

AKUT APANDİSİT'DE SEMPTOMLARIN SÜRESİNİN KLİNİK SEYİR VE HİSTOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Dursun AKDEMİR (x)
Dr. İsmail SONBAHAR (xx)
Dr. Kemal KARAKAŞ (xxx)
Dr. Engin AYDIN (xxxx)
Dr. Nevruz EREZ (xxxxx)

ÖZET:

Temmuz 1986 ile Ocak 1987 tarihleri arasındaki 6 aylık süre içerisinde akut apandisit ön tanısı ile ameliyat edilen 60 hastanın, semptomların başlangıcından ameliyat edildiği ana kadar geçen sürenin, klinik seyir ve histopatoloji ile ilişkisi araştırıldı.

GİRİŞ:

Akut apandisit, akut karın vak'aları arasında en sık görüleni ve en tehlikeli olanıdır.

Hastalığın ilk anlaşıldığı 1500 yıllarında % 72, içinde bulunduğumuz yüzyılın başında % 35 olan mortalitesi, bugün % 0.1'e kadar düşürülebilmektedir (3,14).

Bazen hastalığın atipik semptom ve bulgularla seyretmesi tanıyı zorlaştırmaktadır. Hatta bir komplikasyon çıkana kadar cerrahi müdehale gecikmiş olmaktadır. Cerrahi müdehalenin gecikmesi ise hastayı ölüme kadar götürebilecek komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır (3,10). Tanı alanında; son 10 yıldan beri computerize topografi, baryumlu kolon grafisi, pelvik ultrasonografi, laparoskop gibi tanı yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu tanı yöntemleri ile negatif appendektomi oranı % 1'e kadar düşürülmüştür. Yine bu yöntemlerle, ameliyat öncesi doğru tanı oranı, % 97-98'e kadar konulabilmektedir (11,16).

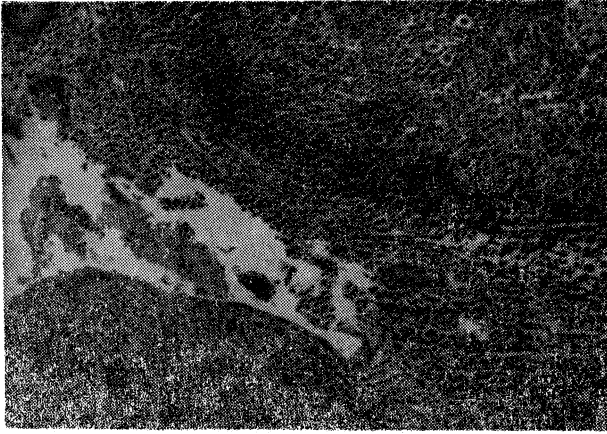
(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Yrd. Doçenti
(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Uzmanı
(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Yrd. Doçenti
(xxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Yrd. Doçenti
(xxxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Arş. Görevlisi

GEREÇ VE YÖNTEM

Gerecimizi, Temmuz 1986 ile Ocak 1987 tarihleri arasındaki 6 aylık sürede, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastahanesi Genel Cerrahi Anabilim dalı'nda akut apandisit ön tanısı ile ameliyat edilen 60 hasta oluşturmaktadır. Bu hastalarda; ameliyat öncesi geçirilen sürenin, klinik seyir ve histopatolojik tanıyla olan ilişkisi araştırıldı. Perfore apandisit'ler çalışma kapsamına alınmadı. Hastalara; Hb, Bk, idrar tahlili, ayakta düz karın grafisi, fizik muayene ve anemneze göre tanı kondu.

Cerrahi olarak çıkarılan appendiks materyalleri patoloji laboratuvarında incelemeye tabi tutuldu. Ameliyat edilen hastalar, ameliyat sonrası histopatolojik tanılarına göre:

- 1- Normal appendiks: Appendiks mukozasında patolojinin tesbit edilmediği olgular,
- 2- Kataral apandisit: Appendiks mukozasında nötrofil lökositlerin izlendiği olgular (Resim 1).



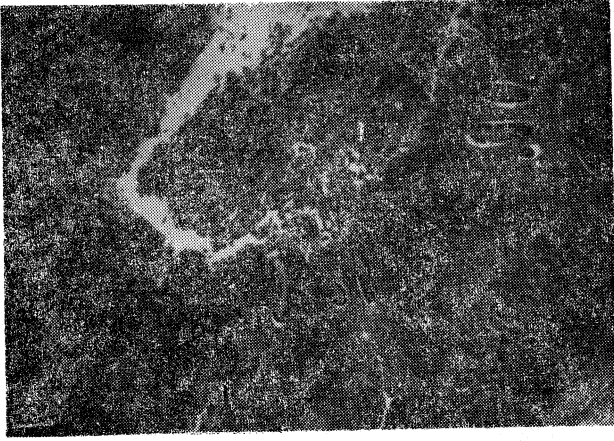
Resim 1. Kataral apandisit'in mikroskopik görünümü (1252/986).

