

# Gebelikte Apandisit

## Appendicitis in Pregnancy

Dr. Nedim ABAN, Dr. İbrahim TAÇYILDIZ,  
Dr. Şükrü BOYLU, Dr. Yılmaz AKGÜN, Dr. Ali ÇELDIR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

**ÖZET:** Ocak 1990 - Mart 1995 tarihleri arasında kliniğimizde ameliyat edilen 19 gebe apandisit olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Olgularımızın 2'si birinci trimesterde, 10'u ikinci trimesterde, 7'si üçüncü trimesterde idi. En genç hasta 18, en yaşlı hasta 38 yaşında olup ortalama yaş 24.3 bulundu. Toplam 19 olgunun 14'ünde (%73.7) akut apandisit, 5'inde (%26.3) perforé apandisit saptandı. Hastalarımızın en sık yakınması karın ağrısı olup ikinci sıklıkta bulantı kusma gelmekteydi. Şikayetlerinin başlangıcıyla operasyona alınma arasındaki geçen süre en kısa 24 saat, en uzun 15 (ort. 3.13) gündür. Akut apandisitli olgularımızda maternal mortalite görülmezken, perforé apandisitli olgularımızdan 1'i ni (%5.3) kaybettik. Akut apandisitli olgularda 1, perforé apandisitli olgularda 2 olmak üzere toplam 3 (%15.8) fetal mortalite saptandı. Ayrıca perforé apandisit olgularından birinde postoperatif dönem problemsizken diğer 3 olguda uterus kontraksiyonlarının başladığı ve erken doğumla sonlandığı görüldü. Kalan 1 olgu ise erken doğum olduktan iki gün sonra kliniğimize başvurmuş ve yapılan operasyonda perforé apandisite bağlı gecikmiş genel peritonit tespit edilerek erken doğumun peritoneal irritasyon nedeniyle olduğu düşünülmüştür. Olgularımızda şikayetlerin başlangıcı ile hastaneye başvuru arasında geçen sürenin uzun olması dikkat çekmekteydi ve bu durum hastaların ve/veya onların ilk gören hekimlerin şikayetlerin öncelikle gebeliğe bağlı olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmaktaydı.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Apandisit

**SUMMARY:** Between January 1990 and March 1995, nineteen pregnant women with appendicitis who had been operated in our clinic were investigated, retrospectively. Gestational stage at presentation included the first trimester in 2 (10.52%), the second trimester in 10 (52.63%) and the third trimester in 7 (36.84%) patients. The patients had a mean age of 24.3 years (range 18-38 years old). Fourteen of 19 (73.69%) patients were detected as acute appendicitis,

YAZIŞMA ADRESİ: Dr. Nedim ABAN  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 21280-DİYARBAKIR

perforation occurred in five of 19 (26.31%) patients. The most frequent complaint was pain (in all patients, diffused to the whole abdomen or localized to the right side and, vomiting was the subsequent complaint with the rate of 52.63%. The time from initial complaint to operation was between 24 hours and 15 days (mean 3.13 days). There was no maternal mortality in non-perforated appendicitis group while there was one maternal mortality in perforated appendicitis group. There were three fetal deaths (15.8%), one of them was in the non-perforated group. In three patients with perforated appendicitis plus generalized peritonitis uterine contraction started and was ended preterm labor. The other case was admitted to our clinic two days after preterm labor because of generalized peritonitis due to perforated appendicitis. It was noticeable that the intervals between the beginning of complaint and admission to the hospital was too long and that was because of the initial idea of the complaints attributed to pregnancy by the patient or physician.

