

## ПЕРФОРАТИВНИ АПЕНДИЦИТИС СА ПУРУЛЕНТНИМ ПЕРИТОНИТИСОМ У ТРЕЋЕМ ТРИМЕСТРУ ГРАВИДИТЕТА

Радмила СПАРИЋ, Александар СТЕФАНОВИЋ, Саша КАДИЈА, Војислав ЖИЖИЋ

Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

### КРАТАК САДРЖАЈ

Акутни апендицитис је најчешћи неопстетрички узрок абдоменског бола у трудноћи и доводи до значајног повећања стопе морбидитета и морталитета код мајки и фетуса. Приказујемо трудницу у трећем триместру гравидитета код које је перфоративни апендицитис довео до пурулентног перитонитиса и која је хитно оперисана, када је урађен и царски рез. Постојерациони ток је протекао без компликација. Закаснела дијагноза, када је у питању акутни апендицитис, доводи до повећања инциденције перфорација апендикса, са бројним последичним компликацијама на здравље мајке и фетуса. Када се сумња на апендицитис у трудноћи, потребно је урадити лапароскопију или лапаротомију. Лапаротомија је метод избора после двадесете недеље гестације и кад постоје знаци дифузног перитонитиса.

**Кључне речи:** апендицитис; перитонитис; трудноћа; царски рез

### УВОД

Први приказ болеснице с апендицитисом у трудноћи објављен је 1849. године [1]. Стопа инциденције акутног апендицитиса у трудноћи је од 1:1000 до 1:6600 [2-4]. Учесталост није већа код гравидних жена него код негравидних, али је клиничка презентација болести из много разлога нејасна, што доводи до одлагања хируршке интервенције и узрокује учесталији настанак компликација [4].

Акутни апендицитис је најчешћи неопстетрички узрок абдоменског бола у трудноћи и доводи до значајног повећања стопе морбидитета и морталитета код мајки и фетуса [1, 2, 5]. У првом триместру гравидитета симптоми болести се скоро не разликују од симптома када жена није трудна. Апендикс до дванаесте недеље гестације не мења локализацију, те у овој фази трудноће нема великог кашњења у постављању дијагнозе [2]. У другом и трећем триместру гравидитета симптоми ране фазе болести су дискретни и нејасни – па се може каснити са применом хируршког лечења – када се могу јавити опстетричке компликације, спонтани побачај, превремени порођај, а понекад и смрт фетуса [6]. Ризик од превременог порођаја је 10-43% [7]. Перфоративни облици апендицитиса се најчешће јављају у трећем триместру. Тада је и кашњење у постављању дијагнозе најчешће (75%), што може довести до смрти 6-23% фетуса [2, 7].

### ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Прворотка, стара 29 година, хитно је примљена у Институт за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду са дијагнозом пнеумоније у 35. недељи гестације, претећим превременим порођајем и хипертензијом. Болест је почела три дана пре пријема у болничку установу боловима у трбуху са десне стране.

При пријему код болеснице је постојала осетљивост на палпацију испод оба ребарна лука, али без

јасних знакова перитонеумског надражаја. Температура је била 37,1°C, пулс 100 откуцаја у минути, а крвни притисак 135/85 mm Hg. Лабораторијске анализе: С-реактивни протеин 290,2 mg/ml; леукоцити  $15,6 \times 10^9/l$ ; налази осталих хематолошких и биохемијских анализа крви били су у границама референтних вредности; у урину је утврђена пиурија. Кардиотокографским прегледом фетуса забележена је тахикардија са базалном фреквенцијом од 170 откуцаја у минути, уз ундулациони тип осцилација, без децелерација. Применом екстерне токографије утврђен је нормалан базални тонус утеруса уз нерегуларне контракције ниских амплитуда у трајању до 10 секунди. Сонографским прегледом су потврђене нормална анатомија фетуса и трудноћа у 35. недељи. Приликом сонографског прегледа нису уочени знаци абрупције плаценте. Интернистичким прегледом није било могуће искључити пнеумонију, а није било могуће учинити ни рендгенограм плућа из техничких разлога.

