

PERFORE APANDİSİT SONRASI GELİŞEN PERİTONİT, PERİTONİAL ABSE VE ERKEN DOĞUM: 2 OLGU SUNUMU

Ahmet Mete ERGENOĞLU, Ahmet Özgür YENİEL, Nuri YILDIRIM, İsmail Mete İTİL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Apandisit, gebelikte en sık rastlanılan obstetrik dışı cerrahi problem olmasına rağmen gebelikte tanı koymak zordur. Gebelikte gerek klinik bulguların, gerekse laboratuvar bulgularının farklı olması ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinin daha kısıtlı kullanılması tanı koymayı zorlaştırır ve geciktirir. Bu nedenle apandisit komplikasyonları ortaya çıkabilir. Apandisit en önemli komplikasyonlarından biri perfore apandisit. Makalemizde, 3. trimesterde perfore apandisit nedeniyle opere olan ve ameliyat sonrası dönemde kliniğimizde erken doğum tehdidi tanuları ile takip edilirken peritonit ve yaygın peritonial abse saptanan ve erken doğum yapan 2 olgu sunulacaktır. Gebelikte perfore apandisit sonrası erken doğum riski yüksektir. Tanı koymadaki zorluklar, apandisit ile birlikte gebeliği de komplike hale getirmekte, hem anne hem de fetus açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Anahtar kelimeler: akut apandisit, erken doğum, perfore apandisit, peritonial abse

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9 Sayı: 2 Sayfa: 120- 3

SUMMARY

DEVELOPING PERITONITIS AFTER PERFORATED APPENDICITIS, PERITONEAL ABSCESS AND PRETERM BIRTH: 2 CASE REPORT

Although appendicitis is the most common non-obstetric surgical problem in pregnancy, it is difficult to diagnose. Because, clinic examinations, laboratory findings are different and all of the radiologic imaging techniques can not be used in pregnancy. In order to this, complications of appendicitis may occur. One of the most important complications of the appendicitis is perforated appendicitis. We reported two pregnant women who operated in the third trimester for perforated appendicitis and had diffuse peritonitis and peritoneal abscess after surgery. In pregnancy, preterm birth rate is higher after perforated appendicitis. Difficulties in diagnosis make appendicitis more complicated with pregnancy and fetal outcome become worse.

Key words: acute appendicitis, perforated appendicitis, peritoneal abscess, preterm birth

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9 Issue: 2 Pages: 120- 3

GİRİŞ

Akut apandisit gebelikte, obstetrik nedenli olmayan en sık cerrahi acildir. Ancak gebelikte görülme sıklığı %0,1-0,2 oranında olup artış göstermez⁽¹⁻³⁾. Obstetrik dışı cerrahi nedenlerden de en sık fetal ölüme sebep olan cerrahi problemdir^(4,5). Apandisite geç tanı konulması, apandisit komplikasyonlarını artırırken, buna gebeliğin de eklenmesi halinde, durum daha da karmaşık bir hal almaktadır. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu apandisite tanı koymak güçleşir. Perfore apandisit gibi önemli komplikasyonlar, annenin hayatını tehlikeye sokarken, erken doğum ve düşük tehdidi gibi gebelik komplikasyonlarını artırarak fetal kayıplara da yol açmaktadır.