**Key Words:** Pregnancy, Appendicitis

Gebelik sırasında cerrahi hastalığın teşhis ve tedavisi kadın doğum ve genel cerrahi klinikleri için hala güçlükler göstermektedir. Gebelik sırasında apandisit 1/500-1/2000 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir.<sup>1,2,3,4,5</sup> Apandisit görme sıklığı gebelerde gebe olmayanlara göre daha sık olmamasına rağmen, özellikle gebelik son dönemlerinde apandiksini Mc Burney noktasından dışarıya ve yukarıya doğru yer değiştirmesi nedeniyle tanı koymada gecikmelere ve yanlış tanı koyulmasına neden olmaktadır. Ay

ca perforasyon vakalarında omentumun genel peritonit oluşumunu engelleme yeteneği de azalmaktadır.<sup>5,6,7</sup>

Birçok literatürde gebelik sırasında en sık non-obstetrik cerrahi girişim nedeni olarak apandisit bildirilmektedir.<sup>4,7,8</sup> Peritonitis ve perforasyon dışında gebelikte görülen cerrahi hastalıkların plasental fonksiyon ve fetal gelişim üzerine çok az etkileri vardır.<sup>4</sup> En sık postoperatif komplikasyon erken doğumdur ve % 15-20 oranında bildirilmektedir.<sup>1</sup> Gebelik sırasındaki cerrahi girişimlerde % 2-3 arasında maternal mortalite ve % 5-23 oranında fetal mortalite bildirilmektedir.<sup>8,9</sup>

## GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 1990 - Mart 1995 tarihleri arasında kliniğimizde ameliyat edilerek apandisit tanısı konulan 19 gebe olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların şikayetleri, fizik muayene bulguları, tanısı ve tedaviye yönelik işlemler, olgularda gelişen komplikasyonlar, fetal ve maternal mortalite oranları araştırılarak tartışıldı. Olgularımızın tümünde anamnezi alınıp fizik muayeneleri yapıldıktan sonra rutin olarak tam kan, tam idrar, kan biokimyası, pelvik ve batın ultrasonografik incelemeleri yapıldı. Ayrıca hastalarımız preoperatif olarak kadın hastalıkları ve doğum kliniği konsültan hekimleri tarafından da değerlendirildi. Olgularımız ayrıca primer patoloji ve gebelik dışında diğer hastalıklar açısından sorgulandı. Tüm olgularda preoperatif profilaktik amaçla tek doz 3. kuşak sefalosporinler uygulandı, perforasyon ve peritonit saptanan olgularda metronidazol eklenerek 5 gün daha antibiyotik tedavisine devam edildi. Genel peritonit düşündürülen batın bulguları olan olgularda median insizyon tercih edilirken lokalize batın bulguları olan, perforasyon düşünülmeyen olgularda göbek altı sağ pararektal insizyon tercih edildi. Özellikle 2. ve 3. trimesterde olan olgularda gerek fetal kan akımının etkilenmemesi ve gerekse uterusun karın içi cerrahi muayeneyi engellememesi için operasyon masası 30°-40° sola yatırıldı. Karın içi eksplorasyon sırasında ve operasyon sırasında uterusun travmatize edilmemesine dikkat edildi ve operasyonun başlangıcında uterus ıslak gaz kompresle örtülerek gerektiğinde cerrahi alet

kullanılmadan manuel olarak ekarte edildi. Perfore olgularda batın boşluğu ılık serum fizyolojikle yıkandı, gerektiğinde loja penroz dren konuldu. Operasyon süresinin mümkün olduğunca kısa tutulmasına çalışıldı. Perfore olmayan, genel peritonit hali bulunmayan olgulara mesane kateteri konulmadı. Olgularımızda tokolitik ilaç kullanılmadı. Postoperatif dönemde olgular obstetrik yönden kadın hastalıkları ve doğum kliniği hekimleri tarafından konsulte edildi, fizik muayene, pelvik ve batın ultrasonografik incelemesi ile değerlendirildi ve daha sonraki kontrolleri kadın hastalıkları ve doğum kliniğince yapılmak üzere taburcu edildiler.

## BULGULAR

Toplam 19 olgudan 14'ünde (% 73.7) akut apandisit, 5'inde (% 26.3) perfore apandisit tanısı konuldu. En genç hasta 18, en yaşlı hasta 38 yaşında olup ortalama yaş 24.3 idi. Olguların gebelik trimesterlerine göre dağılımı Tablo 1'de izlenmektedir.

