

İnfanil Kolik Ayrıcı Tanısında Nadir Bir Neden: Üç Aylık Bebekte Akut Apendisit

A Rare Cause of Infantile Colic Differential Diagnosis:
Acute Appendicitis In A Three Months Old of Infants

Bahri Elmas¹, Turan Yıldız², Zekeriya İlçe²

¹ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD, Sakarya

² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi AD, Sakarya

Correspondence / Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Bahri ELMAS

TC Sağlık Bakanlığı Sakarya Ün. Eğt. Ve Araşt. Hastanesi

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Merk.

Yenidoğan Mh. Fabrika Cd. Adapazarı/SAKARYA

P: :+90 533 550 53 51

E-mail: bahriemas@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : **26.04.2017**

Kabul Tarihi / Accepted : **07.06.2017**

Özet

Akut apandisit çocuklarda en sık acil cerrahi tedavi gerektiren ve hayati tehlike riski bulunan durumdur. Tanı tipik klinik bulgular ile birlikte laboratuvar tetkikleri, ultrason, tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile konulabilir. Özellikle küçük yaşlarda bulguların nonspesifik olması, çocukların şikayetleri tarifleyememesi veya huzursuzluk nedeni ile batin muayenesinin yeterli sonuç vermemesi tanıyı güçleştirir. Huzursuzluk ve karn şişliği şikayetleri ile 3 gün ara ile iki defa acil servise getirilen ve infanil kolik tanısı konularak herhangi bir tedavi uygulanmayan 3 aylık erkek bebek, şikayetlerinin artarak devam etmesi üzerine bir gün sonra yeniden başvurdu. Fizik muayenede batin distandı, WBC 10200/mm3, %53 lenfosit, Hb 9.6g/dl, PLT 378000/mm3, CRP 122mg/L bulundu. Batin ultrasonografisinde sağ alt kadranda enflamasyonla uyumlu görüntü tespit edildi ancak apandiks görüntülenemedi. Yatışı yapılarak seftriakson başlandı. Bir gün sonra batında distansiyonu devam eden hastanın WBC 9600/mm3, %52.6 lenfosit, Hb 8.79g/dl, PLT 370000/mm3, CRP 107mg/L bulundu. Batin ultrasonografisinde apandiks çapı 7 mm ve duvar kalınlığı 2.5 mm, çevrede yoğun inflamasyon bulguları izlendi ve apandisit tanısı konularak apendektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede akut apandisit ve peritonit mevcut idi. Huzursuzluk şikayeti ile başvuran infanllarda en sık neden infanil kolik olmakla birlikte organik patolojiler de düşünülmelidir. Akut apandisit çocuklarda bir yaş altında nadir görülmekte ve tipik klinik bulgular çoğunlukla bulunmamaktadır. İnatçı huzurluk ve batında distansiyonu bulunan 6 ay altındaki bebeklerde ayrıca tanıda akut apandisit de unutulmamalıdır. (**Sakarya Med J 2017, 7(2):109-112**).

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, infanil kolik

Abstract

Acute appendicitis is the most common form of urgent surgical treatment in children and a life-threatening condition. The diagnosis can be made by laboratory tests, ultrasonography, tomography or magnetic resonance imaging along with typical clinical findings. Especially at younger ages, it is difficult to diagnose that the abdominal examination does not give enough results. The reason for this is that findings are nonspecific, that children can not describe complaints or have discomfort. Infantile colic was diagnosed with a 3-month-old male infant who presented with severe crying and abdominal distention and an emergency clinic with an interval of 3 days. He was reappaled one day after the complaints of the baby who did not receive any treatment continued to increase. Physical examination showed abdominal distention, WBC 10200 / mm3, 53% lymphocyte, Hb 9.6g / dl, PLT 378000 / mm3, CRP 122mg / L. Ultrasonography of the abdomen detected the right lower quadrant with inflammation, but the appendix was not visible. He was hospitalized and ceftriaxone was started. One day later, the patient continued abdominal distention, WBC 9600 / mm3, 52.6% lymphocytes, Hb 8.79g / dl, PLT 370000 / mm3, CRP 107mg / L. Ultrasonography of the abdomen showed appendiceal diameter of 7 mm and wall thickness of 2.5 mm, intense inflammation was observed in the environment and appendectomy was performed with appendicitis diagnosis. Histopathological examination revealed acute appendicitis and peritonitis. In infants with irritability and crying reasons, organic pathologies should be considered together with infantile colic as the most common cause. Acute appendicitis is rare in children under one year of age, and typical clinical findings are rarely found. Acute appendicitis should not be forgotten in differential diagnosis of infants under 6 months with persistent peacefulness and abdominal distension. (**Sakarya Tıp Dergisi 2017, 7(2):109-112**)

