

Situs inversus totalisli hastada sol yerleşimli akut apandisit

Left sided acute appendicitis in a patient with situs inversus totalis

Oğuzcan Ünal, Kemal Murat Haberal, Aslıhan Onay Çolak

OLGU SUNUMU

Öz

Apandisit dünya genelinde acil cerrahilerin en sık nedenidir. Bu yazıda situs inversus totalisin eşlik ettiği Kartagener sendromlu bir apandisit olgusunda, klinik ve radyolojik bulguların sunumu amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Situs inversus, apandisit, Kartagener Sendromu

Abstract

Appendicitis is the most common cause of emergency surgeries worldwide. In this article, the presentation of clinical and radiological findings was aimed in a case of appendicitis with Kartagener's syndrome accompanied by situs inversus totalis.

Keywords: Situs inversus, appendicitis, Kartagener Syndrome

Giriş

Apandisit dünya genelinde acil cerrahilerin en sık nedenidir [1]. Bir insanın hayatı boyunca apandisit geçirme riski, erkekler için %8,6 ile %12 ve kadınlar için %6,7 ile %23 olarak tahmin edilmektedir [1, 2].

Situs inversus totalis (SİT), torasik ve abdominal organların transpoze olduğu nadir görülen bir doğumsal anomalidir. Kartagener sendromu (primer silyer diskinezi) ise bronşektazi, dekstrokardi/situs inversus ve sinüzit triadi ile karakterize, otozomal resesif hastalıktır. Kartagener sendromlu hastaların yaklaşık %50'sine SİT eşlik eder [3]. Apandisit en sık semptomu, sağ alt kadranda ağrısı olmasına karşın, SİT'li hastalarda sol alt kadranda ağrısı apandisit semptomu olabilir. Bu nedenle SİT'li hastalarda gelişen apandisit yanlı veya gecikmiş tanı alması olasıdır.

Bu yazıda SİT'in eşlik ettiği Kartagener sendromlu bir apandisit olgusunda klinik ve radyolojik bulguların sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Onuz iki yaşında kadın hasta, 2 saattir olan sol alt kadranda ağrısı ile acil servise başvurdu. Bulantı, kusma, ishal ya da kabızlık eşlik etmiyordu. Hastanın Kartagener sendromu olduğu, SİT'in eşlik ettiği daha önceden biliniyordu. Bunun dışında bilinen bir hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. İdrar yaparken yanma, sık idrara çıkma gibi üriner sistem enfeksiyonu semptomları veya muayenesinde kostovertebral açı hassasiyeti bulgusu yoktu. Fizik muayenede karın sol alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Tam kan sayımında lökosit 16.570/mm³,

nötrofil yüzdesi %81,4 idi. Tam idrar analizi sonuçları normal aralıktaydı. Acil serviste medikasyona rağmen şikayetleri geçmeyen hastaya oral kontrastsız, intravenöz kontrastlı abdomen (Resim 1) bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Abdomen BT'de SİT ile birlikte sol alt kadranda yaklaşık 7 cm uzunluğunda, çapı en geniş yerinde 10 mm ölçülen (Resim 2), kör sonlanan tübüler yapı izlenmiş olup devam eden serilerde bu yapının çekumdan köken aldığı anlaşıldı (Resim 3 ve 4). Peritoneal yağ dokuda inflamasyonla uyumlu dansite artışları da izlendi ve bulgular birleştirildiğinde akut apandisit ile uyumlu bulundu. Hasta, sol Rocky Davis insizyonu ile ameliyata alındı. İnflamasyon, ödemli, ancak perforasyon olmamış appendiks görüldü ve apandektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu akut apandisit saptandı. Komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi.

