

Γυναικολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ

## Οξεία σκωληκοειδίτις και κύηση

Ν. ΜΑΤΣΑΣ, Ν. ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ, ΓΡΗΓ. ΣΟΛΩΜΟΥ, Ε. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ

*Η οξεία σκωληκοειδίτις στην διάρκεια της κύησης αποτελεί τη συχνότερη αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας. Οκτώ έγκυες ασθενείς που χειρουργήθηκαν με προεγχειρητική διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας παρουσιάζονται σε αυτή τη μελέτη.*

*Επιτυχής προεγχειρητική διάγνωση επιτεύχθηκε στο 75% των γυναικών. Το συχνότερο ενόχλημα ήταν ο κοιλιακός πόνος. Ανορεξία διαπιστώθηκε σε όλες τις περιπτώσεις με οξεία σκωληκοειδίτιδα που διαγνώθηκε διεγχειρητικά.*

*Τα κλασσικά συμπτώματα και σημεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι άτυπα στην κύηση.*

*Η συχνότερη περιεγχειρητική επιπλοκή ήταν ο πρόωρος τοκετός. Ισχυρά τοκολυτικά φάρμακα προλαμβάνουν τα προβλήματα αυτής της επιπλοκής.*

**Λέξεις ευρετηρίου:** οξεία σκωληκοειδίτις, κύηση

### Εισαγωγή

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα κατά την διάρκεια της κύησης αποτελεί την πιο συχνή χειρουργική πάθηση για την οποία γίνεται λαπαροτομή.<sup>1</sup>

Οι φυσιολογικές και ανατομικές μεταβολές του οργανισμού κατά την διάρκεια της κύησης καθιστούν την διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας πιο δύσκολη και συντελούν στην καθυστέρηση της χειρουργικής θεραπείας.

Επίσης τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κύησης αμβλύνονται κατά την κύηση και καθιστούν την διαφορική διάγνωση πιο δύσκολη.<sup>2</sup>

Η συχνότητα της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην κύηση είναι περίπου 0,69 ανά 1000 τοκετούς και ποικίλλει από 1,2/1000 έως 0,37/1000. Η κύηση δεν φαίνεται να επηρεάζει την συχνότητα της οξείας σκωληκοειδίτιδας και η κατανομή κατά ηλικίες ακολουθεί αυτή του γενικού πληθυσμού.<sup>3</sup>

Κατά παράδοση, η επιπλοκή της κύησης από οξεία σκωληκοειδίτιδα ήταν συνδεδεμένη με μεγάλη μητρική και εμβρυϊκή θνητότητα, κυρίως λόγω περιτονίτιδας.

Τα τελευταία όμως χρόνια, η μητρική και εμβρυϊκή θνητότητα έχει ελαττωθεί κατά πολύ. Επίσης οι σύγχρονες πρόοδοι της μαιευτικής και της γυναικολογίας στον τομέα της τοκολύσεως και της νεογνολογίας έχουν βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση της πιο συχνής μαιευτικής επιπλοκής πριν και μετά την εγχείρηση για οξεία σκωληκοειδίτιδα που είναι ο πρόωρος τοκετός.<sup>4</sup>

Στην εργασία μας παρουσιάζουμε 8 έγκυες ασθενείς που χειρουργήθηκαν με την προεγχειρητική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

### Υλικό-μέθοδος

Από το 1989 το 1996 στο Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ χειρουργήθηκαν 8 έγκυες γυναίκες των οποίων η κύηση περιεγχειρητικά επιπλοκή από οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Σε δύο η προεγχειρητική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας αποδείχθηκε εσφαλμένη. Η επίσημη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας βασίστηκε σε μικροσκοπική παθολογο-ανατομική εξέταση.

Από τις 8 ασθενείς οι δυο, με την εσφαλμένη διάγνωση ήταν στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Από τις υπόλοιπες, 4 ήταν στο δεύτερο τρίμηνο και δύο στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, (πρώτο τρίμηνο: έως την 13η εβδομάδα, δεύτερο τρίμηνο: έως την 27η εβδομάδα, τρίτο τρίμηνο: 28 εβδομάδες και άνω). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 24 έτη (18-33 ετών).

