

■ Olgu Sunumu

Gecikmiş tanı nedeniyle puerperiumda apandisit: olgu sunumu

Delayed diagnosis of appendicitis in puerperium: case report

Nevin SAĞSÖZ^{1*}, Ceyhan TAŞDELEN¹, Murat BULANIK², Gökhan KARACA³

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

²Zonguldak Devrek Devlet Hastanesi, Zonguldak

³Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kırıkkale, TÜRKİYE

ÖZ

Lohusalık döneminde ortaya çıkan enfeksiyon ve ağrı gibi nedenlerin sıklıkla gebelik ve doğuma bağlı olduğu kabul edilir. Ancak, diğer önemli nedenlerde akılda tutulmalıdır. Akut apandisit gebelikte obstetrik nedenler dışında, en sık karşılaşılan akut cerrahi gerektiren durumdur. Bu yazıda; puerperal dönemde karın ağrısı, yüksek vücut ısısı ve yüksek C-reaktif protein ile kliniğimize başvuran akut apandisit tanısı alan bir hasta sunuldu ve konu literatür bilgisi eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Puerperium, apandisit, postpartum dönem

ABSTRACT

Problems such as infection and pain that occur in the puerperium are frequently assumed to be related to pregnancy or delivery. Nevertheless, other important causes should also be kept in mind. Acute appendicitis is the most common non-obstetrics an acute surgical condition in pregnancy. In current report, a patient who had applied to our clinic with abdominal pain, high body temperature and high C-reactive protein in puerperium and diagnosed as acute appendicitis and later performed appendectomy was presented and the topic was discussed along with the literature review.

Keywords: Puerperium, appendicitis, postpartum period

Corresponding Author^a: Nevin SAĞSÖZ, MD. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yenışehir, Yahşihan, Kırıkkale, TURKEY

e-mail: nevinsagsoz@yahoo.com

Tel: 0505 577 86 38

Doi. 10.18663/tjcl.296076

Received 03.03.2017 accepted 15.03.2017

Giriş

Akut apandisit, gebelikte en sık non-obsterik akut karın nedenidir [1]. Erken tanı ve tedavi akut apandisit yönetiminde belirleyicidir. Apandisit tanısı, klinik bulguların laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile desteklenmesi ile konulur [2]. Gebelikte akut apandisit görülme insidansı % 0,1-0,2'dir ve non obstetrik cerrahi girişimlerin %25'ini apendektomi oluşturmaktadır [3]. Gebelik sürecinde apandiksin yer değiştirmesi, ultrasonografinin tanısal değerinin azalması ve fizyolojik lökositöz tanı koymayı güçleştirmektedir. Özellikle ilerleyen gebelik haftalarında, ağrıyla tetiklenen uterin kontraksiyonlar doğum eylemi ile karışabilmektedir. Tanı ve tedavinin gecikmesi apandisit komplikasyonlarının gebelikte daha sık görülmesine neden olur. Perfore apandisitlerin üçüncü trimesterde daha sık olması bunun göstergesidir [4-5].

Bu yazıda, sezaryen operasyonu sonrası postpartum dönemde geç dönemde perfore apandisit tanısı konulan ve tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

30 yaşında, G1 P0, makat-baş gelişli ikiz gebelik + preterm eylem tanısıyla sezaryen operasyonu yapılan hasta, taburculuğundan 1 ay sonra, 2 gündür olan karın-kasık ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan değerlendirme sonucu hastaya miyalji tanısıyla non steroid antiinflamatuvar tedavisi verilmiş. Şikayetleri devam eden hastanın tekrar acil servise başvurması üzerine acil tıp bölümüne post-partum enfeksiyon, sezaryen sonrası yabancı cisim ön tanıları ile tarafımıza konsülte edilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde; batında defans, hassasiyet ve rebound olması nedeniyle hasta hospitalize edildi. Gaz ve gaita çıkımı mevcuttu. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabızı 90/dk, ateşi 38,5°C idi. Laboratuvar bulgularından Hemogloblin: 12,7g/dL, Beyaz Küre (WBC): 10 600/µL, C-reaktif protein (CRP): 223 mg/L olup diğer biyokimya değerleri normal sınırlarda idi. Transvajinal ultrasonda uterus 8,2x7,5x5,2 cm boyutlarında, endometrium kalınlığı 6 mm, her iki over normal görünümde olup douglasta mayi artışı izlendi. Abdomen ultrasonunda apandiks vizualize edilemeyen, batında mai izlenmeyen hastadan Genel Cerrahi Bölümünden konsültasyon istendi. Ayrıca, olası enfeksiyon için enfeksiyon hastalıkları önerisiyle alınan kan, idrar ve vajen kültürü sonrası siprofloksasin (2x400 mg/200 cc/gün) ve metronidazol (4x%0,5 IV perfüzyon solüsyonu-100 ml-500 mg/gün) tedavisi başlandı. Bu dönemde CRP değerinin hızla yükseldiği ve 446 mg/L olduğu gözlemlendi. Hastaya alt abdomen Bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de apandiksin sınırları seçilememekle birlikte çapının 15mm ölçülmesi; perisplenik alanda, sağ alt kadranda ve pelviste mayi izlenmesi üzerine

