

# Geç Tanı Konulmuş Dev Apendiks Müsinöz Kistadenomu

## *Delayed Diagnosis of Gigantic Appendix Mucinous Cystadenoma*

Mustafa Alimoğulları, Hakan Buluş, Gökhan Akkurt\*, Utku Tantoğlu

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

### ÖZET

Apendiks mukoseli; oldukça nadir görülen, apendiks lümeninin anormal müsinöz sekresyon sonucu dilatasyonu ile karakterize bir durumdur. Mukosel, mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenom veya müsinöz kistadenokarsinom sonucunda oluşabilir. Apendiks müsinöz kistadenomu en sık görülen formudur. Hastada farklı klinik durumlarla kendini belli edebilir. Operasyon öncesi nadiren tanı alabilir. Rezeksiyon materyallerinin histopatolojik incelemesinde %0.1-0.3 oranında saptanmaktadır. Çalışmamızda üriner patolojiyi taklit eden dev müsinöz kistadenom tanısı konulan bir olgu sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Apendiks, kistadenoma, müsinöz

### ABSTRACT

Appendiceal mucocele is a very rare condition that is characterized by abnormal dilation of appendix lumen due to mucinous secretion. Mucocele can consist of mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma or mucinous cystadenocarcinoma. Most common form is appendiceal cystadenoma. Patients with this diseases can be presented with various clinical conditions. This disease can not be diagnosed prior to surgery. It is seen in 0,1-0,3% of histopathologic analysis of resection materials. Wea representing a patient with gigantic mucinous cystadenoma mimicking urinary disease.

**Key Words:** Appendix, cystadenoma, mucinous

### Giriş

Apendiks vermiformis tümörleri günümüzde tanı yöntemlerinin ilerlemiş olmasına rağmen nadiren ameliyat öncesi tanı almakta ve genellikle akut/plastrone apandisit ön tanısı ya da başka sebeplerle yapılan operasyonlarda tespit edilebilmektedir (1). Üriner taş ya da enfeksiyon varlığında ise hastalarda klinik olarak genellikle; flank bölgesinden başlayan ve inguinal bölgeye doğru uzanan üreter trasesi boyunca ağrı, idrarda yanma, sık idrara çıkma gibi şikayetler olmaktadır (2).

Apendiks mukoseli, apendiks lümeninin anormal müsinöz sekresyonu sonucu dilatasyonu ile karakterize nadir görülen bir antidedir (1). İnflamatuvar veya tümöral kaynaklı olabilir. Anormal müsin birikimi; mukosel, mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenom veya müsinöz kistadenokarsinoma bağlı olabilir. Apendektomi spesimenlerinin %0,6'sında saptanır (3). Apendiks müsinöz kistadenomu en sık görülen formudur. Genellikle 50 yaş üzerinde görülmekte ve

kadınlarda daha sık saptanmaktadır. Cerrahi seçiminde net bir uzlaşma olmamakla birlikte apendektomi ya da sağ hemikolektomi uygulanabilmektedir (4).

Çalışmamızda üriner patoloji düşünülerek uzun süre tedavi verilen ancak sonuçta dev müsinöz kistadenom tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

### Olgu Sunumu

Yetmişiki yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır olan sağ yan ve bel ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastada dizüri, pollaküri ve idrar renginde koyulaşma şikayetleri de mevcuttu. Yapılan fizik muayene, kan ve idrar tahlilleri sonucunda hastada idrar yolu enfeksiyonu tanısı konularak iki kez medikal tedavi verildi. Ancak şikayetleri devam eden hasta aile hekimliği polikliniğine başvurdu ve fizik muayenesinde sağ alt kadrandan başlayıp sağ flank bölgesine doğru uzanan hassasiyet, ayrıca sağ alt kadranda palpe edilebilen kitle mevcut, defans ve rebaund yoktu. Hastanın kan değerlerinde lökosit 9.200 uL (4,3-

\*Sorumlu Yazar: Dr. Gökhan Akkurt, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No: 25 06380 Keçiören / Ankara, Tel: 0 (312) 356 90 00, Fax: 0 (312) 356 90 02 Cep Telefonu: 0 (530) 885 19 41  
 E-mail: drakkurt06@gmail.com

10,3) karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve CRP normal, tam idrar tahlilinde lökosit 20 p/HPF(0-4), genel kristal 70 p/HPF (0-20) saptandı. Hastadan çekilen tüm abdomen ultrasonda sağ adneksiye lojda duvarı kalın düzensiz sınırlı 150x66 mm boyutlarında kistik ve solid komponentleri bulunan görünüm (sağ adneksiye kitle?,plastrone apandisit?) saptanması üzerine genel cerrahi polikliniğimize sevk edildi. Hastaya oral + iv opaklı tüm abdomen tomografi çekildi ve sağ alt kadranda apendiks lokalizasyonunda yaklaşık 49mm x 150mm distal kesiminde çeperinde kalsifikasyonlar bulunan proksimalinde içerisinde hava değerleri izlenen, intravenöz kontrast madde (IVKM) ile duvar boyutlanması gösteren tübüler oluşum (akut/plastrone apandisit?) ve tanımlı tübüler yapı çevresinde mezenterik yağlı dokuda kirlenme ve milimetrik boyutlu lenf nodları saptandı (Figür 1).

