

اپندیسیت در خانمهای حامله

نویسنده: داکتر سید غلام سخی رسول

اپندیسیت عبارت است از التهاب عروه اپندکس، که مریضی نسبتاً معمولی است، وقوعات آن قبل از سی سال ۱۶٪ در جمعیت مردم مشاهده شده است؛ اما در سی سال اخیر سیر نزولی داشته، که ۱۰/۱۰۰۰۰ در جمعیت مردم در سال واقع گردیده است و در نزد خانمهای حامله در هر ۱۰۰۰-۲۰۰۰ نفر، واقعه اپندیسیت دیده شده است. (babiknia)

در یک تعداد واقعات اعراض و علایم اپندیسیت به حمل ارتباط داده میشود و نتیجتاً در تشخیص و تداوی اپندیسیت تأخیر صورت میگیرد که باعث تثقب اپندکس و پريتونیت، مرگ مادر، سقط جنین و ولادت قبل از وقت میگردد؛ چنانکه در هر ۱۰۰ واقعه، ۴ واقعه مرگ مادر از سبب تثقب اپندکس و پريتونیت میباشد و از هر سه طفل یک طفل ضایع میگردد؛ بعد از هر دو حمل در ماه ششم، یکی طفل قبل از وقت به دنیا می آید.

تشخیص اپندیسیت در زمان حمل

تشخیص اپندیسیت با وجود اعراض و علائم آن، در زمان حامله گی از جمله مشکلاتی است که اکثر دوکتوران جراحی و نسایی ولادی به آن مواجه میگردند؛ چنانکه مشکلات باعث تغییر موقعیت اپندکس (از سبب بزرگ شدن رحم)، دلبدی و استفراغ (در حالت نورمال حمل نیز دیده میشود)، دردهای بطنی [اکثر به تقلصات رحمی و ولادت کاذب (تقلصات Braxton Hicks) عطف میشود] و بلند بودن کروییات سفید خون (که در حالت نورمال حمل نیز بلند است) به وجود می آید.

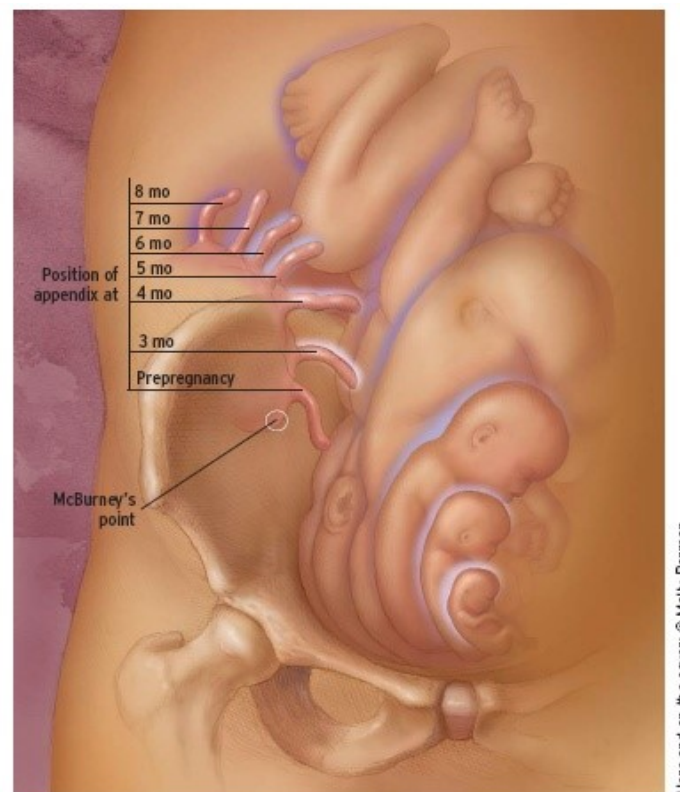


FIGURE 1. The growing uterus progressively displaces the appendix in a counterclockwise rotation out of the pelvis into the right upper quadrant.