Τα κύρια συμπτώματα σε όλες τις ασθενείς ήταν ο κοιλιακός πόνος και η ανορεξία. Σε 2 περιπτώσεις ο κοιλιακός πόνος ήταν γενικευμένος, σε 2 ήταν περιορισμένος στο δεξιό υπογάστριο ενώ στις υπόλοιπες ο κοιλιακός πόνος εντοπιζετο στο δεξιό υποχόνδριο.

Μυϊκή αντίσταση παρατηρήθηκε σε 5 ασθενείς. Rebound phenomenon διαπιστώθηκε σε 4 ασθενείς. Ευσαιθησία του δουγλασείου αποκαλύφθηκε σε 3 ασθενείς. Συνοδά συμπτώματα ναυτίας και εμετού συνυπήρχαν σε 5 ασθενείς ενώ διάρροια και δυσκοιλιότητα σε 4 ασθενείς.

Πυρετός πάνω από 37,5°C παρατηρήθηκε σε 4 ασθενείς και λευκοκυττάρωση σε 5 ασθενείς (Πίνακας I) Ο χρόνος από την εμφάνιση των συμπτωμάτων έως την χειρουργική επέμβαση ήταν σε 7 γυναίκες μέχρι 24 ώρες και σε μία 72 ώρες στην οποία μάλιστα η σκωληκοειδής απόφυση είχε υποστεί διάτρηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ I

Σημεία και συμπτώματα	Ασθενείς
Κοιλιακό άλγος	8
Ανορεξία	8
Ναυτία, έμετος	5
Διάρροια, δυσκοιλιότητα	4
Μυϊκή αντίσταση	5
Rebound phenomenon	4
Ευαισθησία δουλγασείου	3
Πυρετός	4
Λευκοκυττάρωση	5

ΠΙΝΑΚΑΣ II

Παθολογοανατομικά ευρήματα	Ασθενείς
Καταρροϊκό στάδιο	4
Γαγγραινώδες στάδιο	1
Διάτρηση σκωληκοειδούς αποφ.	1
Φυσιολογική σκωληκοειδής απόφ.	2

Τα παθολογοανατομικά ευρήματα ήταν σε 4 καταρροϊκό στάδιο, σε 1 γαγγραινώδες στάδιο, σε μια διάτρηση ενώ στις υπόλοιπες δύο η σκωληκοειδής απόφυση ήταν φυσιολογική (Πίνακας II).

Στις δύο περιπτώσεις που η σκωληκοειδής απόφυση ήταν φυσιολογική η τελική διάγνωση ήταν οξεία γαστρεντερίτιδα.

Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρήθηκαν πρόωρες συστολές της μήτρας οι οποίες ελέγχθηκαν με τοκολυτικά.

Ως τοκολυτικά χρησιμοποιήθηκε το Θεϊκό Μαγνήσιο (MgSO<sub>4</sub>) [Δόση εφόδου 6 gr σε 15-20 min και μετά 1-3 gr/h σε συνεχή έγχυση].

Η τοκόλυση με Θεϊκό Μαγνήσιο άρχισε προεγχειρητικά και συνεχίστηκε για 4-10 ημέρες.

Σε δύο περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε επιπρόσθετα η ινδομεθακίνη (Indocid) με την μορφή υποθέτων (100 mg εφόδος και μετά 25 mg κάθε 8 ώρες για 3 ημέρες).

Τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κεφαμανδόλη, κεφοτιξίνη και μετρονιδαζόλη. Δεν είχαμε κανένα πρόωρο τοκετό. Δεν παρατηρήθηκε μητρική ή νεογνική θνητότητα. Όλες οι γυναίκες γέννησαν τελικώς φυσιολογικά.

### Συζήτηση

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα αποτελεί την πιο συχνή οξεία χειρουργική πάθηση στην κύηση.<sup>5</sup>

Στις περιπτώσεις μας, βρέθηκε πιο συχνή στην διάρκεια του δευτέρου τριμήνου της κύησης.

