

Akut Apendisitte Tanıda Gecikme Sebepleri, Teşhis Hataları ve Perforasyon Sorunu[¶]

CAUSES OF DELAYED DIAGNOSIS, MISDIAGNOSIS AND PROBLEM OF PERFORATION IN ACUTE APPENDICITIS

Erdoğan M SÖZÜER*, Erdal KAYHAN**, Mustafa KEREK**, Mustafa KEÇELİ**, Zeki YILMAZ*

* Prof.Dr.,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

** Araş.Gör.Dr.,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KAYSERİ

Özet

Akut apandisit genel cerrahide en sık karşılaşılan ve ameliyat gerektiren hastalıklardan biridir. Mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktör ise tanının gecikmesidir. Çalışmamızda öncelikle akut apandisitte tanının gecikme sebepleri ve bunun yol açtığı komplikasyonlar incelenmiştir. Bu nedenle akut apandisit ön tanısı ile ameliyat edilen 412 vaka retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastaların 114 (%23)'ünde perforasyon tespit edildi. Bu vakaların 40 (%35)'i kadın, 74 (%65)'ü erkek olup yaş ortalaması 37 (17-72) idi.

Tanının gecikmesinde 81 (%71) vakada sorumluluk hastaya, 27 (%23) vakada hekime, 6 (%6) vakada ise hem hekime hem de hastaya bağlıydı.

Tanıda en sık karıştırılan hastalıklar sırasıyla üriner enfeksiyon ve renal kolik (%44), pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) (%30), gastroenterit (%11.5), biliyer sistem hastalıkları (%11.5), intestinal obstrüksiyon (%3) oldu. Perfore apandisitlerde şikayetlerin başlangıcından ameliyata kadar geçen süre ortalama 4 (2-8) gün idi.

Perfore apandisit vakalarında postoperatif dönemde 33 (%27) hastada başta yara enfeksiyonu olmak üzere çeşitli komplikasyonlar gelişti. Sonuç olarak zamanında tanı konulduğunda tedavisi kolay ve postoperatif takibinde çok az problemle karşılaşılan akut apandisitte tanı gecikmesiyle birlikte morbitide ve mortalite artmakta, ciddi problemler ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, Perforasyon, Tanıda gecikme

T Klin J Med Sci 1999, 19:141-144

Summary

In general surgery, acute appendicitis is the leading one among the diseases which are most frequently seen and require operation most commonly. The most important factor contributing on morbidity and mortality is delayed diagnosis.

In this study causes of delayed diagnosis and complications resulting from delayed diagnosis in acute appendicitis analysed. 412 cases who were operated on due to the preliminary diagnosis of acute appendicitis were retrospectively surveyed. Perforation was detected in 114 (23%) of the patients. Forty (35%) of them were female, 74 (65%) were male. Mean age was 37 years (17-72).

The patients were responsible of the delayed diagnosis in 81 cases (71%), the physicians in 27 (23%) cases and both the patients and the physicians in 6 (6%) cases. The diseases which frequently caused misdiagnosis were as follows: urinary infection and urolithiasis (44%), pelvic inflammatory disease (30%), gastroenteritis (11.5%), the biliary tract diseases (11.5%), intestinal obstruction (3%). In the cases of perforated appendicitis, the mean duration between onset of complaints and operation was 4 days (range: 2-8 days).

In 33 of the cases with perforated appendicitis, various complications, of which the wound infection was the leading one, developed in the postoperative period. It can be concluded that early diagnosis of acute appendicitis presents an ease of treatment and very few- almost none- postoperative problems. And that delayed diagnosis cause serious problems and increased morbidity and mortality.

Key Words: Acute appendicitis, Perforation, Delayed diagnosis

T Klin Tıp Bilimleri 1999, 19:141-144

Geliş Tarihi: 21.08.1998

Yazışma Adresi: Dr.Erdoğan M SÖZÜER
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi AD, KAYSERİ

[¶] Bu çalışma 8-11 Eylül 1997 tarihlerinde Antalya'da yapılan 7. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak tebliğ edilmiştir.