- 3- Süpüratif apandisit: Appendiks deki enflamasyonun müsküler tabaka ve subseroza'ya yayıldığı olgular (Resim 2).
- 4- Gangrenöz apandisit: Appendiks duvarında tromboze damarların ve yaygın nekroz odaklarının görüldüğü olgular (Resim 3), olmak üzere 4 gruba ayrıldı.

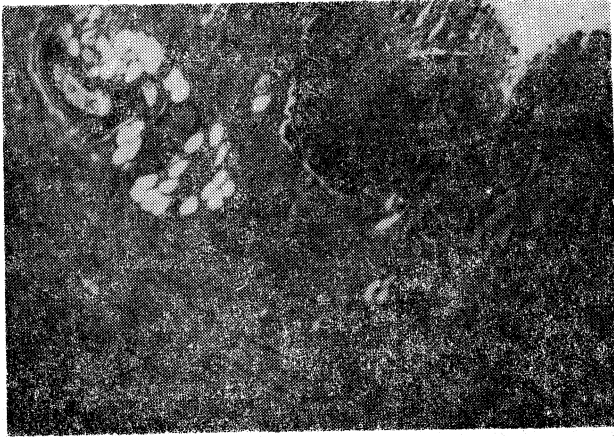
Araştırmada, şu verilerin analizi ve tartışması yapıldı.

A- Demografik veriler

B- Hikâye ve histopatolojik bulgular



Resim 2. Süpüratif apandisit'in mikroskopik görünümü (1250/986).



Resim 3. Gangrenöz apandisit'in mikroskopik görünümü (1249/986).

C- Kadın ve gebe hastalarla ilgili özellikler

D- Ameliyat öncesi sürenin beyaz küre sayısı ile ilişkisi

E- Appendiks'in karın içindeki yerleşim şekilleri

F- Ameliyat öncesi geçirilen sürenin, komplikasyonlar ve hastahane kalma süreleri ile ilişkisi.

BULGULAR

Çalışma grubumuzu oluşturan 60 hasta, aynı dönemde kliniğe yatırılarak ameliyat edilen tüm hastaların % 13,0, acil ameliyat edilen hastaların ise % 2,60'sını meydana getirmektedir. Akut ve perforate apandisit'lerin toplam oranı ise tüm vak'aların % 22,0'si, acil vak'aların % 44,0'ünü oluşturmaktadır.

A. Demografik veriler:

Çalışmamızdaki 60 hastanın, 25 (% 41,7)'i kadın, 35 (% 58,3)'i erkek olup, hastaların yaş ortalaması 20,7'dir. En genç hasta 4, en yaşlı hasta 51 yaşındadır. Hastaların çoğunluğunu 11-20 yaş grubundaki hastalar oluşturmakta, bunu 21-30 yaş grubundaki hastalar izlemektedir (Tablo 1).

Tablo 1. 60 hastanın yaş grupları ve cinslere göre dağılımı.

YAŞ	ERKEK	KADIN	TOPLAM	%
0—10	7	3	10	16.7
11—20	13	9	22	36.7
21—30	10	9	19	31.7
31—40	2	3	5	8.3
41—50	3	—	3	5.0
51—	—	1	1	1.6
Toplam	35	25	60	100

B- Hikâye ve histopatolojik bulgular:

Ameliyat edilen hastaların 14 (% 23,3)'ünde, daha önceden akut apandisit'i düşündüren yakınmaların olduğu tesbit edildi. Bu hastaların ameliyat sonrası histopatolojik tanıları, 2(% 14,2)'si kataral apandisit, 7 (% 50,0)'si süpüratif apandisit, 5(% 35,8)'i gangrenöz apandisit olarak değerlendirildi (Tablo 2).

Tablo 2. Geçirilmiş benzer semptomların histopatolojik tanı ile ilişkisi.

Benzer semptom sayısı	Hasta	%	Normal appendiks	Kataral apandisit	Süpüratif apandisit	Gangrenöz apandisit
Var	14	23.3	—	2	7	5
Yok	46	76.7	2	13	22	9
Toplam	60	100	2	15	29	14

Ameliyat öncesi geçirilen sürenin apandiks'deki enflamasyona olan etkisi (Tablo 3) de gösterildi. İlk 12 saat içerisinde ameliyat edilen 9 hastanın; 7 (% 77,8)'i kataral apandisit olmasına karşılık, 12 saatten sonra ameliyat edilen 51 hastanın, 8(% 15,9)'i kataral apandisit olarak tesbit edildi.

