

Doğum Eylemini Taklit Eden Akut Apandisit

Aylin Pelin ÇİL*, Zeynep ÖZCAN DAĞ*, Meryem KURU PEKCAN*,
Mahmut AKARSU**

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Özet

Akut apandisit gebelikte en sık görülen akut karın nedenidir. Zamanında müdahale edilmediğinde hem anne hem de fetus için artmış morbidite ve mortaliteye sebep olabilir. Gebelikte tanısı daha zor konulmakla birlikte özellikle üçüncü trimesterde apandiks yer değiştirmesi ve semptomların baskılanması nedeniyle tanı daha da zorlaşmaktadır. Kontraksiyonlar akut apandisite sekonder başlayabilmekte ve bu durum miad gebelerde aktif eylemi taklit ederek tanının atlanmasına sebep olabilmektedir. Biz de bu olgu ile akut apandisite sekonder kontraksiyonların başladığı bir miad gebeyi sunarak, eylemin başlamış olduğu miad gebelerde eşlik eden semptomların dikkate alınarak kontraksiyonları başlatan altta yatan sebeplerin araştırılması gerektiğinin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, gebelik, term.

Acute Appendicitis Mimicking Labor

Abstract

Acute appendicitis is the most common cause of acute abdominal pain in pregnancy. If it is not managed in a timely manner, maternal as well as fetal morbidity and mortality may increase due to perforation. Its diagnosis is more difficult in pregnancy, especially in the third trimester, due to the replacement of the appendix and suppression of the symptoms. The contractions that begin due to acute appendicitis may mimic active labor and result in the delay of diagnosis.

Here we present a case of acute appendicitis in pregnancy that mimicks active labor and aim to emphasize the importance of detailing the accompanying symptoms and trying to find the underlying reasons that initiate active labor in term pregnancy.

Key Words: Acute appendicitis, pregnancy, term.

Giriş

Akut apandisit cerrahi tedavi gerektiren en yaygın akut karın nedenidir. Erken tedavinin akut apandisit yönetiminde belirleyici bir önemi vardır. Tanı, klinik muayene, laboratuvar bulguları ve ultrasonografi bulgularına göre konulur¹. Gebelikte ise apandiks yer değiştirmesi, artan gastrointestinal şikâyetler ve fizyolojik lökositoz nedeniyle akut apandisit tanısı koymak daha zordur. Tanının daha zor konulması ve tedavinin daha geç başlaması nedeni ile gebelerde rüptüre apandisit daha sık izlenmektedir^{2,3}. Apendiks perfore olduğunda maternal mortalite ve morbiditenin yanında fetus hayatı da tehlikeye girmektedir. Bu nedenle de gebelikte akut apandisit tanısını zamanında koymak daha da önemlidir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde özellikle miad hastalarda, apandiks büyüyen uterus nedeniyle yerinin iyice değişmesi ve ağrıya bağlı olarak uterin kontraksiyonların başlaması ile doğum eyleminin başlamış olabileceğinin düşünülmesi, akut apandisit tanısını daha da zorlaştırır ki, özellikle de perfore apandisitlerin üçüncü trimesterde daha sık olması bu dönemde tanı koymanın daha zor olduğunun bir göstergesidir. Miad bir hastada kontraksiyonlar başladığında preterm hastalardakinin aksine, kontraksiyonların başlaması eylem başlangıcı olarak

değerlendirilip rastlantısal olarak birlikte olabilecek akut karın nedenleri kolaylıkla atlanabilir.

Biz de bu olgumuzda üçüncü trimesterde kontraksiyonla başvuran bir gebede, ağrıya eşlik eden başka semptomların varlığında öykünün derinleştirilmesinin akut apandisit tanısında önemli olduğunu, üçüncü trimesterde eylem ağrısı ile başvuran gebelerde de ağrıyı başlatan akut karına sebep olabilecek ek bir patoloji olabileceğinin her zaman akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

