

GEBELİKTE AKUT APANDİSİT

Lütfi DEĞİRMENCİOĞLU (1)

Akut apandisitinin klinik görünümü gebelik sırasında değişim gösterir ve teşhis gebeliğin sonuna doğru giderek zorlaşır. Abdominal ağrı, bulantı ve kusma önemli semptomlardır. Gebeliğin erken dönemlerinde sağ alt kadranda peritoneal bulgular ortaya çıkar. Fakat apandisit büyüyen uterus tarafından yukarı yer değiştirdiğinden, üst kadranda veya bütün sağ taraf daha sık lokalizasyonlardır. Teşhis koymada şüphe ve cerrahi müdahalede tereddüt nedeniyle tedavide gecikme sıklığıdır. Erken teşhis iyi bir sonuç için elzemdir ve akut apandisitten şüphelenildiğinde erken cerrahi girişim gereklidir. Gebelik, cerrahiye geciktirmek için bir neden değildir (7,13).

Apandisit gebelikte operasyon gerektiren en sık akut abdominal durumdur. Perforasyon ve peritonitle birlikte olduğunda büyük fetal kayıplar olduğu kadar önemli maternal morbidite ve mortalite vardır. Bununla birlikte gebe hastada akut apandisit teşhisini kanıtlamada süregelen belirsizlik ve cerrahi müdahaleye derhal başlanmasında tereddüt vardır (1,5,6,13).

TEŞHİSTE DEĞERLENDİRME

Fizik Muayene Bulguları

AĞRI başlangıç semptomudur. Ağrı gebeliğin süresine göre yer ve karakter olarak değişiklik gösterir; sağ alt kadranda, alt ve üst kadranda veya sağ böğürde hissedilebilir. Ağrı karakteri çok değişkendir; ısrarlı kramp gibi ya da künt olarak ortaya çıkabilir. Doğumun karakteristik aşağı abdominal ağrısı ile ortaya çıkabilir? Bulantı ve kusma genellikle, mevcuttur. İştahsızlık hastaların yarısı ile dörtte üçünde görülür. Hastanın ateşi, genellikle, yardımcı bulgudur. Fakat perforasyonu gösterebilir. Taşikardi; gebelikte, sıklıkla, normal bir bulgudur (1,3,5,6,12).

En önemli fizik bulgu gebeliğin durumuyla lokalizasyon değiştiren **ABDOMİNAL HASSASİYET**'tir. Erken gebelikte, hassasiyet genellikle sağ alt kadranda bulunur, fakat gebeliğin sonraki dönemlerinde üst kadranda veya karının bütün sağ tarafı daha sık rastlanan bölgeleridir. Geç gebelikte, aşağı abdomendeki hassasiyetin yanlış olarak obstetrik bir komplikasyonla ilgili olduğu düşünülebilir. Defans ve Rebound hassasiyeti hastaların yaklaşık % 60-70'inde vardır, fakat bunların mevcudiyeti geç gebelikte daha nadirdir. Barsak sesleri, genellikle, hipoaktifdir, % 60'ında Rousing bulgusu pozitifdir. Fetal baş mevcudiyeti ve Cul de Sac'ın derinliğinin azalması nedeniyle pelvic ve rectal muayenenin değeri azalır da, dikkatli bir pelvic muayene gereklidir. En güvenilir fizik bulgu, gebe uterus sağ tarafa kaydırıldığında, ortaya çıkan ağrıdır (Bryan's Bulgusu) (1,3,5,6,12).

