



Kısmi Çekum Rezeksiyonu ile Tedavi Edilen Apendiks Mukoseli

Appendix Mucocele Treatment with Partial Resection of the Cecum

Vedat Bayrak, Necmi Yücekule

Öz / Abstract

Apendiks mukoseli apendiksin mukus ile dolarak kistik bir yapı oluşturması olarak tarif edilir. Mukosel, mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenom veya müsinöz kistadenokarsinom sonucunda oluşabilir. Genellikle asemptomatik seyrederek ancak en sık görülen semptom sağ alt kadranda ağrısıdır. Preoperatif tanı Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile konulabilir. Tedavisi cerrahidir ve benign nedenlerde apendektomi yeterlikten malign nedenlerde sağ hemikolektomi önerilmektedir. Bazı vakalarda kısmi çekum rezeksiyonu apendektomi yapılabilmektedir. Biz de bu olgu sunumuzda kısmi çekum rezeksiyonu ile tedavi ettiğimiz apendiks mukoseli olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Apendiks, çekum, mukosel

The appendix mucocele is described as creating a cystic structure filled with mucus. Mucosal, mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma, mucinous or may occur in cystadenocarcinomas. The appendix mucocele usually asymptomatic, but the most common symptom is pain in the right lower quadrant. Preoperative diagnostic ultrasonography and computed tomography can be performed. Mucocele treatment involves surgery and appendectomy benign with malignant reason why it is recommended adequate by hemicolectomy. Appendectomy can be performed with partial resection of the cecum in some cases. We call treated with partial resection of the cecum, appendix. In this case report, we present a case of mucocele treatment.

Keywords: Appendix, cecum, mucocele

Giriş

Apendiks mukoseli, apendiksin benign veya malign nedenlerle oluşan kistik dilatasyonudur. Nadir görülürler ve apendektomi spesimenlerinin %0,6'sında saptanır (1). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık (E/K: 1/4) ve genelde 5. dekatta görülürler (2). Mukosel, mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenom veya müsinöz kistadenokarsinom sonucunda oluşabilir (3). Olguların %25'i asemptomatiktir ve rastlantısal olarak cerrahi sırasında veya radyolojik incelemede tanı konulurlar (4, 5). Abdominal ağrı ve sağ alt kadranda palpabl kitle en sık semptom ve bulgudur (6). Mukosel kendiliğinden veya ameliyat sırasında rüptüre olabilir ve psödomiksoma peritonei olarak bilinen jelatinöz asite yol açar. Malign tümörlere bağlı mukoselin rüptürü sonucu gelişen psödomiksoma peritoneide sağ kalım oranı düşüktür (7). Bu yüzden mukoselin preoperatif dönemde tanınması önemlidir. Preoperatif kesin tanı radyolojik incelemeler ile konulur ve Ultrasonografi (USG) ile Batın Tomografisi (BT) en sık kullanılan yöntemlerdir (8). Bu sunuda karın ağrısı nedeni ile başvuran, preoperatif USG ve BT ile tanı konulan 91 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Doksanbir yaşında erkek hasta, beş gündür olan yaygın karın ağrısı ve iştahsızlık şikayeti ile acil servise başvurdu. Bulantı-kusma, karında distansiyon, gaz gaita çıkaramama şikayetleri yoktu. 5 yıldan beri tanı konulmuş sol skrotal hernisi mevcuttu ve şişlikte herhangi bir değişiklik yoktu. Hastanın herni bölgesinde ağrı yakınması yoktu. Ek hastalık hikayesi yoktu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve hafif şiddette defans mevcuttu. Sol skrotal herni kısmen redüktablardı. Hemogram ve acil biyokimyasal parametrelerde özellik yoktu. Direkt grafilerinde özellik tespit edilmedi. USG'de sağ alt kadranda kistik lezyon? Dilate barsak segmenti? şeklinde sonuç alındı. Bunun üzerine çekilen BT'de apendiks mukoseli tanısı konuldu (Resim 1, 2). Hastaya göbek altı median kesi ile laparotomi yapıldı ve 8 cm uzunluğunda yaklaşık 4 cm çapında apendiks mukoseli eksplore edildi (Resim 3). Apendiks köküne kadar dilatasyon olduğu için kısmi çekum rezeksiyonu ile birlikte apendektomi yapıldı (Resim 4). Postop 5. gün sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu müsinöz kistadenom gelen hasta takibe alındı. Hastadan bilimsel amaçlı kullanım için onam alındı.