Hastaya plastrone apandisit ve periapendiküler apse ön tanısı ile operasyon kararı verildi. Hasta preoperatif hazırlandıktan sonra ameliyata alındı. Epidural anestezi altında göbek altı median kesi ile batına girildi. Eksplorasyonda yaklaşık 15cm x 5 cm çapında, düzgün sınırlı ,radiksi ileri derecede kalın apendiks ile komşu çekum duvarının ödemli ve frajil olduğu izlendi. Palpasyonda kitlenin submukozaal çekuma invajine olduğu saptandı. Radiksin ileri decede kalın olması nedeniyle sağ hemikolektomiye karar verildi. Kolektomiye takiben ileokolik anastomoz yapıp ameliyat sonlandırıldı (Figür 2 ve 3). Postoperatif altıncı gününde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Patoloji raporunda yaklaşık 15x6x5 cm boyutlarında lümeni müsin ile dolu apendiks

izlenmiş olup, mitoz ve atipi saptanmadı olarak raporlandı (Figür 4).

Hastaya 3. ayda yapılan kontrol bilgisayarlı tomografi ve kolonoskopi normal olarak raporlandı. 12 aylık takipte hastada herhangi bir patoloji saptanmadı.

## Tartışma

Apendiks mukoseli, apendiks lümeninin anormal mukus birikimi sonucu gelişen dilatasyonudur. Apendiks mukoseli patolojik olarak ilk defa 1842 yılında Rokitansky tarafından tanımlanmış, isimlendirme ise 1876 yılında Feren tarafından yapılmıştır (1) Apendiks mukosellerinin epitel özelliklerine göre dört histolojik alt grubu vardır (4).



**Fig. 1.** 49mm x 150mm boyutlarında, distal kesiminde çeperinde kalsifikasyonlar bulunan proksimalinde içerisinde hava değerleri izlenen, IVKM ile duvar boyutlanması gösteren tübüler oluşum.



**Fig. 2.** 15 cm uzunlukta apendiks kist adenomu içeren sağ hemikolektomi materyali.



**Fig. 3.** 15 cm uzunlukta apendiks kist adenomu içeren sağ hemikolektomi materyali.



**Fig. 4.** Mitoz ya da atipinin saptanmadığı epitelde adenomatöz görünüm. H&E x20

Bu tümörlerin yaklaşık %50'si klinik olarak sessizdir ve bulgu vermezler. Semptomatik olanlarda ise en sık bulgu akut veya kronik sağ alt kadranda ağrısıdır. Vakamızda olduğu gibi çok az sayıda hasta sağ yan ağrıları ve uzun süreli ataklar şeklinde seyreden idrar yolu enfeksiyonu ile başvurabilir. Ağrının mekanizması apendiks içinde biriken mukusun lümeninde yaptığı gerilime bağlıdır. Lümen tamamen tıkanırsa hasta akut apandisit kliniği ile başvurmakta, parsiyel tıkanması durumunda da kronik ağrı oluşmaktadır (5).

Ağrı dışında hastalar barsak tıkanıklığı, kanama ve intususepsiyon bulguları ile başvurabilirler. Malign müsinöz kistadenomlar diğer karın içi organlara invazyon yaptığında veya apendiksın rüptürü sonucu oluşan psödomiksoma peritonei'ye yol açtığında; kilo kaybı, bulantı ve kusma gibi semptomlara sebep olabilmektedirler (6). Muayenede sağ alt kadranda hassasiyet en sık saptanan bulgudur. Vakaların %30'unda vakamızda saptandığı gibi sağ alt kadranda palpabl kitle saptanabilir ve genellikle Tip III ve IV apendiks mukosellerinde görülür (6).

Preoperatif olarak tanı konması zordur. Genellikle akut / plastrone apandisit ön tanısı ile ameliyata alınan hastalarda laparotomi sırasında veya patolojik değerlendirmede saptanır. Preoperatif tanıda radyolojinin önemi büyüktür. Çekilen Ultrason ve Tomografilerde apendiks lokalizasyonunda çekumdan köken alan kistik kitle görünümü preoperatif tanı için önemli bir kriterdir (7). Ancak genellikle yapılan preoperatif radyolojik tetkikler vakamızda olduğu gibi plastrone apandisit + periapendiküler apse görünümü ile karışmakta ve bu şekilde raporlanmaktadır.

Apendiks mukoselleri genellikle 2-6 cm boyları arası saptanıp opere edilmektedir. Ancak bazı vakalarda 20 cm'e kadar ulaşan boyutlar bildirilmiştir. Bizim vakamızda da 15 cm'lik uzunluk ile dev olarak nitelendirilebilecek bir apendiks kistadenomu mevcuttu (8).

