

APENDICITA ACUTĂ ÎN TIMPUL SARCINII: VALOAREA CRITERIILOR DIAGNOSTICE

ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY: A VALUE OF DIAGNOSTIC CRITERIA

Vasile GUZUN¹, Marian PĂRȚU¹, Dumitru CASIAN², Eugen GUȚU²

¹ IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1, Chișinău;

² Catedra chirurgie generală-semiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Scopul prezentului studiu a fost determinarea valorii diagnostice a criteriilor clinice și de laborator standard, precum și a posibilităților ecografiei în diagnosticarea apendicitei acute (AA) în timpul sarcinii. În perioada 2006-2010 în Clinica chirurgie au necesitat spitalizare 78 gravide cu suspecție de AA. Diagnosticul AA a fost bazat pe datele examenului clinic, completate de rezultatele testelor de laborator și ale monitorizării obstetricale. În 66,7% cazuri cu scop diagnostic s-a utilizat ecografia transabdominală. Modificările anatomice cauzate de uterul gravid, manifestările normale ale sarcinii, răspunsul inflamator fiziologic (numărul elevat al leucocitelor în sânge) sunt factori care complică esențial confirmarea sau excluderea diagnosticului de AA în timpul sarcinii. Probabil, doar câteva semne clinice (contractura musculară și iritarea peritoneală locală), completate de datele scanării ecografice, rămân criterii veridice pentru efectuarea diagnosticului diferențial al AA în timpul sarcinii.

Summary

The purpose of this study was to determine the diagnostic value of standard clinical and laboratory criteria, as well as possibilities of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis (AA) during pregnancy. Within 2006-2010 a 78 pregnant patients with suspected AA were admitted into the Surgical Department. Diagnosis of AA was based on clinical examination data, completed by laboratory tests and obstetric monitoring. The transabdominal ultrasound was used for diagnostic purposes in 66,7% cases. Anatomical changes caused by gravid uterus, normal manifestations of pregnancy, a physiological inflammatory response (elevated leukocytes count in the blood) are important factors that significantly complicate identification or exclusion of AA during pregnancy. Probably only few clinical signs (tenderness and local rebound), supplemented by ultrasound scan results remain reliable criteria for differential diagnosis of AA during pregnancy.

Introducere

Apendicita acută (AA) este cea mai frecventă boală neobstetricală, care necesită tratament chirurgical în timpul sarcinii [1]. Potrivit diverselor date AA se dezvoltă pe parcursul a 1:2.500 până la 1:1.500 sarcini [1, 2]. Evoluția normală a sarcinii este însoțită de o serie de metamorfoze caracteristice, care modifică considerabil starea anatomică și fiziologică a femeii. Aceste schimbări pot duce la denaturarea semnificativă a semnelor și simptomelor patologiilor abdominale acute. Prin urmare, manifestările clinice ale AA la gravide sunt foarte atipice și diverse, ceea ce duce de cele mai multe ori la întârzierea diagnosticului și a intervenției chirurgicale. Scopul prezentului studiu a fost determinarea valorii diagnostice a criteriilor clinice și de laborator standard, precum și aprecierea rezultatelor aplicării ecografiei transabdominale în diagnosticul AA în timpul sarcinii.

Materiale și metode

În perioada noiembrie 2006 – iunie 2010 în Clinica chirurgie generală la baza IMSP SCM nr. 1 Chișinău cu suspecție sporită la AA au necesitat spitalizare 78 gravide. Vârsta pacienților a constituit în medie 24,9±0,4 ani (de la 18 la 37 ani). În primul trimestru al sarcinii au fost internate 11 (14,1%) femei, în al doilea – 56 (71,8%) și în al treilea – 11 (14,1%). Majoritatea pacienților au avut prima sarcină – 50 (64,1%). În primele 24 ore de la debutul bolii au fost spitalizate 46 (58,9%)

iar după 24 ore – 32 (41,0%) gravide. După apariția durerilor abdominale pacientele s-au adresat primar pentru asistență medicală la ginecolog – în 11 (14,1%) cazuri, la medicul de familie – în 19 (24,4%), iar în celelalte 48 (61,5%) cazuri a fost apelat serviciul de ambulanță.

