

Tomasz Milewicz<sup>1</sup>  
Józefa Panek<sup>2</sup>  
Paulina Kapera<sup>3</sup>  
Łukasz Dancewicz<sup>4</sup>  
Anna Sus-Urban<sup>4</sup>  
Marek Dziechciowski<sup>4</sup>  
Jolanta Świerszcz<sup>5</sup>  
Paweł Basta<sup>4</sup>  
Magdalena Pulka<sup>1</sup>  
Katarzyna Gosztyła<sup>1</sup>  
Agata Kamińska<sup>1</sup>  
Anna Kluczewska<sup>1</sup>  
Małgorzata Lurzyńska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Endokrynologii Ginekologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.  
Kierownik Kliniki:

Prof. dr hab. n. med. Józef Krzysiek

<sup>2</sup>II Katedra Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik Katedry:

Prof. dr hab. n. med. Danuta Karcz

<sup>3</sup>Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik Zakładu:

Prof. dr hab. n. med. Janusz Andres

<sup>4</sup>Klinika Ginekologii i Onkologii

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,

Kierownik Kliniki:

Prof. dr hab. n. med. Antoni Basta

<sup>5</sup>II Klinika Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,

Kierownik Kliniki:

Prof. dr hab. n. med. Jacek S. Dubiel

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

#### Słowa kluczowe:

ostre zapalenie wyrostka robaczkowego  
ciąża wczesna  
trudności diagnostyczne

#### Key words:

acute appendicitis  
early pregnancy  
diagnostic difficulties

Adres do korespondencji

Dr n.med. Tomasz Milewicz

Klinika Endokrynologii Ginekologicznej CM UJ

ul.Kopernika 23; 31-501 Kraków

e-mail:endomil@interia.pl

tel.604-952-405

## Ostre ropne zapalenia wyrostka robaczkowego w I trymestrze ciąży – opis przypadku – trudności diagnostyczne

### Acute appendicitis during the first trimester of pregnancy – case report – diagnostic difficulties

Celem pracy był opis trudności diagnostycznych, które wystąpiły w przypadku ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego w ciąży wczesnej. Opisano przypadek wystąpienia ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego we wczesnej ciąży. Główną trudnością diagnostyczną była obecność płynu w zagłębieniu maciczo-odbytniczym przy jednoczesnym występowaniu zmiany w jajniku prawym co nie pozwalało jednoznacznie wykluczyć obecności ciąży bliźniaczej wewnątrz- i pozamacicznej.

#### Wstęp

Diagnostyka objawów ostrego brzucha stanowi niewątpliwie trudny problem u kobiet ciężarnych [1,2]. Wynika to przede wszystkim ze zmian zachodzących w organizmie ciężarnej kobiety, a zwłaszcza powiększenia się macicy, powodującego przemieszczenie narządów jamy brzusznej i trudności ich dokładnego zbadania [3,4]. Przyczynami trudności diagnostycznych ostrego brzucha u ciężarnych wydają się być także bagatelizowanie dolegliwości przez pacjentkę czy lekarza oraz niezbyt wyraźne występowanie charakterystycznych objawów.

Najczęstszą chirurgiczną przyczyną ostrego brzucha u kobiet ciężarnych jest zapalenie wyrostka robaczkowego, występujące z częstotliwością 1:1500 do 1:6600 ciąż. Stanowi ono co czwartą przyczynę interwencji chirurgicznych u ciężarnych. Jedną z najczęstszych przyczyn ginekologicznych ostrego brzucha jest ciąża pozamaciczna, która występuje u 1 na 100 kobiet ciężarnych.

Celem pracy był opis trudności diagnostycznych, które wystąpiły w przypadku ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego w ciąży wczesnej.

