

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ****ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:  
ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ  
ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ****Ι. Θανασάς, Μ. Καλινδέρης, Π. Κεσκερίδης, Β. Σταυροπούλου,  
Α. Αθανασίου, Σ. Καλαγασίδου, Κ. Κουτσογεωργόπουλος, Μ. Ευαγγέλου****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα αποτελεί την πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην εγκυμοσύνη. Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά σε έγκυο πρωτοτόκο, η οποία, διανύοντας την 28η εβδομάδα της κύησης, προσέρχεται στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτώμενη πόνο στη δεξιά κοιλιακή χώρα, με κύρια εντόπιση στο επίπεδο του ομφαλού. Ο κοιλιακός πόνος, συνοδευόμενος από ναυτία, εμέτους, ανορεξία και δεκαδική πυρετική κίνηση χρονολογείται περίπου από οκτώωρου. Ο αποκλεισμός της πρόωρης μνομητρικής δραστηριότητας, καθώς και άλλων παθήσεων που θα μπορούσαν να εκδηλωθούν με παρόμοια κλινική εικόνα θέτει τη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Διεγχειρητικά, διαπιστώνεται οξεία εντοπισμένη φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης και εκτελείται σκωληκοειδεκτομή από ομάδα ειδικών χειρουργών. Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Την 5η ημέρα νοσηλείας, μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία και χωρίς σημεία έναρξης πρόωρου τοκετού, η ασθενής εξέρχεται από την κλινική μας έχουσα καλώς. Μετά τη συμπλήρωση της 39ης εβδομάδας, γέννησε με προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής. Στο παρόν άρθρο, μετά την περιγραφή του περιστατικού, επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με τη διαγνωστική προσέγγιση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη.

*Όροι ευρετηρίου: οξεία σκωληκοειδίτιδα, εγκυμοσύνη, διάγνωση, πρόγνωση.*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ίδιας της κύησης (πύρωση, σιαλόρροια, υπερέμεση) ή να προϋπάρχουν ή να εμφανίζονται τυχαία κατά τη διάρκεια αυτής (ηπατίτιδα, δυσκοιλιότητα, σκωληκοειδίτιδα) δημιουργώντας ή όχι οξύ χειρουργικό πρόβλημα. Οι οξείες χειρουργικές παθήσεις του πεπτικού συστήματος που συνοδεύουν την κύηση παρουσιάζουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον. Οι φυσιολογικές ανατομικές, μορφολογικές, λειτουργικές, μεταβολικές, αιμοδυναμικές και βιοχημικές αλλαγές που υφίσταται ο μητρικός οργανισμός, αλλά και οι δυνητικοί κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβryo επηρεάζουν σε άλλοτε άλλο βαθμό την κλινική εκδήλωση, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση των οξέων χειρουργικών παθήσεων στην εγκυμοσύνη. Κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή του σχετικά με τον τρόπο που μια χειρουργική πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη ή αντίθετα να επηρεασθεί από αυτή, αλλά και η ενεργός συμμετοχή του στη διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγεία για τη μητέρα και το έμβryo<sup>1</sup>.

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην εγκυμοσύνη. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου φαίνεται να είναι η ίδια, τόσο για τις έγκυες, όσο και για τις μη έγκυες γυναίκες. Γενικά, η επίπτωση της σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη υπολογίζεται ότι αφορά στο 0,05%-0,07% του συνόλου των κυήσεων. Είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο τρίμηνο και αφορά περίπου στο 27%-60% των περιπτώσεων. Λιγότερο συχνά μπορεί να εκδηλωθεί στο πρώτο και το τρίτο τρίμηνο της κύησης, με συχνότητα που κυμαίνεται από 19%-36% και 15%-33%, αντίστοιχα<sup>2</sup>.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε έγκυο πρωτοτόκο, ηλικίας 21 ετών, η οποία διανύοντας την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αναφέροντας, από οκτώ ωρών περίπου, πόνο στη δεξιά κοιλιακή χώρα, με κύρια εντόπιση στο επίπεδο του ομφαλού. Ο πόνος συνοδεύεται από ναυτία, εμέτους και

Πίνακας 1. Παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής ή άλλης προέλευσης που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία σκωληκοειδίτιδα στην εγκυμοσύνη

