

گزارش یک مورد نادر از تظاهرات غیر طبیعی آپاندیسیت در حاملگی

نویسندگان:

دکتر فاطمه توسلی

استادیار زنان و مائمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر علیرضا توسلی

استادیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Appendicitis in pregnancy: A rare presentation

Abstract:

Difficulty in diagnosis of appendicitis in pregnancy leads to delay in intervention and increases complications.

Case report: A 26-year-old woman was admitted to Bent-ol-Hoda Hospital at 32 weeks gestation because of low-back pain and the possibility of premature labor. At the time of admission investigations revealed a large (30×18 cm) abscess in the right glutei area extending superiorly above the iliac crest. Further evaluations suggested that the abscess originated from an appendiceal perforation, which led to a retroperitoneal spread.

Conclusion: Appendicitis in patients is more likely to present with perforation and perforations in pregnancy often lead to serious complications, including intra and extra peritoneal infections and abscess. Pregnancy is associated with anatomic and physiologic changes that may delay the diagnosis of acute appendicitis. The typical presentation of appendicitis (abdominal pain, nausea and vomiting, fever and an increased leukocyte count) is unreliable in the pregnant patient. Although imperfect, history and physical examination continue to be the best way to diagnose appendicitis in pregnancy.

Key word: appendicitis, abscess, pregnancy, premature labors

مکعب داشت. در این مرحله با تشخیص اولیه سلولیت ناشی از تزریق عضلانی، جهت بیمار cefazolin شروع گردید. حالت بیمار از نظر فیزیکی بهتر شد ولی مجدداً در عرض ۷۲ ساعت اریتم و التهاب افزایش یافت. در سونوگرافی که انجام شد یک آبسه بزرگ 20 x 35 mm در ناحیه گلوته آل راست که تا ناحیه بالاتر از کرت ایلیاک و در خلف تا عضلات مربع کمری (quadratus lumborum) وسعت داشت رؤیت گردید. تخلیه جراحی آبسه بعلت پارگی کیسه آب و شروع انقباضات رحمی به تعویق افتاد. بعلت برادیکاردی در جنین نیاز به استفاده از فورسپس در زایمان گردید. سپس جهت تخلیه و دبریدمان وسیع محل عفونت گلوته آل بیمار به اتاق عمل منتقل شد. در حین دبریدمان و شستشوی کاویته آبسه یک فکالیت مشکوک و موادی شبیه ساختمان توبولار (که بعداً تأیید گردید که جدار آپاندیس می باشد) رؤیت گردید. این یافته ها مشخص کننده این بود که منشأ آبسه بایستی ناشی از پرفوراسیون احشاء و به احتمال زیاد آپاندیس باشد که به خلف صفاق توسعه و سپس بصورت آبسه تظاهر کرده است. لذا زخم بیمار باز نگه داشته شد و آنتی بیوتیک وریدی وسیع الطیف در پس از عمل برای بیمار تجویز گردید. زخم و عفونت وسیع نسجی بیمار طی مدت سه هفته کنترل و در نهایت به صورت فیستولی مترشح ادامه یافت. کشت از ترشحات زخم نمودار رشد میکروبهای گرم منفی روده ای بودند و بالاخره پس از برداشتن آپاندیس از طریق برش عمودی میانی تحتانی شکم فیستول بیمار بهبود یافت.

بحث :

تشخیص آپاندیسیت در حاملگی تشخیص مشکل است. انسیدانس آپاندیسیت در حاملگی (۰.۷٪-۰.۵٪) می باشد که با جمعیت معمولی تفاوتی ندارد (۱ و ۵). اما در خانمهای حامله مبتلا به آپاندیسیت استعداد بیشتری برای پاره شدن آن وجود دارد (۵ و ۶) (۴۳٪ نسبت به

شک به آپاندیسیت یکی از شایعترین علل جراحی شکم در طی بارداری است (۱ و ۲) دو محقق یافته هایی را از ۷۲۰ هزار زایمان های زنان سوئدی بررسی و گزارش نمودند که ۷۷۸ مورد (حدود ۱ در هزار بارداری) از این زنان تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته اند. آپاندیسیت در ۰.۶۵٪ یا در حدود ۱ در ۱۵۰۰ بارداری ثابت گردیده است که با جمعیت معمولی تفاوتی ندارد (۱ و ۳).

بارداری تشخیص آپاندیسیت را مشکل می سازد و لذا تأخیر در تشخیص و ایجاد عوارض مختلف در این گروه فراوان است (۱ و ۲ و ۳ و ۴). عوارض آپاندیسیت در موارد تأخیر درمانی شامل: گانگرن، پاره شدن، آبسه، پریتونیت است و در مجموع باعث افزایش مرگ و میر می گردد. اگر آپاندیس در موقعیت خلف صفاق و زیر سکوم باشد پارگی آپاندیسیت منجر به آبسه خلف صفاق می گردد. (۴) این نوع آپاندیسیت به راحتی تشخیص داده نمی شود بخصوص اگر بیمار چاق یا حامله باشد.

ما در این مطالعه یک مورد از این نوع عارضه را در یک خانم حامله بررسی و گزارش می نمائیم.

