

## APENDİKSİN NADİR BİR ANOMALİSİ: APENDİKS VERMİFORMİS AGENEZİSİ

### *A Rare Appendiceal Anomaly: Agenesis of the Vermiform Appendix*

Oktay AYDIN<sup>1</sup>, Gülçin AYDIN<sup>2</sup>, Eyüp PİRCANOĞLU<sup>3</sup>, Serdar CİVELEK<sup>3</sup>,  
Faruk PEHLİVANLI<sup>1</sup>, Gökhan KARACA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D., KIRIKKALE

<sup>2</sup> Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D., KIRIKKALE

<sup>3</sup> Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, GAZİANTEP

### ÖZ

### ABSTRACT

Apendiks vermiformis agenezisi oldukça nadirdir. Apendisit açısından kuşulanılan vakalarda tesadüfi olarak bulunan, sıklığı yaklaşık 1/100.000 olan bir durumdur. Bu yazıda, akut karın tanısı ile operasyona alınan 24 yaşında kadın hastada, apendiks vermiformis agenezisi olgusu sunuldu.

Agenesis of the appendix vermiformis is quite rare. Its incidence is approximately 1 in 100.000 cases and is a condition that is encountered incidentally in cases suspected to be appendicitis. Here, a case of a 24 year-old woman with agenezis of appendix vermiformis who was taken to the operating room with the diagnosis of acute abdomen is presented.

**Anahtar Kelimeler:** *Apendiks anomalisi, apendiks vermiformis agenezisi, akut karın*

**Keywords:** *Appendiceal anomaly, agenezis of the vermiform appendix, acute abdomen*



Yazışma Adresi /Correspondence:

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırıkkale-Ankara Yolu 7. Km, Yahşihan / KIRIKKALE, TÜRKİYE

Telefon: 0532 7485277

Geliş Tarihi / Received: 07.09.2016

Dr. Oktay AYDIN

E-posta: droktayaydin@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 14.04.2017

## GİRİŞ

Akut apandisit, acil cerrahi girişim gerektiren akut karın tanıları içerisinde önemli bir yer oluşturur (1). Apendiks vermiformis agenezisi oldukça nadirdir. Apendisit açısından kuşku edilen vakalarda tesadüfi olarak izlenir ve sıklığı yaklaşık 1/100.000'dir (2,3). Abdominal kavite, özellikle ilioçekal ve retroçekal alan iyice araştırılmadan, tanı kriterleri tamamlamadan bu tanı konulmamalıdır (3). Bu yazıda, akut abdomen tanısı ile operasyona alınan 24 yaşında kadın hastada, apendiks vermiformis agenezisi olgusunu sunuyoruz.

## OLGU

Yirmi dört yaşında kadın hasta, iki gündür artarak devam eden sağ alt karın ağrısı, bulantı ve bir kez de yediklerini içeren kusma yakınmalarıyla başvurduğu acil serviste görüldü. Hastanın başka bir yakınması

yoktu. Daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın, öz ve soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Karın muayenesinde, palpasyonda sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Diğer sistem muayene bulguları doğaldı. Kan basıncı: 110/60 mmHg, solunum sayısı 26/dk, nabız sayısı: 100/dk, ateş: 36.8°C olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemede, beyaz küre: 7570 /mm<sup>3</sup> idi. Direkt grafide patolojik bulgu izlenmedi. Hasta, akut apandisit şüphesi ile operasyona alındı. Mc Burney insizyonla karına girildi. Yapılan eksplorasyonda çekumda tenyaların birleşim noktasında yaklaşık 5 mm'lik enflame olmayan apendiks görüldü ve proksimali bağlanarak eksize edildi (Resim 1). Karın içinde ek bir patolojiye rastlanmadı. Hasta, ameliyat sonrası ikinci gün şifa ile taburcu edildi. Patolojik incelemede, lümeni izlenen myofibroblastik doku rapor edildi.



**Resim 1.** Apendiks vermiformis agenezisi (Beyaz ok).

## TARTIŞMA

Apendiks vermiformis intrauterin hayatın 8. haftasında çekumdan doğar ve çekum apeksinin embriyonik kalıntısıdır. Apendiks, daha sonra mediale, ileoçekal valve doğru bir pozisyona kayar (3,4). Apendiks ve mezoapendiks uzunluğu gestasyonel yaşla beraber artar. Fetal periyodun 2.trimesterinde apendiks matür hale gelir (2,5). Bu süreci etkileyen olaylar apendiksini herhangi pozisyonda yer almasına ve malformasyonlara sebep olabilir (3,4). Apendiks vermiformis anomalileri oldukça nadir rastlanılan malformasyonlar olup, apendektomi yapılan hastalarda yaklaşık yüzde 4-9 oranında raporlanmıştır (6). İnsanlarda konjenital apendiks vermiformis agenezisi daha da enderdir. Morgagni'nin ilk tanımlamasını yaptığı 1718'den günümüze çeşitli olgular rapor edilmiştir. Apandisit açısından kuşkulanan ve laparotomi yapılan vakalarda tesadüfi olarak bulunan ve sıklığı yaklaşık 1/100.000 olan bir durumdur (3, 7-9).

