

Οξεία σκωληκοειδίτιδα

Η οξεία σκωληκοειδίτις είναι η συχνότερη οξεία χειρουργική πάθηση της κοιλίας, με το 7% των ανθρώπων να εμφανίζουν την οξεία αυτή κατάσταση στην διάρκεια της ζωής τους, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ 10 και 30 ετών.

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας ενδέχεται να είναι εξαιρετικά δύσκολη, βάζοντας σε δοκιμασία τις ικανότητες και του πλέον έμπειρου χειρουργού. Η καθυστέρηση στην διάγνωση ξεκινά από λάθος εκτίμηση τόσο από την πλευρά του αρρώστου όσο και του γιατρού, οδηγώντας την πάθηση σε επιπλοκές. Παρά τη τεχνολογική πρόοδο, η διάγνωση εξακολουθεί να στηρίζεται βασικά στο ιστορικό και τη φυσική εξέταση.

Η απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης από ινώδη ιστό, λεμφοειδή υπερπλασία, λίθους, κοπρόλιθους, παράσιτα ή και πρωτοπαθή φλεγμονή έχουν θεωρηθεί ως πιθανές αιτίες οξείας σκωληκοειδίτιδας. Καθώς η φλεγμονή της σκωληκοειδούς εξελίσσεται, επηρεάζεται η αιματική κυκλοφορία από την βακτηριακή φλεγμονή στο τοίχωμα και την διάταση του αυλού από πύον. Γάγγραινα και διάτρηση συμβαίνουν μετά το πρώτο 24ωρο με μεγάλη διακύμανση σε αυτό το χρόνο. Η γάγγραινα έχει ως αποτέλεσμα τις μικροσκοπικές διατρήσεις και την δημιουργία βακτηριακής περιτονίτιδας, τοπικής ή γενικευμένης.

Ιστορικό

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να προσομοιάζει με σχεδόν κάθε άλλη οξεία πάθηση της κοιλίας, ενώ αντίθετα πολλές παθήσεις μπορεί να την μιμηθούν. Η εξέλιξη των συμπτωμάτων και σημείων είναι ο κανόνας, σε αντίθεση με την διακύμανση στην εξέλιξη που εμφανίζουν άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις.

Τυπικά η νόσος ξεκινάει με διάχυτο περιομφαλικό ή επιγαστρικό πόνο, που εκφράζεται περισσότερο σαν δυσφορία ή στομαχική αναστάτωση. Αμέσως μετά εμφανίζονται ανορεξία, ναυτία καί ίσως έμμετος. Η ανορεξία είναι το πλέον σταθερό σύμπτωμα της οξείας σκωληκοειδίτιδας μετά τον πόνο και επι απουσίας της η διάγνωση γίνεται περισσότερο προβληματική. Έμμετος μπορεί να εμφανιστεί νωρίς στην εξέλιξη της νόσου αλλά συνήθως αρκετές ώρες αργότερα. Αν ο έμμετος εμφανιστεί πριν τον πόνο, η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι αμφίβολη, με πιθανότερη μια ιογενή νόσο.

Ο αρχικός πόνος οφείλεται στην απόφραξη, διάταση, φλεγμονή της σκωληκοειδούς και καθώς είναι σπλαχνικός πόνος (αυτόνομο νευρικό σύστημα) δύσκολα εντοπίζεται. Καθώς η φλεγμονή εξελίσσεται και επηρεάζει το περιτόναιο της σκωληκοειδούς και το τοιχωματικό περιτόναιο, ο πόνος γίνεται σωματικός (νωτιαία νεύρα) και εντοπίζεται ακριβώς με το δάχτυλο στην περιοχή της σκωληκοειδούς, στο τρίτον της απόστασης μεταξύ πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και ομφαλού. (σημείο Mc Burney).

Ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο, από μια μακρά ανιούσα σκωληκοειδή απόφυση, στην αριστερή λαγόνια χώρα από ανώμαλη περιστροφή του εντέρου ή αναστροφή σπλάχνων, στο υπογάστριο από μια ενδοπυελική θέση. Η πιο συχνή άτυπη εντόπιση πόνου στην οσφυϊκή χώρα είναι λόγω οπισθοκυφλικής θέσης.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας Γενικός Χειρουργός

Οι ασθενείς εμφανίζουν πόνο κατά την κίνηση, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια του ταξιδιού προς το νοσοκομείο, ο οποίος ενδέχεται να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι υποχώρησε καθώς σταματά η κίνηση. Ο πόνος οφείλεται στην κίνηση της σκωληκοειδούς προς το τοιχωματικό περιτόναιο. Ο ασθενής που παρουσιάζεται μετά την διάτρηση της σκωληκοειδούς παραπονείται πλέον για γενικευμένο πόνο.

Λιγότερο συχνό σύμπτωμα είναι η διάρροια. Νωρίς στην πορεία της νόσου μπορεί να παρατηρηθούν 1-2 διαρροϊκές κενώσεις, σαν αντίδραση στον σπλαχνικό πόνο, αλλά όχι οι επίμονες διάρροιες μιας ιογενούς ή βακτηριακής λοίμωξης. Αργότερα η διάρροια μπορεί να επανέλθει αν υπάρχει ερεθισμός του ορθού απο μια ενδοπυελική θέση της σκωληκοειδούς.

Αντανακλαστικός πόνος στον όρχι μπορεί να συνυπάρχει καθώς σκωληκοειδής και όρχις, νευρώνονται απο το ίδιο νωτιαίο νεύρο.

Ο όρος υποτροπιάζουσα οξεία σκωληκοειδίτις, γίνεται πλέον παραδεκτός, καθώς 25% των ασθενών περιγράφουν προηγούμενο παρόμοιο επεισόδιο.

Κλινικά ευρήματα

Η ευαισθησία στο σημείο της σκωληκοειδούς (Mc Burney) είναι το βασικότερο εύρημα. Εν τούτοις μπορεί να απουσιάζει στο αρχικό στάδιο της νόσου ή να είναι ασαφής σε παχύσαρκους αρρώστους. Επίσης μπορεί να είναι ηπιότερη και λιγότερο εμφανής σε οπισθοκυφλική θέση της σκωληκοειδούς, οπότε μπορεί να συνυπάρχει και ήπια ευαισθησία στην οσφυϊκή χώρα.

Πολλοί χειρουργοί αναμένουν την εμφάνιση τυπικής σύσπασης για να θέσουν την διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η σύσπαση όμως προκαλείται από την επέκταση της φλεγμονής στο τοιχωματικό περιτόναιο και χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να εμφανιστεί. Πολλές φορές όταν υπάρχει δυσκολία στην διάκριση ανάμεσα στην πραγματική σύσπαση και την υπερευαισθησία και νευρικότητα του αρρώστου, η ψηλάφηση μπορεί να αρχίσει απο την ανώδυνη αριστερά λαγόνια χώρα και να μεταφέρεται σταδιακά προς την δεξιά, ενώ συγχρόνως ο γιατρός απασχολεί με συζήτηση τον άρρωστο.

Το σημείο Rovsing, ο πόνος που προκαλείται στη δεξιά λαγόνια χώρα από την πίεση στην αριστερή αντίστοιχα, είναι σημείο τοπικής περιτονίτιδας. Αν υπάρχει καλά εντοπισμένη σοβαρή σύσπαση στο κοιλιακό τοίχωμα, είναι σίγουρη η τοπική περιτονίτις απο προηγηθείσα διάτρηση σκωληκοειδούς.

Το σημείο της αναπηδώσας ευαισθησίας (Rebound), ή το πιο ανθρώπινο της απλής επίκρουσης, θα υποδηλώσουν την υποκείμενη φλεγμονή της σκωληκοειδούς.