Tablo 3. Semptomların süresinin histopatolojik tanı ile ilişkisi.

Semptomların süresi	Hasta sayısı	%	Normal apandiks	Kataral apandisit	Süpüratif apandisit	Gangrenöz apandisit
0—6 saat	1	1.7	—	1	—	—
7—12 "	8	13.3	—	6	2	—
13—18 "	20	33.3	—	4	13	3
19—24 "	15	25.0	—	1	6	8
25—36 "	8	13.4	1	1	3	3
37—48 "	2	3.3	—	1	1	—
49—72 "	4	6.7	1	—	3	—
73— "	2	3.3	—	1	1	—
Toplam	60	100	2	15	29	14

C- Gebe ve kadın hastalarla ilgili özellikler:

Çalışma grubumuzdaki 25 kadın hastadan 2 tanesi, aynı zamanda gebe idi. Gebelik süreleri 3 ve 5 ay olarak belirlendi. Onyedii kadın hasta ise menstrüal siklus fazlarına göre; 10 (% 58,9)'u luteal fazda, 7 (% 41,1)'si ise menstrüasyon ve folliküller fazda olarak tesbit edildi. Folliküller ve menstrüasyon fazlarında ameliyat edilen hastalardan 6 (% 85,7)'sında gangrenöz apandisit görülmesine karşılık, luteal fazda ameliyat edilen hastalarda ise histopatolojik olarak hiç gangrenöz apandisit tesbit edilmedi (Tablo 4).

Tablo 4. Menstrüal siklus fazlarında histopatolojik tanıları

Histopatolojik tanı	Menstrüasyon fazı (1-5 gün)	Folliküller faz (6-14 gün)	Luteal faz (15-28 gün)	%
Normal apandiks	—	1	—	5.9
Kataral apandisit	—	—	4	23.5
Süpüratif apandisit	—	—	6	35.3
Gangrenöz apandisit	2	4	—	35.3
TOPLAM	2	5	10	100

D- Beyaz küre sayısı:

Serimizdeki hastalarda en yüksek beyaz küre sayısı 23.200, en düşük beyaz küre sayısı ise 4800 olarak tesbit edildi. Kataral apandisitlerde ortalama beyaz küre 10.452, süpüratif apandisit'lerde 11.200, gangrenöz apandisit'lerde 13.200 olarak bulundu. Altmış hastanın 47 (% 78,4)'sinde 10.000'in üzerinde beyaz küre tesbit edildi. Ameliyat öncesi geçirilen süre uzadıkça beyaz küre sayısında bununla orantılı olarak arttığı tesbit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Semptomların süresi ile beyaz küre arasındasi ilişki.

Beyaz küre sayısı	Top. hasta	%	Semptomların süresi (Saat)									
			0—6	7—12	13—18	19—24	25—36	37—48	49—72	73—		
0-5000	2	3 3	—	—	1	—	1	—	—	—		
6000-9000	11	18 3	1	5	3	1	1	—	—	—		
10.000-14.000	33	55 0	—	3	11	10	4	1	2	2		
15.000-	14	23 4	—	—	5	4	2	1	2	—		
Toplam	60	100	1	8	20	15	8	2	4	2		

E- Apandiks'in karın içindeki yerleşim şekilleri:

Hastaların ameliyat notundaki duruma göre; 33 (% 55,0) hastada retroçekal, 20 (% 33,4) hastada ise preileal yerleşimde apandiks tesbit edildi.

Histopatolojik kesin tanıların kadın ve erkek o'gularda dağılımı (tablo 6)'da gösterildi.

Tablo 6. Kadın ve erkek olgularda histopatolojik tanıları.

Histopatolojik tanı	Erkek	Kadın	Toplam hasta	%
Normal apandiks	1	1	2	3 3
Kataral apandisit	9	6	15	25 0
Süpüratif apandisit	17	12	29	48 4
Gangrenöz apandisit	8	6	14	23 3
TOPLAM	35	25	60	100

F- Ameliyat öncesi geçirilen sürenin komplikasyon ve hastaların hastahane kalm süreleri ile ilişkisi:

Ameliyat sonrası dönemde 6 (% 10,0) hastada komplikasyon görüldü. Dört hastada yara enfeksiyonu, 1 hastada diare, 1 hastada da pnömoni tesbit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Semptomların süresinin ameliyat sonrası komplikasyonlar ile ilişkisi

Semptomların süresi	Toplam hasta	%	Vak'alarımızda oluşan komplikasyonlar		
			Yara enfeksiyonu	pnömoni	Diare
0—6 saat	—	0	—	—	—
7—12 "	1	16 7	1	—	—
13—18 "	—	0	—	—	—
19—24 "	1	16 7	1	—	—
25—36 "	1	16 7	—	1	—
37—48 "	2	33 3	1	—	1
49—72 "	1	16 6	1	—	—
73—	—	0	—	—	—
Toplam	6	100	4	1	1

Hastaların ortalama hastahane kalma süreleri 5,9 gün olup, en kısa süre 3 gün, en uzun süre ise 13 gündür. Normal apandiks bulunan hastalarda bu süre 5,5 gün, kataral apandisit'li hastalarda 5,7 gün, süpüratif apandisitli hastalarda 5,8 gün, gangrenöz apandisit'li hastalarda ise 6,6 gün olarak tesbit edildi (Tablo 8).

