

Laparoskopik Appendiks Müsinöz Kistadenom Rezeksiyonu: Olgu Sunumu

M. Tahir ÖZER^{al}, Taner YİĞİT², A. İhsan UZAR², Öner MENTEŞ², Mehmet ERYILMAZ¹, Özcan ALTINEL¹, İsmail ARSLAN², C. Turgut TUFAN²

¹GATA, Acil Tıp AD, ANKARA

²GATA, Genel Cerrahi, ANKARA

ÖZET

Müsinöz kistadenom apandiks nadir görülen bir lezyondur. Günümüzde laparoskopik girişimlerin yaygın olarak uygulanmasına ve laparoskopik appendektomilerin başarıyla yapılabilmesine rağmen appendiks müsinöz kistadenomda operasyon esnasında rüptür ve batına müsin yayılmasına bağlı pseudomyxoma peritonei oluşturma riski nedeniyle mukosel saptanan olgularda cerrahlar laparoskopik apandektomi girişiminden uzaklaşmaktadır. Ancak literatürde laparoskopik olarak başarıyla gerçekleştirilmiş ve komplikasyon gelişmemiş olgular da vardır. Laparoskopik olarak başarıyla opere ettiğimiz ve takibinin 26. ayında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen 44 yaşındaki erkek olguyu literatür bilgileri ışığında sunduk.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, Appendiks kistadenom

ABSTRACT

Laparoscopic Resection of Appendix Cystadenom: A Case Report

Mucinous cystadenoma is a rare clinical finding of the appendix. Today, most laparoscopic procedures and appendectomy are performed commonly on elective basis, but some surgeons are avoiding to laparoscopic approach in diagnosis of mucinous cystadenoma because a spontaneous or iatrogenic rupture can lead to pseudomyxoma peritonei. Although, there are some case reports that were operated with laparoscopic surgery with-out any complication. In the light of the literature, we report herein the case of 44-year-old man, laparoscopic appendectomy was performed and after twenty six months follow up, patient did not have any complication belong to disease.

Key words: Laparoscopy, Appendix cystadenom

Müsinöz kistadenom, apandiks seyrek görülen bir lezyondur. Tüm tetkik olanaklara rağmen operasyondan önce nadiren kesin tanı alabilir (1-3). Rezeksiyon materyallerinin histopatolojik incelemelerde %0.1-0.3 oranında saptanmaktadır. Günümüzde birçok laparoskopik girişim yaygın olarak uygulanmakta ve laparoskopik appendektomiler başarıyla yapılabilmektedir. Ancak appendiks müsinöz kistadenomunda operasyon esnasında rüptür ve batına müsin yayılmasına bağlı pseudomyxoma peritonei oluşma riski nedeniyle laparoskopik apandektomi girişiminden uzaklaşmaktadır (4). Bu çalışmada laparoskopik olarak opere edilmiş bir appendiks müsinöz kistadenom olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

Kırk üç yaşında erkek hasta hiçbir şikayeti yok iken yapılan batın ultrasonografisinde (Şekil 1) sağ alt kadranda retroçekal bölgede 64x29mm. boyutlarında hipoekoik lezyon görülmesi üzerine araştırılmaya başlandı. Yapılan fizik muayenede herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar muayenesinde Lökosit:7500/mm³, Hb:14.9gr, Plt:225.000/mm³, sedimentasyon: 8mm/saat, CA 19-9:10.38, CEA:3.46, AFP:5 bulunmuştur ve normal sınırlardadır. Diğer biyokimyasal parametreler ve tam idrar tetkiki de normal sınırlarda bulunmuştur.

Yapılan batın tomografisinde sağ alt kadranda çekum komşuluğundan başlayıp inferiora doğru uzanım gösteren 9x4x3cm. boyutlarında kontrast tutulumu izlenmeyen kitle lezyonu raporlanmıştır (Şekil 2). Başka bir patolojiye rastlanmamıştır. Bu bulgularla öncelikli olarak mukosel veya mezenter kisti ön tanıları konulan hastanın laparoskopik olarak explore edilmesine karar verilmiştir.