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μαιευτικές/γυναικολογικές καταστάσεις</li> <li>- ωοθηκική κύστη</li> <li>- συστροφή εξαρτήματος</li> <li>- σαλπινγίτιδα</li> <li>- ραγείσα κύστη ωχρού σωματίου</li> <li>- εκφυλισθέν ινομύωμα της μήτρας</li> <li>- έκτοπη εγκυμοσύνη</li> <li>- αποκόλληση πλακούντα</li> <li>- χοριοαμνιονίτιδα</li> <li>- προεκλαμψία</li> <li>- έκλυση πρόωρου τοκετού</li> <li>- υπερέμεση της κύησης</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μη μαιευτικές/γυναικολογικές καταστάσεις</li> <li>- γαστρεντερίτιδα</li> <li>- παθήσεις ουροποιητικού</li> <li>- πνευμονοφρίτιδα</li> <li>- χολοκυστίτιδα</li> <li>- χολολιθίαση</li> <li>- παγκρεατίτιδα</li> <li>- νεφρολιθίαση</li> <li>- μεσεντέριος αδενίτιδα</li> <li>- εκκολπωματίτιδα του παχέος εντέρου</li> <li>- πνευμονική εμβολή</li> <li>- πνευμονία</li> </ul> |
|---|--|

ανορεξία. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο, χωρίς παθολογική σημασία. Οι πληροφορίες που ελήφθησαν από το μαιευτικό ιστορικό παρακολούθησης της εγκύου πιστοποίησαν την ομαλή μέχρι τώρα εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Κατά τη γενική φυσική εξέταση, διαπιστώθηκε δεκατική πυρετική κίνηση (θ 37.6 °C). Η αρτηριακή πίεση και οι σφύξεις ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων, ενώ διαπιστώθηκε ευαισθησία στην ψηλάφηση της δεξιάς κοιλιακής χώρας, στο επίπεδο του ομφαλού, με θετικό το σημείο McBurney και αναπηδώσα ευαισθησία. Κατά τη μαιευτική εξέταση, δε διαπιστώθηκαν πρόωρες συστολές της μήτρας. Μετά την εισαγωγή της εγκύου στην κλινική μας, με το μαιευτικό υπερηχογράφημα επιβεβαιώθηκε η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Το αμνιακό υγρό και τα Dopplers στα ομφαλικά αγγεία ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος άνω κοιλίας έδειξε ήπια φυσιολογικών διαστάσεων με φυσιολογική ηχοδομή και ηχογένεια και χωρίς εικόνα διάτασης των ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων. Το πάγκρεας απεικονίστηκε χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα νεφρών, ουρητήρων και ουροδόχου κύστης ήταν φυσιολογικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο: Hb 12.7g/dl, WBC 15700/ml<sup>3</sup>, NEUT 85%, PLT 201000 ml<sup>3</sup>, PT 10.5, aPTT 29.2, INR 0.97, ιωδογόνο 431mg%, Glu 107mg/dl, ουρία 35mg/dl, κρεατινίνη 0.58mg/dl, ουρικό οξύ 3.1mg/dl, νάτριο 139mEq/L, κάλιο 4.1mEq/L. Η TKE και η CRP ήταν οριακά αυξημένες. Ο έλεγχος της βιολογίας του ήπατος και η αμύλαση ορού και ούρων ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η κλινική εξέταση από ομάδα ειδικών χειρουργών έθεσε την υποψία της οξείας σκωληκοειδίτιδας και η ασθενής τέθηκε υπό στενή παρακολούθηση και αντιβιοτική αγωγή με κεφαλοσπορίνη β' γενιάς.

Η εμμονή της κλινικής/εργαστηριακής εικόνας και η μη βελτίωση της γενικής κατάστασης της ασθενούς λίγο αργότερα οδήγησαν στην απόφαση για ερευνητική λαπαροτομία με δεξιά παράμεση τομή. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε φλεγμαίνουσα σκωληκοειδής απόφυση και εκτελέστηκε σκωληκοειδεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Άμεσα μετεγχειρητικά, υπό τοκολυτική αγωγή με προγεστερόνη, η ασθενής ανέφερε απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Χωρίς σημεία πρόωρης έναρξης μιομητρικής δραστηριότητας εξήλθε από την κλινική μας την 5η ημέρα νοσηλείας με οδηγία για παρακολούθηση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Μετά τη συμπλήρωση της 39ης εβδομάδας, γέννησε με προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής.

