

Conservative Treatment of Acute Appendicitis in a Young Patient with von Willebrand Type 1 Disease

Von Willebrand Tip 1 Hastalığı Olan Genç Bir Hastada Akut Apandisitinin Konservatif Tedavisi

Vefa Atış^{1*}

ABSTRACT

ÖZ

Acute appendicitis is one of the most common causes of abdominal surgery emergencies worldwide. We presented the case of a 25-year-old female patient who was diagnosed with acute appendicitis after applying to the emergency department due to severe abdominal pain. The patient had Type 1 von Willebrand disease (vWD), and we treated her with conservative treatment without appendectomy. Conservative treatment is an alternative treatment method for acute appendicitis. In selected patients, it can be treated with appropriate antibiotics instead of appendectomy.

Key Words: Acute appendicitis, Conservative treatment, Antibiotic

Akut apandisit (AA), acil servislere başvuran her yaş grubundaki hastalarda akut karın ağrısının en sık nedenidir. Çalışmamızda şiddetli karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurduktan sonra akut apandisit tanısı konulan 25 yaşında kadın hasta olgusunu sunmayı amaçladık. Hastanın Tip 1 von Willebrand hastalığı (vWH) olduğundan hastaya apendektomi yapılmadan konservatif olarak tedavi ettik. Konservatif tedavi akut apandisitte alternatif bir tedavi şeklidir ve uygun olan hastalarda apendektomi yerine antibiyoterapi ile tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, Konservatif tedavi, Antibiyotik

1. Department of General Surgery Ataturk University Faculty of Medicine, Erzurum-Turkey

Gönderilme Tarihi: 21/09/2023

Kabul Tarihi: 24/02/2024

Yayınlanma Tarihi: 29/02/2024

*Sorumlu Yazar

Vefa Atış

Department of General Surgery Ataturk University Faculty of Medicine, Erzurum-Turkey

Phone:+90 545 289 63 99, E-mail: vefa.atish@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6368-4356

Giriş

Akut apandisit (AA), acil servise başvuran her yaş grubundaki hastalarda akut karın ağrısının en sık nedenidir. Yaşam boyunca AA görülme riski %7-10 arasındadır (1, 2). AA'nın klinik belirtileri visceral peritonun duyarlılığının artmasıyla başlar. Klinik tablo, artan inflamasyonla birlikte pariyetal periton duyarlılığını da içerecek şekilde genişler. Başlangıçta ağrının kesin bir lokalizasyonu olmamasına rağmen, ağrı genellikle artan pariyetal periton inflamasyonu ile birlikte sağ alt kadrana doğru ilerler (3, 4). Ağrıya anoreksi, bulantı/kusma, ateş (hastaların %40'ı) ve ishal gibi semptomlar eşlik edebilmektedir (5).

Hastaların semptomları ve fiziksel bulguları çoğunlukla tanısız niteliktedir. Beyaz kan hücre sayısı, lökosit sayısı, C-reaktif protein (CRP) düzeyi gibi laboratuvar bulguları ve ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi görüntüleme yöntemleri hastalığın doğrulanmasına yardımcı olur (6-9). Bu ek tetkiklere rağmen tanı konulamıyorsa ve hala AA tanısından şüpheleniliyorsa son çare olarak tanısız işlemlere (laparoskopi veya laparotomi) başvurulabilmektedir (10).

Çeşitli konservatif tedaviler denenmiş olmasına rağmen cerrahi apendektomi yaklaşık yüz yıldır AA'nın standart tedavisi olmuştur. Günümüzde laparoskopik apendektomi altın standart olarak kabul edilmektedir (11). Apendektomi düşük mortaliteye sahip rutin bir cerrahi prosedür olmasına rağmen postoperatif morbidite ile ilişkili olabilir. Bu morbidite oranı özellikle hastaya ait ek riskler olduğunda belirgin olarak artar. Çalışmalarda AA için %10'a varan morbidite ve %5'e varan mortalite oranları rapor edilmiştir (12). Fakat bazı seçilmiş ve ciddi komorbid hastalıkları olan olgularda medikal tedavi ön planda tercih edilmelidir.

Bu olgu sunumunda Tip 1 Von Willebrand hastalığı (VWH) tanılı karın ağrısı olan bir hastaya akut apandisit tanısı konulmuş ve hastanın mevcut hastalığı nedeniyle medikal tedavi ile hasta tedavi edilmiştir.

