

Subhepatik Yerleşimli Akut Apandisit Vakasına Literatür Eşliğinde Yaklaşım

30

Akile ZENGİN¹

GİRİŞ

Günümüzde akut apandisit yetişkinlerde kole-sistitten sonra görülen en sık acil abdominal cerrahi gerektiren durumdur (1). Akut apandisit çocuk-larda ve yetişkinlerde tipik formunda kolayca tanı alırken atipik lokalizasyonda klinik ve radyolojik olarak ikileme düşülmesine sebep olmaktadır (2). Çekumla ilişkili olarak apendiks çeşitli lokalizasyonlarda görülebilmektedir. En sık intraperitoneal ve retroçekal olarak görülmekle birlikte atipik fizik muayene bulgularına sebep olan yerleşim yerle-rinde de ortaya çıkmaktadır. Anormal yerleşimli akut apandisit cerrahisi zor ve dikkat gerektir-mektedir (3). Bu yazıda sağ üst kadranda ağrısı nede-niyle acil servise başvuran ve akut apandisit tanısı alan hastayı preoperatif, intraoperatif ve postope-ratif bulguları ile beraber sunmayı amaçladık.

VAKA SUNUMU

Kırküç yaşında erkek hasta 6 gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvur-

du. Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın yak-laşık 25 yıl önce geçirilmiş sağ diyafragma herni tamiri öyküsü mevcuttu. Operasyon insizyonu sağ torakotomi şeklindeydi. Fizik muayenede derin palpasyonda sağ üst kadranda ağrısı mevcuttu. İstenen laboratuvar tetkiklerinde lökosit 12300/uL, C-reaktif protein 6.9 mg/dl idi. Diğer biyokim-yasal parametreler normaldi. Çekilen intravenöz ve oral kontrastlı tüm batin bilgisayarlı tomogra-fisinde (BT) karaciğer segment 6 inferior posteri-or komşuluğundan başlayarak sağ parakolik alan boyunca uzanım gösteren tubüler yapı ve komşu-luğunda 4,5x4,5 cm boyutunda koleksiyon alanı mevcuttu. Hepatik fleksura karaciğer segment 6 posteriorundan subdiafragmatik alana uzanım göstermekteydi. (Resim 1).

Hasta akut apandisit ön tanısı ile operasyona alındı. Hasta supin pozisyondayken, üriner kata-terizasyon sonrası, göbek altı insizyondan veres ile pnömoperiton oluşturulduktan sonra umbili-kus sol üst ve alt lateralinden 12 mm'lik trokar ile batına girildi. Batin içi yapışıklıklar serbestlendi. Eksplorasyonda çekumun sağ üst kadranda kara-ciğer segment 6 inferior komşuluğunda olduğu görüldü. Çekumdan itibaren takip edilen apendiks karaciğer sağ lob posterior inferioruna doğru uza-

¹ Gastroenteroloji Cerrahisi Uzmanı, İnönü Üniversitesi, dr.akile.zengin@gmail.com

nenin tutarsız olduğu durumlarda görüntüleme yöntemlerine başvurmak erken tanıda önemlidir. Ayrıca laparoskopik cerrahi hem daha minimal invaziv bir yaklaşımdır hem de açık cerrahiye geçiş gerektiren durumlarda cerrahi insizyonun yerini tespitinde önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ting JY, Farley R. Subhepatically located appendicitis due to adhesions: a case report. *J Med Case Reports*. 2008;2(1):1–3.
2. Abougabal AM, Afifi AH, Kasem MI. Role of multidetector computed tomography (MDCT) in diagnosis of subhepatic appendicitis. *Egypt J Radiol Nucl Med*. 2012;43(3):347–352.
3. Zachariah SK. Feasibility of single-incision laparoscopic surgery for appendicitis in abnormal anatomical locations: A single surgeon's initial experience. *J Minimal Access Surg*. 2013;9(1):13.
4. Ahmadpour S, Nasirizadeh S, Gorjifard M. Abnormal retroperitoneal ileum, undescended ileocecal junction and subhepatic appendix in a macrosomatic fetus: a case report. *J Morphol Sci*. 2017;29(2):0–0.
5. Nayak SB, George BM, Mishra S, Surendran S, Shetty P, Shetty SD. Sessile ileum, subhepatic cecum, and uncinat appendix that might lead to a diagnostic dilemma. *Anat Cell Biol*. 2013;46(4):296–298.
6. Kordzadeh A, Lorenzi B, Kalyan JP, Hanif MA, Charalabopoulos A. A rare presentation of an acute appendicitis. *J Surg Case Rep*. 2017;2017(1).
7. Garude K, Rao S. Mobile cecum: an incidental finding. *Indian J Surg*. 2013;75(4):265–267.
8. Toprak H, Bilgin M, Atay M, Kocakoc E. Diagnosis of appendicitis in patients with abnormal position of the appendix due to mobile caecum. *Case Rep Surg*. 2012;2012.
9. KING A. Subhepatic appendicitis. *AMA Arch Surg*. 1955;71(2):265–267.
10. Palanivelu C, Rangarajan M, John SJ, Senthilkumar R, Madhan-kumar MV. Laparoscopic appendectomy for appendicitis in uncommon situations: the advantages of a tailored approach. *Singapore Med J*. 2007;48(8):737.
11. Evrimler S, Okumuser I, Unal N. Computed tomography (CT) findings of a diagnostic dilemma: atypically located acute appendicitis. *Pol J Radiol*. 2016;81:583.
12. Ball WR, Privitera A. Subhepatic appendicitis: a diagnostic dilemma. *Case Rep*. 2013;2013:bcr2013009454.
13. Zacharzewska-Gondek A, Szczurowska A, Guziński M, Səsiadek M, Bladowska J. A pictorial essay of the most atypical variants of the vermiform appendix position in computed tomography with their possible clinical implications. *Pol J Radiol*. 2019;84:e1.
14. Chong HC, Chai FY, Balakrishnan D, Asilah SMD, Adila INI, Syibrah KZ. Malrotated subhepatic caecum with subhepatic appendicitis: diagnosis and management. *Case Rep Surg*. 2016;2016.
15. Herliczek TW, Swenson DW, Mayo-Smith WW. Utility of MRI after inconclusive ultrasound in pediatric patients with suspected appendicitis: retrospective review of 60 consecutive patients. *Am J Roentgenol*. 2013;200(5):969–973.
16. Styrud J, Eriksson S, Nilsson I, Ahlberg G, Haapaniemi S, Neovius G, et al. Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis: a prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg*. 2006;30(6):1033.
17. Abou-Nukta F, Bakhos C, Arroyo K, Koo Y, Martin J, Reinhold R, et al. Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis for 12 to 24 hours. *Arch Surg*. 2006;141(5):504–507.
18. Bickell NA, Aufses Jr AH, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg*. 2006;202(3):401–406.
19. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *Bmj*. 2006;333(7567):530–534.