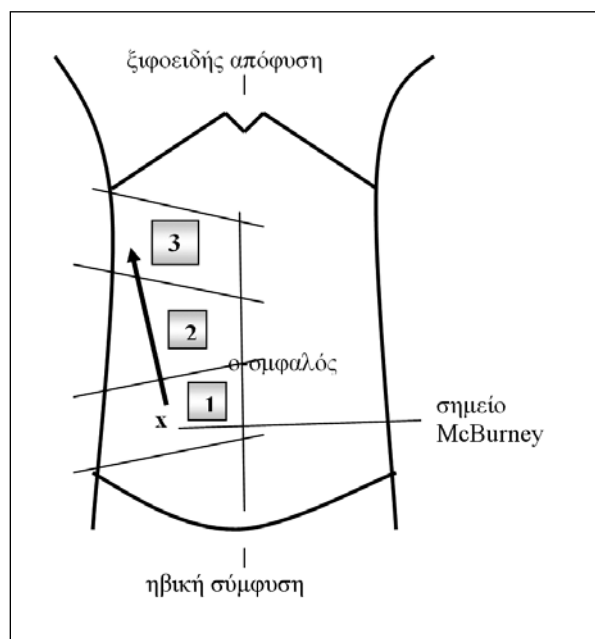
### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι δύσκολη, με ποσοστά διαγνωστικού λάθους που ξεπερνούν το 20% των περιπτώσεων. Πρόσφατα, οι McGooy και συν. στη μελέτη τους, η οποία περιελάμβανε 3.133 έγκυες με κλινική συμπτωματολογία οξείας σκωληκοειδίτιδας που υποβλήθηκαν σε σκωληκοειδεκτομή, σε ποσοστό 23% διαπίστωσαν αρνητικό ιστολογικό αποτέλεσμα<sup>3</sup>. Η συνήθης ήπια κλινική εικόνα που πολλές φορές μμιείται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης, η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα και, ειδικότερα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας είναι δυνατό να καθυστερήσουν την έγκαιρη και σωστή διάγνωση της νόσου. Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα και παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων (δική μας

περίπτωση). Συνήθως είναι ήπιος, μη θορυβώδης, με εντόπιση σε σημείο κατά μήκος της δεξιάς επιφάνειας της κοιλιακής χώρας, ανάλογα με την ηλικία της κύησης. Η ναυτία, οι έμετοι, η ανορεξία και ο πυρετός αποτελούν συχνές εκδηλώσεις της νόσου που συνοδεύουν το κοιλιακό άλγος. Η ναυτία αποτελεί το πιο σταθερό συνοδό σύμπτωμα και είναι παρούσα σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Έμετοι και ανορεξία παρατηρούνται στα 2/3 και 1/3-2/3 των εγκύων ασθενών, αντίστοιχα. Ο πυρετός και η ταχυκαρδία ποικίλουν και δεν αποτελούν αξιόπιστο κλινικό διαγνωστικό κριτήριο για τη νόσο. Ο υψηλός πυρετός και η κακή γενική κατάσταση της ασθενούς θέτουν την υποψία διάτρησης της σκωληκοειδούς και την πρόκληση γενικευμένης περιτονίτιδας<sup>4</sup>.

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα της σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι η μετατόπιση του σημείου ευαισθησίας (σημείο McBurney) στο δεξιό πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα. Η μετατόπιση αυτή οφείλεται στην προοδευτική προς τα άνω, δεξιά και πίσω παρεκτόπιση της θέσης του τυφλού και της σκωληκοειδούς κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης. Έτσι, πέραν των άτυπων εκδηλώσεων της νόσου, ο πόνος στο πρώτο τρίμηνο εντοπίζεται στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας και εύκολα μπορεί να αποδοθεί σε ευαισθησία των στρογγύλων συνδέσμων της μήτρας (σύνδρομο των στρογγύλων συνδέσμων). Στο δεύτερο τρίμηνο, ο πόνος εντοπίζεται στη δεξιά κοιλιακή χώρα, στο επίπεδο του ομφαλός (δική μας περίπτωση), ενώ στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, ο πόνος μπορεί να είναι διάχυτος ή να εντοπίζεται στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας (εικόνα 1). Η αναπηδώσα ευαισθησία (rebound) που υποδηλώνει την επέκταση της φλεγμονής στο τοιχωματικό περιτόναιο διαπιστώνεται στο 55%-75% των περιπτώσεων. Η φλεγμονή του τοιχωματικού περιτοναίου είναι δυνατό να ερεθίσει το υπερκείμενο μυϊκό τοίχωμα και να προκαλέσει μυϊκή σύσπαση. Το σημείο του ψοίτου μυός, όπως και το σημείο Rovsing παρατηρούνται λιγότερο συχνά στην εγκυμοσύνη από ότι στις μη έγκυες γυναίκες. Η δακτυλική εξέταση από το ορθό μπορεί να έχει διαγνωστική αξία στο πρώτο τρίμηνο<sup>4</sup>. Με παλαιότερη μελέτη, οι Tamir και συν. διαπίστωσαν ότι λιγότερο από το 1/3 των ασθενών με οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση είχαν την κλασική συμπτωματολογία των θετικών σημείων Rovsing, ψοίτου μυός και αναπηδώσας ευαισθησίας<sup>5</sup>.

