



¹ Akın ÖNDER

¹ Murat KAPAN

¹ Mesut GÜL

² Mehmet Sıddık EVSEN

¹ brahim AL OSMANOGLU

¹ Zülfü ARIKANOGLU

¹ Fatih TA KESEN

¹ Serkan POLAT

¹ Dicle Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Diyarbakır,
Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı,
Diyarbakır, Türkiye

Submitted/Bavuru tarihi:
14.11.2011
Accepted/Kabul tarihi:
02.04.2012
Registration/Kayıt no:
16 11 169

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Akın ÖNDER
Dicle Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Seyrantepe
mevki, 21280, Diyarbakır, e-
posta: draonder@gmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

Negatif Akut Apendisitte Jinekolojik Patolojiler

Gynecological Pathologies in Negative Acute Appendicitis

ÖZET

Giri : Jinekolojik patolojiler akut apandisit ile karışabilen en sık rahatsızlıklardır. Bu çalışmada jinekolojik patoloji tespit edilen negatif akut apandisitli hastaların irdelenmesi amaçlandı.

Materyal Metod: 2006–2010 tarihleri arasında akut apandisit ön tanısıyla laparotomi uygulanan ve jinekolojik patoloji saptanan 25 hasta retrospektif incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 28.87 ± 8.63 yılıdır. Hastaların en sık başvuru şikayeti karın ağrısı, fizik muayenede en sık tespit edilen bulgu hassasiyettir. Hastaların 15'inde karın ultrasonografisinde intraabdominal sıvı saptandı. En sık rastlanılan patoloji over kist rüptürüydü (%76). Hastalara apendektomi ve ilaveten over kist rüptürü tespit edilenlerde kanama kontrolü ve kist eksizyonu, pelvik inflamatuvar hastalık ve/veya tuboovaryan abse olanlara drenaj uygulandı.

Sonuç: Akut karın semptomları ile başvuran kadın hastalar daha dikkatli değerlendirilmelidir. Akut apandisit taklit edebilen jinekolojik patolojiler ayırıcı tanı açısından mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit, jinekolojik patolojiler, apendektomi

ABSTRACT

Objective: Most common disorders confused with acute appendicitis are gynecological pathologies. Here, we aimed to investigate the patients with negative acute appendicitis and determined gynecological pathology.

Methods: Between 2006-2010, 25 patients who underwent laparotomy with the diagnosis of acute appendicitis and determined gynecological pathologies were analyzed retrospectively.

Results: The mean age was 28.87 ± 8.63 years. The most common complaint and finding on physical examination of the patients were abdominal pain and tenderness, respectively. In 15 patients, intraabdominal fluid was determined with abdominal ultrasonography. Appendectomy and additional procedures, such as bleeding control and cyst excision in ovarian cyst rupture, drainage in pelvic inflammatory disease and/or tubo-ovarian abscess, were performed. Ovarian cyst rupture was the most common gynecological pathology (76%).

Conclusion: The female patients presenting with acute abdominal symptoms must be evaluated more carefully. Gynecological pathologies which may mimic acute appendicitis should be kept in mind in terms of differential diagnosis.

Key words: Acute appendicitis, gynecological pathologies, appendectomy

GİRİŞ

Akut apandisit her yaş grubunda görülebilir. Erikinlerde cerrahi gerektiren akut karın hastalıklarının yarısından fazlasını oluşturur (1). Tanı yöntemlerinin oldukça gelişmesi olmasına rağmen, akut apandisit hala en yüksek yanlış tanı oranına sahip acil cerrahi durumdur (2) Özellikle reproduktif dönemdeki kadın hastalarda jinekolojik patolojilerin akut apandisit taklit etmesi nedeniyle bu oran daha fazla artış gösterir (3). Bu çalışmada akut apandisit ön tanısıyla laparotomi uygulanan ve jinekolojik patoloji tespit edilen hastaların incelenmesi amaçlandı.