در ابتدای حمل، اعراض و علایم اپندیسیت مانند خانمهای بدون حمل است و مشکلات زیادی را به وجود نمی آورد. با بزرگ شدن رحم، اپندکس به طرف علوی به سمت کلیه راست تپله شده، باعث میگردد که دردهای متوقعه قسمت سفلی بطن در فلانک راست و یا خلف احساس گردد، بعضاً با به میان آمدن این دردها به انتان کلیه راست فکر میشود؛ بدین لحاظ هر خانم حامله با دردهای طرف راست بطن باید از نظر اپندیسیت ارزیابی گردد.

زمانی که نزد خانم حامله احتمال اپندیسیت وجود داشته باشد، باید ارزیابی دقیق صورت گیرد و در صورت مشکوک شدن باید عملیات اجرا شود و اگر در جریان عملیات واضح گردید که اپندکس نورمال است، این بهتر است نسبت به اینکه از سبب عملیات نشدن، اختلاطات کشنده و مهلک نزد مریض به وجود آید. در تحقیقات واضح گردیده، که از هر سه مادر حامله که عملیات اپندیسیت شده است یکی آن (۳۵٪) اپندکس نورمال داشته است؛ در حالی که در نزد خانمهای بدون حمل ۱۵٪ است.

(Horowitz و همکاران) راپور داده اند که در نزد ۱۲ خانم حامله که اپندیسیت تشخیص شده بود، در نزد ۷ تن آنها عملیات به تأخیر (بعد از ۲۴ ساعت) انجام شده بود در نتیجه در نزد ۶ خانم حامله اپندکس تثقب نموده، باعث مرگ دو جنین، یک مادر و یک ولادت قبل از وقت گردیده است.

در تحقیقات (S.Mohmodian 1992)، در نزد ۷۱۳ خانم حامله مصاب اپندیسیت تشخیص شده، نشان داده شده است که این مریض انتثقب اپندکس داشته، ۵ مادر از باعث تثقب اپندکس و اختلاطات آن فوت نموده اند؛ همچنان وی واضح ساخت که با جراحی در حدود ۲۰ فیصد چانس مرگ در جریان عملیات در خانمهای حامله با اپندیسیت متثقبه به مقایسه چهار در صد چانس مرگ در خانمهای حامله با اپندیسیت غیر متثقبه وجود دارد. وی توصیه مینماید که عملیات فوری در خانمهای حامله مشکوک به اپندیسیت کلید نجات مادر و طفل است.

با پیشرفت دراماتیک تکنالوژی طبی در ده سال اخیر، عملیات جراحی برای هر

دوگروپ (جنین و مادر) مصون تر است خصوصاً با جراحی لپراسکوپیک.

اپن‌دیسیت حاد در هر مرحله حامله گی به وجود آمده می‌تواند. به اساس مطالعات (Gomez and Wood و Popkin et al) اپن‌دیسیت در ترایمستر اول بیشتر واقع می‌شود؛ در حالی که در مطالعات (Kim et al) در ترایمستر دوم، بیشتر واقعات اپن‌دیسیت رخ داده است. (Lee et al) راپور داده است که بیشترین واقعات در ترایمستر سوم، دیده شده است؛ اما در تحقیق (Cho et al) کدام تفاوتی در ترایمستر وجود ندارد.

تشخیص اپن‌دیسیت در زمان حمل با اخذ ساده تاریخچه و اعراض و علایم مشابه و تغییر موقعیت درد مشکل است. بر علاوه محدودیت در استفاده از میتوهای رادیولوژیک با در نظر داشت خطرات برای جنین، مشکلاتی را در تشخیص به وجود آورده است. تأخیر در تشخیص به تأخیر در تداوی می انجامد و سرانجام باعث تثقب اپندکس و سبب اختلاط جدی می‌گردد و مرگ و میر جنین و مادر را به وجود می آورد.