Keywords: Acute appendicitis, infantile colic

Giriş ve Amaç

Akut apandisit çocuklarda en sık cerrahi tedavi uygulanan patolojidir. Çocuklarda özellikle 10 yaşından sonra daha sık görülmele birlikte tüm yaş grubunda görülebilmektedir. Ancak küçük çocuklarda daha az sıklıkla ortaya çıkmaktadır. İnfantlarda %2.3 sıklıkta,yenidoğanlarda ise oldukça nadir görüldüğü bildirilmektedir¹⁻³. Tanı hikaye ve klinik bulgular ile birlikte laboratuvar tetkikleri, ultrason, tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile konulabilir. En sık semptomları şahsızlık, karın ağrısı, kusma ve devam eden ateş iken en sık bulgular batında hassasiyet ve 38 °C üzerinde ateştir^{4,5}. Özellikle küçük yaşlardaki çocuklarda bulgular nonspesiftir.Küçük çocukların şikayetlerini tarifleyememesi, huzursuzluk nedeni ile batin muayenesinin yeterli sonuç vermemesi gibi nedenlerle klinik olarak tanısı oldukça zordur. Bulguların atipik olan küçük çocuklar ve bebekler sıklıkla tanıda gecikme sonucu perforasyon ile başvurmaktadırlar. Bu çocuklarda immün sistemin rölatif olarak zayıf olması, tanıda gecikme ile ortaya çıkan komplikasyonlar ve hastane yatış süresinin uzaması nedeniyle morbidite ve mortalitede artış ile karşılaşmaktadır¹.

Biz burada akut apandisit nedeni ile opere ettiğimiz üç aylık bebeği klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde sunmayı amaçladık.

Vaka Takdimi

Huzursuzluk ve karın şişliği şikayetleri ile 3 gün ara ile iki defa acil servise getirilen ve infantil kolik tanısı konularak herhangi bir tedavi uygulanmayan 3 aylık erkek bebek, şikayetlerinin artarak devam etmesi ve ateş şikayetinin de eklenmesi üzerine bir gün sonra yeniden başvurdu. Fizik muayenede ateş 38 °C, nabız 128/dk, solunum 30/dk,huzursuz, solunum sesleri doğal, kalp ritmik, batin distandü idi. WBC 10200/mm³, %53 lenfosit, Hb 9.6g/dl, PLT 378000/mm³, CRP 122mg/L bulundu. Batin ultrasonografisinde sağ alt kadranda 20 mm çapında enflamasyon odağı ve çevresinde enflamasyon bulguları tespit edildi,apendiks görüntülenemedi (Resim 1). Yatışı yapılarak seftriakson 50mg/kg/gün intravenöz olarak başlandı. Bir gün sonra batında distansiyonu ve ateşi devam eden hastanın WBC 9600/mm³, %52.6 lenfosit, Hb 8.79g/dl, PLT 370000/mm³, CRP 107mg/L bulundu. Batin ultrasonografisinde apendiks çapı 7 mm ve duvar kalınlığı 2.5 mm, çevrede yoğun inflamasyon bulguları izlendi (Resim 2). Bulgular perfore apandisit

olarak değerlendirildi. Çocuk cerrahi ile konsülte edilen hastaya apendektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede akut apandisit ve peritonit mevcut idi.Postoperatif ateşleri devam eden hastanın tedavisine metranidazol 30mg/kg/gün intravenöz olarak eklendi. Kontrol ultrasonografisinde batin içi apse tespit edilmedi. Yedinci günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1: Sağ alt kadranda 20 mm çapında enflamasyon odağı ve çevresinde enflamasyon bulguları, apendiks görüntülenemedi



Resim 2: Apendiks çapı 7 mm ve duvar kalınlığı 2.5 mm, çevrede yoğun inflamasyon bulguları altındaki bebeklerde ayırıcı tanıda akut apandisit de unutulmamalıdır.