Тешко опште стање болеснице се није могло објаснити клиничким налазом, па је после четири часа од пријема у болницу урађена лапаротомија. Тада је нађено око 400 ml гноја у трбуху (узорак је послат на бактериолошки преглед) и много фибрина по серозама. Терминални илеум и цекум су били фиксирани за паријетални перитонеум, а између њих је уочен апсцес који потиче од апендикса. Осим фибринских наслага на утерусу и аднексама, уочено је неколико миома, те се претпоставило да су у питању дегенерационе промене. Такође су уочене Моргањијеве (*Morgagni*) цисте с обе стране. Гнојни садржај је евакуисан, а фибринске наслага су уклоњене. Урађене су апендектомија и царски рез. Обављене су енуклеације миомаатозних чворова без нарушавања интегритета кавума утеруса, екстирпација Моргањијевих циста и обилна лаважа трбушне дупље хлорамином и физиолошким раствором. Узет је и брис из утеруса. Трбушна дупља је дренирана са више дренажа. Рођено је живо дете телесне масе од 2550 g, а *Apgar* скор је био 5.

Последобијања антибиограма примењени су одговарајући антибиотски лекови. Постоперациони ток је протекао без компликација. Болесница је са дететом пуштена кући петнаестог дана после операције.

## ДИСКУСИЈА

Код болеснице се посумњало на три различита клиничка ентитета: пнеумонију, абрупцију плаценте и пијелонефритис. Пнеумонија није могла бити одмах искључена јер није било могуће урадити рендгенски преглед плућа. Ипак, било је мало вероватно да постоји јер није било симптома и поузданих знака обољења респирационог тракта. Абрупција плаценте је искључена на основу клиничког, лабораторијског, кардиотокографског и сонографског налаза, иако су анамнестички подаци, у извесној мери, указивали на њено постојање. Пијелонефритис такође није могао одмах и са сигурношћу да се искључи због пиурије, али се њиме није могло објаснити тешко опште стање болеснице.

Анатомске и физиолошке промене у трудноћи утичу на отежано постављање дијагнозе апендицитиса у трудноћи. Већина трудница даје податак о извесном степену nelaгодности или бола у абдомену, што може бити изазвано и физиолошким чиниоцима, као што су покрети плода и увећање утеруса у трудноћи, али и бројним другим опстетричким и неопстетричким патолошким стањима, као што су: ектопични гравидитет, торзија аднекса или утеруса, дегенерационе промене миома, спонтани побачај и превремени порођај, абрупција плаценте, хориоамнионитис, руптура утеруса, пијелонефритис и реналне колике (нарочито код ретроцекумске локације апендикса), хепатитис, холециститис и холелитијаза, илеус, панкреатитис, гастроентеритис, улкусна болест, абдоменске херније и малигнитети [7]. Постављање праве дијагнозе често могу отежати физиолошке промене хемограма које су специфичне за трудноћу, као што су повећање броја леукоцита до  $15 \times 10^9/l$ , уз дилуциону анемију [7]. Са напредовањем трудноће, болови се могу јавити у било којем квадранту абдомена. Отежано постављање дијагнозе може допринети и пиурија, што није реткост код болесница с апендицитисом у трудноћи [7]. Ипак, леукоцитозу треба разматрати у склопу осталих дијагностичких параметара.

Апендикс се са напредовањем трудноће помера каудално и упоље, достижући ниво умбиликуса крајем 20. недеље гестације, а ниво бедреног гребена (*crista iliaca*) крајем 24. недеље гестације [8]. Услед тога, бол се из десног доњег квадранта помера, па се, у зависности од старости гестације, највећа болна осетљивост јавља у умбиликалном или пределу фундуса

утеруса, са ирадијацијом према слабинској регији. У трећем триместру гравидитета бол се обично јавља испод ребарних лукова или је дифузан, што се догодило и код наше болеснице. Главни елементи дијагностиковања акутног апендицитиса у трећем триместру гравидитета су: перзистентан абдоменски бол у одсуству опстетричких узрока, изразита неутрофилија, при чему укупан број леукоцита може бити и у границама физиолошких вредности за трудноћу, и пиурија, при чему типични дигестивни симптоми овог обољења (мучнина, гађење и повраћање) не морају бити изражени.