OLGU 1

Perfore apandisit tanısı ile altı gün önce genel cerrahi kliniğinde opere olan 29-30 hafta G1P0 hasta, kasık ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın başvuru anında TA: 100/70 mmHg, nabız 96/dk, ateş: 37°C saptandı. Fizik muayenesinde hastanın genel durumu iyi, bilinci açık idi. Hastanın batın muayenesinde defans, rebound yada hassasiyet saptanmadı. Hastanın appendektomi skarı olağan görünümde idi. Jinekolojik muayenede hastada 1 cm dilatasyon ve %30-40 effasman saptandı. Poş intakt idi. Spekulum muayenesinde aktif kanama ya da amnion mayi gelişi izlenmedi. NST reaktif, 5 dakika aralarla gelen uterin kontraksiyonlar izlendi. Obstetrik USG'de fetusun ölçümleri gebelik haftası ile uyumlu, prezentasyonu makat olarak saptandı. Abdominal USG'de sağ iliak fossada 4x2,5 cm boyutunda hipoekoik alan izlenmiş olup öncelikle kolleksiyon lehine değerlendirildi, bu alanın etrafındaki barsak anslarının duvarı kalın; lümeni dilate olup mezenter yağ dokusunun ekosu artmış ve inflame görünümde olduğu saptandı. Başvuru anında hastanın laboratuvar incelemelerinde lökositoz ($29050 \times 10^3/\text{mm}^3$), trombositoz ($514000 \times 10^3/\text{mm}^3$) ve CRP yüksekliği (19,75 mg/dl) mevcuttu. Erken doğum tehdidi nedeniyle hastaya intravenöz (i.v.) ritodrin tedavisi başlandı. Akciğer maturasyonunu hızlandırmak için steroid tedavisi başlandı. Hastanın kontraksiyonlarının devam etmesi üzerine tedaviye IV MgSO₄ eklendi. Antibiyoterapi olarak hastaya i.v. seftriakson tedavisi başlandı. Başvurudaki CRP değeri 19,75mg/dl olan

hastanın günlük değerleri sırası ile 29,39 mg/dl, 25,5 mg/dl, 9,32 mg/dl izlendi. Takipte hastanın hiç ateşi olmadı. Ancak hastanın kontraksiyonları, başvurusunun 4. gününde, ikili i.v. tokoliz almasına rağmen düzenli aralıklarla 3 dakikaya bir izlenmesi üzerine travaya giren hastanın tokolizi kesildi. Fetus makat prezentasyonda olduğu için sezaryen ile 1560 gr canlı kız bebek doğurtuldu. Sezaryen sırasında batın gözleminde izlenen yaygın peritonial abseler drene edildi, adezyonlar giderildi. İşlem sonrası batına yıkama dreni konularak batın kapatıldı. Hasta ameliyat sonrası gözlem amacıyla anestezi yoğun bakım ünitesine devredildi. Takipte hastaya IV seftriakson ve IV metronidazol tedavisi verildi. Yıkama dreni (seröz vasıfta mayi getirene kadar) 2 gün sonra çekildi. Hastanın batın içi sıvıdan alınan örnekte Enterococcus faecium üredi. Takipte CRP ve lökositozu gerileyen, genel durumu düzelen, ateş yüksekliği olmayan hasta bir süre genel cerrahi kliniğinde izlendikten sonra taburcu edildi. Bebeğin 1. dakika apgar skoru 5, 5. dakika apgar skoru 9 idi. Mekanik ventilasyon ihtiyacı olmayan bebek gözlem amaçlı yenidoğan ünitesine devredildi ve 12. günde taburcu edildi.

OLGU 2

Perfore apandisit nedeniyle on gün önce dış merkezde opere olan 33-34 hafta G1P0 tanılı hasta, karın ağrısı ve ateş yüksekliği şikayetiyle başvurdu. Başvuru anında TA: 120/80 mmHg, nabız 105/dk, ateş 38,5°C saptandı. Hastanın batın muayenesinde apendektomi yerinde yağ nekrozu nedeniyle akıntı olduğu ve yaranın kısmen açıldığı izlendi. Batında yaygın hassasiyet vardı ; ancak defans ya da rebound saptanmadı. Vajinal muayenede 3 cm dilatasyon ve %60-70 effasman saptandı. Spekulumda aktif kanama ve amnion mayi gelişi izlenmedi. Fetal ekokardiyografi reaktif idi, ancak 7 dakika arayla gelen kontraksiyonlar saptandı. Obstetrik USG'de fetus 31-32 hafta ile uyumlu idi. Tüm abdomen USG'de her iki böbrekte Grade I-II hidronefroz ve safra çamuru izlendi. Sağ alt kadranda sıvı kolleksiyonu haricinde batında yaygın serbest sıvı izlenmedi. Başvuru anında hastanın CRP: 22,38 mg/dl; lökosit: $26860 \times 10^3/\text{mm}^3$, trombosit: $729000 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hb: 7,5 g/dl, Htc: %24,8 saptandı. Hastanın yara yeri akıntısından alınan sürüntü örneğinde E. Coli üremesi oldu. Hastaya IV seftriakson

