

SAĞ ÜRETEROLİTHIASİS İ TAKLİT EDEN BİR PLASTRONE APANDİSİT OLGUSU

Gökhan PEKİNDİL^a, M.Bülent YETİM^b, M.Emin YEĞİNBOY^c

ÖZET

Apandisitis, cerrahide en sık karşılaşılan acil problemlerden biridir. Fizik bakı, anamnez ve sonografi ile sıkılıkla teşhis edilebilmekle beraber, özellikle anormal yerleştiği ve komplikasyonları seyrettiği vakalarda tanısı zor olabilmektedir.

Burada; Apandisitin nadir ürolojik komplikasyonlarından olan sağda parsiyel üreteral obstrüksiyon ve sağ hidronefroz ile seyreden bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, Hidronefroz

SUMMARY

A CASE OF PHLEGMEUOS APPENDICITIS STIMULATING RIGHT URETEROLITHIASIS

Appendicitis is one of the most frequently encountered problems in emergency medicine. Eventhough, it can be diagnosed by physical examination, history and ultrasonography, in abnormally located and complicated cases, diagnosis can be quite difficult.

Here, we report a appendicitis case with right ureteral partial obstruction and right hydronephrosis which are infrequently seen urological complications of appendicitis.

Key words: Appendicitis, Hydronephrosis.