Tartışma

Apandisit en sık semptomları göbek civarından başlayıp saatler içinde sağ alt kadranda lokalize olan ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık, bazen ishal olsa da, bu tipik klinik seyir hastaların %60 kadarında görülür [4]. Sol alt kadranda ağrısı ile başvuran hastanın ağrı etyolojisinde geniş bir ayırıcı tanı listesi akla gelse de, apandisit en öncelikli olarak düşünülen tanılardan değildir. Sol alt kadranda ağrısının ayırıcı tanısında sigmoid divertikülit, kolit, ovaryan ve adneksiyal patolojiler, epididimit, testis torsiyonu, renal kolik, sistit, invajinasyon, perforasyon, peptik ülser, inkarsere herni, renal arter embolisi, mezenterik iskemi ve sol yerleşimli apandisit yer alır.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar:
Oğuzcan Ünal

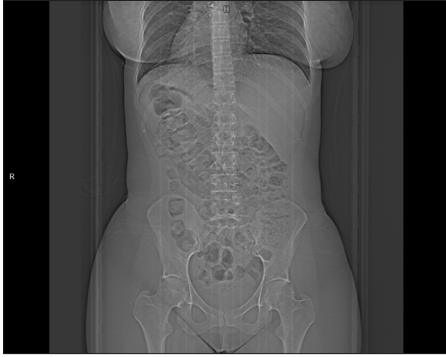
E-posta:
unal-oguz@hotmail.com

Geliş tarihi: 23.10.2018

Kabul tarihi: 20.12.2018

©Telif Hakkı 2018 Türk Radyoloji Derneği - Makale metnine www.turkradyolojidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2018 by Turkish Society of Radiology - Available online at www.turkradyolojidergisi.org



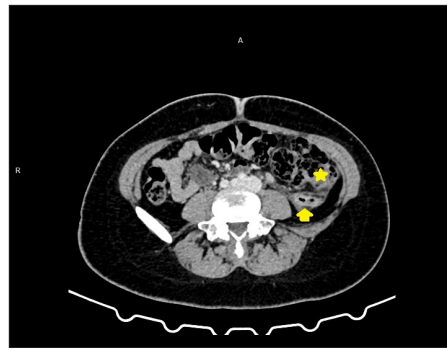
Resim 1. BT topogramda, dekokardi ve karaciğerin solda oluşu situs inversus totalis varlığını gösteriyor



Resim 2. Çekumdan köken almakta olan appendiks vermiformisin çapı 10 mm ölçülmüş



Resim 3. Sagittal oblik BT görüntüsü. Ok ile işaret edilen kör sonlanan tübüler yapı inflame appendiks vermiformisi, yıldız ise sol alt kadranda yerleşimli çekumu gösteriyor



Resim 4. Çekumdan (yıldız)çıkan inflame görünümdeki appendiks vermiformis (ok)

Sonuç

Karın sol alt kadranda ağrısının çok sayıda nedeni olabilir. Etyolojinin belirlenmesinde hastanın yaşı, cinsiyeti ile birlikte semptomları, fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçları bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Apandisitte geciken tanı mortaliteyi artırır. Bu nedenle sol alt kadranda defans, reboundu olan ve apandisitinin temel semptomlarını taşıyan hastalarda, sol alt kadranda yerleşimli apandisit tanısında ultrason yardımcı olabileceği gibi, olası diğer sol alt kadranda ağrısı nedenleri de düşünüldüğünde ayırıcı tanıda BT en faydalı görüntüleme aracı olarak gözükmektedir.

Hasta Onamı: Sisteme kayıtlı bilgileri üzerinden hastaya ulaşılamaması nedeniyle hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – K.M.H., O.Ü.; Tasarım – O.Ü.; Denetleme – A.O.Ç.; Kaynaklar – K.M.H.; Malzemeler – A.O.Ç.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – O.Ü.; Analiz ve/veya Yorum – K.M.H.; Literatür Taraması – O.Ü.; Yazıyı Yazan – O.Ü., K.M.H.; Eleştirel İnceleme – A.O.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

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

Informed Consent: Informed consent was not obtained because the patient could not be reached via the information registered to the system.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – K.M.H., O.Ü.; Design – O.Ü.; Supervision – A.O.Ç.; Resources – K.M.H.; Materials – A.O.Ç.; Data Collection and/or Processing – O.Ü.; Analysis and/or Interpretation – K.M.H.; Literature Search – O.Ü.; Writing Manuscript – O.Ü., K.M.H.; Critical Review – A.O.Ç.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Sammalkorpi HE, Mentula P, Leppaniemi A. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis: a prospective study. *BMC Gastroenterol* 2014; 14: 114. [CrossRef]

