

Situs inversus totalisli olguda akut apandisit: Nadir bir akut karın olgusu

Acute appendicitis in patient with situs inversus totalis: a rare case of acute abdomen

Tuba Atak¹, Süleyman Bozkurt², Tamer Akay¹, Halil Coşkun²

Karın ağrısı acil serviste en sık görülen başvuru sebepleri arasında yer almaktadır. Akut apandisit karın ağrısı şikayeti ile başvuran olgularda en sık cerrahi gerektiren hastalıktır. Situs inversus totalis abdominal ve toraks içindeki organların ayna hayali şeklinde ters değişimi ile karakterize nadir görülen genetik bir anomalidir. Organ transpozisyonu nedeniyle karın içi ve toraksı ilgilendiren hastalıkların tanı ve tedavisinde bir takım zorluklarla karşılaşmaktadır. Solda yerleşimli apandisit situs inversus ve intestinal malrotasyonla birlikte görülebilmektedir. Bu yazıda, akut apandisit tanısı konulan situs inversus totalisli nadir bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, situs inversus totalis, sol alt kadranda ağrısı

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
²Bezmi Alem Vakfı Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Dr. Tuba Atak
E-posta: drtuba81@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: 24.02.2011
Makale Kabul Tarihi: 26.05.2011

GİRİŞ

Acil servise başvuran hastaların şikayetlerinin %4-8'ini karın ağrısı oluşturmaktadır. Bu hastaların %30 kadarına yanlış tanı konulmaktadır (1-3). En sık cerrahi gerektiren karın ağrısı nedeni akut apandisit (1). Situs inversus totalis (SİT) ve intestinal malrotasyon anomalilerinde apandiks karın sol alt kadranda yerleşmektedir (2,3). SİT, akut abdominal ağrının tanı ve tedavisini güçleştiren nadir bir anatomik anomalidir (4). Situs inversus totaliste, organ veya organ sistemleri normal lokalizasyonlarından vücudun karşı tarafına (normalin ayna görüntüsü) transpoze olmuştur (5). Bu durumda apandisit tanısı zor olabilmektedir. Bu olgularda apandisit geç tanı koyulması nedeni ile karşılaşılabilecek apse, perforasyon gibi komplikasyonları önlemek için seyrek görülen klinik durumların da iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu durumlardan biri de situs inversus nedeni ile sol alt kadranda yerleşimli apandisit.

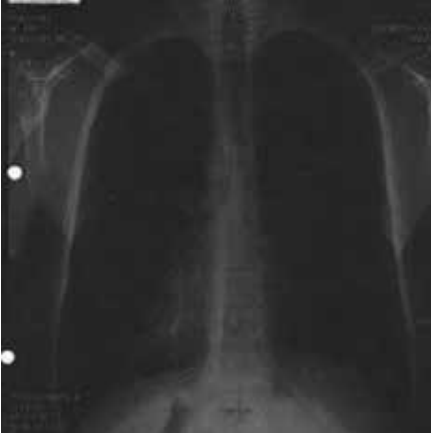
Biliyer kolik, akut apandisit ve divertikülit gibi sık görülen intraperitoneal hastalıkların erken teşhisi, fizik muayenede yanlıya yol açarak gecikebilmektedir (6). Tanıda anamnez, fizik muayene, ultrasonografi ve kontrastlı karın tomografisi oldukça yararlıdır (1,2,5). Özellikle sol alt kadranda ağrısı ile acil servise başvuran olgularda atipik yerleşimli bir apandisit olabileceği mutlaka düşünülmalıdır.

