

Olgu Sunumu

Akut Appandisiti Taklit Eden Meckel Divertikülit Perforasyonu

Akın Aydoğan^{*}, Seçkin Akküçük^{*}, İlhan Paltacı^{*}, Ali Karakuş^{**}, Murat Karcıoğlu^{***}

Özet

Meckel divertikülü gastrointestinal sisteminin en sık görülen doğumsal anomalisidir. Çocukluk çağında daha çok kanama ve obstrüksiyon bulgularıyla ortaya çıkarken, erişkinlerde nadiren görüntüleme yöntemlerinde veya laparotomi esnasında saptanmaktadır. Bu çalışmada akut apandisit ön tanısıyla operasyona alınan, ancak meckel divertikülit perforasyonu saptanan olgu sunulmuştur. Akut apandisit düşünülen ve eksplorasyonda normal apendiks saptanan hastalarda meckel divertiküliti akla gelmeli ve ince barsak eksplorasyonu mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Meckel divertikülü, akut apandisit, ayırıcı tanı

Meckel divertikülü (MD) ilk defa 1598'de Hildanus tarafından tanımlanmıştır. Gastrointestinal sistemde %1-3 oranında görülür (1). Barsak duvarının tüm katlarını tutan gerçek bir divertiküldür (2). En sık ileoçekal valvin 60 cm proksimalinde ve antimezenterik yüzde bulunur (3). Herhangi bir bulgu vermeden tesadüfen saptanabileceği gibi hayatı tehdit edici ciddi klinik tablolara neden olabilen komplikasyonlar ile de karşımıza çıkabilir. MD bulunan hastaların ancak %3,7-%6,4'ü semptomatik olmaktadır (4-5).

Olgu Sunumu

Olgu, 16 yaşında ve erkekti. Yaklaşık 2 gün önce başlayan, daha çok göbük etrafında olan ağrı, iştahsızlık ve iki kez kusma şikâyeti ile acil servise başvurdu. Daha önceden herhangi bir şikâyeti olmayan hastanın özgeçmiş ve soy geçmişi özelliği yoktu.

Batın muayenesinde epigastriumda ve periumbilikal bölgede hassasiyet, sağ alt kadranda defans ve rebaund mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Vital bulguları stabil olarak gözlenen hastanın laboratuvar incelemelerinde Hemogloblin:15,3gr/dl, beyaz küre:14200/mm³, trombosit:150.000/mm³ idi. Batın ultrasonografisinde sağ alt kadranda 7 mm çapında kör sonlanan, komprese edilemeyen barsak segmenti (akut apandisit?) ve en büyüğü 1 cm olan mezenterik lenfadenopatiler tespit edildi.

Hasta bu bulgularla akut apandisit ön tanısı ile operasyona alındı. Genel anestezi altında McBurney insizyonu kullanılarak batına ulaşıldı. Eksplorasyonda apendiksin salim olduğu görüldü. Sağ alt kadranda eksplorasyonunda patoloji saptanmadı. Meckel divertikülit düşünülerek ince barsak eksplorasyonuna başlandı. Terminal ileumun ileri derecede ödemli ve hiperemik olduğu görüldü. Çekumun yaklaşık 40 cm proksimalinde geniş tabanlı baş kısmı enflame ve mikroperfore olan MD saptandı (Resim 1 ve 2). Divertikül tabanının geniş olması nedeniyle segmenter rezeksiyon yapılmasına karar verildi. Divertikülü içine alacak şekilde 10 cm'lik ince barsak kısmı rezeke edilip uç-uç ileal anastomoz yapıldı. Ardından apendektomi uygulandı. Batına bir adet dren yerleştirilip operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 3. gün gaz deşarjı olan hastada oral beslenmeye geçildi. Dren kontrollü olarak çekildi. Oral alımı arttırılan hastada batında distansiyon ve bulantı şikâyetlerinin gelişmesi üzerine oral alımı kısıtlanıp lavman uygulandı. Postoperatif sekizinci gün şikâyetleri düzelmesi üzerine taburcu edildi.

^{*}Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

^{**}Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay

^{***}Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Hatay

Yazışma Adresi: Dr. Akın AYDOĞAN

Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D. Serinyol, Hatay

Tel: 0505 6579082

E-mail: drakinay@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: 26.04.2012

Makalenin Kabul Tarihi: 28.08.2012



Resim 1. İleumda hiperemi ve ödem. Meckel divertikülünün uç kısmında perforasyon alan ve çevresinde inflamasyon (işaretli kısım).



Resim 2. Divertikülün perforasyon noktasında görülen yabancı cisim.