Situs inversus totalis ve intestinal malrotasyon anomalilerinde appendiks, sol alt kadranda yerleşimlidir. Akbulut ve ark.'nın [5] yaptığı bir literatür taramasına göre, 2010'a kadar toplam 95 adet sol yerleşimli apandisit olgusu bildirilmiştir. Bu 95 adet sol yerleşimli apandisit olgusunun 66 tanesi (%69,4) SİT, 23 tanesi (%24,2) intestinal malrotasyon zemininde gelişmiştir. Sol yerleşimli apandisit tanısı %51,5 olguda preoperatif, %20 olguda intraoperatif konulmuştur; 14 olgunun (%14,7) önceden SİT/intestinal malrotasyonlu olduğu bilinmektedir. Bizim hastamızda Kartagener sendromu ve SİT mevcudiyeti biliniyordu. Bu nedenle apandisit ön tanısına ulaşmak daha kolay olmuş, tanı preoperatif konmuştu.

Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde görüldüğü üzere olgumuzda inflame appendiks, intraluminal gaz içermekteydi. Appendiksin intraluminal gaz içermesi sanılanın aksine nadir bir durum olmadığı gibi, intraluminal gaz görülmesi de apandisit tanısını dışlamaz [6]. Ayrıca, intraluminal gazın paterni ve miktarı apandisit şüpheli olguya yaklaşımda güvenilir bir gösterge değildir [6].

Sunulan olguda laboratuvar bulguları dışında (lökosit $16.570/mm^3$, nötrofil yüzdesi %81,4) hastaya apandisitinin tipik semptomları eşlik etmiyordu. Hastanın bulantı-kusması olmamıştı, iştahsızlık tarif etmiyordu ve iki saattir devam eden sol alt kadranda ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuştu. Nitekim sol alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Bu olguda apandisit şüphelenilmesinde kuşkusuz hastanın SİT'li olduğunun bilinmesi önemli rol oynamıştı. Ancak unutulmamalıdır ki her Kartagener sendromlu hastaya SİT eşlik etmez. Kartagener sendromlu hastaların yaklaşık %50'sine SİT eşlik etmektedir [3].

Situs inversus totalis'in genel popülasyondaki insidansı %0,001 ila %0,01 arasındadır [7]. Direkt grafilerde en bariz bulgusu, dekokardi ve mide fundus gazının sağda izlenmesidir. Tipik apandisit semptomları (iştahsızlık, bulantı-kusma, göbek etrafından başlayan ağrı vb.) olan hastada lökositoz, beyaz küre sayımında sola kayma ile sol alt kadranda defans ve rebound bulunması, SİT ile birlikte apandisit varlığını akla getirebilir.

2. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 910-25. [\[CrossRef\]](#)
3. Bush A, Chodhari R, Collins N, Copeland F, Hall P, Harcourt J, et al. Primary ciliary dyskinesia: current state of the art. *Arch Dis Child* 2007; 92: 1136-40. [\[CrossRef\]](#)
4. Karagülle E, Türk E, Yildirim E, Moray G. A rare cause of left lower quadrant abdominal pain: acute appendicitis with situs inversus totalis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 268-70.
5. Akbulut S, Ulku A, Senol A, Tas M, Yagmur Y. Left-sided appendicitis: review of 95 published cases and a case report. *J Gastrointest Surg* 2010; 14: 1422-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Cabarrus M, Sun YL, Courtier JL, Stengel JW, Coakley FV, Webb EM. The prevalence and patterns of intraluminal air in acute appendicitis at CT. *Emerg Radiol* 2013; 20: 51-6. [\[CrossRef\]](#)
7. Oh JS, Kim KW, Cho HJ. Left-sided appendicitis in a patient with situs inversus totalis. *J Korean Surg Soc* 2012; 83: 175-8. [\[CrossRef\]](#)