akut apandisit ön tanısıyla operasyon kararı alındı (Resim 1). Operasyonda perfore apandisit ve yaklaşık 400 cc pürulan mai izlendi; apendektomi ve aspirasyon yapıldı (Resim 2). Hastanın postoperatif 1. gününde laboratuvar değerleri Hemogloblin: 10,5 g/dL, Beyaz Küre (WBC): 6.150 /µL, CRP: 267 mg/L idi. Batın içi mai kültüründe E. coli ürediği rapor edildi. Post operatif hastaya meropenem 3x1 gr IV olarak antibiyotik verildi. Hastanın patolojik inceleme sonucu akut flegmanöz apandisit olarak raporlandı. Hasta postoperatif 5. gününde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. BT'de hastanın apandisit ile uyumlu görüntüsü



Resim 2. Apendektomi piyesi

Tartışma

Akut apandisit tanısı temel olarak anamnez, fizik muayene ve klinik değerlendirme ile konulur [1]. İştahsızlık ilk görülen semptomdur. Bunu, göbük çevresinde başlayıp sağ alt kadrana yayılan karın ağrısı takip eder. Bulantı ve kusma klinik tabloya eşlik edebilir. Akut apandisitli hastaların yaklaşık %80'inde lökositoz görülür [1]. Görüntüleme yöntemlerinden ultrason, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans apandiks çapının artması ve duvarının kalınlaşması, peri-apendiküler sıvının görülmesi anlamlıdır [6]. Bizim olgumuzda peri apendiküler sıvı mevcut olup apandiks çapının 15 mm ölçülmüş olması tanının konulmasında önemli olmuştur.

Dünya genelinde gebelerin yaklaşık %2'sine obstetrik olmayan nedenlerle cerrahi girişim yapılmaktadır. Akut apandisit, gebelikte en sık non-obstetrik cerrahi operasyon nedenidir [1]. Gebelikte akut apandisit insidansı artmamakla birlikte apandiks rüptüre olma olasılığı gecikmiş tanı nedeniyle, 2-3 kat artar [7]. Literatürde gebelikte apandisit ile ilgili bir çok olgu bulunmakla birlikte, postpartum dönemde apandisit ile ilgili olgu sayısı sınırlıdır [8-10]. Postpartum dönemde apandisit eşlik eden tipik abdominal ağrılar ve taşikardi sıklıkla yoktur [9]. Puerperiumda abdominal kasların gevşek olması nedeniyle abdominal rijidite ve akut abdomen bulguları olmayabilir. Beyaz küre sayımı ve eritrosit sedimantasyonu normal olarak yüksek olabilir. Bu durum da tanıyı zorlaştırır [8,9]. Bizim olgumuzda da acil servise ilk başvurusunda hastada miyalji düşünülmüş ve hastanın kan lökosit sayımı normal olarak gözlenmiştir.