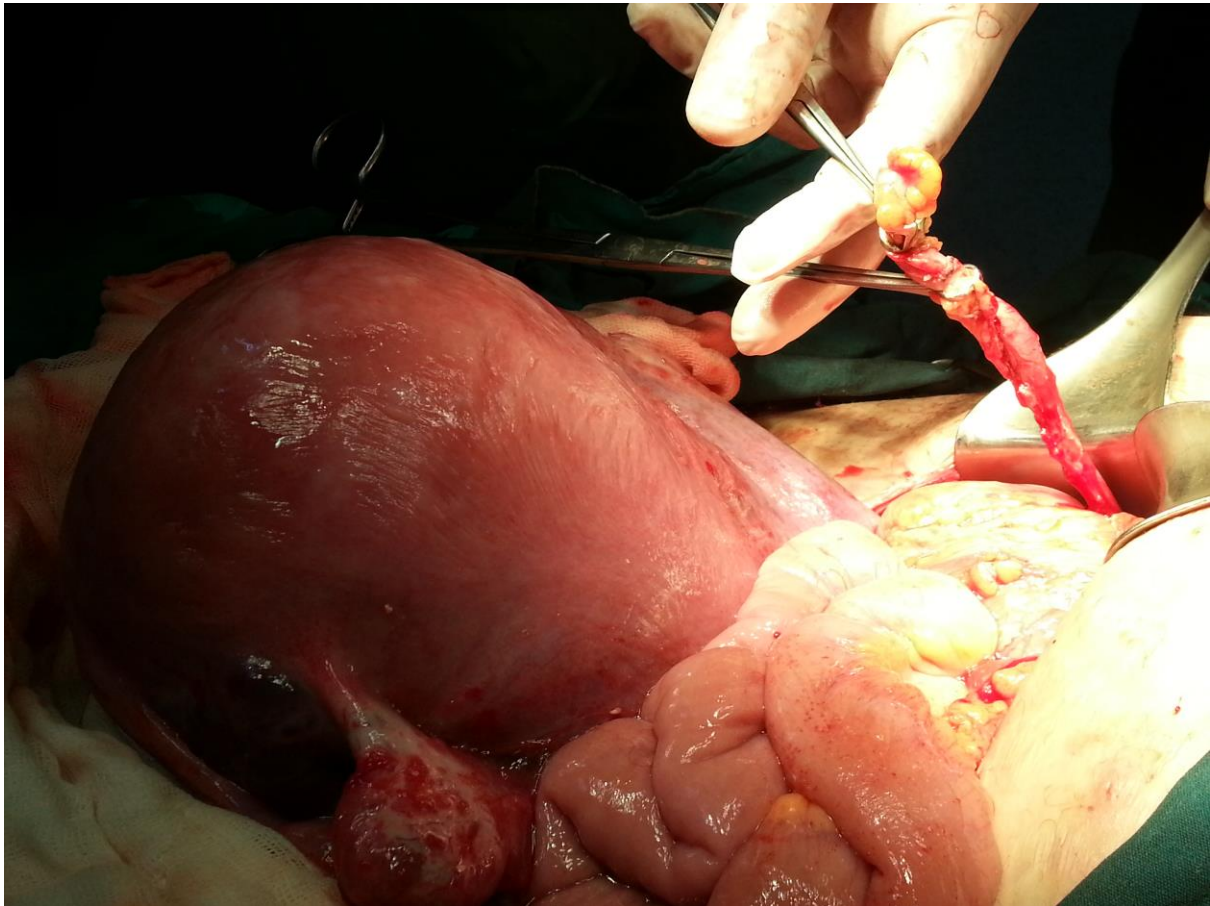
Olgu

Yirmi beş yaşında G2P1Y1, son adet tarihine göre 38 haftalık gebeliği olan hasta, kasılmalarının başlaması üzerine hastanemize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı olmayıp, geçirilmiş sezaryen operasyonu mevcuttu. Hasta kasılmalarının hastanemize başvurmadan üç saat önce başladığını ve hemen öncesinde giderek artan karın ağrısının ve bulantı kusmasının olduğunu tarif ediyordu. Vajinal kanama ya da su gelme öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Abdominal muayenesinde, geçirilmiş sezaryen skarı ve düzenli aralıklarla gelen kontraksiyonlar dışında bir bulgu yoktu. Vajinal muayenede serviks kapalı idi. Ateş 36,5°C, TA: 110/60 mmHg ve

nabız:82/dk idi. Obstetrik ultrasonografide 37-38 hafta ile uyumlu canlı gebelik izlendi, amnion mayisi yeterli idi.