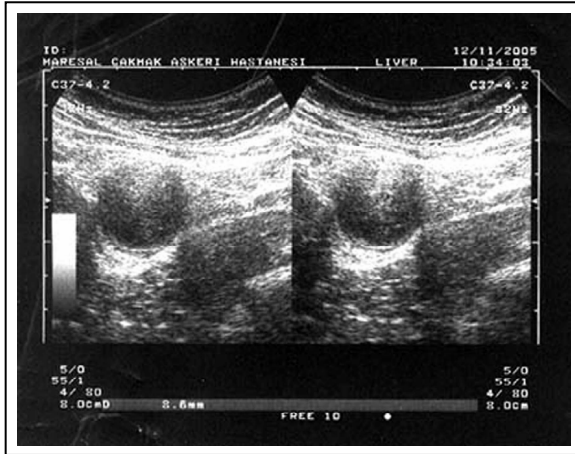
Genel anestezi altında operasyona alınan hastada laparoskopik incelemede çekum lateralinde düzgün sınırlı appendiksten köken alan 9x4x4cm boyutlarında mukosel tespit edildi (Şekil 3). Operasyona laparoskopik olarak devam etmeye karar verildi. Kitle yumuşak hareketlerle perfore etmeden çevre yapışıklıklar ve appendiks mezosundan harmonic scalpel de kullanılarak künt ve keskin diseksiyonlarla serbestleştirildi. Appendiks radiksi ortaya kondu ve endostapler ile appendektomi gerçekleştirildi. Mukosel kitlesi batına hiçbir bulaş olmadan endobag ile dışarı alındı (Şekil 4). Yapılan patolojik değerlendirmede lezyonun müsinöz kistadenoma olduğu raporlandı. Hasta postoperatif ikinci gününde cerrahi şifa ile taburcu edildi. Halen 26 aylık takibi tamamlanmış olan hastanın hiçbir subjektif yakınması olmayıp, tüm laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri normal sınırlardadır.