Άλλο χρήσιμο σημείο είναι το σημείο της μετακίνησης, με σύλληψη των λαγονίων ακρολοφιών, και μετακίνηση της πυέλου από πλευρά σε πλευρά, που θα προκαλέσει πόνο στο σημείο της σκωληκοειδούς, αν υπάρχει τοπική περοτονίτις. Το ίδιο αποτέλεσμα θα έχουμε με απλούστερο τρόπο, την απλή επίκρουση στην δεξιά λαγόνια χώρα που θα προκαλέσει μια γκριμάτσα δυσφορίας στον άρρωστο. Σε περίπτωση οπισθοκυφλικής θέσης της σκωληκοειδούς, το σημείο του ψοϊτού-έκταση ισχίου- θα βοηθήσει τη διάγνωση. Αν η σκωληκοειδής εγγίζει τον έσω θυροειδή μύ, η έσω στροφή του μηρού θα προκαλέσει πόνο και σύσπαση.

Σε αντίθεση με την κλασσική αντίληψη, η ευαισθησία κατά την δακτυλική εξέταση πρέπει να θεωρείται μάλλον εύρημα άλλης πάθησης που μιμείται την

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας

Γενικός Χειρουργός

σκωληκοειδίτιδα. Επίσης η αντίληψη ότι η οπισθοκυτταρική σκωληκοειδίτιδα προκαλεί άτυπη συμπτωματολογία μάλλον έχει υπερτονιστεί και θεωρείται ότι θα δώσει παρόμοια συμπτώματα με την εμπροσθοκυτταρική θέση σκωληκοειδούς.

Οι ασθενείς που προσέρχονται με καθυστέρηση και εμφανίζουν γενικευμένη ευαισθησία και σύσπαση, έχουν διάτρηση σκωληκοειδούς με περιτονίτιδα και κυρίως το ιστορικό θα οδηγήσει στην ακριβή διάγνωση. Η υπεραισθησία είναι ασταθές εύρημα στην πορεία του 9^{ου}, 10^{ου} και 11^{ου} θωρακικού νεύρου.

Ο πυρετός είναι καθυστερημένο εύρημα στην πορεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Ενώ αρχικά απουσιάζει ή εμφανίζεται ως δεκατική πυρετική κίνηση και πάντα κάτω των 38°C, όταν γίνει υψηλός μάλλον αντιμετωπίζουμε επιπλοκή της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Αν τέλος είναι υψηλός από την αρχή της νόσου, τότε μάλλον θα πρέπει να αναζητήσουμε άλλη αιτία.

Εργαστηριακά ευρήματα

Οι εργαστηριακές εξετάσεις σπάνια βοηθούν στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η λευκοκυττάρωση είναι συνήθης και κυμαίνεται μεταξύ 10-15000/mm³. Εν τούτοις η αύξηση συμβαίνει όταν πλέον έχει εδραιωθεί η εικόνα της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η λευκοκυττάρωση συνοδεύεται από πολυμορφοπυρήνωση.

Λευκοκυττάρωση πάνω από 20000/mm³ υποδηλώνει διάτρηση σκωληκοειδούς ή άλλη πάθηση.

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα σε ασθενείς με HIV προκαλεί το ίδιο κλινικό σύνδρομο, αλλά τα λευκά παραμένουν συνήθως σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η εξέταση ούρων είναι συνήθως φυσιολογική, εκτός αν υπάρχει ενδοπυελική ή οπισθοκυτταρική σκωληκοειδίτις, οπότε εμφανίζονται λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια.