به صورت عموم سیستم نمره (point) همراه با تظاهرات کلینیکی، دریافتهای فیزیکی و تستهای خون برای تشخیص اپن‌دیسیت و التراسونوگرافی و بعضاً Computed Tomography برای تأیید تشخیص اجرا می‌شود. سیستم Alvarado score معمولترین سیستم نمره دهی است، که یک نمره برای دردهای مهاجرتی، یک نمره برای سقوط اشتها، یک نمره برای دلبدی و استفراغ، یک نمره برای تب، دو نمره برای tenderness طرف راست سفلی بطن، یک نمره برای Rebound tenderness، دو نمره برای لیکوسایتوزس و یک نمره برای ازدیاد تعداد نتروفیل در نظر گرفته شده است، که مجموعاً ده نمره می‌گردد. طبق نظریات (Oh et al)، در سیستم Alvarado score هفت نمره و یا بالاتر از آن می‌تواند برای ارزیابی مثبت اپن‌دیسیت نزد شخص کاهل مفید باشد. بی اشتهایی، دلبدی و استفراغ، ازدیاد تعداد لیکوسایتها و نتروفیل از جمله اعراض و علایم کلینیکی نورمال و فزیولوژیک خانم حامله است. بنابراین، استفاده از سیستم point برای تشخیص اپن‌دیسیت نزد خانمهای حامله مناسب نیست. در زمان مقدم حامله گی اپندکس در قسمت راست سفلی بطن قرار

دارد. تغییر موقعیت اپندکس به قسمت راست سره و یا راست علوی بطن با بزرگ شدن رحم صورت میگیرد، در نتیجه محل درد نیز تغییر میکند. اگرچه دردهای سفلی راست بطن نزد خانمهای حامله بدون اپن‌دیسیت نیز معمول است، با آنهم دردهای سفلی راست بطن دریافت بسیار دقیق اپن‌دیسیت در زمان حامله گی است. بعضاً مشکل است که تندرns در مریضان حامله را با اپن‌دیسیت تثبیت نمود؛ زیرا اپندکس از اثر بزرگ شدن رحم تغییر موقعیت داده، جدار پریتون از اپندکس دور میماند و اعراض تنبۀ پریتون از اثر رخاوت عضلات تنقیص مینماید. نظر به بعضی راپورهای (Rovsing sign و Psoas sign) در دو بر سه مریضان حامله دریافت نمیگردد. درد بطن در تمام واقعات بدون استثنا به وجود آمده، یگانه مشعر کلینیکی مناسب برای تشخیص اپن‌دیسیت در زمان حامله گی است. توجه خاص باید به نتیجه معاینات لابراتواری خانم حامله مصاب اپن‌دیسیت مبذول گردد؛ زیرا در زمان حمل نورمال، تعداد لیکوسایتها تا به 12000 mm^3 و در وقت ولادت تا به $30000 \text{ mm}^3 - 18000 \text{ mm}^3$ بلند میرود. طبق مطالعات (Hee و Viktrup) تعداد لیکوسیتها در اپن‌دیسیت نزد مریضان حامله نظر به خانمهایی با اپندکس نورمال واضحاً بلند میرود. (Kim et al) یادآوری نموده است، زمانی به اپندکس متنبه باید مشکوک شد که لیکوسایتوزس 16000 mm^3 و یا بالاتر از آن وجود داشته باشد. مطالعات دیگری نشان داده، که سوئۀ نورمال لیکوسیتها و نetroفیل نیز در $7.1 - 41.7$ فیصد مریضان حامله با اپن‌دیسیت وجود داشته است. لذا با سوئۀ نورمال لیکوسیتها و نetroفیل نیز باید به اپن‌دیسیت مشکوک شد. عدم ازدیاد سوئۀ لیکوسیتها به معنای عدم اپن‌دیسیت نیست و ازدیاد سوئۀ لیکوسیتها به معنای اپن‌دیسیت نیست. ازدیاد سوئۀ نetroفیل با اعراض مخبره اپن‌دیسیت در تشخیص اپن‌دیسیت کمک میکند و اگر سوئۀ لیکوسیتها بسیار بلند برود احتمال تثقب اپندکس وجود دارد و عملیات عاجل باید اجرا شود.