Tartışma

Apendiks mukoseli genel olarak apendiksin mukus ile dilatasyonu olarak tariflenir ve mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenom veya müsinöz kistadenokarsinom sonucunda oluşabilir (3). Makroskopik olarak sosis şeklinde, düzgün sınırlı, çekum komşuluğunda, çekuma yapışık kitle olarak prezente olur. Olgumuzda benzer özellikler göstermekteydi. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık (E/K: 1/4) ve genelde

Ceyhan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
Adana, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence:
Vedat Bayrak,
E-posta: stmfhl@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received:
27.11.2015

Kabul Tarihi/Accepted:
17.01.2016

© Telif Hakkı 2016 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

© Copyright 2016 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org



Resim 1. Mukoselin aksiyal BT görüntüsü



Resim 3. Operasyon görüntüsü



Resim 2. Mukoselin sagittal BT görüntüsü



Resim 4. Spesimen görüntüsü

5. dekatta görülürler (2). Ancak olgumuz literatürün aksine 91 yaşında erkek hastaydı. Apendiks mukoseli genellikle asemptomatik olmakla birlikte semptom olarak en sık sağ alt kadranda ağrısı görülür. Bunun dışında palpabl abdominal kitle, bulantı-kusma, kilo kaybı, gastrointestinal kanama karşılaşılabilen semptom ve bulgulardır (9). Olgumuzda yaygın karın ağrısı ve iştahsızlık dışında bulgu yoktu. Tanıda en önemli iki yöntem USG ve BT'dir. Apendiks mukoseli USG'de, mukoid materyallere bağlı internal ekolar içeren, anekoik-hipoekoik kistik kitliler şeklinde görülür. Mukoselin BT'deki tipik bulguları ise, apendiks lokalizasyonunda, çevresinde inflamatuvar reaksiyon olmaksızın, çekal duvarda ekstrinsik baskıya sebep olan, internal septasyonlar ve bazen mural kalsifikasyonla birlikte bulunan, kistik, iyi kapsüllü, yuvarlak ya

da tübüler lezyon şeklindedir (10). Olgumuzda USG ile kistik lezyon tanısı konulabildi ancak mukosel tanısı konulamadı. Bu yüzden BT çekildi ve kesin tanı konulabildi. Mukoselin tedavisi cerrahidir ve benign mukosellerde apendektomi, malign mukosellerde sağ hemikolektomi standart tedavi yöntemidir(5). Apendiks köküne kadar ilerleyen vakalarda kısmi çekum rezeksiyonu uygulayan yayınlarda da mevcuttur (2, 3). Biz de bu olguda mukoselin benign görünümde olması, hastanın ileri yaşta olması nedenleri ile kısmi çekum rezeksiyonu ile birlikte apendektomi işlemi uyguladık. Hastanemizde frozen işlemi uygulanmadığı için operasyonu bu şekilde sonlandırdık. Mukosel cerrahisinde dikkat edilmesi gereken husus mukoselin perforasyonundan kaçınmaktır. Çünkü, özellikle altta yatan neden müsinöz kistadenokarsinom ise, buna bağlı gelişen psödomiksoma peritoneide 5 yıllık sağkalım oranı %20'lere kadar düşmektedir. Psödomiksoma peritonei apendiks mukoselinin en korkulan komplikasyonudur. Bu nedenle laparoskopik cerrahi tedavi ile ilgili çekinceler olsa da son zamanlarda laparoskopik cerrahinin güvenle yapılabileceğini bildiren ve öneren yayınlarda mevcuttur (3).