Tablo 8. Semptomların süresinin ameliyat sonrası hastahane kalma süresi ile ilişkisi.

Semptomların süresi	Hastahane kalma süresi (gün)				Toplam hasta	%
	1—3	4—6	7—9	10—		
0—6 saat	—	1	—	—	1	1.7
7—12 "	1	4	1	2	8	13.3
13—18 "	4	15	1	—	20	33.4
19—24 "	1	10	3	1	15	25.0
25—36 "	—	3	5	—	8	13.3
37—48 "	—	1	1	—	2	3.3
49—72 "	—	2	1	1	4	6.7
73— "	—	1	1	—	2	3.3
TOPLAM	6	37	13	4	60	100

TARTIŞMA :

Akut apandisit daha çok hayatın ikinci ve üçüncü on yılında, genç erkeklerde daha fazla görülen bir hastalıktır (7,8,14). On yaşın altında ve 40 yaşın üzerinde nadir görülmesine karşılık, her yaş grubunda görülebilir (2,3,7,9).

Çalışma grubumuzdaki hastaların yaş ortalaması 20,7'dir (Tablo 1). Hastalardan, 22 (% 36,7)'si 11-20 yaş grubunda olup çoğunluğu teşkil etmektedir. Bu yaş grubundaki oranı, 21-30 yaş grubundaki hastalar izlemektedir. On yaşın altında 10 hasta mevcut olup serimizdeki oranı % 16,7'dir. Kırk yaşın üzerinde ise 4 hasta mevcut olup oran % 6,6'dır. Onbir-30 yaş grubunda % 68,4 oranında akut apandisit tesbit edilmesi literatür ile uygunluk gösterdi. On yaşın altında akut apandisit oranının literatürden yüksek bulunması, bu yaş grubundaki hastalarda tanı kriterlerinin daha iyi değerlendirilmesi, hastaneye erken müracaat edilmesi ve tedaviyle perforasyon oluşmadan akut apandisit'in tesbit edilmesi ile açıklanabilir.

Serimizdeki bulunan 60 hastanın 25'i kadın, 35'i erkektir. Kadın/erkek oranı 2/3 tür. Bu oranda literatür ile uygunluk göstermektedir (3,7,14).

Daha önceden akut apandisit benzeri belirtileri gösteren hastaların, akut apandisit'e yakalanma şansı artmaktadır. Akut apandisit'in bazen kendi kendine iyileşebildiği ve nüks edebildiği kabul edilmektedir (1,3,14). Hastaların daha önceden benzer şikâyetler tarif etmesi hastalığın teşhisinde geçerli bir delil olarak kabul edilir (3,16).

Çalışma grubumuzdaki hastaların 14 (% 23,3)'ü daha önceden benzer yakınmalarının olduğunu belirttiler. Bu grup hastalardaki akut apandisit'in histopatolojik dağılımı (Tablo 2)'de gösterildi. Ondört hastanın, 12'sinde % 85,8 oranında histopatolojik olarak süpüratif ve gangrenöz apandisit formasyonu tesbit edildi. Bu grup hastalarda apandiks'deki enflamasyonun ileri düzeyde olduğu gözlemlendi.

Daha önceden akut apandisit'i düşündüren yakınmaları olan bu grup hastaların, kesin olarak bir akut apandisit atağı geçirdiklerini söylemek biraz güçtür. Appendiks içindeki dışkı taşları, kadınlardaki bazı jinekolojik hastalıklar da bu tip yakınmalara neden olabilir (1,7,14). Ancak bu grup hastalardaki apandiks enflamasyonunun kısa süre içerisinde ilerlediği ve gangrenöz apandisit formasyonunun geliştiği söylenebilir.

Akut apandisit'li hastalarda yakınmaların başlamasından sonra geçen süre ile apandiks'deki enflamasyonun şiddeti ve yaygınlığı arasındaki ilişki (Tablo 3)'de gösterildi.