Η λευκοκυττάρωση, η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) και η θετικοποίηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) πρέπει να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή, καθόσον μπορούν να παρατηρηθούν και στη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Η «φυσιολογική» λευκοκυττάρωση της κύησης, μέχρι και 16.000/μl δυσκολεύει την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με δεδομένο ότι ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν ξεπερνά σε όλες τις περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας το όριο αυτό. Παρόλα αυτά όμως, «στροφή» του τύπου προς τα αριστερά διαπιστώνεται στο 75% των ασθενών και θέτει σοβαρή υποψία ύπαρξης οξείας φλεγμονής (δική μας περίπτωση). Η σημαντική πυουρία και η μακροσκοπική αιματουρία που είναι δυνατό να αναδείξει η γενική εξέταση των ούρων πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος και κυρίως από την οξεία πυελονεφρίτιδα. Η πυελονεφρίτιδα στην εγκυμοσύνη, συχνότερα από κάθε άλλη πάθηση διαγιγνώσκεται λανθασμένα αντί για τη σκωληκοειδίτιδα<sup>6</sup>. Άλλες σημαντικές παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής ή άλλης προέλευσης<sup>7</sup> που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση φαίνονται στον πίνακα 1. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, η διαφορική διάγνωση πρέπει να αποτελεί συνάρτηση της ηλικίας κύησης, εφόσον σύμφωνα με αυτή αλλάζει και η τοπογραφική θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης (εικόνα 1).



*Εικόνα 1. Σχηματική απεικόνιση της χαρακτηριστικής προοδευτικής μετατόπισης του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης προς τα πάνω, δεξιά και πίσω στο δεξιό πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα κατά την ψηλάφηση τα σημεία ευαισθησίας να βρίσκονται ψηλότερα και προς τα έξω (μαύρο βέλος).*

*1, 2, 3: περιοχές εντοπιζόμενης ευαισθησίας που χαρακτηρίζουν την οξεία σκωληκοειδίτιδα κατά το πρώτο, δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης, αντίστοιχα.*

*X: σημείο McBurney-σημείο ευαισθησίας της σκωληκοειδίτιδας που φυσιολογικά στη μη έγκυο γυναίκα αντιστοιχεί στο έξω τρίτημόριο της νοητής γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την άνω δεξιά λαγόνιο ακρολοφία). (Δικό μας σχήμα).*

