

Komplikovaný průběh appendicitidy v graviditě

Lubušký M.¹, Lubušká L.², Procházka M.¹, Hejtmánek P.¹,
Machač Š.¹

¹ Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN v Olomouci,
přednosta prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

²I. chirurgická klinika LF UP a FN v Olomouci,
přednosta prof. MUDr. Vladimír Král, CSc.

MUDr. Marek Ľubušký, Ph.D.

MUDr. Lucie Ľubušká

MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

MUDr. Pavel Hejtmánek

MUDr. Štěpán Machač

Prohlašuji, že text nebyl a nebude publikován v jiném časopise.

Dne 5. 6. 2004

MUDr. Marek Ľubušký

ÚVOD

Na případě kazuistiky uvádíme atypický průběh appendicitidy v graviditě, která vzhledem ke konzervativnímu postupu vyžadovala následně rozsáhlý chirurgický výkon.

KAZUISTIKA

Pacientka M. Z., 19. let, II. gravida, I. porod císařským řezem v roce 1994, jiné operace neprodělala. Odeslána na gynekologii z chirurgické ambulance pro 5 dní trvající bolesti v pravém podbřišku, afebrilní, nezvracela, bez nauzei, dosud pravidelný menstruační cyklus 28/5, amenorea 6+0. Při ultrazvukovém vyšetření byla diagnostikována funkční intrauterinní gravidita odpovídající dle biometrie délce amenorei. Objektivní gynekologický nálezn v mezích normy, vpravo spíše v mezogastriu hmatná bolestivá, neostře ohraničená, omezeně pohyblivá rezistence velikosti 5 - 7 cm, která verifikována i ultrazvukovým vyšetřením transabdominálně. Gynekologický nálezn nevysvětluje potíže pacientky. Těhotná byla následně dvakrát hospitalizována na chirurgické klinice, vysloveno podezření na periappendikulární infiltrát, opakovaně léčena konzervativně parenterálním podáním antibiotik. V 10. týdnu těhotenství, po propuštění z chirurgie pacientka vzhledem přetrvávání bolestí v pravém mezogastriu znovu vyšetřena na gynekologii. Hodnoty leukocytů (6,3 - 10,3) v dosavadním průběhu nesvědčily jednoznačně pro přítomnost zánětu, jen zvýšená hladina CRP (63 - 71). Klinicky se objevují subfebrilie a zvracení. Vzhledem k přetrvávání objektivního i ultrazvukového nálezu byla doporučena okamžitá operační intervence. Do dutiny břišní proniknuto z pararektálního řezu vpravo. V dutině břišní není známk difúzní peritonitidy, diagnostikován rozsáhlý periappendikulární infiltrát, který

zaujímá kličku terminálního ilea, caecum, colon ascendens, je k němu přitažena pravá flexura a přilehlá část colon transversum. Současně je přítomna píštěl mezi cékem a colon transversum, které tvoří přední plochu tohoto infiltrátu. V místě naléhání hrotu appendixu patrný defekt duodena. Provedena pravostranná hemikolektomie a sutura duodena. Pooperační průběh byl bez komplikací a těhotenství bylo ukončeno úspěšně spontánním porodem plodu v termínu.

DISKUSE

Incidence akutní appendicitidy v těhotenství se udává 1 : 700 - 2700 těhotenství (3, 4, 8, 10) a je nejčastější neporodnickou indikací k chirurgické intervenci v graviditě (2, 9). Mimo těhotenství je incidence srovnatelná (2, 9), ale mortalita na appendicitis v graviditě je okolo 2 %, zatímco u netěhotných jen 2 ‰. Nejčastěji se vyskytuje ve druhém trimestru gravidity (9), ale může se objevit i za porodu a v šestinedělí. Appendicitis je nebezpečná zejména ke konci gravidity a může imitovat některé těhotenské patologie, např. předčasný porod (2).

Stanovení diagnózy je obtížné protože typické znaky a symptomy akutní appendicitidy jsou ovlivněny fyziologickými změnami v organismu těhotné ženy. Nejčastějším společným symptomem je bolest v pravém dolním kvadrantu břicha jejíž lokalizace není závislá na výšce těhotenství (2, 9). Nauzea, zvracení a poruchy peristaltiky jsou v graviditě časté, rovněž sedimentace, počet leukocytů a tělesná teplota bývají fyziologicky zvýšeny (7). Vzhledem k riziku zvýšení morbidity a mortality pro matku i plod při oddálení chirurgické intervence je považována za přijatelnou falešná pozitivita v diagnostice do 30 %, mimo těhotenství do 15 % (9). Přínosnou pro exaktnější diagnostiku appendicitidy v graviditě se jeví

být magnetická rezonance (6, 11) a helikální (spirální) výpočetní tomografie (5). Při diagnostice i léčbě je možné v těhotenství využít i laparoskopii, nejbezpečnějším obdobím pro provedení výkonu je druhý trimestr (1).

ZÁVĚR

Vzhledem k vysokému riziku perforace a difúzní peritonitidy operujeme v těhotenství vždy, nemůžeme-li podezření na appendicitidu vyloučit. V tomto ohledu musí být gynekolog aktivnější, protože chirurg volí často zpočátku expektaci a k operaci přistupuje až při vzniku jisté symptomatologie.

MUDr. Marek Ľubušký, Ph.D.

Por. gyn. klinika FN a LF UP Olomouc

I. P. Pavlova 6

77520 Olomouc

LITERATURA

1. Al-fozan H., Tulandi T.: Safety and risk of laparoscopy in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 14, 2002, s. 375-379.
2. Andersen B., Nielsen T. F.: Appendicitis in pregnancy: Diagnosis, management and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 1999, s. 758-762.
3. Andersson R. E., Lambe M.: Incidence of appendicitis during pregnancy. *International Journal of Epidemiology*, 30, 2001, s. 1281-1285.
4. Babaknia A., Hossien P., Woodruff J. D.: Appendicitis during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 50, 1977, s. 40-44.
5. Castro M. A., Shipp T. D., Castro E. E., Ouzouninan J., Rao P.: The use of helical computed tomography in pregnancy for the diagnosis of acute appendicitis. *Am J Obstet Gynecol*, 184, 2001, s. 954-957.
6. Eyvazzadeh A. D., Pedrosa I., Abbott J., Fofsky N. M., Levine D.: MR evaluation of suspected acute appendicitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 189, 2003, s. 231.
7. Maslovitz S., Gutman G., Lessing J. B., Kupfermanc M. J., Gamzu R.: The significance of clinical signs and blood indices for the diagnosis of appendicitis during pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 56, 2003, s. 188-191.
8. Mazze a., Kallen B.: Appendectomy during pregnancy: a Swedish Registry Study of 778 cases. *Obstet Gynecol*, 77, 1991, s. 835-840.

9. Mourad J., Elliott J. P., Erickson L., Lisboa L.: Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol*, 182, 2000, s. 1027-1029.
10. Tracey M., Fletcher H. S.: Appendicitis in pregnancy. *American Surgeon*, 66, 2000, s. 559-560.
11. Zacharias N., Gei A., Pacheco L. D., Vidal A., Oto A., Saade G.: Magnetic resonance imaging (MRI) for acute abdominopelvic pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 189, 2003, s. 240.