^a Yazışma Adresi: Dr. M. Tahir ÖZER, GATA, Acil Tıp AD, ANKARA

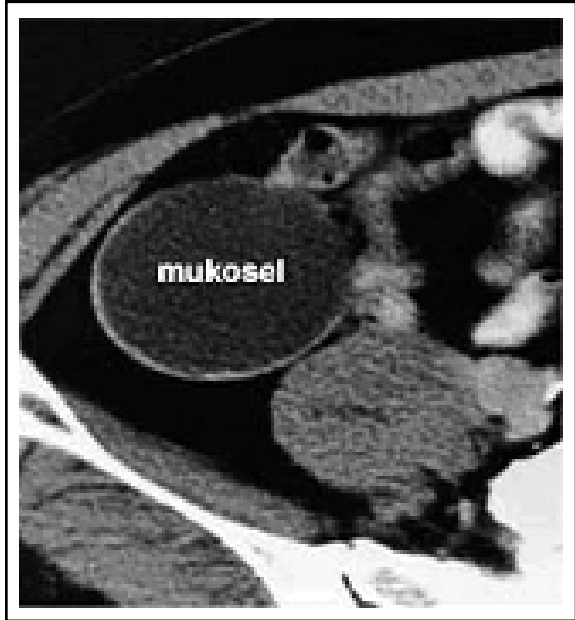
* Ulusal Cerrahi Kongresi 2006

Tel: +90 312 3043059

e-mail: mtahirozer@gmail.com



Şekil 1: Mukoselin ultrasonografik görünümü



Şekil 2: Mukoselin tomografik görünümü



Şekil 3: Mukoselin laparoskopik görüntüsü



Şekil 4: Mukosel makroskopik görünümü

TARTIŞMA

Mukosel, appendiks lümeninin anormal mukus birikimi sonucu gelişen distansiyonudur. Epitel özelliklerine göre dört alt grubu vardır. Tip I: Basit veya retansiyon mukoseli olarak adlandırılır. Appendiks lümeninin tıkanmasıyla gelişir ve sebep genellikle bir fekalittir. Epitel normaldir ve lümen dilatasyonu 1cm.'ye kadar olur. Tip II: Hiperplastik epitelle birlikte olan mukoseldir. Yine lümen dilatasyonu çok fazla değildir. Bu tip mukosellerin %5-25 ini oluşturur. Tip III: Benign mukosellerdir. %63-84 ü bu tipdir. Vakamız da bu tipe dahil edilmiştir. Epitelyal villöz adenomatöz değişiklikler farklı derecelerdeki epitel atipileriyle birlikte. Lümen çapı 6cm.'ye kadar dilate olabilir. Tip IV: Malign müsinöz kistadenomlardır. %11-20 görülür. Diğer üç gruptan glandüler stromal invazyon olması ve bazen peritoneal epitel hücre implantları olmasıyla ayrılır. Lümen dilatasyonu genellikle ciddi boyuttadır (5).

Kistadenomlarda %20 civarı perforasyon görülür. Bu durumda müsin periappendiküler alana ve peritoneal kaviteye yayılabilir. Ancak mukus incelemesinde neoplastik hücre görülmez. Appendektomi bu tip için yeterli tedavidir. Vakamız hacimsel olarak oldukça genişlemiş olmasına rağmen spontan olarak perfore olmamış ve operasyondaki manüplasyonlarda dikkatli yapıldığı için batın dışına salimen alınabilmiştir.

Müsinöz kistadenokarsinomlarda ise perforasyon daha az olarak %6 oranında görülür. Makroskopik olarak kistadenom ve kistadenokarsinom ayırt edilemez. Ama neoplastik hücreler appendiks duvarını penetre edip appendiks çevresinde peritoneal implantlar yaparsa fark edilebilir. Biz ameliyatta bu tip implantlar görmediğimiz için kistadenokarsinom düşünmeyecek laparoskopik olarak ameliyata devam ettik. Kistadenokarsinomlar ileri dönemlerde peritoneal kaviteyi doldurup distansiyona neden olabilen semisolid yoğun musin üretimiyle kendini gösterebilir. Musin içinde neoplastik adenokarsinomatöz hücreler görülür. Bu tabloya pseudomyxoma peritonei denir ve en kötü komplikasyonudur. Bu tablo spontan veya iatrojenik perforasyon ile de oluşabilir. Benign vakalarda periappendiküler bölgede sınırlıyken malign vakalarda metastatik bir antite gözüyle bakılır ve tüm peritonu etkiler. Bazen retro periton ve plevra tutulabilir. Mukoselli hastalar genellikle nonspesifik sağ alt kadranda ağrısı ve dolgunluk hissi ile müracaat etmekte ancak hastaların %25 inde de hiçbir semptom yokken tesadüfen mukosel saptanmaktadır (6). %50 vakada sağ alt kadranda palpe edilebilen kitle bulunur. Tümör markerlerindeki yükselme neoplastik orijini düşündürür. İntestinal obstrüksiyon, kanama ve intussusepsiyon sebebi olabilir. Literatürde operasyondan önce tanısı konmuş az sayıda vaka bildirilmiştir (1). Genellikle eksplorasyon yapıldıktan