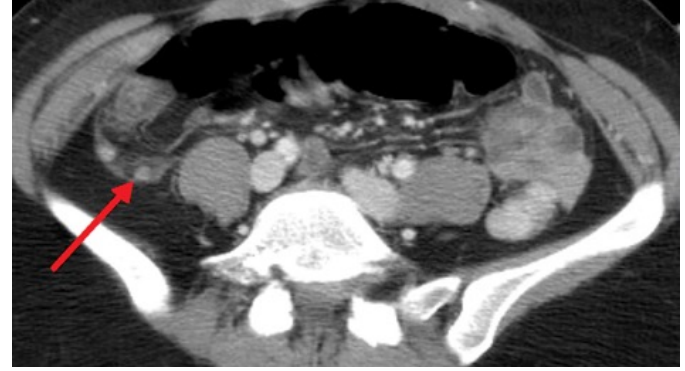
Olgu Sunumu

25 yaşında bir kadın hasta iki gündür devam eden karın ağrısı, bulantı-kusma nedeni ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 7 ay önce sezaryen ameliyatı olduğu ve ameliyat sonrası mükerrer intra-abdominal kanamalar nedeniyle 2 kez daha cerrahi alındığı öğrenildi. Hasta dış merkezde kanama bozukluğu ön tanısı ile tetkik edildiğinde Tip 1 vWH tanısı aldığı öğrenildi. Hastaya cerrahi girişimler öncesinde faktör replasmanı kullanması (desmopressin asetat) gerektiği söylenmiş. Bunun dışında özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu.

Hastanın vital bulgular değerlendirildiğinde; subfebril ateş (37,7°C), taşikardi (101 atım/dk), normal saturasyon değeri (%96 oda havasında) ve normal kan basıncı (110/75 mmHg) mevcuttu. Fizik muayenesinde batin sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar bulgularında lökosit sayısı $13,6 \times 10^3$ /uL, serum C-reaktif protein (CRP) düzeyi 3 mg/dL düzeyinde idi. Hastaya çekilen kontrastlı abdominal BT raporunda apendiks en geniş yerinde 8 mm olarak ölçüldü (Resim 1) ve çevre mezenterik dokular göreceli olarak temiz görünümdeydi. Hastanın ek hastalıkları göz önüne alındığında kanama riskinden dolayı hastaya antibiyoterapi uygulanması için hasta servise yatırıldı.

Hastanın oral alımı durdurularak, hastaya günde 2 defa intravenöz sefazolin sodyum 1 gr verildi. Günlük hemogram, CRP ve batin muayenesi ile hasta kontrol edildi. Hastanın servis yatışının 3. günde batin muayenesinin rahatlaması üzerine hastanın oral beslenmesi açıldı. Hastanın şikayetleri 5 gün sonra tamamen düzeldi. Taburculuk öncesi laboratuvar bulgularında lökosit sayısı $7,3 \times 10^3$ /uL, serum C-reaktif protein düzeyi 1,5 mg/

dL idi. Hasta yatışının 6. gününde oral sefuroksim aksetil 500 mg 2x1 ve metronidazol 500 mg 3x1 reçete edilerek taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolde hastanın herhangi bir şikayeti yoktu ve çekilen kontrol batin USG'de apendiks 6 mm olarak ölçüldü.



Resim 1. Hastanın BT görüntüsü (Kırmızı ok dilate apendiks vermiformisi göstermektedir).

Tartışma

Akut batin olguları, acile başvuruların ortalama %5-10'unu oluşturur (13). Genel cerrahların en sık gerçekleştirdiği acil ameliyatlardan biri apendektomi olup, tanı konulduktan sonra hastalar genellikle inflamasyonun ilerlemesini önlemek için birkaç saat içinde ameliyata alınır. AA tedavisinde apendektomi hala altın standart olmasına rağmen son yirmi yılda AA şüphesi olan seçilmiş hastalarda konservatif tedavinin cerrahiye kıyasla daha değerli bir alternatif olabileceğini gösteren zamanla artan sayıda kanıt bulunmaktadır (14). Komplike olmayan AA seçilmiş olgularında antibiyotik tedavisinin ameliyatsız olarak da başarılı olduğu gösterilmiştir (14, 15). Olgumuzda hastanın kanama bozukluğuna sahip olması ve batin muayenesinin göreceli rahat olması nedeniyle postoperatif morbiditenin önüne geçmek için ilk tercih antibiyoterapi ile hastanın konservatif tedavisi olmuştur.

AA'li hastaların büyük bir kısmında konservatif tedavinin etkili olduğunu göstermiştir. Başarı oranları literatürde %68 ile %95 arasında değişmektedir (16, 17). Konservatif tedaviyi takiben nüks hastaların yaklaşık %5-14'ünde görülebilir (11, 18). Konservatif veya cerrahi tedavi için hastaları seçerken risk faktörleri dikkate alınmalıdır. Bunlar arasında apendiksteki taşlar, artmış (> 4 mg/dL) CRP seviyeleri, başvuru sırasında kısmi ince bağırsak tıkanıklığı yer alır (19-21). Bu risk faktörlerinin varlığında acil apendektomi kuvvetle düşünülmelidir.