T Klin J Med Sci 1999, 19

Genel cerrahide ameliyat gerektiren ve çok sık karşılaşılan akut apandisitte günümüzde perforasyon oranlarının halen %20-30 olarak seyrettiği görülmektedir (1). Bu yüksek perforasyon oranından sorumlu olan en önemli faktör, akut apandisit klinik tablosunun karın içi diğer hastalıklarla karışması ve tanının gecikmesidir (2). Ameliyata kadar

141

Tablo 1. Hastaların ilk başvuru yeri ve geç kalma sebepleri

Sağlık Kurumu	Hastanın sorumluluğu		Hekimin sorumluluğu		Her İkisinin Sorumluluğu		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
İAY	58	83	10	14	2	3	70
Diğer Hastaneler	15	54	10	36	3	10	28
Sağlık Ocakları	8	50	7	44	1	6	16
Toplam	81	71	27	24	6	5	114

İAY: İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

geçen süre arttıkça akut apandisitte perforasyon riski artmakta ve morbidite, mortalite oranı yükselmektedir. Bu yazımızda akut apandisitte perforasyon sorununa eğilmeyi, hasta ve hekimin perforasyondaki sorumluluğunu araştırmayı amaçladık.

Materyel ve Metod

Kliniğimizde son 10 yılda akut apandisit ön tanısıyla opere edilen 412 vakadan perforasyon tespit edilen 114 hasta retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastalar ilk başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, görüntüleme yöntemleri, ameliyata alınana kadar geçen süre, operatif bulgular, hastanede kalış süresi, morbitite ve mortalite yönünden incelendi. Ayrıca akut apandisit ile karışan hastalıklarla beraber, perforasyona yol açan nedenler arasında hasta ve hekimin sorumluluğu araştırıldı. Akut apandisitli bir hastaya hatalı tanı konulup, çeşitli ilaçlar yazarak evine göndermek ve kontrole çağırılmamak hekim sorumluluğu olarak değerlendirildi. Şikayetlerin başlamasından sonra herhangi bir sağlık kuruluşuna müracaat etmeden kendi başına çeşitli antibiyotikler ve analjezik alarak tanıda gecikmeye neden olmak, hastanın sorumluluğu; hekimin, hastayı görmesi ve çeşitli tavsiyelerle evine gönderip kontrole çağırmasına rağmen, hastanın kontrole gelmemesi ise, hem hekimin, hem de hastanın sorumluluğu olarak değerlendirildi. Ek olarak fizik muayene ve laboratuvar bulguları eve gönderilen ve yatırılan hastalarda karşılaştırıldı.

Sonuçlar

Hastaların 40 (%35)'i kadın, 74 (%65)'ü erkek olup yaş ortalaması 37 (17-72) idi. Hastaların 70'i şikayetleri başladıktan sonra ilk başvurularını fakültemiz İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalına

Tablo 2. Hekim sorumluluğu olan hastalarda fizik muayene ve laboratuvar bulguları

	İAY n:10	Diğer Hastaneler n:10	Sağlık Ocakları n:7
Fizik muayene (normal/şüpheli)	6/4	7/3	3/4
Beyaz küre (ortalama mm ³ /mL)	10700	12100	13000
Ultrasonografi (Normal/şüpheli görünüm)	7/3	9/1	-

İAY: İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

(İAY), 28'i diğer hastanelere 16'sı ise sağlık ocaklarına yaptılar (Tablo 1).

Acil Servise başvuran ve daha sonra perfore apandisit tespit edilen 70 hastadan 58'inde hasta sorumluluğu tespit edilirken, 10 vakada hekim sorumlu bulundu. Bölgedeki diğer hastanelere müracaat eden 28 hastadan 15'inde hastanın sorumluluğu varken, 10 hastada ise hekimin sorumluluğu görüldü. Sağlık ocaklarına müracaat eden 16 hastadan 7 (%44)'sinde perforasyonda hekimin sorumluluğu tespit edildi (Tablo 1).

Hekim sorumluluğu tespit edilen 27 hastadan 10'u tıp fakültesi, 10'u diğer hastaneler 7'si ise sağlık ocaklarına müracaat etmişlerdi. Fizik muayenede her 3 sağlık kuruluşunda benzer sonuçlar vardı. (p>0.05). Bakılan beyaz küre değerleri sağlık ocaklarında anlamlı olmayarak yüksekti. Tıp fakültesinde yapılan ultrasonografik değerlendirmede 7 normal görüntüye karşın 3 şüpheli görünüm vardı. Bu oran diğer hastanelerde 9/1'di. Sağlık ocaklarında bu tanı yöntemi kullanılmadı (Tablo 2).