Laboratuvar Bulguları

Beyaz kan hücre sayısı eğer çok yüksek değerler veya tekrarlayan çalışmalarda açık bir yükselme gösterilmişse faydalıdır. Kateterle alınan idrar örneğinde çok sayıda beyaz kan hücresi veya bakteri gösterilmesi genellikle üriner sistem infeksiyonunu gösterir. Birçok vakada radyolojik çalışmalar yardımcı olabilir. Fakat bunlar genellikle en hassas olunan, gebeliğin erken safhalarında sadece gerçek endikasyonlarda kullanılmalıdır. Ultrasonografi; pelvik kolleksiyonların, adnexial kitlelerin ve uterus anormalliklerinin tanısında olduğu kadar, fetus ve placentanın durumunu değerlendirmede faydalı olabilir. Laparoskopisi, tanı amacıyla kullanılabilir (12).

Akut apandisit çocuk doğurma yaşlarıyla çakışan, ikinci ve üçüncü on yıllarda en yüksek insidansa sahiptir. Klinik prezentasyonun çeşitliliği ve gebe hastalarda akut apandisit teşhisi koymada zorluk iyice belirtilmiştir. Teşhis, özellikle miada yakın, zorlaşır. Abdominal duvar apandisitten, uterus tarafından uzaklaştırılır ve adale zafiyeti ortaya çıkar. Bu nedenle genellikle parietal periton irritasyonu ile birlikte olan bulgular azalmıştır veya yoktur. Bulantı, kusma, kabızlık, hafif abdominal rahatsızlık ve üriner semptomlar, gebelikte, sık şikâyetlerdir ve normal gebelikte ilgili semptomlarla patolojik durumlar arasında bir karışıklık olabilir (1,3,4,5,12,13).

Ayrırcı Tanı

Gebelikte akut apandisitinin ayrırcı teşhisi genişdir ve birçok medikal, cerrahi ve obstetrik durumu kapsar. Akut pyelit, ovarium kistinin torsiyonu gibi durumları apandisitten ayırmak kolay olmayabilir. Salpenjit ve ektopik gebelik gibi diğer patolojik durumlarla karıştırılabilir. Erken gebelikte hiperemesis ve abortuslarla, ilerlemiş gebeliklerde de pyelonefrit, idrar ve safra taşları, böbrek ve safra kesesi iltihapları ve pnömoni ile ayrırcı teşhisi yapılmalıdır. Pelvik venöz tromboz, aşırı parametrik akla gelmelidir (1,2,3,7,12).

Tedavi

Akut apandisitinin tedavisi cerrahidir.

Cerrahide pozisyon önemlidir. Hastayı yaklaşık 30 derece sola çevirmek büyümüş uterus tarafından vena cava inferiorun basısını önlemeye yardım eder ve cerrahi yaklaşımı kolaylaştırır (2,10,11).

Anestezi yöntemi annede en iyi respiratuar fonksiyonu sağlamaya yönelik olmalıdır.

Perioperatif antibiyotik tedavisi gebelikte birlikte değişen absorpsiyon, metabolizma ve atılımı uygun hale getirilmelidir, fetal büyüme ve gelişme üzerindeki istenmeyen etkiler gözönüne alınmalıdır (3,7).

(1) Kartal Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Başasistanı - İstanbul

Uterus fundusunun üzerinde, sağ transvers adale ayırıcı insizyon uygundur. İnsizyon, genellikle, en hassas noktada yapılmalıdır ve gerekirse karın boyunca genişletilebilir. Aşağı orta hat insizyonu, sağ paramedian insizyon, McBurney ve Pfannenstiel insizyonları kullanılabilir. Perforasyon ve apseli bütün vakalarda drenaj sağlanmalıdır (3,4) .

SONUÇ

Gebelikte akut apandisit cerrahi bir problemdir ve tek uygun tedavi derhal operasyondur. Eğer hasta doğum sırasında ve doğum yakınsa operasyon bir süre için geciktirilebilir, fakat doğumun uzun sürmesi bekleniyorsa derhal apandektomi tavsiye edilir.