Hastanın tam kan sayımı ve rutin biyokimya tetkiklerinde özellik yoktu. Beyaz küre sayımı 9500 idi. Tam idrar tetkikinde lökosit 1+, keton 2+ idi. NST reaktifti ve 10 dakikada 2-3 tane 40 mmHg amplitüdü kontraksiyonlar izlendi. Geçirilmiş sezaryen öyküsü olması ve NST’de kontraksiyonların başlamış olması nedeniyle hastaya sezaryen ile doğum planlandı. Ancak hastanın uterin kontraksiyonlar dışında içten gelen bir ağrı olarak tariflediği bir ağrısı mevcuttu. Ayrıca hastanın bulantı ve kusma öyküsünün olması, ağrıya bağlı hastada huzursuzluk izlenmesi ve ağrısının daha önceki gebeliğinde doğum esnasında yaşadığı karın ağrısından farklı olduğunu ifade etmesi üzerine ağrının sebebinin kontraksiyonları başlatan ek akut abdominal bir patolojiye bağlı olabileceği düşünüldü. Preop kan sayımı tekrarlandı. Tekrarlanan kan sayımında beyaz küre sayısı 17.300 olarak geldi.

Sezaryen ile 2950 gram 10/10 apgarlı kız bebek doğurtuldu. Uterus tam kat sütüre edilerek batın içine yerleştirildi. Şüpheli öyküsü nedeniyle batın içi akut apandisit ya da karın ağrısı yapabilecek başka bir neden açısından phanestiel insizyon yerinden eksplore edildi. Uterus sol laterale doğru çekildi. Ancak apendiks sağ alt kadranda vizualize edilemeyince uterus batın dışına çıkarılarak apendiks arandı. Bu esnada Genel Cerrahi bölümü konsültasyon sonrası operasyona dahil edildi. Çekum teniası takip edilerek apendikse umblikus hizasında ulaşıldı. Apendiks erektil, subserozal yerleşimli, ödemli ve çapı artmış olarak izlenerek apandisit tanısı doğrulandı (Resim 1) ve apendektomi yapıldı. Hastanın postoperatif problemi olmadı. Önerilerle taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede kesitlerde mukozadan serozaya kadar uzanan polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu izlendi ve sonucu akut apandisit, lokal peritonit olarak raporlandı.



Resim 1. Uterus posterioru ve umblikus hizasında bulunan subserozal apendiksın diseksiyon sonrası görünümü. Apendiks, 7 cm uzunluğunda olup en geniş yerinde 0.7 cm çapında izlendi.

Tartışma

Akut apandisit gebelikte obstetrik nedenli olmayan cerrahilerin en sık sebebidir⁴. Gebelerdeki akut apandisit insidansı normal popülasyona göre daha fazla değildir ve insidansı 1/800 ve 1/1500 arasında değişmektedir⁵⁻⁸. Gebeliğin her trimesterında hemen hemen eşit izlense de, ikinci trimesterde biraz daha fazla görülmektedir⁹.

Gebelik esnasında akut apandisit tanısını koymak oldukça önemlidir, çünkü gebelik esnasındaki cerrahi problemlerin içinden en çok akut apandisitte fetal mortalite mevcuttur⁸. Cerrahinin gecikmesi veya perforasyon olması anne ve fetus için mortaliteyi artırır. Hastalığın erken evresinde tanı konması ve cerrahi tedavinin zamanında uygulanması ile morbidite ve mortalite azalmaktadır. Klasik apandisitte hasta ilk semptom olarak göbek etrafından başlayıp, sağ alt kadrana yayılan ağrı tarifler. Ağrıyı iştahsızlık, kusma ve bulantı takip eder. Daha sonra ise ateş ve lökositoz olur. Gebe kadınlarda ise klasik semptom ve bulgular genellikle izlenmez. Gebelikte meydana gelen anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklere bağlı olarak apandisit semptom ve bulguları değişebilir. Akut apandisit en yaygın görülen semptomu olan sağ alt kadrana ağrısı gebelerin çoğunda Mc Burney noktasına yakın oluşur, ancak üçüncü trimesterde büyüyen uterusu bağli apendiksini yer değiştirmesi ile ağrının yeri de değişebilir. Apendiksini yer değiştirmesine bağli olarak gebelerde karın ağrısı göbek etrafından sağ orta ve üst kadrana doğru herhangi bir yerde lokalize olabilir. Gebelerde abdominal hassasiyet en sık izlenen ve en güvenilir bulgulardan biridir¹⁰. Defans, rebound hastaların yaklaşık % 70'inde görülür, ancak gebelikte karın kaslarının gevşemesi nedeniyle defans güvenilir bir bulgu değildir¹¹. Bizim hastamız da daha çok künt içten gelen bir ağrı tariflemekteydi, ancak rebound ya da defans izlenmedi. Dolayısıyla hastanın ağrıları eylemin başlamasına da bağlanabilirdi. Bu vakada bize akut abdominal bir patoloji olabileceğini düşündüren hastanın huzursuzluğu ve bulantı-kusma öyküsüydü. Muhtemelen hastamızda kontraksiyonları tetikleyen akut apandisit varlığıydı.

