

Akut Apandisitte Non-operatif Yaklaşımlar

Fatih SELVİ , Dr.Öğr.Üyesi
S.B.Ü. Antalya
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sunum planı

- Tanım
- Tarihçe
- Tanı
- Tedavi

Tanım

- Akut Apandisit (Apendix-itis): Apendiks vermiformisin mukozasından başlayıp zamanla tüm katlarını içine alan inflamasyondur.
- En önemli nedeni:Apendiks lümeninin tıkanmasıdır.
- Halen kabul görmüş tek tedavi yöntemi apendektomidir.
- Eğer tedavi edilmezse perforasyon, peritonit ve nihayetinde ölüme kadar ...

Tarihçe

- Leonardo Da Vinci (1504): ilk çizim örneği
- Claudius Amyand (1736): ilk apendektomi
- Robert Lawson Tait (1880): ilk transabdominal apendektomi
- Reginald Fitz (1886):
 - ilk apandisit terimi
 - Apandisitinin seyri
 - Erken tedavinin önemi

Tarihçe

- Charles McBurney
- McBurney noktası (1889)
- McBurney insizyonu(1894)
- Kurt Seem (1982): laparoskopik apendektomi

Tanı

- Klinik bulgular
 - Semptomlar
 - Fizik muayene
- Laboratuvar
- Görüntüleme
- Skorelama sistemleri
- Laparoskopik

Klinik bulgular

- Halsizlik,hazımsızlık
- Anoreksi
- İshal,kabızlık
- Periumblikal veya santral abdominal ağrı
- Bulantı ve kusma
- Klinik süreçte ağrı sağ alt kadrana yer değiştirir.

Laboratuvar

- Genelde ılımlı bir lökositoz ve sola kayma olur .
- Periferik WBC artışının inflamasyonun en erken bulgusu olduğu söylenmektedir.
- Basit ve perfore apandisit ayrımı yapmak için WBC faydalı değildir.
- Artmış WBC ve/veya CRP düzeyi kombinasyonuyla sensitivite % 98'lere kadar çıkmaktadır
- Her ikisinin de normal değerde olması perfore apandisit olasılığını azaltır

Görüntüleme

- Rutin görüntüleme gereksiz.
- Tanısı şüpheli, atipik prezentasyon ve komorbiditesi olanlarda düşünülmeli
- Direk grafiler
- Baryumlu grafiler
- Sintigrafi
- USG
- BT
- MR



AKUT APANDİSİTTE ALVARADO SKORU

<i>Sağ alt kadranda hassasiyeti olması</i>	2
<i>Rebaund olması</i>	1
<i>Ağrının umbilicus etrafından → Sağ alt kadrana yayılımı</i>	1
<i>Kusma</i>	1
<i>İstahsızlık</i>	1
<i>Başvurusunda Atesin yüksek olması (>37.3) ya da İzlemde yükselmesi</i>	1
<i>Lökosit sayısında artma</i> (örn: Gelişinde aldığıın wbc: 13.000 idi, 2 saat sonra kontrol wbc: 15.000'e yükseldi)	2
<i>Nötrofillerde sola kayma (Nötrofil hakimiyeti olması)</i>	1
TOPLAM PUAN	10

HASTANIN SKORU

ALVARADO SKORU DEĞERLENDİRMESİ

<5	Apandisit değil
5-6	Apandisit için uyarıcı
7-8	Muhtemel bir apandisit
9-10	Güçlü muhtemel apandisit

HASTANIN; Adı-Soyadı	
HASTANIN; Cinsiyeti - Yaşı	

Pediatric Apandisit Skoru (Samuel Skoru)

- Ağrının migrasyonu 1 puan
- İştahsızlık 1 puan
- Bulantı-kusma 1 puan
- Ateş > 38 1 puan
- RLQ hassasiyeti 2 puan
- RLQ rebound 2 puan
- Lökosit > 10000 1 puan
- PNL > 7500 1 puan

Laparoskopi

- Tüm tetkiklere rağmen şüphe halen devam ediyorsa Laparoskopi düşünülebilir.
- Hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılır.
- Özellikle doğurgan yaştaki kadınlarda USG ve BT negatif olduğunda kullanılır.
 - Olası komplikasyonlar morbidite ve mortaliteyi artırır.
 - Doğurganlık üzerine de olumsuz etkiye neden olabilir.

Tedavi

- Non-operatif tedavi
- Cerrahi tedavi (Altın Standart)
 - Açık cerrahi
 - Endoskopik cerrahi (Klasik laparoskopi, Tek port laparoskopi)

Non operatif yaklaşım

- Antibiyotik ve destek tedavisi
- Hasta sağlığı
- Komplikasyon
- Yatış süresi
- Cerrahi

Non-Operatif tedavi

- Metaanaliz: Perforasyon-peritonit olmayan
- A.Apandisit tanılı olgularda tek başına antibiyotik kullanımı güvenlidir.
- %68 tedavi oranı+düşük komplikasyon +hastanede kalış süresi uzamadan.
- Ancak; rekürrens mevcut-malignite atlanabiliyor