Postpartum dönemde enfeksiyonun kaynağının genellikle doğum ve ürolojik nedenlere bağlı olduğu düşünülür [10]. Bizim olgumuzda da hastanın ağrılarının devam etmesi üzerine hastada sezaryen komplikasyonu ve puerperiumla ilgili sorun düşünülerek hasta tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinin ve transvajinal ultrasonografik bulgularının normal olması üzerine hasta genel cerrahi konsültasyonu istenmiş ve nedeni bilinmeyen enfeksiyon için antibiyotik verilmiştir ve tomografi sonucu ile hastada akut apandisit düşünülerek hasta opere edilmiştir. Benzer şekilde, literatürde Wadhawan ve ark. puerperal sepsis ve enterik ateş düşünülerek tedavi edilen 2 postpartum apandisit olgusu sunmuşlar ve bilinmeyen sepsis odağı varlığında akut apandisit aklı gelmesi gerektiğini vurgulamışlardır [10]. Bizim olgumuzda yine laboratuvar değerleri incelendiğinde özellikle C-Reaktif proteinin yüksek olduğu ve antibiyotik tedavisine rağmen hızla yükseldiği gözlenmektedir. Kathmandu ve ark. CRP'nin akut apandisit için diagnostik bir marker olduğunu vurgulamışlardır [11].

Perfore apandisitlerin gelişiminde tanıdaki gecikmenin sorunlu olduğu kabul edilmektedir. Vakaların büyük çoğunluğunda perforasyon lokal olarak sınırlanır ve hastada lokalize rebound görülür. Rüptürün etrafını sınırlama işlemi başarısız olursa peritonit tablosu oluşur. Vakaların %2-5'inde ise inflamasyonlu apandiks bitişik barsak anlarından oluşan flegmonöz apandisit ve peri-apendiküler apse görülür. Bu şekilde

bir kitle saptanan hastanın kliniği 5-7 günlük bir süreci kapsar [12]. Bizim vakamızda da hastanın semptomları en az 4-5 gündür var olup, fizik muayenesi ve preoperatif görüntülemesi flegmonöz apandisit ile uyumluydu.

Sonuç olarak, akut apandisit erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen bir hastalıktır. Bizim olgumuzda; postpartum dönem karın hassasiyetin myalji olarak değerlendirmesi, hastanın yakın zamanda sezaryen operasyonu olması yüzünden mevcut kliniğinin obstetrik bir komplikasyonla ilişkilendirilmesi tanı koyarken karşılaşılan güçlüklerdir. Akut batın ile başvuran her hastadan detaylı anamnez alınmalı, fizik muayenesi ve tanı araçları dikkatle incelenmelidir. En sık akut karın nedenlerinden olan apandisit akılda tutulmalıdır.

Maddi Destek ve Çıkar İlişkisi

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkarıya dayalı bir ilişkisi yoktur.

Kaynaklar

1. Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovich N, Pories S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg* 2007; 19: 223-32.
2. Buckius MT, McGrath B, Monk J, Grim R, Bell T, Ahuja V. Changing epidemiology of acute appendicitis in the United States: study period 1993–2008. *J Surg Res* 2012; 175: 185-90.
3. Long SS, Long C, Lai H, Macura KJ. Imaging strategies for right lower quadrant pain in pregnancy. *Am J Roentgenol* 2011; 196: 4-12.
4. Guttman R, Goldman RD, Koren G. Appendicitis during pregnancy. *Can Fam Phys Medecin de Famille Canadien* 2004; 50: 355-7.
5. Woodfield CA, Lazarus E, Chen KC, Mayo-Smith WW. Abdominal pain in pregnancy: diagnoses and imaging unique to pregnancy—review. *Am J Roentgenol* 2010; 194: Ws14-Ws30.
6. Old J, Dusing R, Yap W, Dirks J. Imaging for Suspected Appendicitis. *Am Fam Phys* 2005; 71: 71-8.
7. Zingone F, Sultan AA, Humes DJ, West J. Risk of acute appendicitis in and around pregnancy: a population-based cohort study from England. *Ann Surg* 2015; 26: 332-7.
8. Milica B, Biljan KK, Tosić V, et al. Appendicitis in puerperium—case report. *Acta Chir Iugosl* 2011; 58: 111-2.
9. Gerstle RK. Postpartum appendicitis presenting as RUQ pain. *Am Fam Physician* 2008; 77: 282-3.
10. Wadhawan D, Singhal S, Sarda N, Arora R. Appendicitis in Postpartum Period: A Diagnostic Challenge. *J Clin Diagn Res* 2015; 9: QD10-1.
11. Ghimire R, Sharma A, Bohara S. Role of C-reactive Protein in Acute Appendicitis. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2016; 54: 130-3.
12. Sleem R, Fisher S, Gestring M, et al. Perforated appendicitis: is early laparoscopic appendectomy appropriate? *Surgery* 2009; 146: 731-7 Discussion 737-8.