Akut apandisit'li hastalarda gecikme ile appendiks'deki enflamasyon zamanla orantılı olarak ilerlemekte ve perforasyona kadar gitmektedir. Akut apandisit düşünülen hastanın erken tanı ve erken cerrahi girişiminin yapılması, mortalite ve morbidite yönünden en etkili faktördür (1,3,8,14).

Serimizde bulunan hastalardan 12 saat içerisinde ameliyat edilen 9'unun; 7 (% 77,7) tanesi kataral apandisit, 2 (% 22,3)'si süpüratif apandisit olarak tesbit edildi. Erken dönemde ameliyat edilen bu hastalarda apandiks'deki enflamasyonun hafif olduğu tesbit edildi. Oniki ile 48 saat içerisinde ameliyat edilen 45 hastanın; 1 (% 2,2)'i normal apandiks, 7 (% 15,5)'si kataral apandisit, 23 (% 51,2)'ü süpüratif apandisit, 14 (% 31,1)'ü ise gangrenöz apandisit olarak tesbit edildi. İlk 48 saatten sonra ameliyat edilen 6 hastanın; 1 (% 16,6)'i normal apandiks, 1 (% 16,6)'i kataral apandisit, 4 (% 66,8)'ü süpüratif apandisit olarak bulundu.

Oniki saatten daha geç müracaatla ameliyat edilen hastalarda, bulunan apandiks enflamasyonunun derecesi gecikme ile orantılı olarak artmakta, 48 saatten sonra müracaat eden hastalarda ise enflamasyonun derecesi gerilemeye başlamaktadır. Ayrıca 48 saatten geç müracaatla ameliyat edilen hastalarda negatif apandektomi oranı artmaktadır.

Bu durum kendi kendine gerileyerek iyileşen akut apandisit atakları veya apandiks lümeni içinde obstrüksiyon yapan fekalit'in çekuma geçmesi sonucu apandiks'deki enflamasyonun gerilemesi ile açıklanabilir (1,2,9,14,15).

Negatif apandektomi oranının gecikmiş vak'alarda artması ise, bu süre içerisinde ameliyat edilecek hastalarda akut apandisit tanısının daha dikkatli konulması ve akut apandisit dışındaki bazı patolojilerin göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerektiği kanaatini uyandırmaktadır.

Akut apandisit'li hastalarda ameliyat öncesi süre, apandiks'deki enflamasyona yakından etki etmektedir. Bu süre 15 ile 48 saat arasında değişmektedir (2, 7,11).

Çalışma grubumuzdaki hastalar, ortalama 25,5 saat gecikme ile hastahaneye müracaat ettiler. Kataral apandisit'li hastalar 21,4 saatde, süpüratif apandisit'li hastalar 25,6 saatte, gangrenöz apandisitli hastalar ise 30,5 saat içerisinde ameliyata alındılar.

Ameliyat sonrası apandiks'i normal bulunan 2 vak'a ise ortalama 56 saat gecikme ile ameliyat edildiler. Bu durum herhangi bir hastalığı olmayan veya şüpheli karın ağrılarının akut apandisit lehine yorumlanmasına bağlı olabilir. Nitekim apandiks'i normal bulunan 2 hastamızda daha düşük oranda olmakla birlikte akut apandisit'de rastlanan belirti ve bulguların olması yanılmaya sebep olmuştur. Çeşitli yayınlarda normal apandiks bulma oranı % 5-25 arasında değişmektedir (12,14,16). Bizim serimizdeki negatif apandektomi oranımız % 3,3'ü olup literatür ile uygunluk göstermektedir.

Tüm bu veriler, ameliyat öncesi geçirilen sürenin apandiks'deki enflamasyon'un tedrici olarak artırdığını göstermekte olup, yakınmaların 48 saatten fazla olması durumlarında ise akut apandisit tanısının daha dikkatli konulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Gebelerde akut apandisit, 20-25 yaş grubunda, birden fazla doğum yapanlarda, gebeliğin en çok birinci ve ikinci trimestrinde görülür (1,2,5,13). Gebe hastalarda karının sağ alt kadranda 24 saatten daha az süre ile ağrı oluşu, 15.000 den az beyaz küre ve 38°C'nin altında ateş akut apandisit'i düşündürür (5,13). Gebe hastalarda akut apandisit'in seyri gebe olmayanlara benzer. Gebelik apandektomi için önemli bir engel teşkil etmez. Gebelerde görülen anne ve fetüs mortalitesinin yüksek oluşu, akut apandisit tanısının geç konması ve cerrahi girişimin geç yapılmasındandır (5,9,10,13).

Çalışma grubumuzda 2 (% 3,3) gebe hasta mevcut olup, hastalardan biri birinci trimestride diğeri ise ikinci trimestride idi. Yaş ortalaması 25, ağrılarının başlama süresi 16 saat ve 22 saat, beyaz küre sayısı 13.600 ve 14.300, ateş ise her iki hastada da 37°C idi.