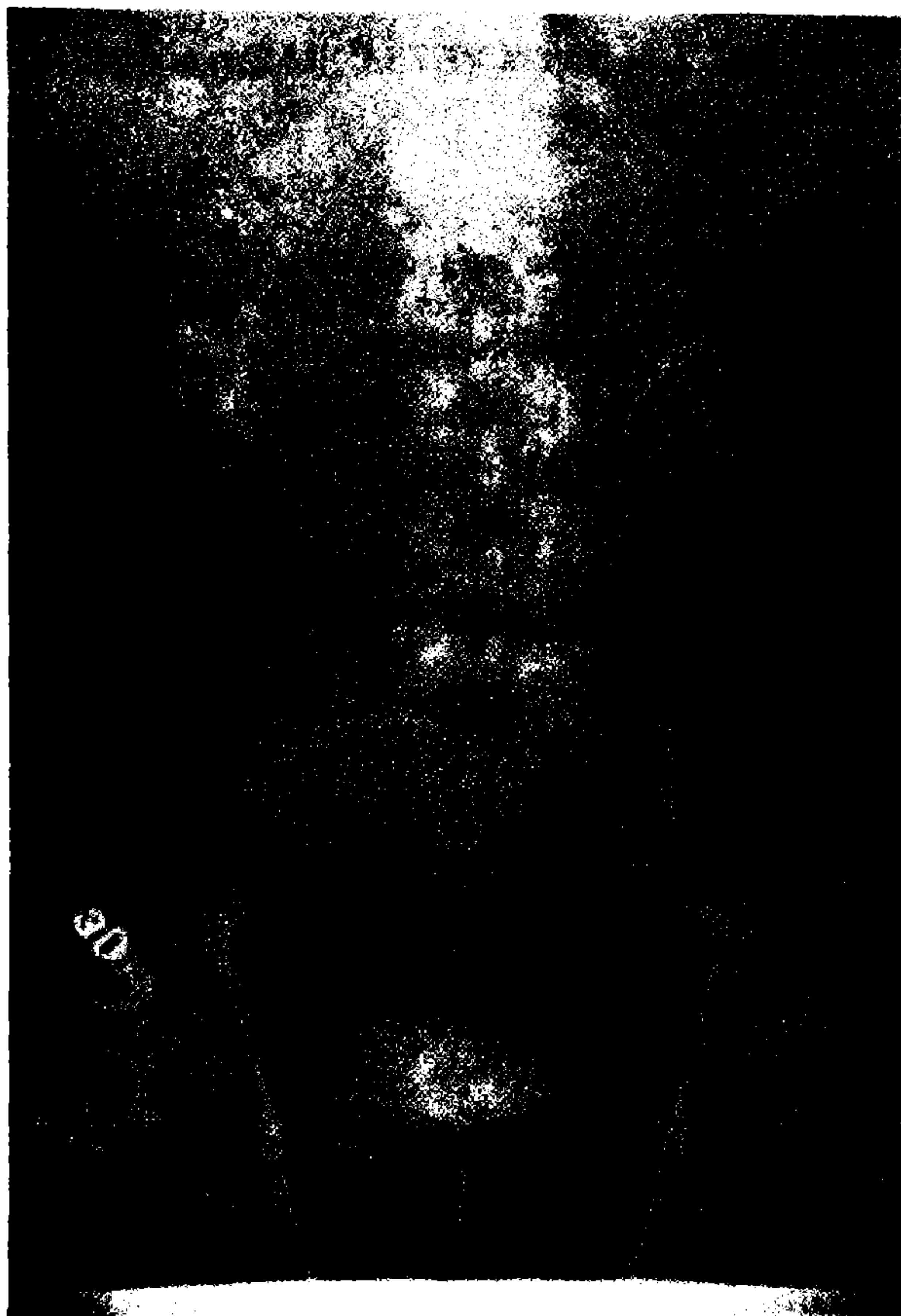
GİRİŞ

Apandisit, tanısı deneyimli cerrahlar için bile zor olabilen klinik bir bir problemdir (1, 2). Apendiks'in lokalizasyon farklılıklarından dolayı ortaya çıkan semptomların oldukça değişik olması bunun başlıca nedenidir. Üriner sistemin akut hastalıklarını taklit eden apandisit vakaları da teşiste karışıklık yaratan nadir sebeplerdendir (1, 3). Apandisit vakalarında üriner sediment değişiklikleri sık görülmekle birlikle üreter obstrüksiyonu ve buna sekonder hidronefroz nadir görülün bir komplikasyonudur (1, 3, 4, 5, 6, 7).

^a Uzm. Dr., Afyon Tıp Merkezi Bilgisayarlı Tomografi Merkezi, AFYON.

^b Uzm. Dr., Afyon Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, AFYON.

^c Uzm. Dr., Afyon Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, AFYON.



Resim I. İVP'de sağ sakroiliak eklem hızasında obstrüksiyon ile sağ hidronefroz izleniyor.

OLGU

K.Ç, kırk yaşında erkek hasta, (prot no;3604, yatis tarihi; 19.5.1993, çıkış tarihi; 8.6.1993).



Resim II. Bilgisayarlı Tomografi kesitinde; Sağ psoas üzerinde de içinde kontrast bulunan sağ üreter ile çevre yağ yapılarının da ödem ve apendisiyel kitle görünümü izleniyor (>sağ ureter; *; Sol ureter, #; sol apenisit kitlesi).

Hasta 20-25 gündür, karnının sağ tarafında ve sağ kasıkta ağrı bulantı ve idrar yaparken yanma hissi şikayetleriyle Afyon Devlet Hastanesi Üroloji Poliklegine başvurmuştur. Şika yetleri ilk başladığında başvurduğu hekim tarafından antiboyotik ve analjezik tedavisi gören hastanın, anamnezinde 2 yıl önce ürolithiasis geçirdiği öğrenilmiştir. Fizik bakıda sağ kostovertebral açı hassasiyeti ile sağ kadranda palpasyonda şüpheli kitle saptanmıştır. Rutin labaratuvar tetkikleri (Üre, Şeker, Karaciğer testleri, hemoglobin, hematokrit, rutin idrar) normal sınırlarda bulunmuştur. Kan sedimentasyon değeri 1/2 saatte; 22mm, 1 saatte; 53 mm, lökosit sayısı; 14700 olarak bulunmuştur.

Sonografik olarak; Sağda pelvikalektazi saptanan olguya sonografi sonrası İVP uygulanmıştır. İVP de sağda pelvikalisiyel yapılar ve sağ üreter sacroiliak eklem hizasına dek ektazik olup bu seviyede obstrüksiyon gözlenmiştir. Ancak obstrük siyon seviyesinde radyo-opak kalkül izlenmemiştir. Üreteral obstrüksiyon ve kitle palpasyonu nedeniyle, dış üreter basısı ön tanısıyla alt batın Bilgisayarlı Tomografik tetkiki yapılmıştır. Tomografide çekum medio-posteriorunda kalın duvarlı psoas üzerinde

lokale, üreteri orta hatta imiş ve minimal kontrast madde geçecek şekilde daraltmış, çevre yağ yapılarında ödeme neden olmuş enfeksiyöz natürde olduğu düşünülen yumuşak doku kitesi izlenmiştir (Resim I ve Resim II).

Klinik öykü fizik ve labaratuvar bulgularıyla birleştirildiğinde radyolojik bulgular benign bir lezyonu desteklemiştir ve öncelikle plastrone apandisit olmak üzere, tbc, granülomatöz kolit gibi hastalık grupları tartışılmıştır. Soliter lezyon varlığı lenfoma olasılığını zayıflatmıştır. Olgu histopatolojik tanı ve tedavi amacıyla operasyona alınmıştır.