Ο συνδυασμός λευκοκυττάρωσης, πολυμορφωπυρήνωσης και αύξησης της CRP ταιριάζουν με την διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Απεικονιστικός έλεγχος

Τα ευρήματα της απλής ακτινογραφίας είναι μη ειδικά και σπάνια ή ελάχιστα βοηθούν στην διάγνωση. Τοπικός ειλεός, ελεύθερος αέρας, κοπρόλοθοι, εξάλειψη της σκιάς των ψοϊτών είναι τα συνηθέστερα ευρήματα. Το ηπερηχοτομογράφημα έχει μικρή ευαισθησία, 75%, και δεν χρησιμοποιείται ευρέως. Η αξονική τομογραφία, αν και δεν χρησιμοποιείται ευρέως, έχει ευαισθησία και ειδικότητα που φτάνει το 95% και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για την διάγνωση, όσο και για την διαπίστωση και άλλων παθήσεων που μιμούνται την οξεία σκωληκοειδίτιδα. (μεσεντέριος λεμφαδενίτις, πυελοπεριτονίτις, διατρηθέν καρκίνωμα τυφλού κλπ). Επίσης είναι χρήσιμη στη διαφορική διάγνωση φλεγμονής της σκωληκοειδούς και αποστήματος.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι χειρουργική. Η επέμβαση μπορεί να γίνει ανοιχτά ή λαπαροσκοπικά. Τα αποτελέσματα συγκριτικών μελετών των δύο μεθόδων δεν δίνουν σαφή πλεονεκτήματα της μιας έναντι της άλλης μεθόδου, αν και οι ασθενείς με λαπαροσκόπηση, επιστρέφουν μερικές ημέρες νωρίτερα στην εργασία και τις δραστηριότητες. Η λαπαροσκόπηση είναι επιθυμητή όταν χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς σκοπούς, ιδιαίτερα σε δύσκολες καταστάσεις και μπορεί να οδηγήσει ασφαλέστερα στη διάγνωση και την έγκαιρη ταυτόχρονη αντιμετώπιση καθώς και την αποφυγή διαγνωστικών λαθών με άσκοπες εγχειρήσεις. Η λαπαροσκόπηση έχει επίσης ένδειξη σε γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία, γιατί προσφέρει διαγνωστική ακρίβεια καθώς και στους παχύσαρκους ασθενείς, όπου η επέμβαση γίνεται ευκολότερη και με λιγότερες επιπλοκές, λόγω της αποφυγής μεγάλης τομής.

Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών ενδείκνυται προεγχειρητικά. Η διάρκεια χορήγησης εξαρτάται από την βαρύτητα της περίπτωσης. Αν ο ασθενής για οποιοδήποτε λόγο δεν χειρουργηθεί, η αντιμετώπιση με αντιβιοτικά είναι απαραίτητη.

Βιβλιογραφία

1. Kotsifas TH, Kalligas TH, Nestorides J, Priovolos A, Saroukos A, Alexiou K, Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis. 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome 1998, Oral communications, ed. A Montori, pp 423-427
2. Nguyen NT, Zainabadi K, Mavandadi S, Paya M, Stevens CM, Root J, Wilson SE. Trends in utilization and outcomes of laparoscopic versus open appendectomy. Am J Surg. 2004 Dec;188(6):813-20.
3. Jones K, Pena AA, Dunn EL, Nadalo L, Mangram AJ. Are negative appendectomies still acceptable? Am J Surg. 2004 Dec;188(6):748-54.
4. Nikolaidis P, Hwang CM, Miller FH, Papanicolaou N. The nonvisualized appendix: incidence of acute appendicitis when secondary inflammatory changes are absent. AJR Am J Roentgenol. 2004 Oct;183(4):889-92.
5. Poh AC, Lin M, Teh HS, Tan AG. The role of computed tomography in clinically-suspected but equivocal acute appendicitis. Singapore Med J. 2004 Aug;45(8):379-84.
6. Lanthaler M, Nehoda H. It is not always appendicitis. Wien Klin Wochenschr. 2004 Jan 31;116(1-2):51-4
7. Becker K, Hofler H. [Pathology of appendicitis] . Chirurg. 2002 Aug;73(8):777-81. German.