TABLO 1: Olguların gebelik trimesterlerine göre dağılımı

Tanı	Gebelik trimesterleri			
	I	II	III	Toplam
Akut Apandisit	2	8	4	14
Perfore Apandisit	-	2	3	5
Toplam	2	10	7	19

Hastalarımızın tümü başvuru sırasında karın ağrısından yakınmaktaydı, ikinci sıklıkta rastladığımız yakınma bulantı ve kusma idi (10 olgu % 52.6). Hastalarımızın yakınmaları Tablo 2'de izlenmektedir.

Olguların şikayetlerinin başlamasıyla operasyona alınmaları arasında geçen süre en kısa 1 gün en uzun 15 gün ve ortalama 3.13 gün olarak tespit edildi.

Olgularımızda saptadığımız rebound pozitifliği 14 olguda (% 76.7) vardı ve tanı koydurucu en önemli fizik muayene bulgusu idi. Karın sağ alt

kadranında hassasiyet 10 olguda (% 52.6) saptanırken, karında yaygın hassasiyet 8 olguda (%42.1) saptandı. Olgularımızdan 7'sinde (%36.8) saptadığımız muskuler defans özellikle ileri dönem gebeliği olanlarda değerlendirilmesi güç olan bir bulgu idi. Hastalarımızda saptanan fizik muayene bulguları Tablo 3'de izlenmektedir.

TABLO 2: Olgulardaki yakınmalar

Yakınma	n	%
Karın ağrısı	19	100
Bulantı-kusma	10	52.63
İştahsızlık	8	42.10
Gaz-gaita çıkaramama	5	26.31
Ateş	3	15.78

Hastalarımızda tanı için özellikle anamnez ve fizik muayene bulguları belirleyici oldu. Laboratuvar incelemeleri olarak; tam kan sayımı, formül lökosit, tam idrar tetkiki rutin olarak yapıldı. Olguların tümünde batın ultrasonografisi yapıldı. Röntgen tetkiki gebeliklerinden dolayı yapılmadı. Ultrasonografi yapılan 19 hastadan 2 olguda akut apandisit ön tanısı konuldu, 1 olguda ise preoperatif olarak fetusun ölü olduğu saptandı. Hastalarımızda saptadığımız lökosit değerleri  $5700-19200/\text{mm}^3$  (ortalama  $12078/\text{mm}^3$ ) olarak bulundu. Hastalarımız gebe olduklarından  $16000/\text{mm}^3$  üzerindeki değerler anlamlı kabul edildi, bu değeri aşan 4 olgu vardı ve bunların 3'ü perfore apandisitli olgulardı.

TABLO 3: Olgulardaki fizik muayene bulguları

Fizik Muayene Bulgusu	n	%
Rebound fenomeni	14	76.68
Sağ alt kadranda hassasiyet	10	52.63
Karında yaygın hassasiyet	8	42.10
Defans muskuler	7	36.84

Laparotomi sırasında 19 olgudan 5'inde makroskobik olarak appendiks perforasyonu gözlemlendi. Hastalarımızın tümüne appendektomi uygulandı. Çıkarılan appendiksler histopatolojik incelemeye gönderildi. Apandisit tanısı teyid edildi ve apandisit dışında başka bir patoloji saptanmadı. Serimizde negatif laparotomi yoktu. Perfore olmayan olgularda dren konulmadı. Perfore olgu-