OLGU SUNUMU

Yirmi yedi yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede sol alt kadranda hassasiyet, defans ve rebaund mevcuttu. Rektal muayenede özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımında lökosit: 16900/mm³ idi. Posteroanterior akciğer grafisinde dektrokardi görünümü mevcuttu (Resim 1). Tüm karın ultrasonografisinde total situs inversus hali, karın sol alt kadranda en geniş yerinde 12 mm çapa ulaşan nonkomprese tübüler yapı ve bu alanda minimal serbest sıvı tespit edildi. Sonografik görünüm akut apandisit ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Bu bulgularla hasta akut apandisit ön tanısı ile operasyona alındı. Appendektomi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 2. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemeinde akut apandisit olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Acil servise başvuran hastaların şikayetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan karın ağrısının en sık cerrahi gerektiren nedeni akut apandisit (7). Akut apandisit olguları bazen sol tarafta atipik yerleşimli olarak karşımıza çıkabilmektedir. Sol alt kadranda yerleşimli apandiks intestinal malrotasyon ve situs inversus totalis gibi iki durumda görülmektedir (8). Konjenital visseral malrotasyon anomalisi olan situs inversus sıklığı yaklaşık olarak 6000-35000 doğumda birdir (9).



Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisinde dektrokardi bulgusu.

Situs inversus totalis embriyonik orta bağırsağın saat yönünün tersine 270 derece döneceği yerde, saat yönüne 270 derece dönmesi ile oluşmaktadır. Böylece tüm torasik ve abdominal visseral organlar normalde olmaları gereken lokalizasyonuna yani ayna görüntüsüne yerleşmektedirler. Bu durumda appendiks de sol alt kadranda yer almaktadır (2). Tüm apandisit olgularında sol alt kadranda yerleşimli apandisit ve situs inversus totalis birlikteliği oranı ise %0.016'dır (10). Bizim olgumuzda sol alt kadranda ağrısının nedeni situs inversus totalis varlığında akut apandisit idi.

Sol alt kadranda ağrısı ile karakterize diğer akut karın nedenleri ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Sol alt kadranda ağrısına neden olan hastalıklar arasında sigmoid divertikülit, kolit, abdominal aort anevrizması, renal kolik, sistit, epididimit, prostatit, testis torsiyonu, inkarsere herni, bağırsak



Resim 2. Ultrasonografi görüntüsü.

obstrüksiyonu, psoas apsesi, tümör perforasyonu, jinekolojik nedenler (over tümörleri ve kistleri, adneksiyal torsiyon, rüptüre ektopik gebelik, pelvik enflamatuvar hastalık, endometriozis gibi) ve situs inversus totalis birlikteliğinde akut apandisit yer almaktadır (2).

Situs inversus totalisli olgularda appendiks anormal lokalizasyonda yerleştiği için apandisit tanısını koymak zordur. Bu olgularda apandisite geç tanı koyulması nedeni ile apse, perforasyon gibi klinik seyri kötüleştiren ve operasyonu zorlaştıran komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonları önlemenin en önemli yolu ayrıntılı anamnez, dikkatli fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanmaktır. Fizik muayene-

de kalp tepe atımının sağda olması, kalp seslerinin sağda sola göre daha belirgin olması, karaciğerin solda palpabl olması SİT'i düşündürmektedir. Direkt grafiler, US, baryumlu incelemeler ve karın tomografisi SİT tanısında yardımcı olabilecek radyolojik incelemelerdir (2,3,8). Direkt grafilerde dektrokardi ve sağda mide fundus gazının görülmesi SİT lehinedir. Elektrokardiyografi bulguları dektrokardi tanısında yardımcıdır. Bilgisayarlı karın tomografisi intestinal malrotasyon ve situs inversus totalis ayırıcı tanısında yararlı olduğu gibi akut apandisit tanısını koymada %90-98'lere varan doğruluk oranına sahiptir (11).

Situs inversus totalisli olguda ilk laparoskopik apandektomi 1998 yılında Contini ve ark. (12) tarafından yapılmıştır. Diagnostik laparoskopi ayırıcı tanının net olarak yapılamadığı olgularda altın standart olabilecek bir yöntemdir. Tüm karını içini eksplere edebilme imkanı sağlaması nedeniyle avantajlıdır. Özellikle kadın olgularda pelvisin eksplorasyonu ile jinekolojik hastalıkların ekartasyonuna imkan sağlamaktadır. Cerrahi tedavinin uygulanabilmesinde minimal invaziv bir teknik olması nedeniyle de oldukça yararlı bir yöntemdir.