Tartışma

Apandisit infantlarda sık görülmemekle birlikte yenidoğan ve prenatal olarak rastlanılan vakalar bildirilmiştir.Hayatın ilk bir yılında apendiks huni şeklindedir ve lümende obstrüksiyon oluşma riski

düşüktür². Bu yaş grubunda hastalar genellikle kusma, ishal, huzursuzluk, ateş, inlemeli solunum şikayetleri ile başvururlar³. Ateş, kusma ve ardından sağ alt kadrana yayılan periumbilikal ağrı 12 yaş altındaki çocukların %45'inde görülmektedir^{7,9}. Aile veya hasta yaygın karın ağrısı, taşikardi, 37°C üzerinde ateş ile birlikte yüzde kızarma gibi atipik semptomlar tarifleyebilir^{9,10}. Konstipasyon, devamında kusma vetipik ishalden daha ziyade sık ve az miktarda yumuşak kıvamlı gaita görülebilir^{8,10}.

Becker ve ark. tarafından yapılan retrospektif çalışmada 3-12 yaş arası 379 hasta incelenmiştir. Bu çalışmada perforasyon oranının 3-6 yaş grubu hastalarda en sık (%53) olduğu ve hastaların kusma (%66), ateş (%47), yumuşak kıvamlı gaita yapma ve huzursuzluk (%16) şikayetleriyle başvurdukları bildirilmiştir⁴. Vakamız da huzursuzluk ve karında şişlik şikayetleri ile üç defa başvurmuş ve ilk iki başvurusunda infanıl kolik tanısı almıştır. Son başvurusunda şikayetlerinin artarak devam etmesi ve ateşin de eklenmesi ile apandisit düşünülmüştür.

Horwitz ve ark. tarafından yapılan çalışmada, 11-35 aylık 63 çocukta perforasyon oranının %84 olduğu, hastaların %33'ünde diyare bulunduğu ve başlangıç semptomlarından itibaren ortalama gecikme süresinin 4.3 gün olduğu bildirilmektedir⁵. Vakamız Horwitz ve arkadaşlarının çalışması grubuna göre oldukça küçük yaşta ve dahanadır görülen huzursuzluk ve karın şişliği şikayetleri ile başvurmuştur. Tanıda 4 günlük bir gecikme olmuştur.

Fizik muayene bulguları yaşlara göre değişiklikler gösterir. Yenidoğanlarda bazen sadece huzursuzluk şikayeti bulunabilir. Bu yaş grubunda taşikardik, takipneik olabilir ve sekonder olarak dehidrate görünebilir^{1,12}. Alt lop pnömonisini ekarte etmek için solunum sistemi muayenesi, idrar yolu enfeksiyonunu ekarte etmek için idrar tetkiki yapılması gereklidir. Batın muayenesinde tipik bulgular olabileceği gibi bizim vakamızda da olduğu gibi atipik bulgularda bulunabilir^{8,10}.

Çocuklarda ve özellikle infanılarda akut apandisit tanısında patognomonik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Karın ağrısı bulunan ve klinik skorlama ile apandisit düşünülen hastalardan sıklıkla istenen laboratuvar testleri tam kan sayımı, tam idrar tetkiki ve kapsamlı bi-

yokimyasal incelemelerdir⁶. Lökosit sayısının tek başına tanısız değeri düşüktür. CRP ile birlikte lökosit sayısının tanıda daha değerli olduğu bildirilmektedir⁷. Tam idrar tetkiki karın ağrısı olan hastalarda apandisit dışındaki tanıları dışlamak için istenmekle birlikte apandisitli hastalarda %7-25 oranında piyüri olabileceği bildirilmiştir⁸. Bu nedenle piyüri olması apandisiti ekarte ettirmemektedir⁸. Hastamızda tam idrar incelemesinin yapılmamış olması bir eksiklik-tir. Bu konuda bebeğin 3 aylık olması nedeni ile idrar toplamadaki güçlüğün bir etken olabileceği düşünülmüştür.

Ultrasonografinin deneyimli radyologlarca yapılması durumunda tanıdaki duyarlılık ve özgüllüğünün %90-95'e kadar çıkabileceği bildirilmektedir^{13,16}. Pozitif ultrason bulguları, sağ alt kadranda komprese edilemeyen 6 mm'den daha büyük tübüler yapıdır^{16,17}. Vakamızda ikinci tekrarda apandiks çapı 7 mm ölçülmüş ve etrafında yoğun enflamasyon bulguları tespit edilerek apandisit tanısı konulmuştur.

Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tanıda kullanılacak metotlardandır. Ancak çoğunlukla klinik ve ultrasonografi bulguları ile tanı konulmaktadır^{18,19}. Vakamızda da ultrasonografi ile tanı konulduğu için diğer görüntüleme yöntemlerine gerek duyulmamıştır.