larda batın içerisi ılık serum fizyolojikle yıkandı ve 3 olguda penröz dren konuldu. Hastaların tümünde preoperatif 3. kuşak sefalosporinlerle tek doz profilaktik antibiyotik uygulandı, perfore olgularda terapötik olarak 5 gün daha tedaviye metronidazol eklenerek devam edildi. Akut apandisitli olgulardan 7 aylık gebe olan bir olguda postoperatif 1. saatte abortus oldu. Bu grupta başka fetal kayıp olmadı. Diğer hastalarımızın gebelikleri normal olarak devam etti. Perfore apandisitli olgularımızdan 7 aylık gebeliği olan hastamız erken doğum başlaması üzerine hastanemiz Kadın-Doğum kliniğinde doğum yaptıktan sonra karın ağrılarının devam etmesi üzerine konsülte edildiğinde akut batın ön tanısı konularak operasyona alındı ve perfore apandisite bağlı gecikmiş genel peritonit tanısı konuldu. Bu hastamıza apendektomi + drenaj uygulandı. 8 aylık gebeliği olan diğer bir hastamız ise postoperatif 1. günde erken doğum yaptı. Bu iki hastamızın çocukları sağlıklıydılar. 6.5 aylık gebeliği olan hastamızda herhangi bir komplikasyon gelişmeden gebeliği normal devam ederek şifa ile taburcu oldu. 6 aylık gebe olan başka bir hastamız ise postoperatif 5. saatte erken doğum yaparak 1700 gr ağırlığında 2/6 apgarlı bir kız çocuk doğurdu, bu çocuk daha sonra prematüre servisinde eks oldu, anne ise şifa ile taburcu edildi. 15 günlük şikayet süresi olan 5 aylık gebe hastamızda preoperatif yapılan ultrasonografik incelemede fetusun ölü olduğu ve karında serbest mayi izlendiği tespit edilmişti. Bu hastamızda da perfore apandisite bağlı gecikmiş genel peritonit hali vardı ve hastamız postoperatif 10. saatte spontan olarak ölü doğum yaptı. Anne ise septik şok + multiorgan yetmezliği nedeniyle postoperatif 5. gün kaybedildi. Toplam 19 olgumuzda maternal mortalite 1 (%5.3) olgu, fetal mortalite ise 3 (%15.8) olgu olarak saptandı.

Olgularımızın hastanede kalma süresi en az 5 gün, en çok 10 gün olup ortalama 7.1 gün olarak bulundu.

## TARTIŞMA

Akut apandisit gebelikte laparotomi gerektiren en sık ekstrauterin problemdir. Gebelikte uygulanan nonobstetrik operasyonların 2/3'ünü apandisitler oluşturur. Vakaların çoğu 2. ve 3. trimesterde olan gebelerdir. Apandisitlerde perforas-

yon oranı 2-3 kat daha fazladır. Bunu gebelikte uterusun kranial yönde büyümesi sonucu çekum ve appendiksin yukarı itilmesi, fizyolojik lökositoz, gebelik kusmalarının bulunabilmesi, karındaki ağrının gebelik kontraksiyonları ile karıştırılabilmesi gibi tanı koymayı güçleştiren veya yanlış tanıya yönlendiren nedenlere bağlamak mümkündür.<sup>2,4,5,8</sup> Akut apandisit ön tanısı olan hastalarda % 10-15 oranında negatif laparotomi bildirilmektedir.<sup>7</sup> Serimizde negatif laparotomi yoktu. Bunu hastaların şikayetlerini gebelikle ilişkilendirmelerine, hastaneye geç başvurmalarına ve hastaneye başvurduklarında öncelikle kadın hastalıkları ve doğum hekimlerine müracaat etmelerine ve genellikle bu olgularda konservatif davranılması nedeniyle klinik tablonun ilerlemiş olmasına bağlamaktayız.