MATERYAL ve METOD

2006–2010 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde akut apandisit ön tanısıyla laparotomi uygulanan 1390 hasta

retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 39'unda apandisit normal olup, bunların 25'inde jinekolojik patoloji saptandı. Jinekolojik patoloji saptanan hastalarda ya, cinsiyet, semptom ve bulgular, semptomların süresi, fizik muayene bulguları, beyaz küre sayısı, -hCG, tam idrar tahlili, karın ultrasonografi (USG) bulguları, jinekolojik tanı, uygulanan cerrahi prosedür, hastanede yatı süresi, morbidite ve mortalite kaydedildi. Çalı maya 15 ya ve altı olgular dahil edilmedi. Tüm olgular Kadın Hastalıkları ve Do um Klini i ile preoperatif konsülte edildi. Konsültasyon sonucu jinekolojik patoloji tespit edilen hastalar ile ba ka bir sebepten dolayı laparotomi esnasında insidental ve üpheli olgular çalı ma dı nda bırakıldı. Hastaların tümünden ayrıntılı anamnez alındı, fizik ve jinekolojik muayeneleri yapıldı. Hastaların ön tanıları anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve USG bulguları ile konuldu. Hastaların tamamına preoperatif profilaktik olarak 2. ku ak sefalosporin 1gr/iv yapıldı ve Mc Burney kesi ile apendektomi uygulandı. Apandisit ve jinekolojik patoloji tanısı peroperatif makroskopik ve histopatolojik de erlendirme ile konuldu. Jinekolojik patoloji tespit edilen hastalara peroperatif Kadın Hastalıkları ve Do um uzmanı ile beraber müdahale edildi. Hastalar ameliyattan sonraki kontrolleri Kadın Hastalıkları ve Do um Klini i'nce yapılmak üzere taburcu edildi.

statistiksel analiz: Çalı mada elde edilen bulguların de erlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 15.0 programı kullanıldı. Kantitatif veriler, ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Nitel veriler de erlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Bu çalı mada 1390 hastanın 747'si (%53.7) kadın, 643'ü (%46.3) erkek idi. Ameliyat esnasında hastaların 39'unda (%2.8) apandiks normal olarak saptandı. Bu hastalarımızın 8'i (%28,3) erkek, 31'i (%71,7) kadındı. 39 hastanın 25'inde (%64.1) jinekolojik patoloji ve 9'unda (%23.1) ba ka intraabdominal patolojiler (Üç'ünde mezenterik adenit, 2'sinde bakteriyel enterit, 2'sinde üriner enfeksiyon, 1'inde peptik ulkus perforasyonu ve diverkültit) saptanırken, kalan 5 hastada (%12.8) herhangi bir patoloji saptanmadı. Yanlı tanı oranları kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti ($p=0.001$). Jinekolojik patoloji saptanan hastaların ortalama ya 1 $28.87\pm 8.63(16-51)$ yılıdı. Hastaların semptomların ba lamasından hastaneye ba vurmalarına kadar geçen ortalama süre $1.45\pm 0.62(1-3)$ gündü. Hastaların en sık ikayeti karın a rısı olup, fizik

Tablo 1. Hastaların demografik ve karakteristik klinik bulguları

Yaş(yıl)	28.87=8.67(16-51)
Başvuru süresi(gün)	1.45-0.62(1-3)
Klinik semptomlar	
Karın ağrısı, n(%)	25(100)
Bulantı-kusma, n(%)	17(68)
İştahsızlık, n(%)	13(52)
Fizik muayenede	
Hassasiyet, n(%)	25(100)
Defans, n(%)	21(84)
Rebound, n(%)	17(68)
WBC (/mm ³)	1272.39=3456.01(7000 21000)
Morbidite, n(%)	2(8)
Hastanede yatış süresi(gün)	1.39=0.49(1-12)

muayenede en sık saptanan bulgu hassasiyet idi. Hastaların 15'inde (%60) Usg'de intraabdominal serbest sıvı saptandı. Hastaların tamamında -hCG seviyeleri normaldi. Hastalara ait demografik ve karakteristik özellikleri tablo 1'de gösterildi. Ameliyat esnasında eksplorasyonda apandiks normal olup jinekolojik patoloji saptanan hastalardan 19 (%76)'unda over kist rüptürü saptandı ve kanama kontrolü için overe primer sütürasyon veya koterizasyon uygulandı. Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) tespit edilen hastaların yarısında ayrıca tuboovaryan abse tespit edildi. Bu hastalara ise drenaj ve ameliyat sonrası dönemde parenteral antibiyotik uygulandı. Tüm olgulara apendektomi uygulandı. Hastalarımızda postoperatif komplikasyon oranımız %8 idi. Jinekolojik patolojiler ve komplikasyonlar tablo 2'de gösterildi. Hastalarımızda postoperatif dönemde mortalite gözlenmedi.

