildirmişlerdir (3). Hastaların anamnez ve fizik muayenelerine dikkat etmekte perforasyon oranlarında azalma sağlanabilir. Bu amaçla bazı otörler tarafından, apandisit tanısının kesin olmadığı hastalarda her saat tekrarlanan fizik muayeneler önerilmektedir (3). Topuk testi ve öksürtme testlerinin rutin yapılması tanı oranını yükseltebilir (4).

Laboratuvar tetkiklerinden özellikle C-reaktif protein, bu-

nunla birlikte grup-II fosfolipaz A2'nin, apandisit perforasyonu veya abse formasyonunun önceden saptanmasında lökosit sayımına göre daha iyi indikatörler olduğu bildirilmektedir (8).

Akut apandisit komplikasyonları arasında, yara enfeksiyonu, plastron, karın içi apseleri, diffüz peritonit, süpüratif periflebit enterokütan fistül sayılabilir (1,2). Nadir görülen komplikasyonlar olarak, skrotal apse, hidroüreter, hidronefroz, akut tübüler nekroz ve akut böbrek yetmezliği, subfrenik apse ve süpüratif perikardit bildirilmiştir (5-7). Bizim vakamızda da retroperitoneal apse ve buna se-

konder sağ plevral effüzyon tesbit edilmiştir. 30 yıllık med-line taramasında akut apandisit retroperitoneal apse ve sağ plevral effüzyona neden olduğuna dair başka bir yayına rastlanmamıştır.

Komplikasyonsuz akut apandisit mortalitesi %0.06 iken perfore apandisitlerde bu rakam %15'dir (1). Ancak çocuklarda ve yaşlılarda morbidite ve mortalite oranları gençlere göre çok yüksektir. Yaşlılarda komplikasyon görülen olgularda mortalite oranı %50'lere çıkabilmektedir (2). Bu durum, komplikasyonların oluşmasına zaman bırakmadan apandisit tanısının konması ve tedavisinin gerçekleştirilmesinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyokültürel ve sosyoekonomik seviyenin düşük olması, nonspesifik antibiyotik ve rastgele analjezik kullanımı da komplikasyonların oluşmasında önemli faktörlerdir. Nitekim hastamızda bu faktörler mevcuttu.

Sonuç olarak, akut apandisit komplikasyonlarının çeşitlilik gösterebileceği, retroperitoneal apse ve sağ plevral effüzyonla karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC: Principles of Surgery. 6th Edition, Volume 2: New York, Mc Graw-Hill Inc., 1994; pp: 1307-1317.
2. Sayek İ: Temel Cerrahi. 2. Baskı, 1 Cilt, Ankara, Güneş Kitabevi, 1993 sayfa: 766-772.
3. Tuğcu M, Özbal O, Güler A, Gürkan A, Korkut M: Acil

- apendektomi uygulanan 1000 hastanın retrospektif analizi. Çağ. Cer.Derg. 3 (2): 85-89, 1989.*
4. Taşçı I, Karayığit C, Sertel I, Pusane A: Akut apandisitite klinik tam yöntemlerinin irdelenmesi *Klin. Den. Cer. Derg. 3 (3): 147-149, 1995.*
 5. Gan BS, Sweneey JP: Unusual complication of apendectomy. *J Pediatr Surg 29 (12): 1622, 1994.*
 6. Aronson DC, Moorman-Voestermans CG, Tiel-Van Binul MM, A.: A rare complication of acute appendicitis: complete bilateral distal obstruction. *Lancet 9: 344 (8915): 99-100, 1994.*
 7. Khristov Kh, Boicheva A, Kostova S, et al: Subphrenic abscess and suppurative pericarditis as complications in children with perforated appendicitis (In Bulgaria with English abstract)
 8. *Khirurgia (Sofia) 43 (5): 21-24, 1990.*
 9. Gronroos JM, Forsstrom JJ, Irjala K, Nevalainen TJ: Phospholipase A2, C-reactive protein, and white blood cell count in the diagnosis of acute appendicitis. *Clin Chem 40 (9): 1757-1760, 1994.*