Akut apandisit konservatif tedavisinde oral alımın durdurulması ve intravenöz hidrasyon başlanması önemlidir. Antibiyotik tedavisinde ise enterik gram negatif bakterilere (En sık patojen Escherichia coli), gram pozitif bakterilere (Streptococcus türleri) ve anaerobik bakterilere (Bacteroides türleri) duyarlı antibiyotikler verilmelidir. Bu amaçla antibiyotik kombinasyonları (sefalosporin, penisilin, florokinolon, imidazol türevleri ve metronidazol) kullanılmaktadır. Hastanın takibinde ise günlük enfektif parametre (lökosit sayısı ve c-reaktif protein düzeyi) takibi ve karın muayene takibi ile hastanın kliniği değerlendirilmelidir. Enfektif parametrelerde artma ve karın muayene bulgularında kötüleşme olduğundan apendektomi planlanmalıdır.

Sonuç

AA tedavisinde konservatif yaklaşımın temel avantajı karın ameliyatı ve genel anestezinin erken ve geç morbiditesinin ve düşük de olsa mortalitesinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu yüzden seçilmiş olgular uygun antibiyotik ve sıvı tedavisi ile güvenli bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Conflict of Interest: None declared by the author.

Funding sources: None declared by the author.

Ethics Committee Approval: Not required.

ORCID and Author's contributions: V.A. (0000-0001-6368-4356): Main idea, planning, literature review, spelling, review and correction.

Acknowledgement: None declared by the author.

KAYNAKLAR

- Schappert SM, Rechsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2006. *Natl Health Stat Report*. 2008;8:1-29.
- Yeni M, Kalaycı T, Kartal M. Apendiks güdüğünün kapatılmasında kullanılan hem-o-lok klips ile intrakorporal sütünün erken ve geç dönem sonuçlarının karşılaştırılması. *Celal Bayar Üniv Sağlık Bil Enst Derg*. 2021;9(1):120-5.
- Jones MW, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. 2018.
- Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute appendicitis: efficient diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2018;98(1):25-33.
- Kartal M, Kalaycı T, Çöpelci Y, Ali K. Clinicopathological evaluation of parasitic infections in appendectomy specimens. *Arch Curr Med Res* 2023;4(1):40-46
- Withers A, Grieve A, Loveland J. Correlation of white cell count and CRP in acute appendicitis in paediatric patients. *S Afr J Surg*. 2019;57(4):40.
- Pooler BD, Repplinger MD, Reeder SB, Pickhardt PJ. MRI of the nontraumatic acute abdomen: description of findings and multimodality correlation. *Gastroenterol Clin North Am*. 2018;47(3):667-690.
- Hwang ME. Sonography and computed tomography in diagnosing acute appendicitis. *Radiol Technol*. 2018;89(3):224-37.
- Kave M, Parooie F, Salarzaei M. Pregnancy and appendicitis: a systematic review and meta-analysis on the clinical use of MRI in diagnosis of appendicitis in pregnant women. *World J Emerg Surg*. 2019;14:1-14.
- Kalaycı T. Flank abscess after perforated acute appendicitis. *Anatolian J Emerg Med* 2021;4(3):106-109.
- Lugo JZ, Avgerinos DV, Lefkowitz AJ, Seigerman ME, Zahir IS, Lo AY, et al. Can interval appendectomy be justified following conservative treatment of perforated acute appendicitis? *J Surg Res*. 2010;164(1):91-4.
- Kalaycı T, Balci S. Factors affecting morbidity in appendectomy: A single center experience. *Turk J Colorectal Dis* 2022;32:41-47.
- Nawar EW, Niska RW, Xu J. National hospital ambulatory medical care survey: 2005 emergency department summary. *Adv Data*. 2007;386:1-32.
- Yang Z, Sun F, Ai S, Wang J, Guan W, Liu S. Meta-analysis of studies comparing conservative treatment with antibiotics and appendectomy for acute appendicitis in the adult. *BMC Surg*. 2019;19(1):1-10.
- Teixeira PG, Sivrikoz E, Inaba K, Talving P, Lam L, Demetriades D. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. *Ann Surg*. 2012;256(3):538-43.
- Varadhan KK, Humes DJ, Neal KR, Lobo DN. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: a meta-analysis. *World J Surg*. 2010;34:199-209.
- Hansson J, Körner U, Khorram-Manesh A, Solberg A, Lundholm K. Randomized clinical trial of antibiotic therapy versus appendectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients. *Br J Surg*. 2009;96(5):473-81.
- Liu K, Ahanchi S, Pisaneschi M, Lin I, Walter R. Can acute appendicitis be treated by antibiotics alone? *Am Surg*. 2007;73(11):1161-5.
- Arahamian CJ, Barnhart DC, Bledsoe SE, Vaid Y, Harmon CM. Failure in the nonoperative management of pediatric ruptured appendicitis: predictors and consequences. *J Pediatr Surg*. 2007;42(6):934-8.
- Shindoh J, Niwa H, Kawai K, Ohata K, Ishihara Y, Takabayashi N, et al. Predictive factors for negative outcomes in initial non-operative management of suspected appendicitis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2010;14:309-14.
- Levin T, Whyte C, Borzykowski R, Han B, Blitman N, Harris B. Nonoperative management of perforated appendicitis in children: can CT predict outcome? *Pediatric radiology*. 2007;37:251-5.