Diagnosticul de AA la gravide a fost bazat pe datele examenului clinic, completate de rezultatele testelor de laborator și ale monitorizării obstetricale. În 52 (66,7%) cazuri cu scop diagnostic s-a utilizat ecografia transabdominală. Totodată, toate examinările la gravidele cu suspecție de AA au fost efectuate de către chirurghi. Constatările ecoscopice care confirmau AA au inclus mărirea diametrului apendicelui vermiform peste valorile normale de 6-8 mm, îngroșarea pereților, dilatarea lumenului și lipsa capacității de compresiune [3]. Concluziile ecografice au fost clasificate în trei categorii: confirmarea AA, excluderea AA și neinformativă.

Decizia în favoarea intervenției chirurgicale a fost luată în 53 (67,9%) cazuri. În 25 (32,1%) cazuri AA a fost exclusă. Dovezi histologice ale inflamației acute a apendicelui (apendicita catarală, flegmonoasă sau gangrenoasă) au fost obținute în 47 (88,7%) din cele 53 cazuri operate. Numai aceste observații au fost calificate ca „AA confirmată”. La 6 (11,3%) paciente nu s-au depistat modificări morfologice în apendicele vermiform, iar intervenția chirurgicală efectuată a fost apreciată ca „apendicectomie negativă”. Așadar, diagnosticul de AA stabilit în aceste cazuri s-a considerat eronat, observațiile respective

fiind atribuite grupului „AA exclusă sau neconfirmată”, care a inclus în total 31 gravide.

Datele statistice sunt prezentate sub forma valorii $M \pm m$. Pentru evaluarea veridicității parametrilor comparați a fost utilizat testul t Student. Datele obținute au fost apreciate drept veridice la valoarea $p < 0,05$.

Rezultate

Loturile de paciente cu AA confirmată și apendicită exclusă sau neconfirmată au fost comparabile după vârstă și termenul gestației. Datele comparative ale parametrilor clinici și de laborator de bază între grupe sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1

Semnele clinice și de laborator ale AA la gravide

Parametru	AA confirmată (n = 47)	AA exclusă sau neconfirmată (n = 31)	Valoarea, p
Perioada de timp de la debutul bolii până la spitalizare	30,2±4,5 ore	43,9±7,4 ore	NS*
Durerea în fosa iliacă dreaptă	26 (55,3%)	15 (48,4%)	NS
Voma	20 (42,5%)	3 (9,7%)	<0,05
Temperatura corpului	36,79±0,04°C	36,78±0,06°C	NS
Frecvența pulsului	84,2±1,1 b/min	83,1±1,3 b/min	NS
Durerea la palpare în punctul McBurney	24 (51,1%)	17 (54,8%)	NS
Contractura musculară	41 (87,2%)	19 (61,3%)	<0,05
Iritarea peritoneală	28 (59,5%)	3 (9,7%)	<0,05
Leucocitele sângelui	11,6±0,5 x10 ⁹ /l	9,9±0,6 x10 ⁹ /l	<0,05

* NS – nesemnificativ

La compararea datelor nu s-a depistat o diferență statistic semnificativă între cele două loturi în ce privește incidența localizării tipice (sau atipice) a durerii abdominale, febrei, frecvenței pulsului și sediul durerii provocate de palpare. De asemenea, nu s-a stabilit o diferență veridică în ce privește localizarea durerii (tipică sau atipică) în funcție de termenul sarcinii. Astfel, în prima jumătate a sarcinii (până la 20 de săptămâni) durerea în regiunea iliacă dreaptă a fost observată la internare în 59,5% cazuri, comparativ cu 44,4% - în a doua jumătate.

