

Boğulmuş Kasık Fıtığı İçinde Akut Apandisit

Dr. Çetin ÇETİNKAYA (*)

Dr. Burçin KUTLAY (**)

Dr. Barboros ETKER (***)

Dr. Muammer DEVRANOĞLU (****)

ÖZET

Kliniğimize boğulmuş sağ inguinal fıtık nedeni ile yatırılan ve fıtık kesesi içinde akut apandisit saptanan olgu takdim edildi ve literatür gözden geçirildi.

SUMMARY

A case of inguinal hernia on the right side, presenting with symptoms of incarceration, was found to contain within its sac an inflamed appendix. This rare situation is described and discussed, with a review of related cases reported elsewhere.

Kliniğimizde boğulmuş sağ kasık fıtığı nedeni ile acilen ameliyat edilen 9 aylık bir çocukta fıtık kesesi içinde saptanan akut apandisit olgusu takdim edildi.

OLGU

E.H. Erkek. 9 aylık. Prot. No.: 113663.

Yakınması: Sağ kasığında ağrılı şişlik

Öyküsü: 2 aylıkken sağ kasığında efor gerektiren durumlarda daha da belirgin olan ve kolayca içeri reddedilebilen

bir şişlik belirmiş, 12 saat önce daha büyük ve ağrılı olarak belirmiş ve içeri reddedilememiş. Gaz ve gaita çıkarabilen hasta 13.2.1978 tarihinde boğulmuş fıtık tanısı ile yatırılarak acilen ameliyata alındı.

Fizik muayene: Batın serbest, solunuma iştirak ediyor, defans yok, "Rebound" yok, sağ kasıkta oldukça sert, içeri reddedilemeyen, ağrılı bir kitle mevcuttu.

Laboratuvar bulguları:

Lökosit: 9100/mm³, ateş: 41°C, İdrar tetkikinde bir özellik yok.

Acilen boğulmuş fıtık tanısı ile ameliyata alınan hastada; Sağ inguinal insizyonla girildi. Katlar geçildi, kordon hazırlandı. Kесе bulunarak açıldı. Kесе içinde inguinal kanalın iç ağızı tarafından tabanı hizasından sıkıştırılan soluk, nekrotik, yumuşak ve darlaşmış olarak apandiks saptandı. Apendektomi ve mezo plasti yapıldı. Kесе hazırlandıktan sonra boyunu hizasından bağlanarak gömüldü. Ameliyat sonu komplikasyon olmadı, 8. günü hasta şifa ile taburcu edildi.

(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Başasistanı

(**) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Doçenti

(***) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Uzman Asistanı

(****) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı

TARTIŞMA

Apandisit genellikle orta yaş hastalığıdır ve 11-30 yaş arasında sık görülür³⁻⁴. Apandisit çocuklarda abdominal cerrahiye gerektiren en sık durum olmasına rağmen², 2 yaşından küçüklerde çok nadir görülür, bu nadir rastlanma oranı tanının yapılamamasından ileri gelir⁷. Kaynaklardaki olguların çoğu tesadüfen veya post-mortem olarak yapılan muayenede saptanmışlardır¹. Kusma, ateş, kalçanın fleksiyonu, karının elle tutulması, gıdaya karşı isteksizlik, ağlama nöbetleri, ateş, lökositoz, batında duyarlılık ve gerginlik çocuklarda hastalığa dikkati çekmelidir⁷⁻⁸. Çocuklarda radyolojik olarak akut apandisit tanısında; Çekum bölgesinde anormal gaz görünümüleri (% 87), serbest peritoneal mayı (% 84), skolyoz (% 72), psoas gölgesinin kaybolması (% 56), abdominal duvarda kalınlaşma (% 32), fekalit (% 32), abse (% 20) en sık görülen bulgulardır⁶. Çocuklarda genel tablo batın bulguları ile gastro-enterite ve virüs enfeksiyonuna benzeyebilir⁵⁻⁶. Neonatal Hirschprung hastalığında delinmiş apandisit benzeyebilir¹. Çocuklarda kulak, boğaz ve idrar yolu hastalıklarındada karın ağrıları olur; bu yüzden kulak, boğaz ve üriner sistem muayeneleri olağan olarak yapılmalıdır⁹.

Tanının güçlüğünden dolayı 2 yaşın altındaki çocuklarda delinme oranı yaklaşık % 80 dir⁷. Delinmeden dolayı yaygın peritonit ve buna bağlı olarak morbilite ve mortalite çok artar. Akut apandisitten ölüm oranı çocuklarda % 80, delinme mevcut ise % 100'e yaklaşır¹. Çocuklarda delinmenin ve mortalitenin yüksek oranı karının yeterli bir muayenesinin yapılamamasına, enfeksiyonun yayılmaya meyline, olayı lokalize olarak tutma yeteneğini azaltan küçük bir omentuma, immobil çekuma, uzun ve cidarı ince bir apandiksle bağlanabilir. Bununla beraber yüksek

mortaliteden sorumlu faktörün akut batını tanımadaki yetersizlik ve gecikme olduğu görülür. 2 yaş altındakilerde akut apandisit tanısının klinik ve laboratuvar bulgularının nonspesifik olmasından dolayı ameliyat öncesi yapılması oldukça zordur¹⁰. Mason Brawn akut karın belirtisi ve bulgularını gösteren bir çocukta doktorun önce akut apandisit düşünmesi gerektiğini söyler⁷.

