

Mukosele Bağlı Appendiks İntusepsiyonu: Olgu Sunumu

Tuba Atak¹, Süleyman Bozkurt², Oktay Yener¹, Halil Coşkun²

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD, İstanbul

²Bezmialem Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

ÖZET

Mukosele bağlı appendiks intusepsiyonu: Olgu sunumu

Apendiks mukoseli sıklıkla asemptomatik seyreden fakat bazen akut apandisit benzeri bulgulara sebep olan sık görülmeyen bir hastalıktır. Bu yazıda, plastrone apandisit nedeniyle apendektomi yapılan ve histopatolojik inceleme sonucunda apendiks mukoseline bağlı apendiks intusepsiyonu olarak değerlendirilen bir olgu sunulmaktadır. Ameliyat öncesi şüphe ve tanı son derece önemlidir. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi yararlı olup tanı genellikle ameliyat esnasında konulmaktadır. Kolonoskopide çekimde submukozal lezyon olarak görülebilmektedir. Preoperatif tanı intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları azaltmada büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Apendiks intusepsiyonu, apendiks mukoseli

ABSTRACT

Appendix intussusception due to mucocoele: case report

The mucocoele of the appendix is an uncommon disorder which is often asymptomatic but sometimes causes acute appendicitis-like symptoms. In this article, we present a case of appendicitis complicated with plastrone which appendectomy was performed. The histopathological examination revealed appendicular mucocoele formation due to the intussusception. Preoperative suspicion and diagnosis of appendiceal mucocoele are important. Ultrasonography and computed tomography are useful tools for the diagnosis of appendiceal mucocoele. It may be also detected by colonoscopy as a smooth submucosal lesion in the cecum. Preoperative diagnosis is paramount to minimize intraoperative and postoperative complications.

Key words: Appendix intussusception, appendicular mucocoele

Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:191-193

GİRİŞ

Apendiks mukoseli; apendiks lümeninin anormal mukus birikimi sonucu gelişen distansiyonu olup nadir görülmektedir. Mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenoma, müsinöz kistadenokarsinoma veya hiperplastik poliplere sekonder olarak gelişebilmektedir. Klinik olarak bu tümör erişkinlerde psödomixoma peritonei ve intusepsiyona sebep olabilmektedir. Primer apendiks tümörlerinin nadir görülmesi tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Operasyon öncesi tanı cerrahi yaklaşımın seçiminde büyük önem taşımaktadır. Özellikle ileri yaşlarda sağ alt kadranda kitlelerinin ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulması gereken bir hastalıktır.

Bu yazıda; plastrone apandisit ön tanısıyla opere ettiğimiz ve histopatolojik inceleme sonucunda mukosel tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırkdört yaşında kadın hasta 4 gün önce başlayan sağ alt kadrana lokalize karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve defans saptandı. Hastanın laboratuvarında hemoglobini: 13.5 g/dl, beyaz küre: 8900/mm³, trombosit sayısı: 251.000/mm³ idi. Biyokimyasal parametreleri normaldi. Ultrasonografide sağ alt kadranda mesane anterioruna doğru uzanan, yaklaşık 4x6x8 cm boyutlarında, iyi sınırlı, heterojen ekojenitede hipoekoik lezyon plastrone apandisit lehine değerlendirildi. Hasta servise yatırılarak medikal tedavi başlandı. Tedavi sonrası bulguları gerileyen, batin hassasiyeti kaybolan hasta elektif şartlarda operasyonu planlanarak taburcu edildi. Altı hafta sonra plastrone apandisit ön tanısı ile operasyona alınan hastada apendiks lokalizasyon-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Tuba Atak
Medeniyet Üniversitesi, Göztepe EAH Genel Cerrahi AD, İstanbul

Telefon / Phone: +90-505-600-5413

Elektronik posta adresi / E-mail address: drtuba81@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 12 Ocak 2011 / January 12, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 10 Kasım 2011 / November 10, 2011



Resim 1: Apendiks mukoseli

yonunda mukoid materyal içeren kistik oluşum izlendi. Bu bulgularla öncelikle apendiks mukoseli düşünüldü ve yayılımı önlemek için dikkatli cerrahi ile apendektomi uygulandı (Resim 1). Histopatolojik inceleme sonucunda mukosele bağı apendiks intusepsiyonu tespit edildi.