Din cele 52 examinări ultrasonore, 30 au fost efectuate la gravidele cu AA confirmată ulterior. Inflamația apendicelui vermiform a fost stabilită ecografic în 23 (76,7%) cazuri, în 7 (23,3%) examenul a fost neinformativ. În lotul din 22 de paciente cu AA exclusă, diagnosticul de AA a fost confirmat ecografic într-un singur (4,5%) caz, exclus în 5 (22,7%), iar în 16 (72,7%) investigația s-a considerat neinformativă. Datele privind precizia, sensibilitatea și specificitatea diagnosticului ultrasonografic al AA în funcție de termenul sarcinii sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabelul 2

Rezultatele ecografiei transabdominale în diagnosticul AA la gravide

Parametru	Prima jumătate a sarcinii (n = 26)	A doua jumătate a sarcinii (n = 26)	Valoarea, P
Precizia diagnostică	50%	57,7%	NS
Sensibilitatea	71,4%	81,3%	NS
Specificitatea	25%	20%	NS

Discuții și concluzii

Modificările anatomice și fiziologice cauzate de sarcină pot schimba simptomele clasice și semnele AA [4]. Depistarea AA în timpul sarcinii este mult mai dificilă decât la pacienții nonobstetricali, ceea ce duce la un număr mare de cazuri diagnosticate tardiv, soldate cu complicații [5].

Unul dintre motivele de bază, care explică întârzierea diagnosticului este interpretarea eronată a simptomelor AA în favoarea semnelor sarcinii, atât de către medic, cât și de pacientă [6]. Astfel, în studiul nostru mai mult de o treime (38,5%) de gravide s-au adresat inițial la ginecolog sau medicul de familie, presupunând existența unor probleme gastrointestinale sau obstetricale.

Există, de asemenea, tendința fermă de adresare tardivă pentru asistență medicală specializată a gravidelor cu suspjecție la AA. Gravidele cu AA exclusă sau neconfirmată au solicitat ajutor medical mai târziu decât pacientele cu AA confirmată (43,9 vs 30,2 ore, $p > 0,05$). Totodată, importanța redusă a acestui criteriu este reflectată prin faptul, că adresarea întârziată a fost stabilită la toate cele trei paciente cu AA gangrenoasă: 77, 48 și 25 de ore, respectiv.

Frecvența localizării tipice a durerii în regiunea iliacă dreaptă la gravidele cu AA a fost scăzută – 55,3%, aceasta reprezentând un semn diferențial neveridic. Aceeași afirmație este valabilă și pentru durerea provocată la palparea în punctul McBurney – 51,1%. Această particularitate este confirmată pe larg în literatura medicală și se datorează unor modificări anatomice caracteristice sarcinii. Uterul mărit produce presiune asupra altor structuri intraperitoneale și izolează apendicele de peritoneul visceral și parietal, ultimul devenind protejat de „iritare” în prezența inflamației organului abdominal [4]. Modificările enumerate duc la reducerea capacității gravidei de a localiza durerea în timpul examinării și complică procesul diagnostic [7].

Teoretic, odată cu creșterea termenului sarcinii, diagnosticul de AA devine mai complex. În studiul clasic al lui J. L. Baer [6] s-a demonstrat că începând cu săptămâna a 20-a de sarcină poziția apendicelui vermiform se modifică, ultimul deplasându-se progresiv în direcție craniană și posterioară. Prin urmare, în al doilea trimestru de sarcină durerea abdominală este sesizată de către paciente la nivelul ombilicului, iar în al treilea trimestru – în hipocondrul drept. Totuși, în studiul de față vârsta gestațională nu a influențat frecvența localizării tipice (sau atipice) a durerii la gravidele cu AA.

O caracteristică importantă a AA la gravide a constituit identificarea contracturii musculare locale și a simptomelor de iritare a peritoneului. Aceste simptome au fost, probabil, unicele semne clinice, cu ajutorul cărora era posibilă confirmarea sau infirmarea diagnosticului de AA. Însă, identificarea contractu-

rii autentice și a semnelor peritoneale în timpul sarcinii poate fi făcută cu dificultate din cauza extinderii, rigidității naturale și slăbirii peretelui abdominal anterior [8].

