

Gebelerde akut apandisit: klinik deneyimimiz

Acute appendicitis during pregnancy: clinical experience

¹Çağrı Tiryaki, ¹Mustafa Celalettin Haksal, ¹Hamdi Taner Turgut, ¹Mehmet Özyıldız,

¹Murat Coşkun, ¹Ali Çiftçi, ¹Murat Burç Yazıcıoğlu, ¹Selim Yiğit Yıldız

¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

Özet

Amaç: Gebelikte nonobstetrik nedenlerle en sık cerrahi girişim gerektiren cerrahi hastalık akut apandisitir. Bizde kliniğimizde akut apandisit nedeniyle ameliyat ettiğimiz 10 vakayı literatür altında irdelemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Kliniğimizde Şubat 2009-Aralık 2012 arasında apandektomi uygulanmış 10 gebe hastanın bilgileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 10 hastanın hastanemize başvuru nedeni karın ağrısı idi. 9 hastamızda ağrı sağ alt kadranda iken, 32 haftalık gebeliği olan 1 hastada ağrı sağ üst kadranda lokalize idi. 8 hastaya preoperatif dönemde ultrasonografi yapıldı ve 5'ine (%62.5) sonografik olarak akut apandisit tanısı kondu. Ultrason incelenmesinin negatif olduğu 3 hasta ise fizik muayene bulgularına göre ameliyat edildi. 7 hastada patoloji raporu "apendiks inflame, ödemli" 1 hastada ise "apendiks nekroze ve gangrene" olarak geldi. Ultrasonografi yapılmayan 2 hastanın patoloji sonucu ise normal olarak rapor edildi.

Sonuç: Gebe hastalarda akut apandisit tanısı zor olmakla beraber; cerrah, jinekolog ve radyologların multidisipliner yaklaşımlarının, tedavideki gecikmeleri, dolayısıyla maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi azaltacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: gebelik, apandisit

Türkçe kısa makale başlığı: Gebelerde apandisit

Abstract

Objective: Acute appendicitis is the most frequent nonobstetric disease which requires surgery during pregnancy. We intend to explicate 10 cases who get surgery due to acute apandicitis in our clinic.

Materials and methods: Clinical features of 10 pregnant patients admitted to our hospital between February 2009 - December 2012 were analyzed retrospectively

Results: Abdominal pain was the reason for admission to hospital of 10 patients included in the study. Abdominal pain was localized to right lower quadrant in our 9 patient, right upper quadrant in one patient with 32 week pregnancy. Abdominal ultrasound examination was performed to 8 patient preoperatively and 5 of them (%62.5) diagnosed as acute appendicitis. 3 patients who were not diagnosed as acute appendicitis by ultrasound imaging, got surgery due to pain in physical examination. Pathologic diagnosis was "appendicitis with inflammation and edema" in 7 patients and "appendicitis with necrosis and gangrene" in 1 patient. Pathologic diagnosis was normal in 2 patients who has not undergone ultrasonographic examination.

Conclusion: We think that even though acute appendicitis is difficult to diagnose during pregnancy, multidisciplinary approach of surgeon, gynecologist and radiologist may reduce treatment delay and maternal-fetal mortality and morbidity rate.

Key words: pregnancy, appendicitis

İngilizce kısa makale başlığı: Appendicitis during pregnancy

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Çağrı Tiryaki / Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