Collins çekum ve apendiks anomalilerini beş sınıfta ayırmıştır. Tip I: Çekum ve apendiks vermiformisin her ikisinin de olmaması, Tip II: Çekumun rudimenter olması ve apendiks vermiformisin olmaması, Tip III: Çekumun normal olması ve apendiks vermiformisin olmaması, Tip VI: Çekumun normal olması ve apendiks vermiformisin rudimenter olması, Tip V: Çekumun genişlemiş olması ve apendiks vermiformisin olmaması. Bizim olgumuz Tip IV sınıfına bir örnektir (3,8,10).

Titiz bir preoperatif değerlendirme ve karın içinin eksplorasyonu, kliniği atipik olan hastalarda tanı konması açısından önemlidir (1,11). Ameliyat öncesi Abdominal BT de tanı koymada yardımcı olabilir. Bizim vakamızda agenezi cerrahi sırasında gözlemlendi. Apendiks vermiformis anomalileri diğer konjenital anomalilerle ilişkili olabilir (7). Jejunal atrezi, kısa barsak sendromu olan hastalarda, beraberinde apendiks vermiformis olmayabilir (2). Olgumuzda eksplorasyonda ek bir yapısal anomaliye rastlanmadı. Apendiks vermiformis anomalilerinin kanserle ilişkili

olabileceği ihtimalinden dolayı histopatolojik incelemeler göz ardı edilmemelidir (1,12). Bizim olgumuzda alınan dokunun histopatolojik incelenmesinde, malignite ekarte edildi. Cerrahın konjenital apendiks vermiformis yokluğu sonucuna varmadan önce birkaç kriteri karşılaması gerekir. Karın duvarında insizyon skarı varlığında hastaya öncesinde apendektomi yapılmış olma olasılığını ekarte etmelidir. Çekum ve çıkan kolon yeteri kadar mobilize edilmeli tenyalar birleşim noktasına kadar izlenmelidir. Tüm ileoçekal bölge ve retroçekal alan iyice araştırılmalıdır. Ayrıca çekum dikkatlice palpe edilerek çekum içerisine apendiks vermiformis intusepsiyonu ekarte edilmelidir (3,13).

Bu yazıda, Collins sınıflamasına göre Tip 4 olarak değerlendirilen bu olguyu, cerrahların ameliyat anında benzer bir durumla karşılaşma ihtimalinden dolayı, dikkat çekmek amacıyla sunmak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Yaylak F, Algin M, Gungor Y, Korkmaz M. Atresia of the appendix vermiformis: A rare case of developmental abnormality. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(1): 122-4.
2. Sarkar A. Congenital absence of the vermiform appendix. *Singapore Medical Journal.* 2012; 53(9): 189-91.
3. Chevre F, Gillet M, Vuilleumier H. Agnesis of the vermiform appendix. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2000; 10(2): 110-2.
4. Pegoli W Jr. Acute appendicitis. Cameron JL, Current surgical therapy. Mosby, 6th ed. St. Louis, MO. 1998: 263-6.
5. Slavin JL, Brauer PM, Marlett JA. Neutral detergent fiber, hemicellulose and cellulose digestibility in human subjects. *The Journal of Nutrition.* 1981; 111(2): 287-97.
6. Griffiths EA, Jagadeesan J, Fasih T, Mercer-Jones M. Bifid vermiform appendix: a case report. *Current surgery.* 2006, 63(3): 176-8.

7. Oruc C, Isik O, Ureyen O, Kahyaoglu OS, Koseoglu A. An extremely rare appendiceal anomaly: horseshoe appendicitis. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*. 2013, 19(4): 385-6.
8. Collins DC. Agenesis of the vermiform appendix. *American Journal of Surgery*. 1951, 82(6): 689-96.
9. Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*. 1955, 101(4): 437-45.
10. Collins DC. 71.000 Human Appendix Specimens. A Final Report, Summarizing Forty Years' Study. *American Journal of Proctology*. 1963; 14: 265-81.
11. Chamisa I, Nikolov S, Bam TQ. Duplex appendicitis. *South African Medical Journal*. 2007; 97(9): 843.
12. Freeman HJ. Duplicated appendix complicated by appendiceal cancer. *World Journal of Gastroenterology*. 2011; 17(1): 135-6.
13. Host WH, Rush B, Lazaro EJ. Congenital absence of the vermiform appendix. *The American Surgeon*. 1972; 38(6): 355-6.
14. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 cases. *Chest*. 1991; 100: 93-5.
15. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis and management. *Arch Intern Med*. 1984; 144: 1447-53.