ve IV metronidazol tedavisi başlandı. Tokoliz amaçlı IV MgSO₄ başlandı ancak düzenli kontrasyonların devam etmesi nedeniyle tedaviye IV ritodrin eklendi. Ayrıca anemi nedeni ile 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Başvurunun 2. gününde hastanın ateşı düştü, takipte sonrasında hiç ateşi olmadı. CRP ve lökosit değerleri de düşmeye başladı. Başvurunun 3. gününde kontraksiyonları yeniden başlayan hastada spontan amnion sıvısı gelişi saptandı, amnion mayi berrak izlendi. İkili tokolizle kontraksiyonları durdurulamayan hastanın tokolizi kesilerek spontan travay takibine alındı. 3-4 saat düzenli (2-3 dakika arayla) gelen kontraksiyonlara rağmen servikal açıklık ve effasmanda ilerleme olmayan hasta sezaryena alındı. 1940 gr canlı kız bebek doğurtuldu. Sezaryen esnasında parietal periton ileri derecede ödemli ve kalın izlendi, batın içinde yaygın ısı artışı ve appendiks bölgesinde bir miktar sıvı kolleksiyonu ve yalancı membran oluşumu dikkati çekti. Ameliyat esnasında genel cerrah da katıldı, bu bölge disseke edilerek batına yıkama dreni konuldu. Ameliyat sonrası drenen seröz vasıfta içerik gelene kadar yıkama devam etti, postoperatif 2. gününde dren çekildi. Takipte ateşi olmayan, laboratuvar bulguları ve genel durumu normale dönen hasta postoperatif 12. günde taburcu edildi. Bebeğin doğum sonrası genel durumunun iyi olması ve oral beslenebilmesi nedeniyle yenidoğan ünitesi ihtiyacı olmadı. Anne ile birlikte hastaneden taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akut apandisit, gebelikte en sık rastlanan obstetrik olmayan cerrahi problemdir. Ancak gebelikte akut apandisite tanı koymak güç bir hal alır ya da tanı koyma gecikir. Çalışmalara göre, ikinci ve üçüncü trimesterde akut apandisit nedeniyle opere edilen hastaların %13-36'da appendiks normal saptanmıştır⁽⁶⁻⁸⁾. Tanı koymadaki güçlüğü en önemli nedenlerinden biri uterusun gebelik ilerledikçe pelvisi doldurup pelvisin dışına çıkması, bu nedenle de pelvisteki organların yer değiştirmesidir. Appendiksin yer değiştirmesi de, ağrı gibi klinik bulguların atipik yerleşimli olmasına sebep olur. Klasik olarak umblikustan başlayıp, sağ alt kadrana inen ağrı, gebelikte görülmeyebilir ya da apendiksten kaynaklanan ağrı, gebeliğe bağlı farklı bir ağrı olarak algılanabilir. Tanı koymada kullanılan laboratuvar parametreleri de

gebelikte değişkenlik gösterir. Örneğin lökosit değerleri gebelikte fizyolojik olarak normal değerlerin üstüne çıkar. Ayrıca görüntüleme yöntemleri de gebelikte sınırlı oranda kullanılabilir. Gebelikte tanıya en yardımcı görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. Periappendisiyal sıvı, apendiks lümeninin geniş ve duvarının kalın, ödemli olması klinisyeni tanıya yaklaştırır. Ancak çalışmalarda, ileri gebelik haftalarında ultrasonografinin tanı koymadaki duyarlılığı %40 olarak saptanmıştır⁽⁹⁾. Daha nadir olarak kullanılan bilgisayarlı tomografi gebelikte tercih edilmez. Tüm bu sorunlar, gebelikte tanı koymayı geciktirir, bu da apandisite daha komplike bir hale getirebilir. Perfore apandisit, apandisit en önemli ve ölümcül komplikasyonlarından biridir. Semptomların başlangıcından 24 saat sonra apendiks perforasyon oranları belirgin olarak artar^(9,10). Yapılan bir çalışmada, semptomların başlangıcı ile operasyon süresi arasında geçen zaman ve ileri gebelik haftası; perforasyon oranları ile ilişkili bulunmuştur (sırasıyla p=0,027 ve p<0,001)⁽⁸⁾. Nitekim bizim sunduğumuz iki vakada da hastanın semptomlarının başlangıcı ile apendektomi ameliyatı arasında geçen süre 24 saatin üzerinde idi.