Tel: 05369418778 / E-mail: drcagritiryaki@hotmail.com

Başvuru tarihi: 08.01.2014 / Kabul tarihi: 09.02.2014

Giriş

Akut apandisit gebelik döneminde cerrahi girişim gerektiren ve en sık görülen nonobstetrik patolojidir (1-4). Gebelikte akut apandisit görülme sıklığı 1/568-1/1500 arasında değişmektedir (1,5). Her trimesterde görülebilmemesine rağmen (6,7), ikinci trimesterde görülme sıklığı biraz daha artmaktadır (8-11). Erken tanı anne ve fetus sağlığı açısından önemlidir. Ancak gestasyonal yaşla beraber apendiksin karın içerisindeki lokalizasyonunun değişmesi, fizik muayene bulgularının gebelik nedeniyle yanıltıcı olması tanıda gecikmelere yol açabilmektedir (1,12). Hastalığa özgün laboratuvar bulguların olmaması ve tomografi gibi tetkiklerin yapılamaması ayrıca tanının doğru yapılmasını zorlaştırmaktadır. Gebelerde akut apandisit tanısı için başvuru en sık görüntüleme aracı ultrasonografidir (13). Gebelik haftasına bağlı olarak apendiksin batındaki lokalizasyonu yer değiştirebileceğinden ultrason ile tanı koymak her zaman mümkün olmayabilir (4). Bu nedenle gebelerde ultrasonun negatif olması akut apandisit tanısını ekarte ettirmez. Tanı için iyi bir anamnez alınmalı ve fizik muayene, laboratuvar ve ultrasonografi bulguları birlikte değerlendirilmelidir. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde akut apandisit tanısı ile opere edilen gebe hastaları literatür bilgileri eşliğinde retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem

Kliniğimizde Şubat 2009 - Aralık 2012 arasında apandektomi uygulanmış 10 gebe hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastane kayıtlarından hastaya ait yaş, gebelik haftası, başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, preoperatif ultrasonografi raporları ve patoloji raporları retrospektif değerlendirildi. Tüm hastalar preoperatif ve postoperatif kadın doğum kliniğine konsülte edildi. Üçüncü trimesterde olan hastalara preoperatif ve postoperatif tokolitik tedavi uygulandı. Tüm olgularda Mc-Burney kesisi kullanıldı. Olguların hiçbirine dren konulmadı. Profilaksi olarak preoperatif tek doz 1 gr ampisilin-sulbaktam iv. uygulandı, postoperatif antibiyotik uygulanmadı. Hasta özellikleri sayı ve yüzde olarak belirlendi. Bulguların değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 15.0 programı kullanıldı.

Bulgular

Acil şartlarda akut apandisit nedeniyle opere edilen hastaların yaş aralığı 19-31 (ortalama:24.2, ortanca;23.5) idi. Tüm olguların ilk gebeliği idi. On hastanın biri birinci trimesterde (%10), 5'i ikinci trimesterde (%50) ve 4'ü üçüncü trimesterde (%40) idi (Tablo1). Hastaneye başvuru süresi 24-48 saat

Tablo 1: Trimesterlerine Göre Hastaların Dağılımı

Trimester	Hasta Sayısı (n)	%
Birinci Trimester	1	%10
İkinci Trimester	5	%50
Üçüncü Trimester	4	%40
Toplam	10	%100

Tablo 2: Başvuru Semptomlarına Göre Hastaların Dağılımı

Semptom	Hasta Sayısı (n)	%
Karın Ağrısı	10	%100
Bulantı	7	%70
Kusma	5	%50
İştahsızlık	6	%60
Toplam	10	

Tablo 3: Fizik Muayene Bulgularına göre Hastaların Dağılımı

Muayene Bulgusu	Hasta sayısı (n)	%
Batın Hassasiyeti	10	%100
Rebound	8	%80
Defans	8	%80

(Ortalama 34.8 saat) idi. Hastaların hiçbirinde yandaş hastalık yoktu. Hastaların tümünde acile başvuru şikayeti karın ağrısı idi. Hastaların 7'sinde bulantı, 5'inde kusma ve 6'sında iştahsızlık vardı (Tablo 2).

Tablo 4: Ultrasonografi Sonuçlarına Göre Hastaların Dağılımı

	Hasta Sayısı (n)	%
Ultrason Bulgusu (+)	5	%62.5
Ultrason Bulgusu (-)	3	%37.5
Toplam	8	%100

Not: 2 hastaya ultrason yapılmadı. Bu 2 hastada patoloji raporu negatif olarak geldi. Üssg yapılan 8 hastada da patoloji akut apandisit olarak raporlandı.