Non-Operatif tedavi

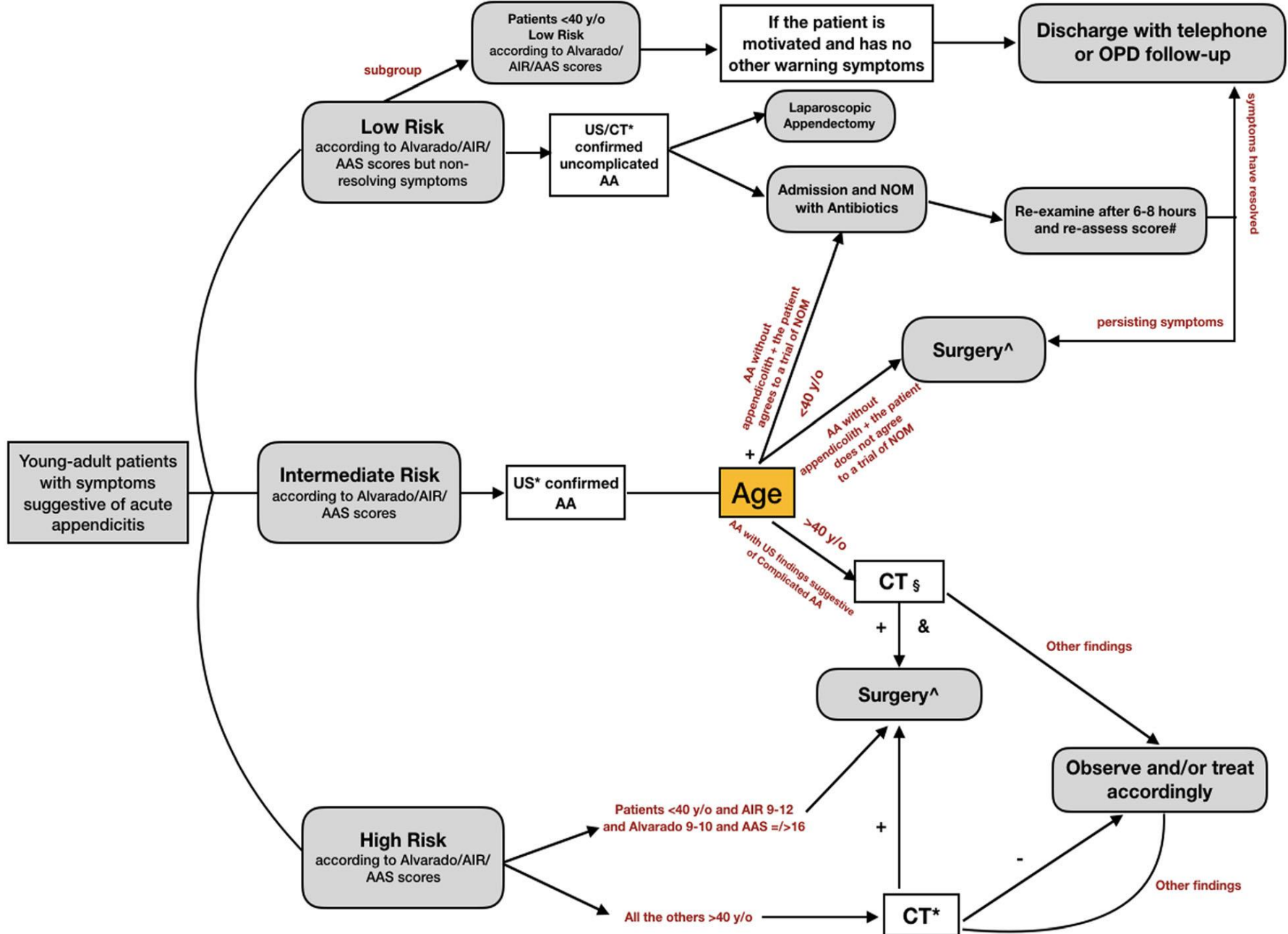
- 1.ve 2. gün III.kuşak sefalosporin+metronidazol, 8-10 gün oral flourokinolon+metronidazol
- Antibiyotikle tedavi edilen 350 hasta
 - Görüntüleme kullanımı sınırlı.
 - Hastalar A.Apandisit ??
- Başlangıçta %32 cerrahi gerektirmiş
- Geri kalan hastaların %16 sı bir yıl içinde cerrahi gerektirmiş.

Non-Operatif tedavi

- 2283 hasta, retrospektif çalışma (Tanıda BT kullanıldı.)
- 516 (%23) muhtemel veya kesin akut apandisit
- 13 (%3) tanesi antibiyotik tedavisi
- 13 hastanın 5 tanesi yaklaşık 1 yıl içinde apendektomiye gitti.
- Bu hastaların bir kısmında kronik inflamasyon vardı .

2020 update of the WSES Jerusalem guidelines

- The antibiotic-first strategy
- Considered safe and effective in selected patients with uncomplicated acute appendicitis.
- Patients who wish to avoid surgery must be aware of a risk of recurrence of up to 39% after 5 years. Most recent data from meta Analyses of RCTs showed that NOM with antibiotics achieves a significantly lower overall complication rate at 5 years and shorter sick leave compared to surgery.



*We recommend the routine use of a combination of clinical scores and US (POCUS); consider use of CT scan (low-dose protocols for young adults) if US inconclusive.

#If no improvements after observation and re-assessment, consider US or CT based on age and probability of other disease. ^ Surgery is meant as Lap Appendectomy. In case of abscess or phlegmon on US/CT, consider also antibiotics + percutaneous drainage.

& Patients >40 y/o with complicated appendicitis treated non-operatively should undergo colonic screening and interval full-dose contrast-enhanced CT scan. § Consider CT in patients >40 y/o with clinical/US signs of complicated AA.



Teşekkürler