(Freedland et al) پیشنهاد مینماید که مصون ترین میتود تشخیصیه برای اپن‌دیسیت در زمان حامله گی التراسونوگرافی است. زمانی که تشخیص اپن‌دیسیت گذاشته شد عملیات عاجل خطرات برای مادر و جنین را کاهش میدهد. جراحی میتواند به شکل اپندکتومی باز

کلاسیک و یا اپندکتومی لپراسکوپیک اجرا شود. قبل از سالهای ۱۹۹۰ لپراتومی توصیه میشد؛ زیرا عملیات لپراسکوپي را برای خانم حامله مضاد استطباب میدانستند؛ اما با آنهم جراحی لپراسکوپي برای torsionAdnexal و کیستهای تخمدان در زمان حامله گی توسط Obstetrician ها و توسط جراحان Cholecystectomy ها و اپندکتومیها در اواخر دهه ۱۹۸۰ اجرا میگردد، در نتیجه دریافتند که جراحی لپراسکوپي برای اپندیسیت در زمان حمل از نظر مصونیت معادل جراحی لپراتومی است. فعلاً جراحی لپراسکوپي برای اپندیسیت زمان حمل کاملاً اجرا میشود. (Nezhat et al)، ۹۳ مریض حامله را که تحت عملیات اپندکتومی لپراسکوپیک قرار گرفته بودند ارزیابی نمود، دریافت کرد که عملیات لپراسکوپیک برای اپندکتومی در زمان حمل خطرناک نیست. آنها انواع خطراتی را که احتمال دارد در زمان عملیات لپراسکوپیک به وجود آید، تحلیل کردند. اولین خطر عملیات لپراسکوپیک تخریب رحم از سبب تطبیق تروکارو یا سوزن Veress در موجودیت رحم بزرگ است. به منظور جلوگیری از این خطر توصیه مینماید تا از تکنیک باز و استفاده از سوزن Hasson صورت گیرد. خطر دوم، تشوشات اسید و باز است که از سبب تطبیق CO₂ در جریان عملیات لپراسکوپیک به وجود آمده است، اسیدوزس جنین از سبب Hypercarbia به وجود می آید. به منظور تنقیص دادن خطر هایپرکاریا و اسیدوزس باید فشار داخل بطن به ۲۰mmHg و یا پائینتر از آن نگهداشته شود و زمان عملیات نیز کوتاه گردد. وقت مناسب برای عملیات لپراسکوپیک در زمان حمل همانا ترایمستر اول و دوم است و در ترایمستر سوم مضاد استطباب دانسته شده است. گرچه درین اواخر جراحی لپراسکوپیک در ترایمستر سوم حامله گی نیز راپور داده شده است.

(Machado و Grant) پیشنهاد نمودند که جراحی لپراسکوپیک با محدود کردن فشار داخل بطن به ۱۲-۱۰mmHg و زمان عملیات به ۶۰ دقیقه پیامد خوبی برای مادر و جنین دارد؛ اما Follow-up طولانی مدت در اطفال، بعد از ولادت تا هنوز انجام نشده است و ضرور است تا تحقیقات بیشتری درین زمینه صورت گیرد.

اپن‌دیسیت در جریان حامله گی برای مادر و جنین خطرناکی دارد. اختلالات بعد از عملیات به دو گروه مادر و جنین تقسیم می‌گردد. در اختلالات مادری، مرگ و میر در مطالعات ابتدایی ۲۴٪ بوده است؛ اما درین اواخر با عملیات مقدم، انتی بیوتیک‌های جدید، وسیع الساحة و Safe، انکشاف تکنیک‌های انستیزی و جراحی، کاهش قابل ملاحظه‌ی بی به وجود آمده است. اختلالات دیگر شامل انتان جرحه، ایلئوس بعد از عملیات، انسداد امعاء، اختلالات تنفسی، آبسه‌های داخل بطنی و ولادتهای قبل از وقت می‌گردد.

(Yilmaz et al) راپور داده است، که اندازه وقوعات تثقب اپندکس در جریان حامله گی ۴۰٪ بوده و خطر تثقب زمانی زیاد است که از شروع اعراض الی عملیات بیشتر از ۲۰ ساعت گذشته باشد. همچنان وی واضح نمود که ازدیاد ولادتهای قبل از وقت مستقیماً با ازدیاد تثقب اپندکس در ارتباط است (Zhang et al) راپور داده است که ۱۶٪ ولادتهای قبل از وقت در حادثات اپن‌دیسیت غیر متثقبه و ۲۵٪ ولادتهای قبل از وقت در حادثات اپن‌دیسیت متثقبه به ملاحظه رسیده است.