Tablo 5: Patoloji Raporuna Göre Hastaların Dağılımı

Patoloji	Hasta Sayısı(n)	%
Akut Apandisit	7	%70
Nekroze Apandisit	1	%10
Apendix Vermiformis	2	%20
Toplam	10	%100

Fizik muayenede; tüm hastalarda abdominal hassasiyet mevcut iken, 8 hastada defans, 8 hastada ise rebound mevcuttu (Tablo 3). Tüm olgularda preoperatif biyokimyasal parametreler normal idi ve (%100) lökositoz tablosu mevcuttu (13.000/mm³-16000/mm³, ortalama:14450/mm³).

Gebelik nedeniyle hastalara direkt grafi ve tomografi çekilmedi. Sekiz hastanın beşinin ultrason sonucu akut apandisit olarak rapor edildi. Bu 5 hastanın tümünde ameliyatta apandiks ödemli, inflame ve erektil olarak tespit edildi. Sekiz hastanın 3'ünde preoperatif ultrason bulgusu normal olarak değerlendirildi. Bu 3 hasta da ağrı şikayetinin artması ve klinik muayene bulgularının akut apandisit ile uyumlu olması üzerine operasyona alındı. Ultrason bulgusu normal olan bu 3 hastada peroperatif apandiks inflame, ödemli ve erektil olarak tespit edildi ve apandektomi yapıldı (Tablo 4).

Ultrason yapılmayan 2 hasta klinik ve fizik muayene bulgularıyla akut apandisit teşhisi aldı ve acil şartlarda operasyona alındı. Operasyonda her 2 hastada mevcut karın bulgularını açıklayacak cerrahi ya da jinekolojik bir patoloji tespit edilmedi. Apandiks normal olarak tespit edilmesine rağmen apandektomi yapıldı. Hastaların tümüne profilaktik olarak 1 gr ampicilin-sulbaktam iv olarak preoperatif dönemde yapıldı. Hiçbir hastada ek doz antibiyotik yapılmadı. Tüm hastalar spinal anestezi altında opere edildi. Bütün hastalarda Mc-Burney insizyonundan apandektomi yapıldı. Üçüncü trimesterdeki 4 hastanın 2 sinde standart Mc-Burney insizyonu yukarı ve laterale doğru genişletilerek operasyon tamamlanabildi. Hiçbir hastada güdük gömme işlemi yapılmadı. Yedi hastanın patoloji sonucu akut apandisit (%70), iki hastanın apandiks vermiformis (%20) ve bir hastanın da nekroze ve gangrene apandisit (%10) olarak geldi (Tablo 5). Üçüncü trimesterde olan 4 hastaya postoperatif dönemde tokolitik ajan olarak ridotrin ve verapamil verildi.

Postoperatif dönemde sadece bir hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Yara yeri enfeksiyonu lokal pansuman ile kontrol altına alındı. Postoperatif maternal ve fetal mortalite gözlenmedi. Hastaların sekiz tanesi postoperatif birinci günde, iki tanesi postoperatif ikinci günde taburcu edildi. Taburcu olan hastalardan sadece bir tanesi yara yeri enfeksiyonu nedeniyle polikliniğe yeniden başvurdu. Bunun dışında hiçbir hasta herhangi bir şikayetle polikliniğimize ya da acil servise başvurmadı.

Tartışma

Akut apandisit gebelikte en sık obstetrik olmayan nedenlerle cerrahi müdahale gerektiren durumdur. Görülme sıklığı literatürde farklı oranlarda bildirilirken, Babaknia ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 500000'den fazla doğum analiz edilmiş ve görülme sıklığını ortalama 1500 gebelikte bir olarak bildirilmiştir (8). Mourad ve arkadaşları tarafından 66993 doğumun incelendiği bir çalışmada gebe olan 67 hasta akut apandisit ön tanısıyla opere edilmiş, ancak 45 tanesinde akut apandisit patolojik olarak tanımlanmıştır (1/1493 gebelik) (14).