Gebe hastalarımızda anne ve fetüs ölümü olmadı, abortus ve prematür doğum oluşmadı. Bulgularımız literatür ile uygunluk gösterdi.

Serimizde bulunan 25 kadın hastadan, 17'si menstrüel siklusun değişik fazlarında bulunuyordu (Tablo 4).

Menstrüel siklusun çeşitli fazlarında apandiks enflamasyonunun derecesini, 1983 yılında Arnbjornsson ve arkadaşları 744 vak'alık bir çalışma ile tesbit ettiler (6). Kadın seks hormonlarının akut apandisit'in etyolojisinde etkili olduğunu ve

menstrüel siklusun değişik fazlarında enflamasyon derecelerinin buna bağlı olarak değiştiğini gösterdiler. Çalışma grubumuzdaki 17 kadın hastanın, (Tablo 4)'de gösterildiği gibi, akut apandisit görülme oranı folliküler ve menstrüasyon fazlarında, luteal faza göre 1,5 kat daha az bulundu. Ayrıca luteal fazda hiç gangrenöz apandisit olgusu görülmemesine karşılık, menstrüasyon ve folliküler fazda 6 adet gangrenöz apandisit görüldü. Bu bulgular literatür ile uygunluk gösterdi (6).

Menstrüasyon ve folliküler fazda, apandiks'deki enflamasyonun ileri dönemde görülmesi; her ay tekrarlayan menstrüasyon ağrılarının akut apandisit şikâyetleri ile karışarak hastaların hastahaneye geç müraacaatından olabileceği şeklinde veya kadın seks hormonlarının bunu etkileyeceği şeklinde açıklanabilir.

Beyaz küre sayısı, akut apandisit'de patognomonik bir bulgu olmamakla birlikte yardımcı bir laboratuvar yöntemidir. Genellikle 10.000'in üzerinde beyaz küre sayısı akut apandisit lehine yorumlanabilir (3,5,14). Onbeş yaşına kadar olan hastalarda 13.000-15.000, gebelerde 16.000'e kadar beyaz küre sayıları fizyolojik olarak kabul edilmektedir. Herhangi bir beyaz küre artışını akut apandisit lehine yorumlayabilmek için, normal değerlerde göz önüne alınmalıdır. Beyaz küre sayısının normal olduğu hastalarda, lökosit formülünde sola kayma (% 75 nötrofil) olduğu bilinmektedir (2,3,5,13,14).

Çalışma grubumuzdaki hastalarda semptomların süresi ile beyaz küre arasındaki ilişki (Tablo 5)'de gösterildi. Altmış hastanın, 47 (% 78,3)'sinde beyaz küre sayısı 10.000'in üzerinde tesbit edildi. Hastaların yakınmalarının başlamasından 12 saat sonra ameliyat edilen 51 hastadan 46 (% 90,1)'sında, beyaz küre sayısının 10.000'in üzerinde, ilk 12 saat içerisinde ameliyat edilen 9 hastanın 3 (% 33,3)'ünde, beyaz küre sayısının 10.000'nin üzerinde olduğu tesbit edildi.

Ameliyat öncesi geçirilen süre uzadıkça beyaz küre sayısında buna bağlı olarak yüksediği görüşüne varıldı.

Apandiks'in karın içinde daha çok retroçekal olarak yerleştiği kabul edilmektedir. Çok rastanan retroçekal yerleşimin, hastalığın oluşmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir. Çeşitli serilerde retroçekal yerleşim şekli % 50-65 arasında tesbit edilmiştir. İkinci yerleşim şekli olarak pelvik yerleşim literatürlerde uyumludur (3,5,10,14).

Serimizdeki hastalarda, apandiks'in karın içindeki yerleşim şekli 60 hastanın; 33 (% 55,0)'ünde retroçekal, 20 (% 33,4)'sinde preileal, 5 (% 8,3)'inde pelvik, 2 (% 3,3)'sinde postileal olarak tesbit edildi. Pelvik yerleşim şeklinin literatürde az, preileal yerleşim şeklinin ise literatürde fazla olarak tesbit edilmesi ameliyat esnasındaki değerlendirmeyi yapan cerrahların değişik şahıslar olmasından kaynaklanabilir. Diğer yerleşim şekilleri literatür ile uygunluk gösterdi.

Histopatolojik tanıların cinslere göre dağılımı (Tablo 6)'da gösterildi.

Akut apandisit'lerde histopatolojik tanımlar cinslere göre pek farklı değildir. Apandiks'deki enflamasyonun şekli cins ayrımı gözetmeksizin şahıstan şahısa değişmekle birlikte aynı seyri izlemektedir (3,5,7,9,15).