La prima vedere, nivelul leucocitozei în acest studiu s-a dovedit a fi un criteriu veridic de diagnostic al AA la gravide. Cu toate acestea, analiza detaliată a demonstrat că la 19 din 31 (61,3%) paciente cu AA, exclusă sau neconfirmată, numărul de leucocite în sânge a depășit $9,0 \times 10^9/l$. Mai mult ca atât, la evaluarea rezultatelor examinărilor ar trebui să se țină cont de faptul că valoarea parametrilor convenționali de laborator variază la femeile gravide. Însăși sarcina induce creșterea numărului de leucocite în sânge până la $10-16 \times 10^9/l$ – în ultimele două trimestre, chiar în lipsa sursei de infecție [4] și până la $20-30 \times 10^9/l$ – la începutul travaliului [9]. Astfel, deși leucocitoza este un factor important în identificarea prezenței patologiei inflamatorii, valoarea sa practică în diagnosticul diferențial al AA la gravide este destul de redusă.

Tabloul clinic frust și reducerea valorii diagnostice a simptomelor caracteristice AA în timpul sarcinii determină sporirea importanței utilizării metodelor auxiliare de explorare pentru identificarea patologiei. Un rol esențial îi revine ecografiei abdominale, ce reprezintă o metodă nein-

vazivă și accesibilă, și poate fi utilă pentru diferențierea altei patologii chirurgicale sau ginecologice de AA [3, 9]. Diagnosticul pozitiv al AA a fost stabilit în 23 din 30 observații, sensibilitatea metodei fiind astfel 76,7%. Cu toate acestea, capacitatea ecografiei de a exclude AA a fost foarte redusă (specificitatea – 22,7%). Aceasta se explică prin faptul, că pentru a exclude AA este necesară vizualizarea perfectă a apendicelui normal. Totodată, vizualizarea apendicelui normal este mult mai complexă decât a celui inflammat, îndeosebi la persoanele obeze, cu pareză intestinală, situarea atipică a apendicelui vermiform, precum și la gravide [10]. Surprinzător, termenul sarcinii nu a influențat statistic semnificativ rezultatele ecografiei, deși teoretic creșterea uterului poate complica esențial vizualizarea altor structuri abdominale.

Așadar, modificările anatomice cauzate de uterul gravid, manifestările normale ale sarcinii, răspunsul inflamator fiziologic (numărul crescut de leucocite în sânge) sunt factori care complică esențial identificarea sau excluderea diagnosticului de AA în timpul sarcinii. Doar câteva semne clinice (contractura musculară și iritarea peritoneală locală), completate de rezultatele scanării ecografice rămân criterii veridice pentru diagnosticul diferențial al AA în timpul sarcinii.

Bibliografie

1. MAZZE R. I., KÄLLÉN B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol.* 1991;77(6):835-40.
 2. VISSER B. C., GLASGOW R. E., MULVIHILL K. K., MULVIHILL S. J. Safety and timing of nonobstetric abdominal surgery in pregnancy. *Dig Surg.* 2001;18(5):409-17.
 3. MOLANDER P., PAAVONEN J., SJÖBERG J., SAVELLI L., CACCIATORE B. Sonography in the diagnosis of acute appendicitis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;20(5):496-501.
 4. ZHANG Y., ZHAO Y. Y., QIAO J., YE R. H. Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy. *Chin Med J.* 2009;122(5):521-4.
 5. MELNICK D. M., WAHL W. L., DALTON V. K. Management of general surgical problems in the pregnant patient. *Am J Surg.* 2004;187(2):170-80.
 6. BAER J. L., REIS R. A., ARENS R. A. Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. *JAMA.* 1932;98:1359-64.
 7. PARANGI S., LEVINE D., HENRY A., ISAKOVICH N., PORIES S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg.* 2007;193(2):223-32.
 8. EDWARDS R. K., RIPLEY D. L., DAVIS J. D. et al. Surgery in the pregnant patient. *Curr Probl Surg.* 2001;38(4):213-90.
 9. SHARP H. T. The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45(2):405-13.
 10. OLD J. L., DUSING R. W., YAP W., DIRKS J. Imaging for suspected appendicitis. *Am Fam Physician.* 2005;71(1):71-8.
-