*The aim of the study was the report of the acute appendicitis during first trimester of pregnancy. The discussion of diagnostic difficulties was given. The main difficulty was the simultaneous presence of fluid in the pouch of Douglass and the presence of lesion in the right ovary, which may suggest the case of ectopic pregnancy.*

#### Opis przypadku

Pacjentka lat 32 w 7 tygodniu (obliczony według czasu wystąpienia ostatniej miesiączki) ciąży I zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (nr historii choroby 189/03/10) z powodu bólu brzucha. Od 2 dni bóle miały charakter o narastającym nasileniu. W badaniu przy przyjęciu do SOR stwierdzono wyraźne objawy otrzewnowe oraz obronę mięśniową obustronnie w podbrzuszu. Badanie USG przezpochwowe ujawniło obecność pęcherzyka ciążowego w jamie macicy (GSD=15mm). W jajniku prawym stwierdzono obecność gładkościennego pęcherzyka o śr: 25 mm. Jajnik lewy bez zmian patologicznych W zatoce Douglasa obecność wolnego płynu (wymiały zatoki płynu 43 mm x 42 mm). Wykonano badane morfologia krwi i stwierdzono: E-4080000/ml; L-12300/ml Hb13,2 g%, Hct 38,3%, płytki 159000/ml. Badanie ginekologiczne potwierdziło obecność wczesnej ciąży w jamie macicy. Nie można było wykluczyć jednoczesnej obecności ciąży pozamacicznej oraz pęknięcia torbieli jajnika z krwawieniem do jamy otrzewnej. Konsultacja chirurgiczna nie pozwoliła całkowicie wykluczyć obecności ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Pacjentka około godz. 19.30 została przyjęta do

Kliniki Ginekologii i Onkologii celem dalszego leczenia. W ciągu następnych 2 godzin obserwacji doszło do narastania dolegliwości bólowych jamy brzusznej oraz narastania obrony mięśniowej nad podbrzuszem i rozszerzenia obrony nad całą jamę brzuszną. W kontrolnym badaniu morfologii krwi z godziny 21.30. stwierdzono spadek Hb o 0,7 g% spadek Hct o 1% oraz narastanie leukocytozy o 700/ml. Zdecydowano o laparotomii zwiadowczej w znieczuleniu podpajęczynówkowym. W celu zabezpieczenia ciąży podano 1 amp (50 mg) progesteronu i.m. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono obecność żółto-jasnego płynu w jamie brzusznej. Pobrano posiewy (wynik posiewu bad.nr 11004079): brak bakterii beztlenowych, posiew w kierunku bakterii tlenowych *Bacillus spp.* Narząd rodny o prawidłowej dla wczesnej ciąży budowie. W jajniku prawym kulista zmiana odpowiadająca prawdopodobnie ciałku żółtemu. Nad prawym talerzem biodrowym ropnie zmieniony wyrostek robaczkowy oklejony siecią. Wezwano chirurga, który usunął wyrostek robaczkowy. Założono dren do jamy otrzewnej, który usunięto po 3 dniach. Podano dożylnie cefuroxym (2 x 1,0 g) i metronidazol (3 x 0,5 g). Antybiotyki te podawano dożylnie przez okres 5 dni. Stosowano profilaktykę przeciwwzakrzepową przez okres 5 dni podając Fragmin 5000 j dziennie podskórnie. Założono dren do jamy otrzewnej, który usunięto po 3 dniach. Po zakończeniu zabiegu dla ochrony ciąży podano także siarczan magnezu w dawce 6 g dożylnie w postaci wlewu trwającego 4 godziny. Oznaczenia gonadotropiny kosmówkowej (hCG) po operacji wykazywały wzrost stężenia (11078 uIU/ml i po 48 godzinach 16311 uIU/ml). Pacjentka wypisana z ciążą utrzymaną w szóstej dobie po zabiegu. Badanie histopatologiczne: płyn z jamy otrzewnej (nr 277854) – treść ropno-białkowa, makrofaży, komórki międzybłonka; badanie histopatologiczne (nr 1695356) – *appendicitis phlegmonosa partim gangrenosa, periappendicitis purulenta*.