Παρόλο που η διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη προεχειρητικά βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και την κλινική εξέταση (δική μας περίπτωση), δεν αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών μεθόδων<sup>8</sup>. Το υπερηχογράφημα (US) αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην προσπάθεια της διαγνωστικής διερεύνησης της νόσου και, επιπλέον, σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία (CT), δεν απαιτεί τη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας, η οποία καλό είναι να αποφεύγεται στην εγκυμοσύνη, λόγω των πιθανών βλαβών που μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος που πραγματοποιείται σήμερα με την ειδική τεχνική της βαθμιαίας συμπίεσης (real-time high-resolution sonography with graded compression technique) έχει υψηλή ειδικότητα στη διάγνωση της νόσου, με την προϋπόθεση η σκωληκοειδής απόφυση να απεικονίζεται χωρίς ασαφή υπερηχογραφικά ευρήματα. Είναι δυνατό να επιτύχει την άμεση απεικόνιση της φλεγμίνουσας απόφυσης και την παρουσία περισκωληκοειδικών συλλογών που συνηγορούν υπέρ της διάτρησης. Ωστόσο, η ευαισθησία της μεθόδου δεν είναι τόσο υψηλή, συγκριτικά με αυτή της CT. Η αδυναμία υπερηχογραφικής απεικόνισης της σκωληκοειδούς σε κάθε περίπτωση υποψίας οξείας φλεγμονής πρέπει να θέτει δίλημμα ανάμεσα στην απόφαση για ερευνητική λαπαροτομία, με βάση μόνο τα κλινικά κριτήρια (δική μας περίπτωση) και στη διερεύνηση της νόσου με CT απεικόνιση<sup>9</sup>. Οι Terasawa και συν., αναλύοντας τα αποτελέσματα των ερευνών τους, διαπίστωσαν ότι η διαγνωστική αξία της CT είναι μεγαλύτερη από εκείνη των υπερήχων. Πιο συγκεκριμένα, η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική προγνωστική αξία και η αρνητική προγνωστική αξία των US και της CT ήταν 0.86/0.94, 0.81/0.95, 5.8/13.3, και 0.19/0.09, αντίστοιχα<sup>10</sup>. Πρόσφατα, οι Pendrosa και συν. υποστήριξαν ότι η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) αναμένεται μελλοντικά να συμβάλει σημαντικά στη διάγνωση του οξέος κοιλιακού πόνου στην εγκυμοσύνη, όταν τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι ασαφή και να αντικαταστήσει τη «βλαπτική» για το έμβρυο CT. Στη μελέτη τους που περιελάμβανε 51 έγκυες με συμπτωματολογία ύποπτη για οξεία σκωληκοειδίτιδα, οι οποίες αξιολογήθηκαν με MRI και US, διαπίστωσαν ευαισθησία, ειδικότητα, θετική προγνωστική αξία, αρνητική προγνωστική αξία και ακρίβεια 100%, 93,6%, 1,4%, 100%, και 94%, αντίστοιχα. Η CT πρέπει να επιλέγεται στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις που τα απεικονιστικά ευρήματα του μαγνητικού συντονισμού είναι ασαφή και υπάρχει έντονη υποψία της νόσου<sup>11</sup>. Τελευταία, οι Israel και συν. δημοσίευσαν ότι, όταν η σκωληκοειδής απόφυση απεικονίζεται στην MRI, η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική προγνωστική αξία και η αρνητική προγνωστική αξία για τη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην κύηση είναι 100% για όλες τις παραμέτρους. Αντίθετα, στην υπερηχογραφική απεικόνιση της σκωληκοειδούς, η ευαισθησία και η αρνητική προγνωστική αξία κατέρχονται στο 50% και 66%, αντίστοιχα<sup>12</sup>.

Η πρόγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας γίνεται πιο βραδιά, όσο πιο προχωρημένη είναι η ηλικία της κύησης και όσο μεγαλύτερη είναι η καθυστέρηση της διάγνωσης. Υπολογίζεται ότι το χρονικό διάστημα από την εκδήλωση των συμπτωμάτων μέχρι τη χειρουργική επέμβαση δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 20 ώρες<sup>13</sup> (δική μας περίπτωση). Η καθυστερημένη διάγνωση είναι δυνατό να οδηγήσει στην εκδήλωση γενικευμένης περιτονίτιδας και σηψαιμίας μετά από ρήξη περισκωληκοειδικού αποστήματος. Η διάτρηση της σκωληκοειδούς είναι πιο συχνή στην εγκυμοσύνη, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και αυξάνει σημαντικά τη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα<sup>14</sup>. Η έκλυση πρόωρου τοκετού αποτελεί την κυριότερη επιπλοκή της νόσου. Οι πρόωρες συστολές της μήτρας και ο πρόωρος τοκετός στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης αφορούν στο 83% και 13%-16%, αντίστοιχα. Στο δεύτερο τρίμηνο, η συχνότητα έκλυσης πρόωρου τοκετού παρατηρείται αυξημένη και αφορά στο 25% των περιπτώσεων<sup>15</sup>. Η εμβρυϊκή απώλεια σε περιπτώσεις εντοπισμένης μη επιπλεγμένης οξείας φλεγμονής κυμαίνεται από 0%-1,5%, ενώ μετά από ρήξη της σκωληκοειδούς και εκδήλωση γενικευμένης περιτονίτιδας ανέρχεται στο 20%-35% των περιπτώσεων. Η μητρική θνησιμότητα σήμερα είναι εξαιρετικά σπάνια. Μόνο σε προχωρημένη εγκυμοσύνη και σε επιπλεγμένες καταστάσεις της νόσου το ποσοστό μπορεί να παρατηρηθεί αυξημένο και είναι δυνατό να ξεπεράσει το 4% των περιπτώσεων<sup>16</sup>.