Tartışma

Meckel divertikülü %1-3 sıklıkla görülen gastrointestinal sistem anomalilerinden birisidir (1). Gebeliğin 7-8. haftasında kapanması gereken omfalo-mezenterik kanalın kapanmaması sonucu oluşmaktadır. Genellikle 2 yaşından önce semptomatik hale gelmekte iken,

komplikasyonları ise daha çok 20 yaşından önce ortaya çıkmaktadır (6). MD'nin küçük çocuklarda kanama, obstrüksiyon, erişkinlerde ise divertikülit, perforasyon gibi komplikasyonları daha sık görülür. Yaklaşık %90'a yakını ise hiç klinik bulgu vermez. Klinikte ince barsak divertikülü (%82), fibröz bant (%10), enterokutanöz fistül (%6) ve göbekte kitle(%0,5) olarak karşımıza çıkar (7). Divertikül tabanı apendikse göre daha geniş olduğundan tıkanıklığa bağlı enflamasyon enderdir. Divertikülit gelişen olguların %36'sında perforasyon ve buna bağlı peritonit tablosu ortaya çıkabilir. Ayırıcı tanıda Crohn hastalığı, akut apandisit ve peptik ülser hastalığı düşünülmelidir (8). Bizim sunduğumuz olguda da akut apandisit ön tanısı ile operasyona alınmış ancak perforasyon meckel divertikülü saptanmıştır. Akut apandisit tanısı ile operasyona alınan özellikle çocuk ve genç erişkin hastalarla apendiks normal ise 180 cm ye kadar meckel divertikülü aranmalıdır (9).

Meckel divertikülünde %50' ye kadar çıkan oranlarda ektopik mukoza görülebilir. En sık görülen ektopik mukoza yapıları mide ve pankreasa aittir. Daha az oranda kolon ya da hepatobilier sistem mukozaları da izlenebilir. Bizim olgumuzda çıkartılan barsak segmentinin histopatolojik incelenmesinde herhangi bir ektopik doku tespit edilmedi.

Meckel divertikül tedavisinde, çocuk ve gençlerde herhangi bir sebeple operasyon esnasında insidental olarak saptanmışsa ve dar boyunlu bir divertikül mevcut ise wedge rezeksiyon-primer sütür uygulanmalıdır (10). Komplike bir MD ile karşılaşıldığında, boyunu geniş, inflamasyon, iskemi, yoğun ödem ve perforasyon gelişti ise divertikülü içine alacak şekilde segmenter rezeksiyon ve anastomoz uygulanmalıdır. Abdominal ağrı için ameliyat edilen ve meckel divertikülü ile normal apendiks bulguları varsa appendektomide yapılmalıdır (11). Bu olguda divertikülün geniş tabanlı olması ve perforasyon saptanmasından dolayı rezeksiyon ve anastomozla beraber operasyona appendektomi de ilave edildi.

Sonuç olarak, akut apandisit nedeniyle operasyona alınan hastalarda normal apendiks bulguları varsa Meckel divertikülü araştırılmalı ve saptandığı takdirde rezeksiyon uygulanmalıdır.

Perforation of Meckel's Diverticulitis Mimicking Acute Appendicitis

Abstract

Meckel's diverticulum is the most seen congenital gastrointestinal anomaly. It usually appears with

hemorrhage and intestinal obstruction in childhood. Otherwise in adults, Meckel's Diverticulums are generally diagnosed incidentally by imaging technics or during laparotomy. We reported a case of Meckel's Diverticulum perforation which the laparotomy was performed for acute appendicitis. Meckel's Diverticulum should be remembered in terms of patients who had undergone laparotomy for acute appendicitis with normal appendix, and small bowel exploration should be performed.

Key words: *Meckel's diverticulum, acute appendicitis, differential diagnosis*

Kaynaklar

1. Perlman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia). Am J Surg 1980; 139:286-289.
2. Williams RS. Management of Meckel's diverticulum. Br J Surg 1981; 68:477.
3. St-Vil D, Brandt ML, Panic S, Bensoussan AL, Blanchard H. Meckel's diverticulum in children: a 20-year review. J Pediatr Surg 1991; 26(11):1289-1292.
4. Cullen JJ, Kelly KA. Current management of Meckel's diverticulum. Adv Surg 1996; 29:207-214.
5. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's Diverticulum and its relation to incidental removal. A study of 202 cases of diseased Meckel's Diverticulum found in King County, Washington, over a fifteen year period. Am J Surg 1976; 132(2):168-173.
6. Piñero A, Martínez-Barba E, Canteras M, Rodríguez JM, Castellanos G, Parrilla P. Surgical management and complications of Meckel's diverticulum in 90 patients. Eur J Surg 2002; 168(1):8-12.
7. Akçakaya A, Alimoğlu O, Ozkan OV, Sahin M. Complicated Meckel's diverticulum. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2003; 9(4):246-249.
8. Peoples JB, Lichtenberger EJ, Dunn MM. Incidental Meckel's diverticulectomy in adults. Surgery 1995; 118(4):649-652.
9. Malik AA; Shams-ul-Bari, Wani KA, Khaja AR. Meckel's diverticulum-Revisited. Saudi J Gastroenterol 2010; 16(1):3-7.
10. Varcoe RL, Wong SW, Taylor CF, Newstead GL. Diverticulectomy is inadequate treatment for short Meckel's diverticulum with heterotopic mucosa. ANZ J Surg 2004; 74(10):869-872.
11. Rutherford RB, Akers DR. Meckel's diverticulum: a review of 148 pediatric patients, with special reference to the pattern of bleeding and to mesodiverticular vascular bands. Surgery 1966; 59(4):618-626.