## Dyskusja

Odróżnienie objawów ostrego brzucha od dolegliwości charakterystycznych dla ciąży stanowi problem diagnostyczny [5, 6]. Związane jest to głównie z niemożnością dokładnego zbadania narządów przemieszczonych przez powiększającą się macicę [7]. W takich przypadkach istotne jest wykluczenie w pierwszej

kolejności ciąży pozamacicznej oraz zapalenia wyrostka robaczkowego [8,9]. Pomimo dostępności takich technik obrazowania jak ultrasonografia czy tomografia komputerowa diagnostyka różnicowa wątpliwych przypadków nadal stanowi problem diagnostyczny [10-12]. Dolegliwości bólowe występujące w zapaleniu wyrostka robaczkowego u ciężarnych mają charakter napadowy i zlokalizowane są głównie w nadbrzuszu lub okolicy okołopepkowej [13]. W opisywanym przypadku miały one lokalizację typową dla zapalenia wyrostka u pacjentek nie będących w ciąży. W trakcie ciąży, położenie wyrostka ulega zmianie – przemieszcza się on bocznie, w kierunku prawej nerki i ku górze, zgodnie z ruchem wskazówek zegara, osiągając w 20 tyg. ciąży wysokość pępka [3]. W związku z tym, lokalizacja bólu, związanego z toczącym się w wyrostku procesem zapalnym, znajduje się w prawym dolnym kwadrancie brzucha w pierwszej połowie ciąży, zaś w późniejszym okresie – w górnym prawym kwadrancie [3]. Do innych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego u ciężarnych należą: nudności, wymioty, złe samopoczucie, a więc są one typowe dla dolegliwości będących przyczyną częstych skarg kobiet będących w pierwszym trymestrze ciąży [10]. Niezwykle ważny jest czas od zgłoszenia się pacjentki do ustalenia rozpoznania, gdyż ostre zapalenie wyrostka robaczkowego może w 1,5-5% przypadków prowadzić do utraty ciąży. Perforacją i ropieżem około wyrostkowy zwiększa to ryzyko do 20-43%. Największe ryzyko utraty ciąży występuje w I trymestrze jej trwania. W opisywanym przypadku ciąży udało się utrzymać. Obserwowano wzrost stężenia gonadotropiny kosmówkowej w ciągu 48 godzin po zabiegu o 47%. *Chung i Allen* wykazali iż najmniejszy wzrost stężenia bhCG w surowicy, który pozwala przewidywać prawidłowy rozwój ciąży wczesnej wynosi 53% w ciągu 48 godzin [14]. Zastosowano leki (progesteron, hydroxyprogesteron i siarczan magnezu), które wykazywały działanie gestagenne i obniżające napięcie podstawowe mięśnia macicy.

Najczęstszą przyczyną ostrego brzucha u kobiet jest ciąża pozamaciczna, zwłaszcza umiejscowiona w obrębie jajowodu, jajnika czy jamy brzusznej. Może ona przebiegać pod postacią: silnych dolegliwości bólowych i/lub krwotoku do jamy brzusznej, wstrząsu [15]. Często, w fazie prodromalnej, występują plamienia, złe samopoczucie, pobołewa-