Sonuç

Apendiks mukoseli apendiksın mukus ile dolarak kistik bir hal alması ile karakterize nadir görülen bir durumdur. Preoperatif tanı genellikle USG ve BT ile konulur. Tedavisi net olarak cerrahidir ve

benign etyolojilerde apendektomi, malign etyolojilerde sağ hemikolektomidir. Seçilmiş bazı vakalarda, benign nedenli olup apendiks köküne kadar olan dilatasyonlarda kısmi çekum rezeksiyonu ile birlikte apendektomi tercih edilebilir. Laparotomi ile laparaskopi tercihleri arasındaki görüş ayrılıkları devam etmekteyse de laparaskopi tedavide kendine yer bulmaya başlamıştır. Her cerrahi yöntemde dikkat edilmesi gereken husus, mukoselin perfore edilmemesi ve pseudomiksoma peritoneiden kaçınılmasıdır.

Hasta Onamı: Hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - V.B.; Tasarım - V.B.; Denetleme - V.B., N.Y.; Kaynaklar - V.B., N.Y.; Malzemeler - V.B.; Veri toplanması ve/veya işlenmesi - V.B., N.Y.; Analiz ve/veya Yorum - V.B., N.Y.; Literatür Taraması - V.B.; Yazıyı Yazan - V.B., N.Y.; Eleştirel İnceleme - V.B., N.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını belirtmiştir.

Informed Consent: Informed consent was obtained from patients.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - V.B.; Design - V.B.; Supervision - V.B., N.Y.; Funding - V.B., N.Y.; Materials - V.B.; Data Collection and/or Processing - V.B., N.Y.; Analysis and/or Interpretation - V.B., N.Y.; Literature Review - V.B.; Writing - V.B., N.Y.; Critical Review - V.B., N.Y.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Marudanayagam R, Williams GT, Rees BI. Review of the pathological results of 2660 appendicectomy specimens. J Gastroenterol 2006; 41: 745-9. [\[CrossRef\]](#)
2. Dandin Ö, Balta AZ, Sücüllü İ, Yücel E, Özgan ET, Yıldırım Ş. Ürolitiazisi taklit eden apendiks mukoseli. Ulusal Cer Derg 2013; 29: 88-91.
3. Kılıç MÖ, İnan A, Bozer M. Farklı yaklaşımlarla tedavi edilmiş dört apendiks müsinöz kistadenomu. Ulusal Cer Derg 2014; 30: 97-9.
4. Uluutku H, Demirbaş S, Kurt Y, Erenoğlu C, Akin L, Yıldız M. A case of giant appendiceal mucocele. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2004; 10: 63-6.
5. Calışkan K, Yıldırım S, Bal N, Nursal TZ, Akdur AC, Moray G. Mucinous cystadenoma of the appendix: a rare cause of acute abdomen. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2008; 14: 303-7.
6. Wang H, Chen YQ, Wei R, Wang QB, Song B, Wang CY, et al. Appendiceal Mucocele: A Diagnostic Dilemma in Differentiating Malignant From Benign Lesions With CT. AJR 2013; 201:590-5. [\[CrossRef\]](#)
7. Dachman AH, Lichtenstein LE, Friedman AC. Mucocele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. Am J Roentgenol 1985; 144: 923-9. [\[CrossRef\]](#)
8. Yazıcı Z, Savcı G, Yalçın R, Yılmazlar T. Apendiks mukoseli. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji. 2001; 7: 564-7.
9. Demetrashvili Z, Chkhaidze M, Khutsishvili K, Topchishvili G, Javakhishvili T, Pipia I, et al. Mucocele of the Appendix: Case Report and Review of Literature. Int Surg 2012; 97: 266-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Aslan K, Nural MS, Çebi H ve ark. Apendiks mukoselinde BT kolonoskopi bulguları. J Exp Clin Med 2009; 26: 86-9. [\[CrossRef\]](#)