Akut apandisitli gebe olmayan hastaların yaklaşık %80'inde lökositoz mevcuttur. Bu bulgu apandisit lehine bir bulguyken gebe kadınlarda lökositoz mevcudiyeti apandisitini açık göstergesi olmayabilir. Çünkü gebelikte üçüncü trimesterde lökosit sayısının 16.900 hücre/mikroL, hatta doğum esnasında 29.000 hücre/mikroL'ye yükselmesi normal kabul edilir^{12,13}. Bizim hastamızda ise lökosit sayısı başlangıçta 9.500 hücre/mikroL iken ikinci tetkikinde 17.300 hücre/mikroL idi.

Bulantı ve kusmayı ise gebeliğe bağli bulgulardan ayırt etmek ilk trimesterde zorken

üçüncü trimesterde akut apandisitli gebelerde oldukça yaygın bir semptomdur, % 87.2 oranında izlenir ve apandisit için sensitif bir belirleyici olabilir. Bizim hastamızda da bulantı ve kusma mevcuttu ve bu şikâyeti ağrıdan önce başlamıştı. Bizi akut apandisit varlığına yönlendiren en önemli bulgulardan biri de bulantı ve kusma idi. Ateş ise gebelikte apandisit tanısı için geçerli bir bulgu değildir. Hastaların çoğunda izlenmez. Yapılmış bazı retrospektif çalışmalarda hastaların yaklaşık % 50'sinde başvuru esnasında ateş olduğu gözlenmiştir¹⁴.

Gebe hastalarda akut apandisit tanısını koymada yardımcı tanı yöntemlerinden en sık kullanılan görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Ancak ultrasonografi gebeliğin erken dönemlerinde oldukça yüksek sensitivite ve spesifiteye sahipken gebeliğin 3. trimesterinde apendiksini yerinin değişmesi, büyüyen uterusu nedeniyle kompresyonun yeterince yapılamaması ve barsak gazının görüntüyü engellemesi gibi teknik zorlukların bulunması nedeniyle ultrasonografinin tanısal değeri düşmektedir.

Gebelik esnasında yaklaşık olarak 20 kat büyüyen uterus karın içi yapılar ve karın ön duvarı arasında yer alarak karın duvarının karın içi organlarının inflamasyonundan etkilenmesini önler ve irritasyon bulguları oluşmaz. Aynı zamanda gebelikte büyüyen uterus omentumun inflamasyon alanına doğru hareketini kısıtlayarak enfeksiyonun sınırlandırılmasına da engel olur ve bu durum da perforasyon oranının artmasının bir nedeni olabilir. Böylece hem tanı gecikir hem de prognoz daha kötü olur. Tüm bu nedenler gebelik sırasında akut apandisit tanısının zorluğuna neden olabilir ve akut apandisit için tedaviyi geciktirebilir. Bizim hastamızda başvuru esnasında NST'de kontraksiyon izlenmesi ve hastanın miad gebeliğinin olması öncelikle travay ağrılarının başlamış olabileceğini düşündürse de, hastanın beraberinde olan bulantı ve kusması, hastanın hikâyesinde ağrısını daha önceki gebeliğindeki farklı olarak tarif etmesi, bize hastada ek akut abdominal bir patoloji varlığını düşündürmüştür. Gerçekten de gebelikte özellikle üçüncü trimesterde zorlaşan akut apandisit tanısının konmasında hastanın var olan şikâyetlerinin göz ardı edilmemesi ve hikâyesinin iyi alınmış olması oldukça önemlidir ve erken müdahale edip tedavinin erken yapılması prognozu önemli ölçüde etkilemektedir. Çünkü semptom başlangıcı ile ameliyat arasındaki süre arttıkça perforasyon oranı artar ve buna bağli olarak da perinatal morbidite ve mortalite artar¹⁴. Tamir ve arkadaşları apendiks perforasyonlarının % 66'sının ameliyatın geciktiği hastalarda olduğunu bildirmiştir, bu hastaların ameliyatları ile semptomların başlangıçları arasında 24 saatten fazla süre geçmiştir⁴. Yine yapılmış olan