TARTIŞMA

Mukosel; apendiks lümeninin mukozal veya epitelyal hiperplazi, inflamasyon sonrası fibrozis, kistadenoma, kistadenokarsinoma, karsinoid tümör ve endometriozis gibi çeşitli nedenlerle daralması ya da tıkanması sonucu mukus birikimi ile gelişen distansiyonu olup musinöz kistadenom, musinöz kistadenokarsinom ya da hiperplastik poliplere sekonder gelişebilmektedir (1-3). Apendikolit, inflamatuvar darlık, karsinoid, mukozal ağ ve ekstrinsik bası diğer nedenler arasında sayılabilmektedir (1). Apendiks mukoseli sıklıkla 6. ve 7. dekattaki kadınlarda görülmektedir (4). Mukosel %23-50 asemptomatik seyretmektedir. Belirsiz abdominal gerginlik, akut ya da kronik sağ alt kadranda ağrısı şeklinde semptom verebilmektedir. Ender olarak mukoselin invajinasyonuna sekonder gelişen kolik tarzında ağrı izlenebilmektedir (1,2). Olguların %50'sinde ele gelen mobil kitle saptanmaktadır (1,5). Epizodik sağ alt kadranda ağrısı (%27), abdominal kitle, kilo kaybı (%10) ve barsak alışkanlıklarında değişiklik (%5) gibi semptomlar görülmektedir. Mukosel komplikasyonları intusepsiyon, kanama, perforasyon, rüptür, psödomiksoma peritonei ve peritonittir (6).

Primer appendix mukoseli klinik olarak nadir görülmekte, sıklıkla cerrahi sırasında insidental olarak tespit

edilmekte ve zaman zaman histopatolojik incelemelerde tespit edilmektedir (6). Bu hastaların çoğunluğu preoperatif olarak tanı konulamamakta hatta %60 kadarı diğer hastalıklar nedeniyle uygulanan cerrahi müdahaleler esnasında tanı almaktadır (4).

Apendektomilerin %0.1-0.3'ünde mukosel saptanmaktadır (2,7). Literatürde preoperatif tanısı konmuş az sayıda olgu bildirilmiştir (8,9). Baryumlu incelemelerde mukozada ülserasyon görülmeksizin submukozal kitle ya da ekstrinsik basıyı düşündüren indentasyon izlenmektedir. Çekum mukoselin lokalizasyon ve büyüklüğüne bağlı olarak laterale ve kranyale yer değiştirmektedir. Mukosel büyük olduğu zaman değişik lokalizasyonlarda izlenebilmektedir. İnvajinasyon geliştiği durumlarda yumuşak doku kitlesi, içerdiği kalsifikasyon nedeni ile enterolit ya da safra taşı ile karışabilmektedir. Endoskopide yumuşak karakteri ile submukozal lipomu andırmaktadır (1). Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi önemli yer tutmaktadır. Ultrasonografide apendiks lokalizasyonunda duvarında kalsifikasyonlar bulunan, farklı internal ekojenite özellikleri gösterebilen kistik lezyon izlenmektedir. Müsin globülleri, adezyonlar, debris ya da tümörü düşündüren polipoid uzanımlar saptanabilmektedir. Ender olarak protein makroglobüllerinin çökmesi ile tabakalı bir görünüm oluşabilmektedir (1,3,5). Bilgisayarlı tomografide değişik büyüklük, şekil, duvar kalınlığında, internal septasyonlar ve mural kalsifikasyon içeren, iyi kapsüllü kistik lezyon saptanmaktadır. Kistin çekum duvarına yaptığı bası görüntülenebilmektedir. Duvarda kontrast madde tutulumu gösteren nodüller mukoselin malign olabileceğini düşündürür (1,3,5,10). Bu bulgulara ek olarak kist komşuluğunda perforasyona sekonder asit izlenebilmektedir. Asitin yaygın olması, septasyonlar içermesi, yüksek dansitede olması, karaciğer, dalak ve barsaklara bası yapan kalsifikasyonlar içerebilen, düşük dansitede kitlelerin izlenmesi psödomiksoma peritonei gelişimini akla getirmelidir. Psödomiksoma peritonei ender görülen fakat önemli bir komplikasyondur. Musinöz kistadenom ya da musinöz kistadenokarsinoma sekonder gelişebilmektedir. Benzer bulgulara overin kistadenokarsinomunda da rastlanabilir. Yavaş gelişen ilerleyici intermitan abdominal ağrı ve şişkinlik hissi şeklinde semptom verebilmektedir (1,10). Overin kistadenokarsinomu, psödomiksoma peritonei ve mukoselin birlikte görülme olasılığının yüksek olması nedeni ile herhangi birinin saptandığı durumlarda diğer lezyonlar da araştırılmalıdır (2,10). Bizim hastamızda ovaryan pato-