Fıtık kesesi içinde normal apandiks tesadüfı bulgusu çocuklarda (% 1,15) yetişkinlerde (% 0,4) üç kere daha sıktır¹⁰. Fıtık boğulması, özellikle sağ tarafta, ilk yaşlarda daha fazladır. Fıtık boğulmasına ilişkin akut apandisit ortaya çıkması oldukça nadirdir¹⁰. Çocuk apandisitlerinin önemli bir kısmı boğulmuş veya boğulmamış kasık fıtığı ile birliktedir¹⁰. Kliniğimizde 24 aylık diğer bir olguda; sol boğulmuş skrotal fıtık içinde akut apandisit rastlanmıştır. Fıtık boğulmasından olan akut apandisitte primer tıkaçıcı faktörün boğulmaya bağlı sıkışma olduğu olgularda, apandiks makroskopik olarak iskemik infarksiyona sebep olan ve ciddi bir dış basıncı gösteren demarkasyon hattına sahiptir. Bizim olgumuzda'da apandiks kanalın iç ağzı tarafından sıkıştırılan distal bölümü (hernial kısım) nekrotik, yumuşak ve soluk renkli, karın içindeki kısmı ise normal görünümde idi. Hernial kısım ile karın içindeki bölüm arasındada belirgin bir demarkasyon çizgisi mevcuttu. Bir araştırmada prematürelde saptanan 33 akut apandisit olunda, 7'sinin fıtık kesesi içinde delinmiş olduğu saptanmıştır¹.

Boğulmuş bir fıtığın redüksiyonunu teşebbüs iltihabın hafif belirtileri mevcut ise ertelenmelidir¹. Hernial apandisitte yaşama şansı intra abdominal apandisitten daha yüksektir. Bu yüksek oran, ameliyat öncesi tanının tam yapılamamasına rağmen, cerrahi girişimi zorunlu kılan, bariz dış fizik bulguların varlığına

bağlanabilir. Ayrıca, hernial apandisitte, iltihabi olayın karın içine yayılmasını önleyen iç halkanın tıkanması ile hastalık kesede sınırlanır ve böylece intraabdominal apandisitte omentumun yapamadığı etkili fonksiyonu yapar¹⁰. Hernial apandisitte delinme önceden meydana gelmiş ise, abdominal boşluğu açmadan önce eksplorasyon yapmak abdominal bulaşmayı azaltır. Çocuklarda hernial apandisit en iyi tanısı, fıtık kesesinin peritoneal boşluğa redüksiyonunu önlenerek yapılacaktır. Bu fıtığı olan bebeklerin yakın gözlenmesinin önemini belirtir.

KAYNAKLAR

1. BAR—MAOR, J.A., and ZELTZER, M.: Acute appendicitis located in a scrotal hernia of a premature infant. *J Pediatr Surg.* XIII: 181-182, 1978.
2. BARTLETT, R.H. et. al.: Appendicitis in infancy. *Surg. Gynecol Obstet* 130 :99-104, 1970.
3. CANDAR, Z.: Akut apandisitinin teşhisinde hikaye, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının değeri. *Ankara Üni. Tıp Fak. Mec.* XXIII No. 5'e ek 1970.
4. CURRENT: Surgical diagnosis and treatment. Third edition. Lange Medical Publications, California/1977, pp. 585-591.
5. GILMORE, A.J.O. et. al.: Appendicitis and mimicking conditions. *Lancet.* II: 421-424, 1975.
6. GOLLADAY, E.S., ROSKES, S. DONNER, L., ALEX HALLER, J. Jr.: Intestinal obstruction from appendiceal abscess in a newborn infant. *J. Pediatr Surg.* XIII: 175-176, 1978.
7. MEINGOT: Abdominal Operations. Sixth edition. Appleton-Century-Crafts, Newyork pp. 1364-1369. 1974.
8. PURI, P., O'DONNELL, B.: Appendicitis in infancy. *J. Pediatr Surg.* XIII: 173-174, 1978.
9. SCHWARTZ: Principles of Surgery. Sec. edition. Mc Graw Hill Book Company, Newyork pp. 1167-1176, 1974.
10. SROUJI, N.M., BUCK, E.B.: Neonatal appendicitis: Ischemic infarction in incarcerated inguinal hernia. *J. Pediatr Surg.* XIII: 177-179, 1978.