Perfore apandisitte diğer hastanelerde %36 ve sağlık ocaklarında %44 olan hekim sorumluluğunun fakültemizde %14 olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Perfore apandisitte hem hekime hem de hastaya bağlı sebepler

	İAY	Diğer Hastaneler	Sağlık Ocakları	Toplam
A	2	—	2	4
B	—	1	1	2
Toplam	2	1	3	6

A: Tavsiye ile gönderilen fakat kontrole gelmeyenler

B: Üreter taşı tanısı ile sevk önerisine uymayanlar

İAY: İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

Tablo 4. Tıp fakültesinde yatırılan ve evine gönderilen hastaların fizik muayene ve laboratuvar bulguları

	Gözleme alınan hastalar n:70	Evine gönderilen hastalar n:6
Fizik muayene (normal/şüpheli)	16/54	4/2
Beyaz küre (ortalama mm ³ /mL)	14300	10500
Ultrasonografi (Normal/şüpheli görünüm)	21/49	4/1

Tablo 5. Akut Apandisit ile en çok karıştırılan hastalıklar

Tanı	İAY	Diğer Hastaneler	Sağlık Ocakları	Toplam n	%
Üriner enfeksiyon ve renal kolik	5	3	4	12	44
PIH	3	4	1	8	30
Gastroenterit	1	1	1	3	11.5
Safra yolları hastalıkları	-	2	1	3	11.5
İntestinal obstrüksiyon	1	-	-	1	3
Toplam	10	10	7	27	100

İAY: İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı

Tablo 6. Postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar

	n	%
Yara Enfeksiyonu	27	23
İntraabdominal Abse	4	3.5
Evisserasyon	2	2.5
Toplam	33	29

Serimizde hem hekime, hem de hastaya ait sorumluluk tespit edilen vakalar ayrıca değerlendirilmiştir. Buna göre 4 hastanın tavsiyelerle gönderilip tekrar kontrole çağrılmalarına rağmen, buna uymadıkları gözlenmiştir (Tablo 3). Bu hastalarla tıp fakültesinde yatırılıp takibe alınan hastaların fizik muayene (FM), beyaz küre, ultrason (USG) bulguları Tablo 4'te karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Gözleme alınan hastaların çoğunda pozitif FM, yüksek beyaz küre, pozitif USG bulguları; evine gönderilip tekrar kontrol önerilen hastalardan anlamlı olarak yüksektir (p<0.05) (Tablo 4).

Çalışmamızda akut apandisit ile karıştırılan hastalıklar gözden geçirildiğinde; üriner enfeksiyon, renal kolik (%44) ve PIH (%30)'ların sık görüldüğü tesbit edilmiştir (Tablo 5).

Perfore apandisit tesbit edilen hastaların 33 (%29)'ünde yara enfeksiyonu ve intraabdominal abse başta olmak üzere çeşitli komplikasyonlar gelişti (Tablo 6).

4 hasta (%3) intraabdominal abseye bağlı olarak gelişen sepsis ve multipl organ sistem yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Postoperatif ortalama hastanede kalış süresi ise 12 (5-8) gün olarak bulundu.

Tartışma

Akut apandisit cerrahi kliniklerinde en çok karşılaşılan hastalıkların başında gelmektedir. Bununla beraber karın içi pek çok patoloji ile karışan ve acil ameliyat gerektiren bir durumdur (1-3). Tanı gecikmelerinin sebeplerini inceleyen fazla çalışma yoktur. Akut apandisitte morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktörün tanıda gecikme olduğu bilinmektedir. Eğer hasta çocuk, yaşlı ve kadınsa ayırıcı tanı daha da zorlaşmaktadır. Hekimin akut apandisiti çok iyi tanımasının yanında diğer karışabilecek hastalıkları da iyi bilmesi gerekmektedir. Hekimin iyi eğitim almasıyla beraber, mezuniyet sonrası eğitimin devam etmesi hekimin sorumluluğunu önemli derecede azaltacaktır. Bu çalışmada hekim sorumluluk oranı %23 olarak bulundu. Başka bir çalışmada bu oran %45'dir (2,3). Sağlık kurumlarına göre hekim sorumluluğu karşılaştırıldığında sağlık ocaklarında %44, diğer hastanelerde %36, tıp fakültesinde ise %14'dür. Tıp fakültesi dışındaki hastanelerin acil servislerinde ve sağlık ocaklarında çalışan hekim-

lerin uzman düzeyinde olmaması ve kullanılabilir teknik donanımın yetersizliği, bu kurumlarda hekim sorumluluk oranını arttıran sebepler arasında sayılabilir.