Serimizdeki hastaların histopatolojik tanımları birbirine yakınlık gösterdi ve aralarında bir fark bulunamadı. Histopatolojik olarak süpüratif apandisit'in % 48,4 oranında, gangrenöz apandisit'in % 23,3 oranında olduğu tesbit edildi. Bu durum hastaların hastahaneye geç müracaatlarına bağlı olarak enflamasyonun ilerlemesine bağlandı. İki adet normal apandiks olgusu ise; ameliyat öncesi dönemde akut apandisit'i taklit eden genital organ ağrıları veya mâsum karın ağrılarının tanı yanılmasına neden olduğundan kaynaklandı.

Akut apandisit ön tanısı ile ameliyat edilen hastalarda en fazla görülen komplikasyon yara enfeksiyonudur. Yara enfeksiyonunda en önemli faktörlerden birisi yaranın ameliyat esnasında kontamine oluşudur. Genel olarak tüm selektif cerrahi vak'alarda yara enfeksiyon oranı yaklaşık % 1,8'dir. Bunun % 2'den daha fazla olduğu durumların şüpheli kabul edilmesi gerekir. Akut apandisit'lerde ise ameliyat sonrası komplikasyon oranı % 5,0 civarındadır (3,8,13,14).

Serimizdeki hastalarda ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar (Tablo 7)'de gösterildi. Altı (% 10,0) hastamızda ameliyat sonrası komplikasyon görüldü. Dört (% 6,6) hastada yara enfeksiyonu tesbit edildi. Apandiks'i normal bulunan 2 vak'amızda komplikasyon görülmeydi. Yara enfeksiyonu görülen 4 hastadan, 1'inde kesi yerindeki enfeksiyona bağlı yara evantrasyonu oluştu. Aktif yara pansumanını takiben sekonder sütür ile evantrasyon tedavisi yapıldı. Diğer 3 hastadaki yara enfeksiyonları kesi yerinde hiperemi ve sellülit tarzında idi. Soğuk tatbiki ve antibiyotik uygulanması ile düzeltildi. Bir hastada pnömöni, 1 hastada da diare tesbit edildi.

İlk 18 saat içerisinde ameliyat edilen hastalardan 1 tanesinde yara enfeksiyonu görülmesine karşılık, 18 saatten sonra ameliyat edilen hastalardan 3 tanesinde yara enfeksiyonu görüldü. Pnömoni gelişen hasta 28 saat, diare gelişen hasta ise 42 saat gecikme ile ameliyat edildiler. İlk 18 saatte ameliyat edilen hastalarda 1 (% 16,7) komplikasyon görülmesine karşılık, 18 saatten sonra ameliyat edilen hastalarda 5 (% 83,3) tanesinde komplikasyon görüldü.

Ameliyat öncesi geçirilen süre uzadıkça, ameliyat sonu komplikasyonlarının buna bağlı olarak arttığı tesbit edildi. Serimizdeki hastalarda % 10,0 oranında komplikasyon görüldü. Bu oran yukarıdaki literatürde belirtilen komplikasyonlardan fazladır. Bu fazlalık, ameliyat esnasındaki yara kontaminasyonu ve hastaların ameliyattan önce geçirdikleri semptomlu sürelerin uzun olması ile apandiks'deki enflamasyonun ilerlemesine bağlıdır denebilir.

Akut apandisitlerde mortalite ve morbiditeyi azaltmanın tek çaresi erken tanı ve erken cerrahi girişimdir. Mortalite oranı Birleşik Amerika Devletlerinde % 00,1

Türkiye’de ise % 0,1’dir. Mortalite hastaların erken hastahaneye baş vurmaları, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, hasta bakım olanaklarının çok iyi seviyelere ulaşması ile oldukça azalmıştır (2,3,4,10,14).

Çalışma grubumuzdaki hastalarda hiç ölüm olmadı. Mortalite oranımız % 0,0’dır. Bu oran olgularımızın sayı olarak az olduğundan dolayı düşük olarak bulunmuş olabilir.

Akut apandisit nedeniyle ameliyat edilen hastalarda ortalama hastahane kalma süreleri 5-7 gün arasında değişmektedir. Apandiks’deki enflamasyon ilerledikçe bu sürede artmaktadır (3,8,9).

Ameliyat öncesi geçirilen sürenin hastahane kalma süresine etkisi (Tablo 8)’de gösterilmiştir. Serimizdeki hastalar ortalama 5,9 gün içerisinde taburcu edildiler. İlk 18 saatten önce müracaatla ameliyat edilen 29 hastanın; 25 (% 86,2)’i 6 günden önce taburcu edildi. Onsekiz saatten sonra ameliyat edilen 31 hastanın; 18 (% 58,0)’i 6 günden önce taburcu edilmesine karşılık, 13 (% 42,0)’ü ise 7 günden fazla hastahane kaldı.