Gebe olmayan normal populasyon ile yapılan bir çalışmada, perfore apandisit olgularının %19'da yaygın peritonit ve peritoneal abse formasyonu meydana gelmiştir⁽¹¹⁾. Bize başvuran iki gebede de yaygın peritonit bulgularının olması, gebelerde peritonit oluşma riskinin daha fazla olabileceği ihtimalini akla getirmektedir. Bunun anlaşılabilmesi için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Perfore apandisit gebelikte erken doğumu ne kadar artırdığına dair kesin bir veri yoktur. Gebelik ve apandisit bir arada bulunduğu 22 hastanın yer aldığı retrospektif bir çalışmada, bu hastalardan beşinin erken doğum yaptığı, bunların hepsinin son trimesterde olduğu belirtilmiştir⁽²⁾. Bizim çalışmamızda, perfore apandisitli iki olgunun ikisinde de erken doğum olması, perfore apandisit perfore olmayan apandisite oranla erken doğumu daha çok artırabileceğini düşündürmekle birlikte buna yönelik daha geniş çaplı serilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde perfore apandisit sonrası maternal mortalite bildirilmemiştir, ancak fetal mortalite üzerine de kesin veriler bulunmamaktadır. Çalışmamızda, birinci olgunun fetusunda gözlem amaçlı yenidoğan ünitesi ihtiyacı olmuş, ikinci olgunun fetusunun yenidoğan ihtiyacı olmamıştır. Burada fetusun morbidite ve mortalitesini etkileyen en önemli parametrelerden

biri gebelik haftasıdır. Perfore apandisit komplikasyonu olarak ortaya çıkan peritonit ve peritonal absenin fetus üzerine etkilerinin aydınlatılabilmesi için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, apandisit tanısı gebelikte daha zor koyulmaktadır, hastadan şüphelenilmesi durumunda, hastanın obstetrisyen ve genel cerrah tarafından birlikte değerlendirilmesi ve eğer apandisit düşünülüyorsa, hastanın operasyonunun en kısa zamanda gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, apandisit komplikasyonları yanında gebeliğin erken doğum gibi komplikasyonları da eklenebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gomez A, Wood M. Acute appendicitis in pregnancy. *Am J Surg* 1979; 137: 180- 3.
2. Tracey M, Fletcher HS. Appendicitis in pregnancy. *Am Surg* 2000; 66: 555, 561.
3. Ueberrueck T, Koch A, Meyer L, Hinkel M, Gastinger I. Ninety-four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy. *World J Surg* 2004; 28: 508- 11.
4. Pastore A, Loomis DM, Sauret J. Appendicitis in pregnancy. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 621- 6.
5. Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovich N, Pories S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg* 2007; 193: 223- 32.
6. Hee P, Viktrup L. The diagnosis of appendicitis during pregnancy and maternal and fetal outcome after appendectomy. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 65: 129- 36.
7. Hodjati h, Kazerooni T. Location of the appendix in the gravid patient: a re-evaluation of the established concept. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 81: 245- 7.
8. Terzi A, Yildiz F, Vural M, Coban S, Cece H, Kaya M. A case series of 46 appendectomies during pregnancy. *Wien Klin Wochenschr* 2010; 122: 686- 90.
9. Zhang Y, Zhao Y. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. *Chinese Medical Journal* 2009; 122(5): 521- 4.
10. Tamir IL, Bongard FS. Acute appendicitis in the pregnant patient. *Am J Surg* 1990; 160: 571- 6.
11. Park HC, Yang DH. The laparoscopic approach for perforated appendicitis, including cases complicated by abscess formation. *J Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2009; 19: 727- 30.