Akut apandisit gebeliğin her trimesterinde görülmesine rağmen, ikinci trimesterde daha fazla görüldüğünü bildiren yayınlar mevcuttur (1,8-11,15,16). Biz de hastalarımızda literatür ile uyumlu olarak ikinci trimesterde daha fazla akut apandisit tespit ettik. Gestasyonel yaş ile birlikte apandiks lokalizasyonunun Baer ve arkadaşları tarafından tanımlandığı şekilde değişmesi, gebelik de tanının daha zor konmasının önemli bir nedenidir (12). Özellikle üçüncü trimester'de uterusun kitle etkisine sekonder olarak apandiks kraniale doğru itilmiş olması ağrının sağ üst kadranda hissedilmesine neden olabilmektedir. Ancak biz çalışmamızda, üçüncü trimesterde olan 4 hastamızın sadece bir tanesinde sağ üst kadranda ağrısı tespit ettik. Bu hasta

32. gebelik haftası içinde idi. Diğer tüm hastalarımızda ağrı sağ alt kadrana lokalizeydi. Bulantı, kusma ve karın ağrısı gibi şikayetlerin normal gebelik seyrinde de görülebiliyor olması tanıda gecikmenin diğer önemli bir sebebidir (4). Bizim çalışmamızdaki beş hastada bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi gebelik sırasında da görülebilen ve akut apandisit için belirleyici olmayan semptomlar mevcuttu. Geç tanı, perforasyonun oluşma olasılığını ve dolayısıyla maternal ve fetal mortalite riski arttırmaktadır. Ayrıca hastaneye başvuru zamanında gecikme; tanı tedavinin gecikmesine ve mortalite ile morbiditenin artmasına neden olan faktörlerdendir. Yağcı ve ark., 7 hastalık seride hastaneye başvuru süresinin uzun olması nedeniyle 3 hastada perforasyon bildirmişlerdir (4). Hastalarımızın hastaneye başvuru süresi 24-48 saat (ortalama 34.8 saat) idi. Hastalarımızın hiç birinde perforasyon saptamadık.

Gebelerde akut apandisit tanısında en çok tercih edilen görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Lim ve arkadaşlarının apandisit şüphesi olan 45 gebede yaptıkları çalışmada, ultrasonun %100 sensitif ve %96 spesifik olduğunu ve sadece 3 hastada (%7) ultrasonografinin nondiagnostik sonuçlandığını bildirmişlerdir (13). Zhang ve arkadaşları 65 olguluk serilerinde ise 26 (%40) hastada apandisit tanısı ultrasonografi ile konulabilmiştir (17). Bizim hasta grubumuzda ultrasonografi yapılan 8 hastanın 5'inde (%62.5) ultrasonografik olarak akut apandisit tespit edilebilmiştir. Çalışmamızda ultrasonografik olarak normal değerlendirilen 3 hastada peroperatif akut apandisit tespit ettik.

Patoloji sonuçlarımızda on olgudan birinde (%10) gangrenöz apandisit, yedisinde (%70) akut apandisit, ikisinde (%20) normal apendiks tespit edildi. Normal apendiks tespit edilen iki olguya da preoperatif dönemde ultrasonografi yapılmamış, ameliyata klinik ve laboratuvar değerlerine göre karar verilmiştir. Postoperatif dönem takiplerinde komplikasyonlar maternal ve fetal olarak sınıflanabilir. Maternal komplikasyonlar yara yeri enfeksiyonu, postoperatif ileus, respiratuvar komplikasyonlar, intraabdominal abse ve erken doğumdur. Fetal komplikasyonlar ise abortus, ölü doğum, konjenital anomaliler ve intrauterin büyümede gecikmedir (1,18). Bizim hasta grubumuzda sadece 1 olguda yara yeri enfeksiyonu gelişti. Lokal pansuman ile kontrol altına alındı. Literatürde maternal mortalite oranı %0.01-0.4 arasında değişmektedir (19,20). Çalışmamızda maternal ve fetal mortalite oranımız %0'dır. Literatürdeki bazı yayınlarda özellikle perfore

