

Batın sağ alt kadranda ağrısının nadir bir sebebi: Apendiks mukoseli

A rare cause of abdominal right iliac fossa pain: Appendix mucocele

Ural Koç, Selçuk Mısırlıgil

OLGU SUNUMU

Abstract

Appendix mucocele is a rarely seen cystic mass caused by neoplastic changes at the mucosa secondary to mucin collection. This is a rare cause of right iliac fossa and is generally confirmed surgically by an operation for acute appendicitis or any other causes. It is important to diagnose before the operation due to the effects of the surgical procedure. Additionally, if it is spontaneously or surgically ruptured, pseudomyxoma peritonei may occur. Here we present ultrasound (US) and non-enhanced abdominal computed tomography (NE-CT) findings of an appendix mucocele that had been surgically and pathologically confirmed. US showed a cystic mass having air-liquid echogenicities localized at the right iliac fossa. NE-CT demonstrated an inflamed smooth-shaped cystic mass having air-liquid densities related to the cecum.

Keywords: Appendix, mucocele, ultrasound, non-enhanced computed tomography

Giriş

Apendiks mukoseli, mukozanın hiperplazisine veya neoplazik değişikliklerine bağlı müsin birikimi ile giden kistik kitle oluşumudur [1]. Nadir görülen bir tablo olmakla birlikte, genellikle akut apandisit veya başka bir sebeple yapılan cerrahi operasyonlar sırasında tespit edilmektedir. Apendektomi materyallerinde görülme insidansı yaklaşık %0,6 olarak bildirilmektedir [2]. Daha çok 50 yaş üstü kadınlarda saptanır [1, 2]. Bu tümörlerin çoğu asemptomatik ve çoğu zaman insidental tanı alır, nadiren de operasyon öncesi teşhis edilebilir [2, 3]. Cerrahi sırasında ya da spontan rüptüre olması durumunda psödomiksoma peritonei gelişebilir [2, 4]. Bu sunumun amacı, bir apendiks mukoseli olgusunun radyolojik bulgularını ilgili literatür bilgileri ışığında tartışmaktır.

Olgu sunumu

Elli dört yaşında kadın hasta, sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Eşlik eden belirgin kusma olmamakla birlikte bulantı hissi ve iştah kaybı mevcuttu. Nabızı normal, ateşi 37,3°C, tansiyonu 150/90 mm Hg ölçülen hastanın fizik muayenesinde, sağ alt kadranda hassasiyet ve hafif rebound pozitifliği görüldü. Olgunun kliniği akut apandisit benzer özellikler göstermekteydi. Başvuru sırasında elde olunan tam kan incelemesinde nötrofil hakimiyeti olan lökositoz ($12,6 \times 10^3/\mu\text{l}$) saptandı. Diğer elde olunan tam kan ve biyokimyasal bulgularda glukoz yüksekliği dışında belirgin patolojik değer izlenmedi. Direkt karın grafisinde özellik görül-

medi. Olgunun yapılan transabdominal US'sinde (Aplio 500; Toshiba, Tokyo, Japonya) sağ alt kadranda apendiks lokasyonunda, kistik dilatasyon gösteren ve hava-sıvı ekojeniteleri içeren bir yapı dikkati çekti (Resim 1). Hasta kilolu olduğu ve diabet tedavisi olarak metformin kullandığı için kontrastsız BT ile değerlendirilebileceği düşünüldü ve klinisyene kontrastsız abdomen BT tetkiki önerildi. Kontrastsız BT (Philips Medical Systems 64; Eindhoven, Hollanda) tetkikinde, içinde hava sıvı görünümüleri olan, çekumla bağlantılı, düzgün sınırlı, ince duvarlı kistik kitle lezyonu izlendi (Resim 2, 3). Cerrahi sırasında lezyon mukosel olarak değerlendirildi ve histopatolojik olarak müsinoz kistadenom saptandı (Resim 4). Olgudan US/BT sonrası onam alınmıştır.

Tartışma

Apendiks mukoseli, apendiks lümeninde mukus birikimi sonucu gelişen apendiksin kronik kistik dilatasyonudur [1, 2]. Perçekal lokalizasyonda, 3-6 cm çapa ulaşan yuvarlak-oval şekilli kistik kitle şeklinde görülür [5]. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte, kronik sağ alt kadranda ağrısı sebepleri arasında akılda bulundurulmalıdır [3]. Bizim olgumuzda da anamnezi derinleştirince, daha öncede benzer şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Apendiks mukoseli mukozal hiperplazi, müsinoz kistadenom veya müsinoz kistadenokarsinom sonucunda oluşabilir [5]. Apendiks müsinoz kistadenomu en sık görülen formudur. Genellikle laparotomilerde saptanır. Sağ alt kadranda ağrı ve palpabl

Bu çalışma 36. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde e-poster bildiri olarak sunulmuştur, 21-25 Ekim 2015, Antalya, Türkiye.