TARTI MA

Akut apandisit acil abdominal cerrahinin en sık nedenidir (4). Ya am boyunca bir ki inin apandisit olma riski %7 dolayındadır (5). Preoperatif akut apandisit tanısında tüm teknolojik geli me ve ilerlemelere ra men, do ru tanı ancak %76-92 oranında konulabilmektedir (6). Akut apandisit için yapılan ameliyatların %6.4-25'sinde apandiks normal olup, (7,8) kadınlarda özellikle reproduktif dönemde (11-51yıl) bu oran %40'lara kadar yükselir (9,10). Çalı mamızda 5 yıllık zaman diliminde akut apandisit

Tablo 1: Çalı maya dâhil edilen hasta ve kontrol bireylere ait özellikler

Over kisti, n(%)	19(76)
Pelvik inflamatuvar hastalık, n(%)	6(24)
Komplikasyonlar	
Yara yeri enfeksiyonu, n(%)	1(50)
Atelektazi, n(%)	1(50)

tanısıyla 1390 hasta opere edildi. Bu çalı mada kadın ve erkek hastalarımızda do ru tanı oranımız sırasıyla %98,9-95,2 idi. Hastalarımızda akut apandisit açısından yanlış tanı oranımız %2,8'di. Akut apandisit açısından negatif hastaların % 64,1'inde jinekolojik patoloji tespit edildi. Bu oranının yüksek olması kadınlarda iç genital organların pelvik bölgede yerle ik olmasından kaynaklanmaktadır. Literatüre göre negatif apandisit oranımızın dü ük olması; 3. derece sa lık kurulu u olmamız nedeniyle hastanemize sevk edilen hastaların elenerek gelmesi olabilir. Ayrıca ayırıcı tanı konusunda ilgili kliniklerin titiz ve dikkatli çalı masına ba lanılabilir.

Akut apandisitte hastaların %60'ında klasik apandisit klini i görülürken, %20-33'ünde atipik klinik ve laboratuvar bulgularına rastlanılır (5,11). Akut apandisitte ana semptomlar sıklıkla i tahsızlı ı ve bulantıyı takiben epigastriumda veya göbük çevresinde hissedilen karın a rısı eklindedir. Kusma, genellikle daha sonra ortaya çıkmaktadır. A rı genellikle ba langıç döneminden 8 saat sonra sa alt kadrana do ru yer de i tirir (5,12). Akut apandisitte tipik fizik muayene bulguları, sa alt kadranda duyarlılık, defans ve rebound eklindedir. Çalı mamızda hastaların %52'sinde i tahsızlık ve %68'ünde rebound saptandı. Bu gruptaki hastalarda i tahsızlı ın daha dü ük oranda saptanması, i tahsızlı ın akut apandisit ön tanısıyla yatırılan hastalarda ayırıcı tanı açısından önemli oldu unu dü ündürmektedir.

USG'nin akut apandisit tanısında sensitivitesi %78 - 96 ve spesifisitesi %85 - 98 olarak bildirilmi tir.13 Çalı mamızda USG ile hastaların % 60'ında intraabdominal serbest sıvı saptanması dı nda, ek bir patoloji saptanmadı.