اختلالات جنین شامل سقط، انومالیهای ولادی و تأخیر در نشو و نما داخل رحمی میباشد. در مطالعات ابتدایی، مرگ جنین ۴۰-۵۰٪ بوده است؛ اما با عملیات مقدم، انکشاف انتی بیوتیک‌های جدید، تکنیک‌های مدرن جراحی و انستیزی، سیستم مانیتورنگ جنین و اهتمامات جدی نوزاد، اختلالات کاهش یافته است. میزان مرگ جنین در واقعات اپن‌دیسیت غیر متثقبه در حدود ۱۴-۴٪ بود؛ اما در واقعات اپن‌دیسیت متثقبه این میزان مرگ و میر به ۲۱-۳۵٪ رسید. (Zhang et al).

Rate اپندکتومی منفی در زمان حامله گی از ۱۵-۵۰ فیصد است و این تناسب زمانی که جراحان عمومی عملیات مینمایند ۱۵ تا ۳۵ فیصد و زمانی که gynecologist ها عملیات را انجام میدهند ۲۵ تا ۵۰ فیصد میرسد. (Freeland M, Brown JJ). (۲۰۰۹). urad J و Elliott J) نقاط کلیدی را تذکر داده اند که ذیل خلاصه می‌گردد:

- ۱- اپنڈیسیت در خانمهای حامله در هر ترایمستر میتواند واقع گردد. وقوع آن تقریباً ۳۰٪ در ترایمستر اول، ۴۵٪ در ترایمستر دوم و ۲۵٪ در ترایمستر سوم است.
- ۲- دردهای طرف راست بطن مهمترین عرض ثابت اپنڈیسیت است. اعراض هضمی اپنڈیسیت بی اشتها، دلبدی، استفراغ و ناراحتی بطنی مانند اعراض مقدم حمل میباشد.
- ۳- بزرگترین خطر برای مادر و جنین تثقب اپنڈکس است. اندازه تثقب اپنڈکس در جریان حمل بلند است (۴۵٪) در حالی که در جمعیت مردم ۱۹٪ است.
- ۴- از تکنیکهای جراحی باز و لپراسکوپیک برای اپنڈیسیت استفاده میگردد. صرف نظر از نوع عملیات، جراحی تداوی انتخابی است.

“the mortality of appendicitis complicating pregnancy is the mortality of delay.”

(Melnick DM 2004)

References

1. Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1977;50:40-44.
2. Cho H, Han DJ, Yoon DW. Clinical analysis of acute appendicitis in pregnancy. *J Korean Surg Soc.* 1986;31:363-372.
3. Freeland M, King E, Safcsak K, Durham R. Diagnosis of appendicitis in pregnancy. *Am J Surg.* 2009;198:753-758
- 4 -Gomez A, Wood M. Acute appendicitis during pregnancy. *Am J Surg.* 1979;137:180-183.
- 5-Hee P, Viktrup L. The diagnosis of appendicitis during pregnancy and maternal and fetal outcome after appendectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;65:129-135.
- 6- Kim DJ, Cho HW, Kang JS. A clinical study on acute appendicitis in pregnancy. *J Korean Surg Soc.* 1982;24:83-88.
- 7-Kim EC, Kang TW, Chang TS. Acute appendicitis during pregnancy. *J Korean Surg Soc.* 1997;52:128-136.
- 8 .Lee KW, Koo BG, Han HD, Kim DH. Appendicitis during pregnancy. *Korean J Obstet Gynecol.* 1990;33:1544-1548.
- 9-Lee CS, Joo DH, Lee HI, Park SH, Yoo YO, Kim YI, et al.

Clinical analysis of 36 appendectomies in pregnant women. J Korean Surg Soc. 1997;53:408–414.

10- Park CW, Sul JY. A comparison of laparoscopic versus open appendectomy during pregnancy. J Korean SocEndoscLaparosc Surg. 2007;10:100–104.

11- Yilmaz HG, Akgun Y, Bac B, Celik Y. Acute appendicitis in pregnancy: risk factors associated with principal outcomes: a case control study. Int J Surg. 2007;5:192–197.

12- Zhang Y, Zhao YY, Qiao J, Ye RH. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. Chin Med J (Engl) 2009;122:521–524.