retrospektif bir çalışmada perfore apendiksli hastaların komplikasyon oranları olmayanlara göre anlamlı olarak artmış izlenmiştir¹⁴. Tanıdaki gecikmenin, özellikle de üçüncü trimesterde, bir nedeni de karın ağrısının eylem ağrısı ile karışabilmesidir ya da ağrının gerçekten de eylemi başlatabilmesidir.

Gebelerde herhangi bir enfeksiyon ve inflamasyon varlığı doğum eylemini başlatabilmektedir. Doğum eylemi erken gebelik haftalarında başladığında, preterm eylemi başlatabilecek, başlıca enfeksiyon, plasenta dekolmanı ve diğer akut abdominal cerrahi problemler araştırılırken, bizim hastamızdaki gibi geçirilmiş sezaryen öyküsü olan miad gebelerde, yani yaklaşımın kontraksiyonlara bağlı zaten gebeliği sonlandırmak olduğu durumlarda, hastanın eşlik eden semptomları da hafifse akut apandisit tanısı çok kolaylıkla atlanabilir. Ancak böyle bir gebede kontraksiyonların eylem ağrısına bağlanıp, eşlik eden semptomların gözardı edilmesi, apendiksin postoperatif dönemde perfore olması ve hastanın relaparatomisiyle de sonuçlanabilir. Bu da hastaya ek bir morbidite getirebilir. Bu nedenlerle karın ağrısı ile başvuran gebelerde karın ağrısı yapan nedenler iyi değerlendirilmeli, ayırıcı tanıda obstetrik, jinekolojik, gastroenterolojik ve üriner sistem patolojileri akılda tutulmalı, özellikle miadda kontraksiyonla başvuran gebelerde eşlik eden semptomların varlığında, eylem ağrısını başlatabilecek akut karın nedenleri de gözardı edilmemelidir.

Kaynaklar

1. Seal A. Appendicitis: a historical review. *Can J Surg* 1981; 24(4): 427-33.
2. Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg* 2006; 202(3): 401-6.
3. Weingold AB. Appendicitis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1983; 26(4): 801-9.
4. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Acute appendicitis in the pregnant patient. *Am J Surg* 1990; 160(6): 571-5.
5. Wittich AC, DeSantis RA, Lockrow EG. Appendectomy during pregnancy: a survey of two army medical activities. *Mil Med* 1999; 164(10): 671-4.
6. Andersen B, Nielsen TF. Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(9): 758-62.
7. Mourad J, Elliott JP, Erickson L, Lisboa L. Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(5): 1027-9.

8. Mazze RI, Källén B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol* 1991; 77(6): 835-40.
9. Al-Mulhim AA: Acute appendicitis in pregnancy: A review of 52 cases. *Int Surg* 1996;81(3): 295-7.
10. Tracey M, Fletcher HS. Appendicitis in pregnancy. *Am Surg* 2000; 66(6): 555-60.
11. Parangi S, Levine D, Henry A, et al: Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg* 2007; 193(2): 223-32.
12. Lurie S, Rahamim E, Piper I, et al. Total and differential leukocyte counts percentiles in normal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 136(1): 16-9.
13. Kuvin SF, Brecher G. Differential neutrophil counts in pregnancy. *N Engl J Med* 1962; 266: 877-8.
14. Zhang Y, Zhao YY, Qiao J and Ye RH. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. *Chin Med J* 2009; 122(5): 521-4.

Sorumlu yazar:

Aylin Pelin ÇİL

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
71100, Kırıkkale

Tel: 0(318) 2252485/2325

Faks: (318) 2240786

E-posta: aylinpelincil@gmail.com