sonra tanı konmaktadır. Vakalarda rüptür ve peritoneal yayılım ihtimali nedeniyle genellikle ince iğne aspirasyon biopsisi önerilmemektedir. Ultrasonografik olarak enkapsüle iyi sınırlı çekuma bitişik içinde ekojeniteler olan bir lezyon şeklinde görülür. Batın tomografisi lezyonun tanısı ve batındaki yaygınlığı hakkında önemli bilgiler verir. Tipik tomografik görüntüsü yuvarlak düşük dansiteli ince cidarlı enkapsüle bir kitledir ve çekumla ilişkidir. Vakamızda ultrasonografik olarak ve tomografik olarak saptanan kistik lezyon şeklen mukoseli düşündürmüştür. Tanısı preoperatif dönemde mukosel veya mezenter kisti olarak düşünülmüş ve tanı ancak ameliyattan sonra kesinleşmiştir. Mukosel ameliyatlarından sonra görülen en önemli komplikasyonlardan biri pseudomiksoma peritonei olduğu için operasyon sırasında kist rüptürü ve kist sıvısının sızmasına özen göstermek ve operasyonda özellikle rüptüre sebep olacak manüplasyonlardan kaçınmak gerekir. Bu nedenle operasyonların laparoskopik yapılmasına karşı çıkan otörler çok sayıdadır (4,6). Bu otörler operasyon laparoskopik başladıysa bile mukosel tespit edilince laparotomiye geçmeyi önermektedir. Ancak tersini savunan ve laparoskopik mukosel eksizyonunun başarıyla yapılabileceğini vurgulayan otörler de vardır (7). Ekip tecrübeli ise dikkatli manüplasyonlarla mukoselin laparoskopik olarak tehlikesizce çıkarılabileceği

vurgulanmaktadır. Biz de mukosellerin özenli ve yumuşak bir diseksiyonla ve batın dışına torba ile alınmak suretiyle rüptüre olmadan ve kist mayii batına sızmadan güvenli bir şekilde opere edilebileceğine inanıyoruz. Olgumuzda da mukosel dikkatli bir diseksiyonla rüptüre olmadan eksize edilmiş ve laparoskopik torba ile herhangi bir bulaş olmadan batın dışına alınmıştır. Laparoskopi ameliyattan sonra konforlu bir postoperatif dönem ve erken işe dönüş sağlar. Vakamız da postoperatif 2. gün taburcu edilmiş ve erken dönemde normal günlük aktivitesine başlamıştır. Ayrıca laparoskopik eksplorasyonda şüpheli bir rüptür görüntüsü veya müsinozkistadenokarsinom düşündürülen tümör implantı gibi bir bulgu varsa laparotomiye her an geçilebilir. Vakamızda operasyonun üzerinden 26 ay geçmiştir ve yapılan kontrol USG ve tomografilerde herhangi bir geç komplikasyon gözlenmemiştir. Halen vakanın takibi sürmektedir.

Sonuç olarak; apandiks mukosel olgularında tecrübeli ekiplerin dikkatli maniplasyonlarla laparoskopik olarak gerçekleştirilecekleri appendektomilerin hastaların yaşam konforuna önemli katkılar ve erken işe dönüş avantajı sağlayacağı buna karşın komplikasyon oranlarını artırmayacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Kılıç K, Araç M, Özer Ş, Özakınar E. Appendiksin müsinoz kistadenomu. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2001; 7:128-130.
2. Zissin R, Gayer G, Kots E, Apter S, Peri M, Shapiro-Feinberg M. Imaging of mucocoele of the appendix with emphasis on the CT findings: a report of 10 cases. Clin Radiol 1999; 54:826-832.
3. Hernandez CA, Ruiz ME, Urdaneta MT. Pseudomyxoma peritonei associated with appendiceal mucinous cystadenoma. Report of a case and review of the literature. GEN 1994; 48:157-162.
4. Moreno SG, Shmookler BM, Sugarbaker PH. Appendiceal mucocoele. Contraindication to laparoscopic appendectomy. Surg Endosc 1998; 12:1177-1179.
5. Rampone B, Roviello F, Marrelli D, Pinto E. Giant appendiceal mucocoele: Report of a case and brief review. World J Gastroenterology 2005; 11:4761-4763.
6. Zagrodnik DF, Rose DM. Mucinous cystadenoma of the appendix: diagnosis, surgical management, and follow-up. Current Surgery 2003; 60:341-343.
7. Chiu CC, Wei PL, Huang MT, Wang W, Chen TC, Lee WJ. Laparoscopic Resection of Appendiceal Mucinous Cystadenoma. J Laparoendoscopic Advanced Surgical Techniques 2005; 15:325-328

Kabul Tarihi: 08.05.2008