#### SUMMARY

Acute appendicitis is the most common non-obstetric reason for research laparotomy during pregnancy. This report presents a case of a 28 week pregnant for the first time who presented at the out-patient department of our clinic complaining of lateral abdominal pain which was mainly localized to the periumbilical region. The patient presented with an 8 hour history of abdominal pain accompanied with nausea, vomiting, anorexia and low-grade fever. Ruling out premature myometrial activity and other diseases that could manifest the same clinical picture provided the diagnosis of possible acute appendicitis. Acute inflammation of the appendix was found during the surgery and appendicectomy was performed by a special surgery team. The histological examination confirmed the diagnosis. The patient left the clinic on the fifth day of hospitalization in good health state, not having shown post surgery complications and sings of premature labor. At the end of the 39th week of gestation, she delivered by a planned caesarian section, due to breech position of the fetus. A short review of the current literature is performed in the present article, following the description of the case and regarding the diagnostic approach of acute appendicitis during pregnancy.

*Key words: acute appendicitis, pregnancy, diagnosis, prognosis.*

**BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K eds. *Gastrointestinal Disorders. Williams Obstetrics, 22nd Edition, McGraw-Hill, 2005; 1111-1123.*
2. Tracey M, Fletcher HS. *Appendicitis in pregnancy. Am Surg 2000; 66:555-560.*
3. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM. *Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. J Am Coll Surg 2007; 205:534-540.*
4. Scott-Conner C EH, Perry R. *Acute abdomen and pregnancy. Emedicine article. Updated: Jun 7 2006 <http://www.emedicine.medscape.com/article/195976-overview>.*
5. Tamir IL, Bonqard FS, Klein SR. *Acute appendicitis in the pregnant patient. Am J Surg 1990; 160: 571-575.*
6. Munoz M, Usatine RP. *Abdominal pain in a pregnant woman. J Fam Pract 2005; 54:665-668.*
7. Pastore PA, Loomis DM, Sauret J. *Appendicitis in pregnancy. J Am Board Fam Med 2006; 19:621-626.*
8. Brown JJ, Wilson C, Coleman S, Joypaul BV. *Appendicitis in pregnancy: an ongoing diagnostic dilemma. Colorectal Dis 2009; 11:116-122.*
9. Williams R, Shaw J. *Ultrasound scanning in the diagnosis of acute appendicitis in pregnancy. Emerg Med J 2007; 24:359-360.*
10. Terasawa T, Blackmore CC, Bent S, Kohlwes RJ. *Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. Ann Intern Med 2004; 141:537-546.*
11. Pedrosa I, Levine D, Eyvazzadeh AD, Siewert B, Ngo L, Rofsky NM. *MR imaging evaluation of acute appendicitis in pregnancy. Radiology 2006; 238:891-899.*
12. Israel GM, Malguria N, McCarthy S, Copel J, Weinreb J. *MRI vs. ultrasound for suspected appendicitis during pregnancy. J Magn Reson Imaging 2008; 28:428-433.*
13. 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.*
14. Somani RA, Kaban G, Cuddington G, McArthur R. *Appendicitis in pregnancy: a rare presentation. CMAJ 2003; 168:1020.*
15. Guttman R, Goldman RD, Koren G. *Appendicitis during pregnancy. Can Fam Physician 2004; 50:355-357.*
16. Malangoni MA. *Gastrointestinal surgery and pregnancy. Gastroenterol Clin North Am 2003; 32:181-200.*

---

*I. Θανασάς, Μ. Καλινδέρης, Π. Κεσκερίδης, Β. Σταυροπούλου, Α. Αθανασίου, Σ. Καλαγασίδου, Κ. Κουτσογεωργόπουλος, Μ. Ευαγγέλου*  
*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»*

---