Apandisit semptomlarıyla operasyon geçiren bütün hastalarda cerrahi sırasında diğer önemli patolojik bulguların yokluğunda apandektomi tavsiye edilmektedir. Bu işlem küçük bir risk taşır ve semptomların ısrarında veya yeniden ortaya çıkışında teşhisi karıştırmaz. Bazı yazarlar, düşük oranını arttırdığı gerekçesiyle, tesadüfi apandektomiye karşı çıkarlar. Uterus manipülasyonu doğumu başlatabilir, mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (3,7) .

Gebelikte akut apandisit seyrini olumsuz yönde etkiler gözükmemektedir ve hastalık, gebeliğin geç dönemlerinde daha ciddi prognoz taşır. İlk iki trimesterde % 1.91'lik ve sonrasında % 11.2'lik maternal mortalite bildirilmiştir (3,4,7,8) .

Gebelikte apandisit hayli mortal olmasının birinci nedeni: peritoneal kavitede yukarıda duran apandisitte infeksiyonun lokalizasyonunun engellenmesidir. Apandisit örtün omentumun etkinliği büyümüş uterus tarafından azaltılır ve Braxton Hicks kontraksiyonlarının erken difüz peritoniti hızlandırarak adhesyonu önlediği düşünülür. Gebelikteki yüksek adrenokortikoid seviyelerinin de infeksiyona cevabı azalttığı öne sürülmüştür. İkinci nedeni ise; tedavinin geç başlamasıdır. Apandisit genellikle operasyon gerektiren en sık nonobstetrik durumdur. Klinik prezentasyon çok değişkendir. Abdominal ağrı ile bulantı ve kusma, şüphelenme nedenleridir ve hassasiyet önemli bir bulgudur. Eğer hastada apandisit olabileceği gerçekten ihtimal dahilindeyse erken cerrahi girişim gereklidir. Gebelik; akut apandisitte operasyonu geciktirmek için bir neden değildir ve sadece sonucu kötüleştirecektir (2,3,4,7,8,12) .

Hastalık apandisit ile sınırlı kaldığında fetusa ait sonuç iyidir. Fakat perforasyon mevcudiyeti ile fetah morbidite ve mortalite hızla yükselir (2,9,10,11) .

KAYNAKLAR

1. Akgül H.: *Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi*, Çeviri, Türkiye Klinikleri Yay., Türkçe I, Baskı. s.648, 1983
2. Cali V, et al. Focal peritonitis in pregnancy. *Clin Exp Obstet, Gynecol*, 1987; 14(1): 68-9.
3. Davis, Christopher, Sebiston, *Temel Cerrahi*, Cilt 2, s.931-932, 1977
4. Doğru M.: *Ameliyat Öncesi, Ameliyat, Ameliyat Sonrası*, 2. Baskı, 2. cilt, s.448.
5. Esendal A.Ş.: Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, *Ank.Ün. Tıp Fak. Yay.*, s.252-253, 1966.
6. Gürgüç A.: Doğum Bilgisi, *Ank.Ün.Tıp Fak. Yay.*, 2. baskı, s.340-341, 1973
7. Horowitz MD. et al. Acute, Appendicitis During Pregnancy, Diagnosis and Management, *Archiveo Surgery*. 120(12): 1362-7, 1985
8. Kaser O.İkle F.: *Jinekolojik Cerrahi Atlası*, çeviri, İst.Ün.Tıp Fak.Yay., s.135-136, İstanbul, 1982
9. McLaughlin DI, et al. IUD appendicitis during pregnancy. *Weot I Med* 1988 Nov; 149(5); 69-2
10. Otto S, et al. Acute appendicitis in pregnant women *Ginekolo Pol* 1986 Aug; 57(8); 518-24
11. Pertington CK, et al. Abdominal pregnancy complicated by appendicitis. *Br. J.Obstet Gynaecol* 1986 Sep; 93(9); 1011-2
12. Richard C, et al. Diagnosis of acute appendicitis in pregnancy. *Can J Surg* 1989 Sep; 32 (5): 358-60
13. Wilson JI: *Cerrahi El Kitabı*, 4. baskı, çeviri, s.342, Ankara, 1970