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı (U.K.), Genel Cerrahi Anabilim Dalı (S.M.)
Kırıkkale, Türkiye

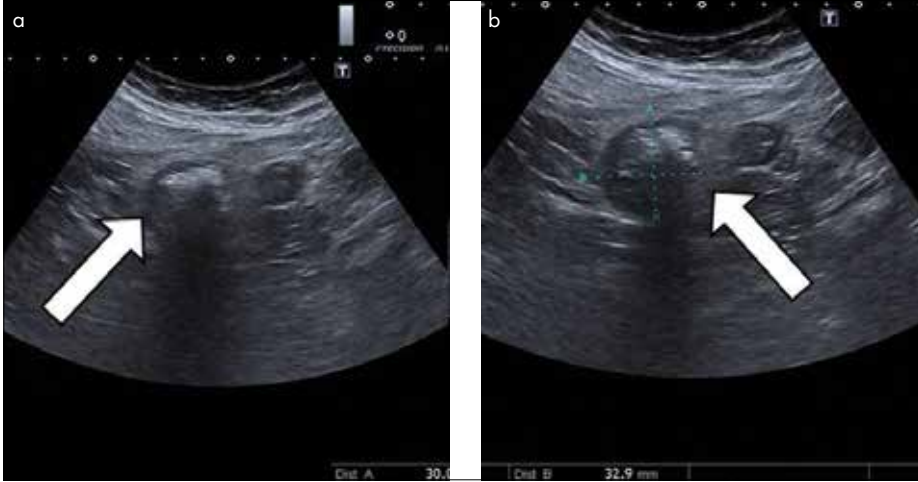
Sorumlu Yazar:
Ural Koç

E-posta:
dr_uralcoc@hotmail.com

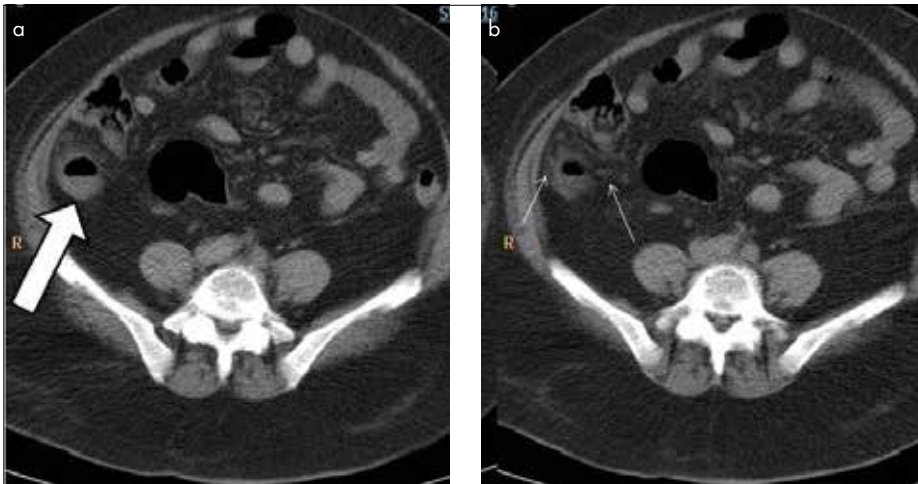
Geliş Tarihi: 27.01.2016
Kabul Tarihi: 29.02.2016

©Telif Hakkı 2016 Türk Radyoloji Derneği - Makale metnine www.turkradyolojidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

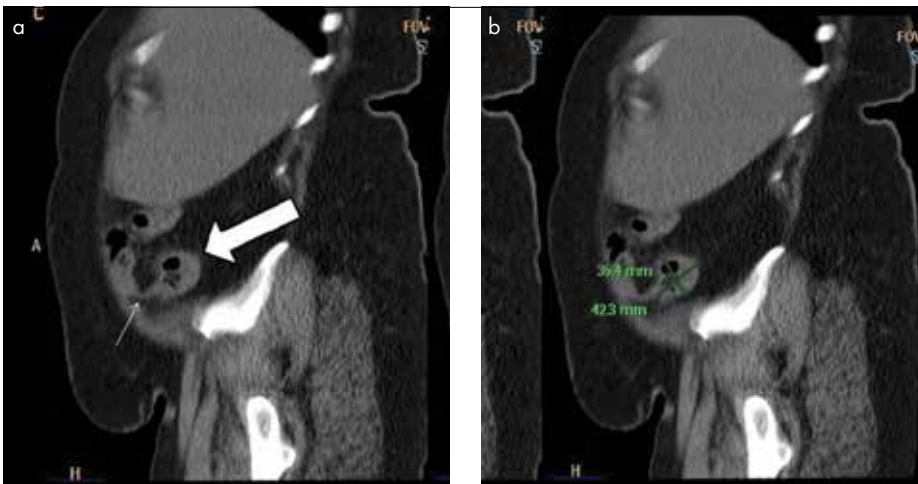
©Copyright 2016 by Turkish Society of Radiology - Available online at www.turkradyolojidergisi.org