Situs inversus totalisli olgularda apandisit gelişmesi gibi seyrek görülen klinik durumların olabileceği sol alt kadranda ağrısıyla başvuran hastalarda akıldan çıkarılmamalıdır.

SUMMARY

Acute appendicitis in patient with situs inversus totalis: a rare case of acute abdomen

Abdominal pain is one of the most common complaints in patients presenting to the emergency department. In patients presenting with abdominal pain, appendicitis is the most common surgical disorder. Situs inversus totalis is a rare genetic anomaly characterised by the arrangement of the abdominal and thoracic organs in a per-

fect mirror image of their normal position. Transposition of the organs causes difficulty in the diagnosis and treatment of diseases related to the abdomen and thorax. In patients with abdominal pain, appendicitis is the most common surgical disorder. Left-sided appendicitis occurs in association with situs inversus and intestinal malrotation. In this report, we describe a rare case of left-sided appendicitis with situs inversus totalis.

Key Words: Acute appendicitis, situs inversus totalis, left lower quadrant pain

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:
Süleyman Bozkurt, Halil Coşkun

Verilerin elde edilmesi:
Süleyman Bozkurt, Tuba Atak, Tamer Akay

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Tuba Atak, Süleyman Bozkurt, Halil Coşkun

Yazının kaleme alınması:
Tuba Atak, Süleyman Bozkurt

KAYNAKLAR

1. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995; 13: 301-303. doi.org/10.1016/0735-6757(95)90204-X
2. Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. *J Emerg Med* 2001; 20: 241-245. doi.org/10.1016/S0736-4679(00)00316-4
3. Fales WD, Overton DT. Abdominal pain. In: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editors. *Emergency medicine: a comprehensive study guide*. 4th ed. New York: McGraw-Hill 1996: 217-221.
4. Pehlivan M, Kıvrak M, Gökgöz T, et al. Sol alt kadrın ağrısı ile karakterize nadir bir akut karın olgusu: Situs inversus totalis ve perfore apandisit. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi* 2003; 8: 162-166.
5. Sands SS, Taylor JF. Prescreen evaluation of situs inversus patients. *Int Surg* 2001; 86: 254-258.
6. Djohan RS, Rodriguez HE, Wiesman IM, et al. Laparoscopic cholecystectomy and appendectomy in situs inversus totalis. *JSL* 2000; 4: 251-254.
7. Hou SK, Chern CH, How CK, et al. Diagnosis of appendicitis with left lower quadrant pain. *J Chin Med Assoc* 2005; 68: 599-603. doi.org/10.1016/S1726-4901(09)70101-7
8. Kamiyama T, Fujiyoshi F, Hamada H, et al. Left-sided acute appendicitis with intestinal malrotation. *Radiation Medicine* 2005; 23: 125-127.
9. Karagülle E, Türk E, Yildirim E, et al. A rare cause of left lower quadrant abdominal pain: acute appendicitis with situs inversus totalis. *Turkish J Trauma and Emergency Surgery* 2010; 16: 268-270.
10. Collins D. Seventy-one thousand human appendix specimens: a final report summarizing 40 years study. *Am J Proctol* 1963; 14: 365-381.
11. Akbulut S, Caliskan A, Ekin A, et al. Left-sided acute appendicitis with situs inversus totalis: review of 63 published cases and report of two cases. *J Gastrointest Surg* 2010; 14: 1422-1428. doi.org/10.1007/s11605-010-1210-2
12. Contini S, Dalla Valle R, et al. Suspected appendicitis in situs inversus totalis: an indication for a laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 393-394. doi.org/10.1097/00019509-199810000-00017