گزارش مورد :

یک خانم ۲۶ ساله با حاملگی ۲۹ هفته بعلت درد کمر و احتمال حاملگی زودرس در بخش بستری شد. در سابقه بیمار مورد خاصی بجز مصرف هپارین زیرجلدی بعلت زمینه انعقادی وجود نداشت. سرتاسر دوران حاملگی تا این مدت را بدون مشکل سپری کرده بود.

در بدو ورود به بیمارستان ایندومتاسین خوراکی و تزریق بنامتازون عضلانی در طرف راست باسن جهت تسریع در تکامل ریه جنین انجام شد. سه روز بعد بیمار از تب و درد ناحیه فلانک و سرین راست شکایت داشت. درد شکمی نداشت. در آزمایش سلولهای خونی، گلبولهای سفید ۱۳۴۰۰ در سانتیمتر

همچنین عدم توانائی حامله ها در بروز تاکی کاردی در مراحل اولیه می باشد. علاوه بر این اگر چه آپاندیسیت در حاملگی با درد تظاهر می کند ولی درد شکمی، تهوع، استفراغ، تب، لکوسیتوز در خانمهای حامله غیر قابل اعتماد هستند (۱ و ۴).

در هر صورت شرح حال دقیق، معاینه فیزیکی کامل و سریال بهترین راه در تشخیص آپاندیسیت در حاملگی می باشد. در موارد نامشخص بعضی از مؤلفین لاپاراسکوپی تشخیصی را پیشنهاد کرده اند که ممکن است روش قابل قبولی باشد (۱۰). همچنین در موارد مشکوک می توان حذف جراحی آپاندیس نیز انجام داد تا بیمار دچار عوارض ناشی از تأخیر در تشخیص نگردد.

[۱۹-۴٪] در جمعیت نرمال) . پـارگی آپاندیس در حاملگی منجر به عوارض خطرناکی می گردد که شامل عفونت داخل شکمی، مرگ جنینی و ... می باشد. خطر پـارگی با سن حاملگی افزایش می یابد (۸) و پـارگی در سه ماهه آخر حاملگی منجر به زایمان زودرس می شود. (۴ و ۸)

حاملگی همراه با تغییرات فیزیولوژیک و تشریحی می باشد که این تغییرات ممکن است منجر به عدم تشخیص و یا تأخیر در تشخیص آپاندیسیت شود (۳ و ۴) این تغییرات شامل جابجائی آپاندیس به طرف بالاتر و خارجی تر (بطوریکه در ماه ۵ حاملگی آپاندیس در موازات ناف میباشد) (۹) افزایش لکوسیتها در زن حامله بطور فیزیولوژیک و

تشخیص آپاندیسیت در یک خانم حامله ممکن است مشکل و با تأخیر همراه باشد. بنابراین درمان با تأخیر صورت می گیرد و احتمال عوارض بیشتر می شود. در این مقاله یک مورد بیماری که با تأخیر در تشخیص و ایجاد عوارض همراه شده است معرفی می گردد.

این بیمار خانمی ۲۶ ساله با حاملگی ۳۲ هفته با درد کمر و احتمال زایمان زودرس مراجعه و بستری می شود و در بررسی های بعدی مشخص می گردد که آبسه وسیع گلوته آل و خلف صفاقی در طرف راست به ابعاد ۱۸ در ۳۰ سانتیمتر با گسترش به بالاتر از ایلیاک نیز داشت. بررسی های بیشتر نشان داد که علت آبسه ناشی از پاره شدن آپاندیسیت و انتشار عفونت به این ناحیه بوده است.

پاره شدن آپاندیسیت در حاملگی شیوع بیشتری دارد و منجر به عوارض جدی شامل عفونت داخل و خارج صفاق و آبسه می گردد. بعلت تغییرات فیزیولوژیک و تشریحی در حاملگی تشخیص آپاندیسیت حاد با تأخیر انجام می شود.

علائم مشخص آپاندیسیت شامل: درد شکم، تهوع، استفراغ، تب و لکوسیتوز در حامله ها غیر قابل اعتماد هستند. در هر حال شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی هنوز بهترین راه جهت تشخیص آپاندیسیت در حاملگی محسوب می گردد.

REFERENCES:

- 1) David CB, The Pregnant Surgical Patient. ACS Surgery, Web MD, 2002: 1149-50.
- 2) Lawrence W W, Gerard M. Doherts Current Surgical Diagnosis & Treatment. 12 ed. Mc,Graw Hill,2003:665-6
- 3) Tracy M. Appendicitis in pregnancy Am surg 2000; 66(6): 555-9
- 4) Rizwan A B, Gordon K, Gordon C. Appendicitis in pregnancy. Canadian Medical Association Journal; Apr 15, 2003 (168)
- 5) Greenfield LJ, Mulholand MW, Oldham KT, et al. Surgery: Scientific principles and practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.p.2226-30.
- 6) Tamir IL. Acute appendicitis in the pregnant patient. Am J surg 1990; 160: 571-6.
- 7) Hale DA, Molloy M, Pearl RH, et al. Appendectomy: a contemporary appraisal. Ann surg 1997; 225-61.
- 8) Tracy M, Fletcher S. Appendicitis in pregnancy. Am surg 2000; 66(6): 555-9.
- 9) Bear JL, Ries RA, Arens RA. Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of normal appendix in pregnancy. JAMA 1932; 98: 1359.
- 10) Al-fozan F, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14(4): 375-90