Operasyonda plastrone apandisit saptanmış ve bunun üretere bası yaptığı görülmüştür. Apandiks disseke edilerek apendektomi yapılmış ve üreterolysis uygulanmıştır. Patolojik bakı plastrone apandisit ile uyumlu gelmiştir. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Apandisitin ilk cerrahi tedavisinin üzerinden 100 geçmesine ve sağ alt kadran hassasiyeti, istahsızlık, ateş gibi sık görülen bulguları da iyi bilinmekle birlikte tanısında halen ke sin bir labaratuvar tetkiki mevcut değildir (1, 2). Hatta üriner sistem septomları gibi alınlımamış bazı belirtilerinde tabloya katulması durumunda, teşhis karıştığı gibi tedavi de gecikebilir (1).

Apandisitin klinik görünümünün bir çok ürolojik hastalığı taklit edilebildiği iyi bilinmektedir (4, 5, 8, 9). Pyuria ve hematuri en sık görülen ürolojik bulgudur. (1, 3, 6, 7). Bu bulgunun tamamen basit olmamakla beraber anormal yerleşimli apandisit vakalarında daha çok görüldüğü bildirilmektedir (7).

Üriner sistem hastalığı şeklinde ortaya çıkan apandisit nispeten nadir bir olaydır. Apandisitin tanımlanan komplikasyonları obstrüktiv üropati (Carrol ve Laughton 1973), Apandico-vesikal fistül (Gros ve Perry 1969) , Mesanede yer kaplayan lezyon ve hematuri (Richie ve ark. 1975) , bilateral üreteral obstrüksiyon (Kaplan ve Keiller 1974) , Sol reanal kolik ile parsyel üre ter obstrüksiyonu (Haynes ve Woodside 1980) , olarak bildirilmiştir (4, 5, 10, 11, 12,).

Cook, 93 apandiks abseli çocuğun 6'sında sağ hidro üreter saptamıştır. 2 vakada ise bilateral üreteral dilatasyon izlemiştir. Literatürde de 2 taraflı hidronefroz bildirilen vakalar mevcuttur (8, 11, 12). Bunun paralitik ileustaki üreter peristaltizminin piritonitis nedeniyle azalmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (9, 12).

Sık görülen ürolojik hastalıklarla birlikte bulunan akut alt kadran ağrısının ayıncı tanısında apandisit ve komplikasyonlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini ve bu tür vakalarının ayıncı tanısında Bilgisayarlı Tomografisinin yardımcı olabileceğini düşünmektedirz.

KAYNAKLAR

1. Jones W.G., Barie P.S.; *Urological Manifestations of acute appendicitis.* J.Urol. 139, 1325., 1988.
2. Lewis F.R., Holcoft J.W., Boey J., Dumpy E.; *Appendicitis a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases.* Arch.Surg. 110; 675, 1975.
3. Ginesin Y., Boklder B., Moskowitz ve D.R Levin.; *Retrocaecal Peri-apendicular abscess simulating right ureterolithiasis.* Br. J. Urol. 61, 166, 1988.
4. Carroll R., Laughton J.M.; *Obstructive uropathy due to unusual pelvic swellings.* Proc. R. Soc. Med., 66;21-25, 1973.
5. Cook G.T., *Appendicial abscess causing urinary obstruction.* J. Urol., 101, 212-215, 1969.
6. Kretchmar L.H., McDonald D.F.; *The urine sediment in acute appendicitis.* Arch.Surg. 9, 559-560., 1974.
7. Scott J.H.Amin M., Harty J.L; *Abnormal urine analysis in appendicitis.* J. Urol., 129, 1015, 1963.
8. Shimada K., Katsumi T., Fujita H.; *Appendical granuloma causing bilateral hydronephrosis and macroscopik haematuria.* Brit. J. Urol. 48;418, 1976.
9. Stuart R.G., Venable D.D., Gonzalez E., Barr L.; *Ureteral obstruction with abdominal mass.* J.Urol., 128;1009, 1982.
10. Haynes A.L., Wodside J.R.; *Periappendicitis presenting as lens renal colic.* Urology, XVI, 611-613, 1980.
11. Richie J.P., Sacks S. A., Rhodes D.; *Urologic complications of appendicitis.* Urology, VI, 689, 1975.
12. Makker S.P., Tucker A.S., Izant R.J.; *Nonobstructive hydronephrosis and hydrotüreter associated with peritonitis.* New Engl.J.Med., 287;535, 1972.