Ayırıcı tanıda kullanılan yöntemlerden tecrübe gerektiren USG özellikle şüpheli olgularda bize yardımcı olabilir. Bazı çalışmalarda bu yöntemin hassasiyetinin %90-98 olduğu vurgulanmaktadır (4). Ancak hastanemiz acil servisinde ultrasonografik değerlendirme uzman düzeyinde yapılmadığından bu oran daha düşüktür. Ek olarak akut faz reaktanlarının (özellikle CRP, IL-6) tanıda yararlı olabilir. Ancak bu yöntemlerin spesifitesi %0-33 dolaylarındadır (5).

Eczanelerden reçete olmadan sorumsuzca antibiyotik ve analjezik verilmesi, hastaların eğitimsizliği ve vurdumduymazlığı, hasta sorumluluğunu arttıran etkenler arasında kabul edilebilir. Bizim serimizde hasta sorumluluğu %71 iken, başka çalışmalarda %45-62 olarak rapor edilmiştir (2,6). Bizim çalışmamızda perforasyon oranı, %21 iken benzer çalışmalarda bu oranlar %16-21 olarak bildirilmektedir (6,7). Aynı yayınlarda kadınlardaki perforasyon ve negatif laparotomi oranları diğer gruplara göre daha fazladır (7,8). Akut apandisit ile en sık karıştırılan hastalıklar, bizim hastanemizde üriner enfeksiyon ve renal kolik olmasına rağmen diğer çalışmalarda PİH ve gastroenterit olmuştur. Komplike olmayan apandisitlerde mortalite %0.1, komplikasyon gelişenlerde ise %1.3'dür (1,6). Bizim morbidite oranımız ise %25, mortalite oranı ise %3.4'tür. Morbidite ve mortalitedeki bu yükseklik aynı zamanda maddi olarak da kayıp oluşturmaktadır. Nitekim komplikasyonsuz akut apandi-

sitlerde hastanede kalma süresi 3-7 gün iken, perforasyonlu olgularda 10-15 gündür. Serimizde ortalama gecikme süresi 4 gün olup diğer çalışmalarda ki kadardır (6).

Sonuç olarak hekimin iyi bir eğitim alması, mezuniyet sonrası eğitim programlarının sık ve ciddi olması gereklidir. Acil polikliniklerinde uzman düzeyinde tecrübeli hekimlerin görev yapması, toplumun eğitimi, eczanelerden reçetesiz antibiyotik ve analjezik satılmasının önlenmesi, akut apandisitlerdeki gecikme ve buna bağlı komplikasyonları azaltmakla beraber diğer hastalıklara bağlı oluşabilecek kötü sonuçların da düzelmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sigmund N. Von Tittle. Delayed Appendectomy for Appendicitis. Am J Surg 1996; 14: 620-2.
2. Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults: A prospective study. Ann Surg 1995; 221:278-81.
3. Horattas MC, Guyton DP, Wu D. A reappraisal of appendicitis in the elderly. Am J Surg 1990; 160:291-3.
4. FA EM, Cronan JJ. Compression ultrasonography as an Aid in the differential diagnosis of appendicitis. Surg Gynec Obst 1989; 169:290-8.
5. Anderson RE, Hugender A, Thulin AJG. Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis. Eur J Surg 1992; 158:37-41.
6. Martin S. Keller, M Whitney J. Management of Complicated Appendicitis. Arch Surg 1996; 131:261-3.
7. Ramirez JM, Deus J. Practical score to aid decision making in doubtful cases of appendicitis Brit J Surg 1994, 81: 680-3.
8. Douglas A, Hale et al. Appendectomy. Ann Surg 1997; 225: 252-61.