Kısaca denebilirki, ameliyat öncesi geçirilen süre uzadıkça hastahane kalma süresinde uzamaktadır. Bu durum apandiks’deki enflamasyonun ilerlemesi ve komplikasyonların artmasına bağlıdır.

SONUÇ

Akut apandisit, erken tanı ve erken cerrahi girişim yapıldığında morbidite ve mortalitesi düşük olan bir hastalıktır.

Hastalık, 10-30 yaş grubunda ve genç erkeklerde daha fazla oranda görüldü. Daha önceden akut apandisit’i düşündüren yakınmaları olan hastalarda, apandiks’deki enflamasyonun ileri düzeyde olduğu tesbit edildi. Ameliyat öncesi geçirilen süre uzadıkça apandiks’deki enflamasyonun ilerlediği, bu sürenin 48 saatten fazla olduğu olgularda enflamasyonun gerileyip, negatif apandektomi oranının arttığı gözlemlendi. Menstrüal siklusun değişik fazlarında kadın hastalardaki apandiks enflamasyonu farklı bulundu.

Akut apandisit’lerde beyaz küre sayısı % 78,3 oranında 10.000’in üzerinde olduğu, ameliyat öncesi geçirilen sürenin beyaz küre sayısını artırdığı tesbit edildi. Ameliyat öncesi geçirilen süre uzadıkça, ameliyat sonrası komplikasyonların arttığı, hastahane yatma süresinin de uzadığı bulundu.

SUMMARY

The relationship of the duration of symptoms with clinical progress and histopathology in acute appendicitis.

During the six-month period, between July 1986 and January 1987, sixty patients were operated on with a preliminary diagnosis of acute appendicitis. The relationship with the period passed from the onset of the symptoms to the operation time, and clinical progress and histopathology was studied.

LİTEKATÜR

- 1- Arnbjörnsson E, Bengmork S: Role of obstruction in the pathogenesis of Acute Appendicitis. *Am. J. Surgery.* 147/3: 390-92, 1984.
- 2- Bongerd F, Londers DV, Lewis F: Differential Diagnosis of Appendicitis and pelvic inflammatory Disease. *Am. J. Surg.* 150/1: 90-96, 1985.
- 3- Christopher-Davis: Temel cerrahi. Güven kitap evi. 2. cilt: 918-52, 1978.
- 4- Dickson AP, Mackinalay GA: Rectal examination and acute appendicitis. *Arch. of Dis. Child.* 60/70: 666-67. 1985.
- 5- Doberneck RC: Appendectomy During pregnancy. *Am. Surg.* 51/5: 265-68. 1985.
- 6- Einar: Acute Appendicitis Risk in Various phases of the Menstrual Cycle. *Acta-Chir Scand* 149/6: 603-5, 1983.
- 7- Freund HR, Rubinstein E: Appendicitis in the Aged. *The Am. Surg.* 50/10: 573-76, 1984.
- 8- Harison MW, Lindner DJ, Campbell JR, Cambell TJ: Acute Appendicitis in Children Factors Affecting Morbidity. *Am. J. Surg.* 147/5: 605-11, 1984.
- 9- Jones BA, Demetriades D, Segal I, Burkit DP: The Prevalence of Appendicial Fecaliths in Patients with and without Appendicitis. *An. Surg.* 202/1. 80-82, 1985.
- 10- Kayabalı İ: Akut karın teşhis yolları ve tedavinin ilkeleri. 3. baskı, A.Ü.T.F. Yayınları: 23-39, 1978.
- 11- Kniskern JH, Eskin EM, Fletcher HS: Increasing Accuracy in the Diagnosis of Acute Appendicitis With Modern Diagnostic Techniques. *The Am. Surg.* 52: 222-226, April 1986.
- 12- Lau WY, et al: Negative Findings at Appendectomy. *Am. J. Surg.* 148/3: 375-78, 1984.
- 13- Masters K, et al: Diagnosing Appendicitis During Pregnancy. *Am. J. Surg.* 148/6: 768-71, 1984.

- 14- Shackel Ford and Zuidema: Surgery of the Alimentary Tract. Volum 3: 57-72, 1982.
- 15- Sisson RG, Ahlvin RC, Herlow MC: Superficial Mucosal Ulceration and the Pathogenesis of Acute Apendicitis. Am. J. Surg. 122: 378-80, 1971.
- 16- Teicher I, Landa B, Cohen M, Kabnick G, Wise L: Scoring System the Aid in Diagnoses of Apendicitis. Ann. Surg. 198/6: 753-59, 1983.