Akut apandisiti taklit edebilecek hastalıklar jinekolojik ve jinekoloji dı ı nedenler olarak iki ana ba lık altında incelenebilir. Jinekoloji dı ı nedenler arasında mezenterik adenit, akut kolesistit, akut pankreatit ve peptik ülser perforasyonu sayılabilir. Divertikülit, crohn hastalı ı, kolon karsinomu, rektus kılıf hematomu ve bakteriyel enterit gibi hastalıklarla da kar ıla ılabilir (14,15). Jinekolojik nedenler ise;

Over kist rüptürü,PIH,ektopik gebelik ve adneksiyel torsiyon eklinde sıralanabilir. Çalı mamızda jinekolojik patoloji olarak en sık over kist rüptürü, jinekolojik patoloji dı nda ise en sık mezenterik lenf adenit tespit edildi.

Evsen ve arkadaş ları (17) cerrahi gerektiren akut jinekolojik patolojileri ektopik gebelik, over kist rüptürü ve over torsiyonu olarak rapor etmi tir. Akut apandisit ile karı tırılabilen jinekolojik patolojilerin %80'ni over kist rüptürü olu turur. Negatif apandisitlerde jinekolojik patolojilerde tedavi yapılmazsa hastaların fertilizasyonu olumsuz etkilenir (18) Over kist rüptüründe kanama miktarının fazla olmasına ba lı olarak hastaların hemodinamisi bozulabilir (17,18) Over kist rüptüründe kanama oda ının sütürasyonu, koterizasyonu ve kist eksizyonu uygulanabilir (17,19) Çalı mamızda hastaların %76'sında over kist rüptürleri mevcuttu. Hastalarımızın tamamında hemodinamisi stabildi ve kan transfüzyonu yapılmadı. Over torsiyonunda overde artmı volüm ve doppler ultrasonografide kan akımı izlenmemesi akut apandisitten ayırtdilmesini sa lar. Over kist rüptüründe ise hafif orta düzeyde sıvı akut apandisit ile karı tırılmasına neden olur. Bu olgularda takip sırasında hemodinamik stabilite bozulmaması ve ikayetlerin zaman içinde iddetlenmemesi do ru tanıya ula ılmasına yardımcı eder.

PIH olgularında belirti ve semptomlar hastalı ın seyrine ve tutulan organlara göre de i kenlik gösterir. A rı sıklıkla bilateral, alt kadrnlarda hassasiyet vardır. Ate tanı için art olmasa da %35-40'ında görülebilir. Geç dönemde peritonitise ba lı irritasyon sonucu bulantı ve kusma görülebilir. Bimanuel muayenede servikal ve uterin hassasiyet, laboratuvar bulgularında lökositoz, sola kayma saptanabilir. PIH'la kar ıla ıldı nda operasyonda drenaj, ameliyat sonrası dönemde parenteral antibiyotik uygulanır (20-22) Tubaovaryan abseler PIH hastalı ın bir ekli olup, hastalarda ate , ta ikardi, bulantı-kusma, alt kadrnlarda rebound ve hassasiyet ve hatta ileus olarak çıkabilir. Rüptüre olmu tubaovaryan abseler septik oka neden olabilirler. Tedavisi drenajdır (23). Çalı mamızda hastaların %24'ünde PIH mevcuttu ve bunların yarısında tubaovaryan abse mevcuttu. Tedavilerinde drenaj uygulanarak, antibiyoterapi ba landı. Bu hastaların peroperatif spekulum muayenesi ve bimanuel muayenede adneksiyel hassasiyet yönünden daha dikkatli olunması ayırıcı tanıda faydalı olacaktır.

Ektopik gebelik tanısı -hCG ve transvaginal USG ile kolay ve hızlı olarak konulabilmektedir. Tedavide mevcut patolojiyi yönelik olup, hastanın fertilitate

istemi göz önünde bulundurularak fertilitésinin zarar görmemesi sa lanmaya çalı ılır (23,24). Jinekolojik acillerde önemli bir oranda yer alan ektopik gebelik çalı mamızda tespit edilmedi. Bunun nedeni ayırıcı tanıda hastanın evlilik durumu, gebelik ihtimali, çalı ılan -hCG de erlerinin göz önünde bulundurulması ile ektopik gebeliklerin akut apandisitten kolayca ayırt edilebilmesidir.