Resim 1. a, b. (a) Transabdominal US'de batın sağ alt kadranda içerisinde havaya bağlı kistik gölgelenmeye neden olan posterior konturları bu yüzden zor izlenen, hava-sıvı ekojeniteleri mevcut kistik dilatasyon gösteren lezyon, (b) Transabdominal US'de lezyonunun anterior-posterior ile mediolateral çapının yaklaşık 3 cm ölçüldüğü izlenmektedir.



Resim 2. a, b. (a) Kontrastsız aksiyel BT kesitinde içerisinde hava-sıvı değerleri izlenen düzgün sınırlı ince kistik-kitle lezyonu (kalın ok), (b) Farklı bir kesitte aynı lezyonun çevresinde mezenterik yağ doku planlarında kirlenmeler ve milimetrik lenf nodları izlenmektedir (ince oklar).

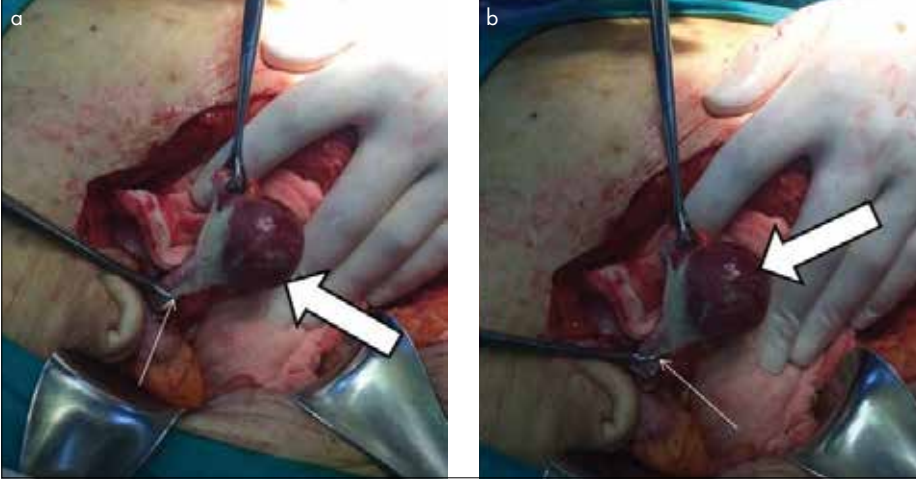


Resim 3. a, b. (a) Kontrastsız sagittal BT kesitinde içerisinde hava-sıvı değerleri izlenen çekumla bağlantısı izlenen apendiks (ince ok) ve apendiks uç kesimde lokalize düzgün sınırlı ince kistik-kitle lezyonu (kalın ok), (b) Aynı kesitte lezyon boyutlarının kraniokaudal ve anteroposterior olarak yaklaşık 36x42 mm ölçüldüğü izlenmektedir.

kitle ile de semptom verebilir. Tanı koymak cerrahi prosedürü değiştirebilir [3].