Εσφαλμένη διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας αναφέρεται στο 20-40% των περιπτώσεων ερευνητικής λαπαροτομίας.<sup>4,5,6</sup>

Το ποσοστό στα περιστατικά ήταν 25% και αναγνωρίζεται ως δικαιολογημένο, λόγω της ατυπίας και της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων.<sup>6,7</sup>

Από τα κλινικά ευρήματα τονίζεται ιδιαίτερα η παρουσία ανορεξίας σ'όλες τις περιπτώσεις (100%). Απουσία του συμπτώματος αυτού πρέπει να εγείρει αμφιβολίες για την ορθότητα της διάγνωσης της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η ευαισθησία δεν περιορίζεται απόλυτα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο στις έγκυες.<sup>7</sup>

Rebound phenomenon και ευαισθησία δουλγασείου είναι λιγότερο συχνά στις έγκυες γυναίκες.

Η καθυστέρηση στην ριζική αντιμετώπιση της παθήσεως έχει μεγάλη σημασία για την ασθενή και το έμβρυο.

Η εμβρυϊκή θνητότητα οφείλεται κυρίως στο πρόωρο τοκετό και στην νεογνική προωρότητα.<sup>8</sup>

Οι πρόωρες συστολές της μήτρας ήταν η πιο σημαντική μαιευτική επιπλοκή στην σειρά μας.

Η χορήγηση ισχυρών τοκολυτικών φαρμάκων και η επιθετική αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού αναμφισβήτητα συνέβαλαν στην ομαλή έκβαση των ασθενών.

Φάρμακο εκλογής είναι το Θεϊκό Μαγνήσιο το οποίο δεν προκαλεί ταχυκαρδία και αιμοδυναμικές διαταραχές που μπορούν να επιφέρουν σύγχυση στην αναγνώριση μετεγχειρητικών επιπλοκών, κατά τις οποίες η ταχυκαρδία και η μικρή διαστολική πίεση αποτελούν χαρακτηριστικά ευρήματα. Τα επίπεδα του Θεϊκού Μαγνησίου στο αίμα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά.<sup>9</sup>

Η χρήση αντιμικροβιακών είναι αναγκαία ιδιαίτερα σε διάτρηση ή γαγγραινώδη σκωληκοειδίτιδα και περιορίζει την μικροβιαμία η οποία επηρεάζει την διάρκεια πρόωρου τοκετού.<sup>10</sup>

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση εξακολουθεί να προκαλεί σημαντική μητρική και νεογνική νοσηρότητα. Η επιπλοκή του πρόωρου τοκετού πρέπει να προλαμβάνεται με την χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων.

### ABSTRACT

#### Acute appendicitis and pregnancy

N. MATSAS, N. BALTAYIANNIS, G. SOLOMOU, E. PARASKEVAS

Appendicitis during pregnancy is the most common cause of exploratory laparotomy. Eight pregnant patients operated with the preoperative diagnosis of acute appendicitis are presented in this study. Successful preoperative diagnosis was achieved in 75% of cases.

The most common presenting complaint was abdominal pain. Anorexia was found in all cases of acute appendicitis diagnosed operatively. The classical symptoms and signs of acute appendicitis however were atypical in pregnancy.

The most common obstetrical complications observed perioperatively were preterm labor. Potent tocolytic agents were used in the majority of cases.

**Key words:** appendicitis, pregnancy

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Weingold AB: Appendicitis in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1983; 26:801-805
2. Fallon WF, Newman JS, Fallon GL, Malangoni MA: The surgical management of intra abdominal inflammatory conditions during pregnancy. Surg Clin North Am 1995;75:15-31.
3. Tarraza HM, Moore RD: Causes of acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. Surg Clin North Am 1997;77:1385-94. 1992;159:539-42.
4. Manmoodian S: Appendicitis complicating pregnancy. South Med J 1992;85:19-24.
5. Velanovich V, Harkabus MA, Tapia FV, Gusz JR, Vallance SF: When it is not appendicitis. Am Surg 1998; 64:7-11.
6. Masters K, Levine BA, Gaskill HV, Sirinek KR: Diagnosing appendicitis during pregnancy. Am J Surg 1984; 148:768-71.
7. Al-Mulhim AA: Acute appendicitis in pregnancy. Int Surg 1996; 81:295-302.
8. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR: Acute appendicitis in a pregnant patient. Am J Surg 1990; 160:571-6.
9. Doberneck RC: Appendectomy during pregnancy. Am Surg 1985; 51:265-73.
10. Mourad J, Elliot JP, Eridason L: Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long held clinical beliefs. Am J Obstet Gynaecol 2000; 182:1027-9.

# Medical Annals