## ЗАКЉУЧАК

Дијагноза постављена са закашњењем и неблагоприятна хируршка интервенција доводе до перфорације и дифузног перитонитиса, што је код трудница потпомогнуто и каудалном дислокацијом оментума гравидним утерусом у другом и трећем триместру. Правовремено постављање дијагнозе у трудноћи могуће је код 50-64% болесница [7]. Већина аутора се слаже да је код болесница код којих се сумња на апендицитис, и поред клиничког искуства, потребно урадити лапароскопију, односно лапаротомију. После 20. недеље гестације и увек када се сумња на дифузни перитонитис, најбоље је применити лапаротомију [4, 7, 9]. После добијања антибиограма неопходно је модификовати почетну антибиотску терапију.

## ЛИТЕРАТУРА

- 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.
- Dukanac-Stamenković J, Cvetković M, Ljubić A, Jovanović A, Antić M, Bradonjić A. Perforated appendicitis with purulent pelveoperitonitis and pregnancy-the case report. *Jugosl Ginekol Perinatol* 2002; 37(3-4):86-8.
- Mazze RI, Kallen B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol* 1991; 77:835-40.
- Retyke U, Graf H, Schmidt M. Appendicitis in pregnancy. *Zentralbl Chir* 1998; 123(4):61-5.
- Lehner R, Tringler B, Steng K, Goharkhay N. Premature labor in a women with perforating appendicitis at 36 weeks of gestation. A case report. *J Reprod Med* 2002; 47:327-8.
- Mastilović M, Stojanović Z, Vukmirović D, Tucaković M, Dević P. Acute appendicitis in pregnancy, labour and puerperium. *Jugosl Ginekol Opstet* 1982; 22(3-4):82-4.
- Angelini DJ. Obstetric triage: management of acute nonobstetric abdominal pain in pregnancy. *J Nurse Midwifery* 1999; 44:572-85.
- Baer JL, Reis RS, Arens RA. Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. *J Am Med Assoc* 1932; 16:1359-64.
- Edwards RK, Bennett BB, Ripley DL, et al. Surgery in the pregnant patient. *Curr Probl Surg* 2001; 38:223-90.

## PERFORATED APPENDICITIS WITH PURULENT PERITONITIS IN THE THIRD SEMESTER OF PREGNANCY

Radmila SPARIĆ, Aleksandar STEFANOVIĆ, Saša KADIJA, Vojislav ŽIŽIĆ  
Institute of Gynecology and Obstetrics, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

### ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common non-obstetric reason of abdominal pain in the pregnancy, causing significant increase of maternal and fetal morbidity and mortality. This is a case report of a patient in the third trimester of pregnancy in whom perforated appendicitis caused purulent peritonitis. She was operated as an emergency case and cesarean section was performed. After the surgery and antibiotic administration according to drug susceptibility test, her postoperative course was uneventful. Delayed diagnosis of the acute appendicitis leads to increased rate of appendicular perforation, with numerous maternal and fetal complications. In cases of suspected appendicitis during pregnancy, surgical exploration is indicated, either by laparoscopy or laparotomy. Laparotomy is

the method of choice in cases after 20 weeks of pregnancy and whenever signs of diffuse peritonitis are present.

**Key words:** appendicitis; peritonitis; pregnancy; cesarean section

Radmila SPARIĆ  
Institut za ginekologiju i akušerstvo  
Klinički centar Srbije  
Višegradska 26, 11000 Beograd  
Telefon: 011 361 5592  
Faks: 011 361 5603  
E-mail: radmila@tesla.rcub.bg.ac.yu