Klinik bulgularla, ayırıcı tanı listesinde yer alan bu antitenin akla gelmesi zordur. Radyolojik görüntülemelerle tanıya gidilebilmektedir. US'de apendiks bölgesinde, çapı 3 cm'yi aşmış kistik kitle lezyonlarında apendiks mukoseli, ayırıcı tanıda düşünülmelidir. US'de enfekte olup olmasına ya da kalsifikasyon içerip içermemesine göre değişik ekojenitelerde izlenebilir [1]. US'de genellikle hipoekoiktir. Bizim olgumuzda, lezyon içinde hava-sıvı görünümü biraradaydı. Hava US'de lezyonu değerlendirmeyi güçleştirmekteydi. Kompresyon yapılarak incelenen lezyonun ince-duvarlı ve yaklaşık 3 cm çapında olduğu gözlemlendi. Akut apandisit ile ayırıcı tanısında, duvarının ince olması önemli bir bulgudur [1]. Mukosel duvarında izlenebilecek tipik tabakalanma görünümü, lezyon içindeki hava nedeniyle net olarak izlenemedi. Bennett ve arkadaşların yaptığı bir çalışmada [6], mukoselli akut apandisit ve mukosel olmayan akut apandisit vakaları kontrastlı BT ile bulgular açısından karşılaştırılmıştır. Kontrastlı BT'de luminal çapın 1,3 cm'in üzerinde olması, mural kalsifikasyon varlığı ve apendiks kistik dilatasyon göstermesi, mukosel açısından önemli parametreler olarak vurgulanmıştır. Çalışmada, mural kalsifikasyon bulgusunun gözlemciler arası yüksek uyum göstermekle birlikte her olguda izlenemeyeceği, kistik dilatasyonun da tanıda en fazla faydalanılan bulgu olduğu bildirilmiştir [6]. Olgumuzda, apendiks uç kesiminde yerleşik olan mukosel haricindeki apendiks kesimi normal kalibrasyonda izlenmekteydi. Uç kesiminde mukosel düzeyinde periapandiküler enflamasyona bağlı olduğu düşünülen hafif mezenterik kirlenmeler ve milimetrik lenf nodları mevcuttu. Olgumuzda diabet ve meformin öyküsü olduğu için acil şartlarda kontrast madde verilmekten kaçınıldı. Kontrastsız BT'nin akut apandisit tanısındaki değerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların %75'ine kontrast madde verilmeden tanı konabildiği bildirilmiştir [7]. Bizim olgumuzda olduğu gibi, özellikle şişman hastalarda, IV kontrast madde verilemediği durumlarda da apendiks mukoseli gösterilebilir. BT'de, düzgün duvarlı kistik lezyonun çekum ile bağlantısı US'ye kıyasla daha net olarak değerlendirilmiştir. Lezyonda mural kalsifikasyon izlenmemiştir. Neoplazik formlarını değerlendirmek için kontrastlı çekim yapılarak boyanan nodül aranabilir [1].

Olgumuzda bulgular literatür bilgileri ile uyumluydu; tanıya götüren bulgu apendiks-



Resim 4. a, b. (a) Gross morfolojik olarak ameliyat sırasında elde olunan görüntülerde apendiks (ince ok) (b) uç kesiminde yerleşik apendiks mukoseli (kalın ok) izlenmektedir.

teki kistik dilatasyondur. Literatüre ek olarak, kontrastsız BT'nin de seçilmiş olgularda faydalı olabileceği düşünülmektedir. Radyolojik olarak apendiks mukoselinin benign sebeplerini malign olanlardan ayırt etmek genellikle mümkün değildir.

Sonuç olarak, apendiks mukoselinin klinik yaklaşımla tanı alması zordur. Radyolojik görüntüleme ile apendiks mukoseli tanısına gitmek veya ayırıcı tanı yapmak gereklidir. Tanı, laparoskopik cerrahiye açık cerrahiye çevirebilmektedir. Kistik dilatasyon gösteren, mural

kalsifikasyon içeren karın sağ alt kadranda kitellerinde apendiks mukoseli ayırıcı tanıda aklı mutlaka gelmelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - U.K.; Tasarım - U.K., S.M.; Denetleme - U.K.; Kaynaklar - U.K.; Malzemeler - U.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - U.K., S.M.; Analiz ve/veya Yorum - U.K., S.M.; Literatür taraması - U.K.; Yazıyı Yazan - U.K.; Eleştirel İnceleme - U.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Yazıcı Z, Savcı G, Yalcın R, Yılmazlar T. Apendiks Mukoseli. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2001; 7: 564-7.
2. Kılıç MO, İnan A, Bozer M. Farklı yaklaşımlarla tedavi edilmiş dört apendiks müsinöz kistadenomu. Ulus Cerr Der 2014; 30: 97-9.
3. Ertugrul G, Toydemir T, Ertugrul F. Kronik Karın Ağrısının Nadir Görülen Bir Nedeni: Apendiks Mukoseli Olgu Sunumu. İst Tıp Fak Derg 2013; 76: 22-4.
4. Cakır M, Kucukkartallar T, Tekin A, Cakır T. Psödomiksoma Peritonei'ye neden olmuş Apendiks Mukoseli. Selçuk Tıp Derg 2012; 28: 48-9.
5. Karakus K, Sumbul HA, Muslehiddinoglu A, Salk I. Apendiks mukoseli radyolojik tanısı. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2012; 34: 369-73. [\[CrossRef\]](#)
6. Bennett GL, Tanpitukpongse TP, Macari M, Cho KC, Babb JS. CT diagnosis of mucocele of the appendix in patients with acute appendicitis. AJR Am J Roentgenol 2009; 192: W103-10. [\[CrossRef\]](#)
7. Tamburrini S, Brunetti A, Brown M, Sirlin C, Casola G. Acute appendicitis: diagnostic value of nonenhanced CT with selective use of contrast in routine clinical settings. European radiology 2007; 17: 2055-61. [\[CrossRef\]](#)