Apandisit tanısı konulan hastaların çocuk cerrahisi tarafından konsülte edilmesi, gastrikdekompresyon, intravenöz sıvı, antibiyotik ve ağrı kontrolü için tedavi uygulanması gereklidir. Vakamız çocuk cerrahisi ile konsülte edilerek sıvı ve antibiyotik başlanmıştır. Postoperatif dönemde de ateşlerinin devam etmesi nedeni ile seftriakson tedavisine metranidazol ilave edilmiş ve şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuçlar

Huzursuzluk şikayeti ile başvuran infanılarda en sık neden infanıl kolik olmakla birlikte organik patolojiler de düşünülmelidir. Akut apandisit çocuklarda bir yaş altında nadir görülmekte ve tipik klinik bulgular çoğunlukla bulunmamaktadır. İnataç huzursuzluk ve batında distansiyonu bulunan 6 ay altındaki bebeklerde ayırıcı tanıda akut apandisit de unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Sakellaris G, Tilemis S, Charissis G. Acute appendicitis in preschool-aged children. *Eur J Pediatr.* 2005;164:80-3.
2. Brisighelli G, Morandi A, Parolini F, Leva E. Appendicitis in a 14-month-old infant with respiratory symptoms. *Afr J Paediatr Surg.* 2012;9:148-51.
3. Serçin Taşar, Medine Aysin Taşar, Latife Güder, Fatma İnci Ankan, Yıldız Bilge Dallar, Nihan Ayyıldız Karaman. Çocuk Acil Servisinde Akut Apandisit Tanısı İçin Pediatrik Apandisit Skorlamasının Ve Ultrasonografi Bulgularının Değerleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2015;9:184-188.
4. Nance ML, Adamson WT, Hedrick HL. Appendicitis in the young child: a continuing diagnostic challenge. *Pediatr Emerg Care.* 2000;16:160-2.
5. Alloo J, Gerstle T, Shilyansky J, Ein SH. Appendicitis in children less than 3 years of age: a 28-year review. *Pediatr Surg Int.* 2004;19:777-9.
6. Lin YL, Lee CH. Appendicitis in infancy. *Pediatr Surg Int.* 2003;19:1-3.
7. Rothrock SG, Pagane J. Acute appendicitis in children: emergency department diagnosis and management. *Ann Emerg Med.* 2000;36:39-51.
8. Narsule CK, Kahle EJ, Kim DS, Anderson AC, Luks FI. Effect of delay in presentation on rate of perforation in children with appendicitis. *Am J Emerg Med.* 2011;29:890-3.
9. Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, Perrin EM, Katznelson J, Rice HE. Doest his child have appendicitis? *JAMA.* 2007;298:438-51.
10. Becker T, Kharbada A, Bachur R. Atypical clinical features of pediatric appendicitis. *Acad Emerg Med.* 2007;14:124-9.
11. Horwitz JR, Gursoy M, Jaksic T, Lally KP. Importance of diarrhea as a presenting symptom of appendicitis in very young children. *Am J Surg.* 1997;173:80-2.
12. Colvin JM, Bachur R, Kharbada A. The presentation of appendicitis in pre-adolescent children. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23:849-55.
13. Goldberg LC, Prior J, Woolridge D. Appendicitis in the infant population: A Case Report and Review of a Four-Month Old With Appendicitis. *J Emerg Med.* 2016;50:765-8.
14. Wang LT, Prentiss KA, Simon JZ, Doody DP, Ryan DP. The use of white blood cell count and left shift in the diagnosis of appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23:69-76.
15. Kwan KY, Nager AL. Diagnosing pediatric appendicitis: usefulness of laboratory markers. *Am J Emerg Med.* 2010;28:1009-15.
16. Gracey D, McClure MJ. The impact of ultrasound in suspected acute appendicitis. *Clin Radiol.* 2007;62:573-8.
17. Lowe LH, Penney MW, Stein SM, Heller RM, Neblett WW, Shyr Y, Hernandez-Schulman M. Unenhanced limited CT of the abdomen in the diagnosis of appendicitis in children: comparison with sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176:31-5.
18. Kharbada AB, Taylor GA, Fishman SJ, Bachur RG. A clinical decision rule to identify children at low risk for appendicitis. *Pediatrics.* 2005;116:709-16.
19. Schneider C, Kharbada A, Bachur R. Evaluating appendicitis scoring systems using a prospective pediatric cohort. *Ann Emerg Med.* 2007;49:778-84.