Apendiks mukosellerinin cerrahi tedavisinde tam bir ortak görüş mevcut değildir. Ancak rüptüre olmamış, apendikse lokalize, benign görünümlü mukosellerde apendektomi yeterli sayılmaktadır (9). Eğer malignite düşündürülen lokal invazyon, çekum tutulumu ya da apendiks çevresinde peritoneal implantlar varsa sağ hemikolektomi için endikasyon olduğu düşünülmektedir (10). Müsinöz kistadenokarsinomlarda ise sağ hemikolektomi önerilmekle birlikte mukoza veya submukozaya sınırlı erken lezyonlarda apendektominin yeterli olabileceği ifade edilmektedir (11). Vakamızda olduğu gibi apendiks radiksinin ileri derecede geniş olduğu ve mukoselin çekuma invajine olduğu durumlarda uygun hastalarda çekum rezeksiyonu ya da sağ hemikolektomi önerilmektedir.

Operasyon sırasında kistin rüptürü ve kist sıvısının sızmasına özen göstermek gereklidir, aksi takdirde mukosel ameliyatlarından sonra görülebilen en önemli komplikasyon olan pseudomiksoma peritonei gelişebilir. Özellikle altta yatan neden müsinöz kistadenokarsinom ise, buna bağlı gelişen psödomiksoma peritonei'de 5 yıllık sağ kalım oranı %20'lere kadar düşmektedir (6).

Mukosel ameliyatlarında laparoskopinin yeri pseudomiksoma peritonei gelişim riskini arttırması nedeniyle halen tartışma konusudur. Laparoskopiyi önermeyen çalışmalar olsa da dikkatli yapıldığında laparoskopik apendektominin uygun olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (12).

Müsinöz kistadenomların (özellikle Tip III ve IV) %20'si senkron veya metakron kolon kanserleri ile birlikte bulunabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu nedenle hastaların postoperatif takibinin dikkatli yapılması gerekir (6). Vakamız da üçüncü ayda ek patoloji açısından araştırılıp, yapılan tüm abdomen bilgisayarlı tomografi ve total kolonoskopide bir patoloji bulunmamıştır.

Sonuç olarak apendiks müsinöz kistadenomu idrar yolu enfeksiyonu gibi birçok patolojiyi taklit edebilen nadir görülen ve preoperatif olarak zor tanı konulabilen bir hastalıktır. Genellikle akut ya da plastrone apandisit ön tanısı ile opere edilen hastalarda intraoperatif ya da histopatolojik inceleme sonucu tanı konulmaktadır. Operasyonda perforasyon sonucu gelişebilecek psödomiksoma peritonei riskine karşı dikkatli olunmalıdır.

**Çıkar çatışması;** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Hasta bilgilendirilerek gönüllü olarak onamı alınmıştır.

## Kaynaklar

1. Takahashi S, Furukawa T, Ueda J. Case report: Mucocele of the tip of the appendix. Clin Radiol 1998; 53(2): 149-150.
2. Öner A. Üriner Sistem Taş Hastalığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:68
3. Marudanayagam R, Williams GT, Rees BI. Review of the pathological results of 2660 appendicectomy specimens. J Gastroenterol 2006; 41(8): 745-749.
4. Rampone B, Roviello F, Marrelli D, Pinto E. Giant appendiceal mucocele: report of a case and brief review. World J Gastroenterol 2005; 11(30): 4761-4763.
5. Rosai J. Mucinous tumors and tumor like conditions (including so-called "mucocele"). In: Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed., Philadelphia, Elsevier Mosby 2004; 761-765.
6. Pickhardt PJ, Levy AD, Rohrmann CA Jr, Kende AI. Primary neoplasms of the appendix manifesting as acute appendicitis: CT findings with pathologic comparison. Radiology 2002; 224(3): 775-781.
7. Kılıc K, Arac M, Ozer S, Ozakpınar E. Appendiksin musinoz kistadenomu. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2001; 7(1): 128-130.
8. Pickhardt PJ, Levy AD, Rohrmann CA Jr, Kende AI. Primary neoplasms of the appendix: radiologic spectrum of disease with pathologic correlation. Radiographics 2003; 23(3): 645-662
9. Rampone B, Roviello F, Marrelli D, Pinto E. Giant appendiceal mucocele: report of a case and brief review. World J Gastroenterol 2005; 11(30): 4761-4763.
10. Zagrodnik DF 2nd, Rose DM. Mucinous cystadenoma of the appendix: diagnosis, surgical management, and follow-up. Curr Surg 2003; 60(3): 341-343.
11. Kleemann M, Laubert T, Krokowski M, Eckmann C, Bruch HP, Kujath P. [Mucocele of the appendix - a heterogenous surgical pathology]. [Article in German] Zentralbl Chir 2010; 135(4): 330-335.
12. Chiu CC, Wei PL, Huang MT, Wang W, Chen TC, Lee WJ. Laparoscopic resection of appendiceal mucinous cystadenoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2005; 15(3): 325-328.