

## EDİTÖRE MEKTUP/LETTER TO THE EDITOR

### Apendiks divertiküli: akut apandisitinden farklı bir olgu

Diverticulitis of appendix vermiformis: a distinct case from acute appendicitis

Şahin Kaymak<sup>1</sup>, Rahman Şenocak<sup>1</sup>, Ümit Alakuş<sup>1</sup>, Nuri Yiğit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Güllhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Bölümü, <sup>2</sup>Patoloji Bölümü, Ankara, Turkey

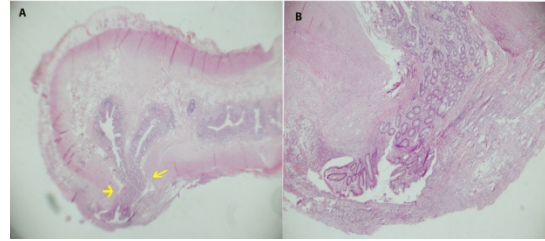
*Cukurova Medical Journal 2016;41(4):*

Sayın Editör,

Apendiks divertikülünün (AD) görülme sıklığı % 0,004 – % 2,1 arasında değişiklik göstermektedir<sup>1</sup>. Cerrah ve patoloğlar AD tanısını kolaylıkla atlayabilmektedirler. Bu nedenle tanı genellikle cerrahi sonrası dönemde konabilmektedir. Her iki hastalıkta da klinik bulgular benzerlik gösterir. Ancak, tanı gecikme ve divertikülün anatomik özellikleri AD'li hastalarda daha fazla perforasyon gelişimine neden olmaktadır. Ayrıca AD'li hastaların büyük çoğunluğu daha ileri yaşlarda görülmektedir<sup>2</sup>. Dolayısıyla AD apandisitinden farklı bir hastalık olarak görülmektedir<sup>3,4</sup>. Biz, sağ alt karın ağrısı nedeniyle apendektomi yaptığımız ama postoperatif dönemde histopatolojik olarak apendiks divertiküli tespit edilen bir olguyu sunduk.

34 yaşında erkek hasta karın ağrısı, ateş ve iştahsızlık şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın hikayesinden 4 gün önce karın ağrısının başladığını, ilk başta epigastrik olan ağrının sonradan sağ alt kadrana yayıldığı öğrenildi. Fizik muayenede 37,4 C ateş, sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound hassasiyet görüldü. Tam kan sayımında beyaz küre  $15.4 \times 10^9/L$ , nötrofil oranı % 70 olarak saptandı. Ayakta direk karın grafisinde hafif intestinal gaz haricinde başka bir patolojik görünüm izlenmedi. Hastanın yapılan abdominal ultrasonografisinde sağ alt kadrandan çıkan ancak sonu net seçilemeyen kompresyona yanıtız 10 mm çapında tübüler barsak ansı ve çevre yağlı planlarda belirgin heterojenite izlendi. Hasta akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alındı. Eksplozasyonda distali fibrinle kaplı 1,5 cm çapında ve 5,5 cm uzunluğunda apendiks izlendi ve

apendektomi yapıldı. Materyalin histopatolojik incelenmesinde apendiks distal ucunda psödodivertikül formasyonu ve buna eşlik eden akut süpüratif inflamasyon ile karakterize serözit bulguları görüldü (Resim 1). Hasta ameliyattan 2 gün sonra taburcu edildi.



**Resim 1: (A) Apendiks vermiformis distal ucunda psödodivertikül formasyonu (hematoksilen eozin, x10). (B) Psödodivertikül perforasyonu ve eşlik eden akut süpüratif inflamasyon ile karakterize serözit bulguları (hematoksilen eozin, x20).**

AD, akut apandisit ile aynı şekilde tedavi edildiği, klinik özellikleri benzer olduğu ve nadir görüldüğü için cerrahlar ve patoloğlar tarafından fark edilememektedir<sup>2</sup>. AD hem akut apandisit klinik bulgularını hem de radyolojik özelliklerini taklit eden nadir bir patolojik antite olduğundan genellikle postoperatif dönemde histopatolojik olarak tespit edilmektedir. AD çoğunlukla sonradan oluşmuş bir divertikül nedeniyle oluşur ve insidansı %0,004 ile %2,1 arasında değişiklik gösterir. Yapılan otopsi ve patolojik incelemelerde %1,4 ile %3,7 arasında değişik insidanslar da rapor edilmiştir<sup>2,5</sup>.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Rahman Şenocak, GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankar, Turkey. Email: rahmansenocak@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 29.01.2016 Kabul tarihi/Accepted: 23.03.2016

Apendiks divertikülü konjenital (gerçek) ve sonradan kazanılmış (yalancı) olmak üzere 2'ye ayrılır. Çoğu apendiks divertikülü müköler tabakadaki defekt nedeniyle mukoza ve submukozanın herniasyonudur. Bu durum kolon divertikülü patogenezinin benzerindedir<sup>6</sup>. Divertikül herniasyonu çoğunlukla submukozadaki vasküler açıklıklardan, müköler atrofilerden ya da inflamasyon nedeniyle oluşan apendiks duvarındaki zayıf bir noktadan gelişir. Çoğu divertikülün mezenterik duvar tarafında olması divertikül patogenezinin vasküler açıklık ile ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir<sup>7</sup>. Akut apandisit sıklıkla yirmili yaşlarda görülürken AD daha çok 5. dekada görülür. Ancak bizim olgumuz 34 yaşında olup göreceli olarak ileri yaştadır. Yamana ve arkadaşlarının çalışmasında AD için ortalama yaş 42.7 olarak bildirilmiştir<sup>8</sup>. Sonuç olarak yaşlanma AD patofizyolojisinde önemli bir neden olarak öne sürülebilir.