niem w podbrzuszu, nudnościami, wymiotami, a więc objawy, które nie pozwalają w jednoznaczny sposób zdiagnozować ich przyczyny. Ponadto znamieny jest fakt, iż ujemny wynik testu ciążowego czy brak zaniku miesiączkowania nie wyklucza pozamacicznej lokalizacji ciąży. Bardzo istotnym elementem diagnostyki jest łączne rozpatrywanie wyników ultrasonograficznego badania przezpochwowego i oznaczenia hCG w surowicy [16]. Brak opisanych powyżej ostrych objawów pęknięcia ciąży pozamacicznej pozwala stwierdzić jej obecność przy łącznym występowaniu stężenia hCG powyżej 1500 U/l i braku obecności echa pęcherzyka ciążowego w jamie macicy w badaniu USG [16]. W opisanym przypadku główną trudnością diagnostyczną wydawała się być obecność płynu w zagłębieniu maciczno-odbytniczym (zatoce Douglasa) oraz obecność zmiany w jajniku prawym, co silnie sugerować mogło obraz pęknięcia ciąży pozamacicznej przy jednoczesnej obecności ciąży wewnątrzmacicznej. W badaniu USG nie można było różnicować rodzaju płynu (płynna świeżo wycyniona krew w porównaniu do płynu ropnego) w jamie brzusznej. Brak stwierdzenia bakterii beztlenowych w posiewie z płynu mógł wynikać z pobrania go na nieprawidłowe, a jedyne dostępne w warunkach ostrego dyżuru podłoża. Dostęp jamy brzusznej metodą laparotomii, a nie laparoskopii wynikał z faktu braku pełnego i jednoznacznego rozpoznania przed rozpoczęciem zabiegu. Ostateczne rozpoznanie potwierdziło słuszność wykonania laparotomii. Brak wykonania nakłucia zatoki Douglasa przed rozpoczęciem zabiegu spowodowany był szybko pogarszającym się stanem pacjentki oraz wydłużającym się czasem przygotowania zestawu do tej procedury medycznej.

## Piśmiennictwo

1. **Al-Mulhim AA.** Acute appendicitis in pregnancy. *Int Surg* 1996; 81: 295-297.
2. **Atlay RD, Gillison EW, Hoton AL.** A fresh look at pregnancy heartburn. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1973; 80: 63-66.
3. **Baer JL, Reis RA, Arens RA.** Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. *JAMA* 1932;98:1359-1364.
4. **Fylstra DL, Toussaint WN, Anis M.** Intussusception of the appendix mimicking appendicitis during pregnancy: a case report. *J Reprod Med.* 2009; 54: 327-329.
5. **Angelini D.J.** Obstetric Triage Revisited: Update on Non-Obstetric Surgical Conditions in Pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48:111-118.
6. **Gomez A, Wood M.** Acute appendicitis during pregnancy. *Am J Surg* 1979; 137:180-183.
7. **Basaran A, Basaran M.** Diagnosis of acute appendicitis during pregnancy: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64: 481-488

8. **Ankouz A, Ousadden A, Majdoub KI, Chouaib A, Maazaz K, Taleb KA.** Simultaneous acute appendicitis and ectopic pregnancy. *J Emerg Trauma Shock* 2009; 2: 46-47
9. **Riggs JC, Schiavello HJ, Fixler R.** Concurrent appendicitis and ectopic pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2002; 47: 510-514
10. **Barloon TJ, Brown BP, Abu-Yousef MM, Warnock N, Berbaum KS.** Sonography of acute appendicitis in pregnancy. *Abdom Imag* 1995; 20: 149-151.
11. **Horowitz M, Gomez G, Santiesteban R, Burkett G.** Acute appendicitis during pregnancy: diagnosis and management. *Arch Surg* 1985; 120:1362-1367.
12. **Shetty MK, Garrett NM, Carpenter WS, Shah YP, Roberts C.** Abdominal computed tomography during pregnancy for suspected appendicitis: a 5-year experience at a maternity hospital. *Semin Ultrasound CT MR* 2010; 31: 8-13.
13. **Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD.** Appendicitis during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 40-44.
14. **Chung K, Allen R.** The use of serial human chorionic gonadotropin levels to establish a viable or a nonviable pregnancy. *Semin Reprod Med* 2008; 26: 383-390.
15. **Lim H, Bae S, Seo G.** Diagnosis of acute appendicitis in pregnant women: value of sonography. *Am J Radiol* 1992; 159: 539-542
16. **Milewicz T, Korabel J.** Kliniczna interpretacja oznaczeń ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej. *Bliziej diagnostyki* 2006; 10: 19-26.