SONUÇ

Reproduktif dönemde over kist rüptürü, PIH ve/veya tuboovaryan apse akut apandisit ile karı abilir. Bu hastaların preoperatif dönemde daha dikkatli de erlendirilmesi ayırıcı tanı açısından önemlidir. Bu nedenle bu hastalar Genel Cerrahi ve Kadın Do um uzmanlarınca beraber de erlendirilmeli, tanı ve tedavide gecikmeye yol açılmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Lally KP, Cox CS, Andrassy RJ. Appendix. In: Townsend CM (ed). Sabiston. Textbook Of Surgery. 16 th edition. Philadelphia: WB. Saunders; 2001; 916-27.
- Pegoli W. Acute appendicitis. In: Cameron JL (ed). Current surgical therapy. 6th Edition. St Louis: Mosby; 1998; 263-6.
- Khairy G. Acute Appendicitis: Is Removal of a Normal Appendix Still Existing and Can We Reduce its Rate? Saudi J Gastroenterol 2009; 15(3): 167-170.
- David RF, Thomas DK. Evaluating diagnostic accuracy in appendicitis using administrative data. J Sur Res. 2005; 123:257-61.
- Ma KW, Chia NH, Yeung HW, Cheung MT. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies Hong Kong Med J. 2010; 16(1):12-7.
- Andersson RE, Hugander A, Ravn H. Repeated clinical and laboratory examinations in patients with an equivocal of diagnosis appendicitis. World J Surg. 2000; 24:479-485.
- Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Clinical practice. Suspected appendicitis. N Engl J Med. 2003; 348:236-42.
- Onuray F, Vural S, Tüzün B, Tunçay E, Dalkılıç G, Akın T. Negatif Apendektomilerdeki Jinekolojik Patoloji Oranımız. Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 31(1): 21-23.
- Flum DR, Koepsell T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis. Arch Surg. 2002; 137:799-804.
- Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. BMJ. 2006; 333:530-4.
- Mavili E, Kahraman G, enol , Durak A. Akut apandisit tanısında kontrastsız spiral BT ile ultrasonografinin korelasyonu Tıp Ara tırma Dergisi. 2005; 3:1-7.
- Incesu L, Taylor CR, DiPiro PJ, Coombs BD, Schmiedl UP, Krasny RM, Lin U. Apendicitis. <http://www.emedicine.com/radio/topic47.html>. 2002.
- Jager RM. Diagnostic laparoscopy. In: Jager RM, Wexner SD(Eds). Laparoscopic colorectal surgery. New York, Churchill Livingstone. 1996; 127-37.
- Bilgin N. Akut apandisit. In: Sayek (ed). Temel Cerrahi. 3. baskı. Ankara: Güne Kitapevi.2004; 1191-6.
- Craig S. Appendicitis, Acute, Emergency Medicine web site. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/773895-overview> (Updated: Apr 12, 2010. Accessed: 2010; 07,05,2010).
- Kayaalp C, Yılmaz S. Sıklıkla kullanılan klinik ve laboratuvar bulgularının akut apandisit ve over kist rüptürünün ayırıcı tanısındaki yeri. Turgut Özal Tıp merkezi Dergisi. 1999; 6(4):309-12.
- Evsen MS, Soydiç HE. Emergent gynecological operations: A report of 105 cases Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2010; 1(1):12-15.
- Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am. 2003; 21:61-72.
- Ayhan A, Baykal C. Akut karın: jinekolojik nedenler. In: Sayek (ed). Temel Cerrahi. 3. baskı. Ankara: Güne Kitapevi. 2004; 1471-6.
- Altınok T. I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi. 2008; No:61.201-8.
- Westrom L, Mardh PA. Acute Pelvic Inflammatory Disease –Sexually Transmitted Diseases. 2nd edn. New York: Mcgraw-Hill. 1990; 593-13.
- Marks C, Tideman RL, Estcourt CS, et al. Diagnosing PID: getting the balance right. Int J STD AIDS. 2000; 11:545-47.
- Gezginç K, Bülent . Jinekolojik Aciller Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji; Çiçek N, Mungan T; Güne Kitapevi. 2007; 617-27.
- Preston C. Sacks. Ektopik Gebelik. Alexander F. Burnett. Clinical Obstetric And Gynecology; Blackwell Science. 2003; 322-7.