loji saptanmadı. Mukoselin ayırıcı tanısında over kisti, hidrosalfinks, mezenter kisti ve duplikasyon kisti sayılabilir. Over kisti ve hidrosalfinks adneksiyel bölgede uterusu doğru takip edilebilmeleri, mezenter kistinin ender kalsifikasyon göstermesi ve duplikasyon kistinin ileri yaşlarda sık görülmemesi tanıda yardımcı olur (2). Tanıda ince iğne aspirasyonu nadiren kullanılsa da rüptür ve peritoneal yayılıma neden olabileceği için genellikle önerilmemektedir (11). Benign mukosel tedavisinde apendektomi tek başına yeterlidir. Malign mukosellerde birlikte over metastazı riskinin yüksek olması nedeni ile sağ hemikolektomi ve bilateral ooforektomi tercih edilmektedir (8,9,12). Benign mukosel tedavisinde standart olarak sadece apendektomi önerilirken, rüptür veya malignite şüphesi varsa standart olarak sağ hemikolektomi yapıl-

malıdır (4).

Cerrahi sırasında iatrojenik psödomiksoma peritonei gelişmesini önlemek ve metastaz açısından tüm abdominal kaviteyi araştırmaya izin verecek geniş cerrahi yaklaşımın seçilmesine yardımcı olmak için operasyon öncesi tanı önem kazanmaktadır (12). Apendiks mukoseli ve kolon kanserleri arasında sıkı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (4). Bütün apendiks mukoselleri maligniteye dönüşme riskini ortadan kaldırmak için en az 2 cm olacak şekilde tamamen çıkarılmalıdır.

Sonuç olarak, sağ alt kadranda kitle ile gelen hastalarda apendiks mukoseli mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Apendiks mukoseli ile kolon kanseri arasındaki sıkı ilişki göz önüne alındığında mukosel tanısı alan her hasta kolonoskopik olarak izleme alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dachman AH, Lichtenstein JE, Friedman AC. Mucocoele of appendix and pseudomyxoma peritonei. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 144: 923-929.
2. Zissin R, Gayer G, Kots E, Apter S, Peri M, Shapiro-Feinberg M. Imaging of mucocoele of the appendix with emphasis on the CT findings: a report of 10 cases. *Clin Radiol* 1999; 54: 826-832.
3. Kim SH, Lim HK, Lee WJ, Lim JH, Byun JY. Mucocoele of the appendix: ultrasonographic and CT findings. *Abdom Imaging* 1998; 23: 292-296.
4. Johnson MA, Jyotibas D, Ravichandran P, Jeswanth S, Kannan DG, Surendran R. Retention mucocoele of distal viable remnant tip of appendix: an unusually rare late surgical complication following incomplete appendectomy. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 489-492.
5. Lim HK, Lee WJ, Kim SH, Kim B, Cho JM, Byun JY. Primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 173: 1071-1074.
6. Stocchi L, Wolff BG, Larson DR, Harrington JR. Surgical treatment of a mucocoele. *Arch Surg* 2003; 138: 585-589.
7. Hernandez CA, Ruiz ME, Urdaneta MT. Pseudomyxoma peritonei associated with appendiceal mucinous cystadenoma. Report of a case and review of the literature. *GEN* 1994; 48: 157-162.
8. Cortina R, McCormick J, Kolm P, Perry RR. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 848-852.
9. Deans GT, Spence RA. Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg* 1995; 82: 299-306.
10. Zissin R, Gayer G, Fishman A, Edelstein E, Shapiro-Feinberg M. Synchronous mucinous tumors of the ovary and appendix associated with pseudomyxoma peritonei: CT findings. *Abdom Imaging* 2000; 25: 311-316.
11. Zuzarte JC, Liu YC, Cohen AM. Fine needle aspiration cytology of appendiceal mucinous cystadenoma: a case report. *Acta Cytol* 1996; 40: 327-330.
12. Bail JP, Chardel P, Leal T, Charles JF. Mucus-secreting tumors of the appendix: a preoperative diagnosis is possible. *Ann Radiol* 1991; 34: 324-329.