apandisitlerde fetal mortalite oranı %36'lara çıkmaktadır (8). Bizim çalışmamızda hiçbir hastada perforasyon yoktu sadece 1 hastada nekroz vardı. Sonuç olarak; karın ağrısı ile acil servise başvuran gebe hastaların daha detaylı muayene edilmesi, tanıda klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte ultrasonografinin de kullanılması tedavideki gecikmeleri ve maternal-fetal mortalite ve morbiditeyi en aza indirecektir. Ultrasonografi gebe hastalarda ilk kullanılması gereken, ucuz ve noninvaziv bir görüntüleme tekniğidir. Ancak ağrı lokalizasyonunun farklılıkları ve gebelikte apendiksın batın içindeki yerleşiminin değişmesi nedeniyle ultrasonografinin normal olarak değerlendirildiği durumlarda akut apandisit tanısının tamamen ekarte edilemeyeceği akılda tutulmalıdır. Cerrah, jinekolog ve radyologların multidisipliner yaklaşımlarının tedavideki gecikmeleri ve maternal-fetal mortalite ve morbiditeyi azaltacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Jung SJ, Lee DK, Kim JH, et al. Appendicitis during pregnancy: The Clinical Experience of a Secondary Hospital J Korean Soc Coloproctol 2012; 28:152-59.
2. Mahmoodian S. Appendicitis complicating pregnancy. South Med J 1992; 85:19-23.
3. McGee IM. Acute appendicitis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1989; 29:378-85.
4. Yağcı MA, Sezer A, Hatipoğlu AR, et al. Gebelikte akut apandisit. Dicle Tıp Dergisi 2010; 37:134-39.
5. Kapan S, Bozkurt MA, Turan AN, et al. Management of Acute Appendicitis in Pregnancy. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2013; 19:20-4.
6. Kammere WS. Non-obstetric surgery in pregnancy. Med Clin North Am 1987; 71:551-60.
7. Weingold AB. Appendicitis in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1983; 26:801-09.
8. Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy. Obstet Gynecol 1997; 50:40-4.
9. Cunningham FG, McCubbin JM. Appendicitis complicating pregnancy. Obstet Gynecol 1975; 45:415-20.
10. Mazze RI, Kallen B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. Obstet Gynecol 1991; 77:835-40.
11. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Acute appendicitis in the pregnant patient. Am J Surg 1990; 160:571-75.
12. Baer JL, Reis RA, Araens RA. Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. JAMA 1932; 98:1359-64.
13. Lim HK, Bae SH, Seo GS. Diagnosis of Acute Appendicitis in Pregnant Women: Value of Sonography. AJR 1992; 159:539-42.

14. Mourad J, Elliot JP, Erickson L, et al. Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1027-29.
15. Gomez A, Wood M. Acute appendicitis during pregnancy. *Am J Surg* 1979; 137:180-83.
16. Popkin CA, Lopez PP, Cohn SM, et al. The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point. *Am J Surg* 2002; 183:20-22.
17. Zhang Y, Zhao YY, Qiao J, et al. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. *Chin Med J (Engl)* 2009; 122:521-24.
18. Yilmaz HG, Akgun Y, Bac B, ve ark. Acute appendicitis in pregnancy: risk factors associated with principal outcomes: a case control study. *Int J Surg* 2007; 5:192-97.
19. Mourad J, Elliot JP, Erickson L. Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 21:1027-29.
20. Gomez A, Wood MD, Acute appendicitis during pregnancy. *Am J Surg* 1979; 137:180-83.