Apendiks divertikülü patolojik olarak 4 grupta sınıflandırılır:

1. Normal apendiks ile beraber akut divertikülit,
2. Akut apandisit ile beraber akut divertikülit,
3. Akut apandisit ile beraber divertikülozis,
4. Divertikülozis

Literatürde en yaygın tip 1. grup hastalar olup bizim olgumuzda bu şekildedir. Anatomik özellikler divertikül perforasyonuna katkıda bulunan ana etmendir. Perforasyon geliştiğinde hafif inflamasyon nedeniyle periumblikal ağrı gibi nonspesifik semptomlar oluşur. Kısa zaman sonra tam lokalize edilemeyen bir ağrıyla beraber bir abse gelişebilir. Operasyon öncesi semptomatik dönemin uzun olması AD hastalarında intraperitoneal abse ve perforasyon gelişme riskini artırır. Lipton ve arkadaşları AD hastalarında perforasyon oranını %66, Yamana ve arkadaşları %33 olarak bildirmektedir<sup>8,9</sup>. Bu oran perfore akut apandisit hastalarından 4 kat daha fazladır. Akut apandisit ile karşılaştırıldığında AD hastalarında azalmış beyaz küre düzeyleri ve artmış C-reaktif protein düzeyleri daha sıktır. Bu durum AD hastalarında başvuru anında uzamış inflamasyon süresine işaret eder. Bu özellikler Yamana tarafından da bildirilmiştir<sup>8</sup>. AD, yüksek oranda perforasyon ve abse gelişim riski nedeniyle intraoperatif kan kaybının artmasına ve komplike bir cerrahi gereksinimine yol açabilir. Bizim olgumuzda da literatür ile uyumlu olarak uzamış preoperatif semptomatik süre ve histolojik

olarak perforasyon görülmektedir. Çeşitli çalışmalar AD'nin klinik özelliklerinin akut apandisitten farklı olduğunu bildirmekte ve bu nedenle farklı bir kategori olarak sınıflandırılmasını önermektedir.

AD'nin küçük ve mezenterik tarafta yerleşmesinden dolayı peroperatif tespit edilmesi kolay değildir. Dolayısıyla tanı ancak histopatolojik inceleme ile konur. Kubota, AD'nin sonografik bulgularını eşlik eden hava varlığı nedeniyle artmış ekojenite ve duvar kalınlığı şeklinde bildirmiştir<sup>10</sup>. Bizim olgumuzda da ultrasonografi bulguları bu şekilde olup, AD bulgularının akut apandisit bulguları ile karıştırılabileceğini göstermektedir. Osada ise multi detektör bilgisayarlı tomografi (MBDT) ile AD tanısının yüksek doğrulukla koyulabildiğini bildirmiştir<sup>11</sup>.

Erkek cinsiyet ve ileri yaşın en önemli risk faktörü olduğu AD, apandisitten farklı ve nadir görülen bir hastalıktır. Klinisyenler ve radyologlar halen AD'nin klinik özelliklerinin farkında değildir. Literatür tanı için en iyi görüntüleme yönteminin BT olduğunu göstermektedir. Akut apandisitten şüphelenilen daha yaşlı ve uzun preoperatif semptomlara sahip hastalarda AD için daha şüpheci ve dikkatli olunmalıdır. Yüksek perforasyon oranları nedeniyle preoperatif şüphe halinde erken cerrahi uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Abdullgaffar B. Diverticulosis and diverticulitis of the appendix. *Int J Surg Pathol.* 2009;17:231-7.
2. Sohn TJ, Chang YS, Kang JH, Kim DH, Lee TS, Han JK et al. Clinical characteristics of acute appendiceal diverticulitis. *J Korean Surg Soc.* 2013;84:33-37.
3. Kabiri H, Clarke LE, Tzarnas CD. Appendiceal diverticulitis. *Am Surg.* 2006;72:221-3.
4. Simpson J, Lobo DN, Spiller RC, Scholefield JH. Diverticular abscess of the appendix: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2003;46:832-4.
5. Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. *Surg Gynecol Obstet.* 1955;101:437-45.
6. Ito D, Miki K, Seiichiro S, Hata S, Kobayashi K, Teruya M et al. Clinical and computed tomography findings of appendiceal diverticulitis vs acute appendicitis. *World J Gastroenterol.* 2015;21:3921-7.
7. Simpson J, Lobo DN, Spiller RC, Scholefield JH. Diverticular abscess of the appendix: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:832-4.

8. Yamana I, Kawamoto S, Inada K, Nagao S, Yoshida T, Yamashita Y. Clinical characteristics of 12 cases of appendiceal diverticulitis: a comparison with 378 cases of acute appendicitis. *Surg Today*. 2012;42:363-7
9. Lipton S, Estrin J, Glasser I. Diverticular disease of the appendix. *Surg Gynecol Obstet*. 1989;168:13-6.
10. Kubota T, Omori T, Yamamoto J, Nagai M, Tamaki S, Sasaki K. Sonographic findings of acute appendiceal diverticulitis. *World J Gastroenterol*. 2006;12:4104-5.
11. Osada H, Ohno H, Saiga K, Watanabe W, Okada T, Honda N. Appendiceal diverticulitis: multidetector CT features. *Jpn J Radiol*. 2012;30:242-8.