Gebelikte apandisit 1/500 - 1/2000 oranında görülmektedir.<sup>1,2,3,4</sup> Hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Ocak 1990 - Mart 1995 döneminde doğum yapmak üzere yatan hasta sayısı dikkate alındığında bizim çalışmamızda bu oran 1/219 olarak bulundu. Bu oranın diğer çalışmalara göre daha fazla olması genellikle komplike hastaların üniversitemize gönderilirken komplike olmayan olguların evde veya doğumevinde doğum yapmaları nedeniyle doğum için üniversiteye müracaat eden hasta sayısının az olmasına bağlanmaktadır. Gebelerde apandisit vakalarının % 75'i 2.trimesterde, % 25'i 3.trimesterde ve perforasyon oranının % 13-60 arasında olduğu bildirilmektedir.<sup>2</sup> Tamir-IL'nın<sup>10</sup> çalışmasında 84 hastanın tümüne akut/perfore apandisit ön tanısı ile laparotomi yapılmış, hastaların % 32'si 1.trimesterde, % 44'ü 2.trimesterde, % 16'si 3.trimesterde ve % 8'i puerperiumda bulunmuştur. Şikayet süresinin 24 saati geçtiği vakalarda perforasyon görülme oranının arttığı ve akut apandisit düşünülen hastalara gecikmeden laparotomi yapmanın uygun olacağı da belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda hastaların 2'si (% 10.52) 1.trimesterde, 10'u (%52.63) 2.trimesterde, 7'si (% 36.84) 3.trimesterde idi. 19 olgudan 5'i (% 26.3) perfore olmuştu. Hastaların şikayetlerinin başlamasıyla operasyona alınmaları arasında geçen süre ortalama 3.13 gün olup en kısa 24 saat, en uzun 15 gündür. Gebelerde özellikle ileri dönemlerde değişen anatomi ve fizyolojik durum nedeniyle has-

taların şikayetlerinin gebeliğe bağlanabileceği bildirilmektedir. Ayrıca fetal ve maternal mortaliteyi yapılan operasyondan çok mevcut hastalığın etkilediği bu nedenle gebe hastalarda apandisit düşündürecek bulgular ve şüphe varsa gecikmeden laparotomi yapmanın uygun olacağı bildirilmektedir.<sup>1,2,5,6,7,8,9</sup> Gebelerde nonobstetrik girişimlerin artmış erken doğum riski taşıdığı, perioperatif dönemde tokolitik tedavi uygulamanın erken doğum riskini azaltmada belirgin yararının olmadığı bildirilmektedir. Ancak postoperatif dönemde hastaların uterus kontraksiyonlarının izlenmesi amacıyla monitorize edilmesi ve uterin kontraksiyon saptanan olgularda tokolitik tedavi uygulanmasının yararlı olduğu bildirilmektedir.<sup>1,2</sup>

Sonuç olarak gebe hastalarda özellikle hastaların şikayetlerinin başlamasıyla hastaneye başvurmaları arasında geçen sürenin gebe olmayanlara göre daha uzun olduğunu tespit ettik ve bu durumda bu hastaları gözleme alıp izlemek yerine klinik değerlendirme ile apandisit şüphesi olduğunda erken dönemde laparotomi yapmanın maternal ve özellikle de fetal mortaliteyi azaltacağına inanıyoruz.

#### KAYNAKLAR

1. Allen JR, Helling TS, Langenfeld M: Intraabdominal surgery during pregnancy. Am J Surg 1989, 158:567-569.
2. Kort B, Katz VL, Watson WJ: The effect of nonobstetric operation during pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1993, 177:371-315.
3. Sharp HT: Gastrointestinal surgical conditions during pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology. 1994, 37(2):306-315.
4. Martin JN, Martin RW, Morrison JC: Gebelikte cerrahi hastalıklar ve rahatsızlıklar. Çev. Karagözlü F, Ersu YE Ed. Martin L, Pernoll MD. Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, Banış Kitabevi: 1994, İstanbul, Sayfa 600-616,
5. Hill EC: Pregnancy and the surgical patient. In: Way LW, ed. Current surgical diagnosis and treatment. 10th edition. Middle East Edition. Appleton & Lange. 1994:59-60.
6. Halvorse A, Brandt B, Andreasen J: Acute appendicitis in pregnancy: Complications and subsequent management. Eur J Surg 1992, 158:603-606.
7. Lawrence WW, Appendix. In: Lawrence WW. Current Surgical Diagnosis & Treatment. Lebanon, Appleton & Lange. 1994:610-614.
8. Ertekin C, Taviloğlu K, Saygılı H, Güçlü ME, Turfanda A: Gebelikte akut abdomen. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 1991, 54:79-84.
9. Saunders P, Milton PJD: Laparotomy during pregnancy: An assessment of diagnostic accuracy and fetal wastage. Br Med J 1973, 3:165.
10. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR: Acute appendicitis in the pregnant patient. Am J surg 1990, 160(6):571-576.