

APENDICITI AKUT



Altin Sallahu

Doktor i Mjekësisë

Apendiciti është inflamacion i pjesës shtojcë të cekumit që njihet si pjesa vermiforme, zakonisht projektohet në kuadrantin e poshtëm të djathtë të abdomenit. Apendiksi zhvillohet në javën e pestë të jetës intrauterine.

Apendiciti është një sëmundje që shkaktohet nga bllokimi dhe inflamacioni i apendiksit, ky inflamacion shkakton vështirësi në qarkullimin e gjakut e si pasojë kemi rritjen e presionit gjë që shkakton reagim inflamator. Nëse inflamacioni vazhdon për një kohë, atëherë të gjitha muret e apendiksit infektohen me bakterie dhe në këtë mënyrë çojnë në dhimbje ekstreme. Nëse nuk kurohet me kohë, atëherë indet e organit fillojnë të nekrotizohen për shkak të mosfurnizimit me gjak dhe përfundimisht arrihet në perforacion të apendicit, një gjendje potencialisht e rrezikshme për jetë, por që zakonisht kirurgët e largojnë në mënyrë kirurgjike. Apendiciti akut prekë kryesisht moshën rinore, por edhe moshat tjera (edhe pse jo e shpeshtë nën moshën 3 vjeçare). Është emergjenca më e shpeshtë kirurgjike dhe duhet t'i kushtohet kujdes i veçantë sidomos fëmijëve dhe personave në moshë të shtyrë. Simptomat mund të ndryshojnë për shkak të pozicioneve të ndryshme të apendiksit.

Shkaqet dhe faktorët e rrezikut të apendiksit

Apendiciti shkaktohet nga bllokimi i lumenit të apendiksit, i cili mund të jetë për shkak të koproлитеve, inflamacionit me origjinë virale në indin limfoide, parazitëve, gurëve të tëmthit, neoplazive ose shkaqe të tjera. Apendiciti më së shpeshti shkaktohet nga kalçifikimi i feçeve. Indet limfoide brenda lumenit të apendiksit që mund të atakohen nga një infeksion viral, parazitët, gurët në tëmth ose neoplazitë mund të shkaktojnë gjithashtu obstrukcion në një

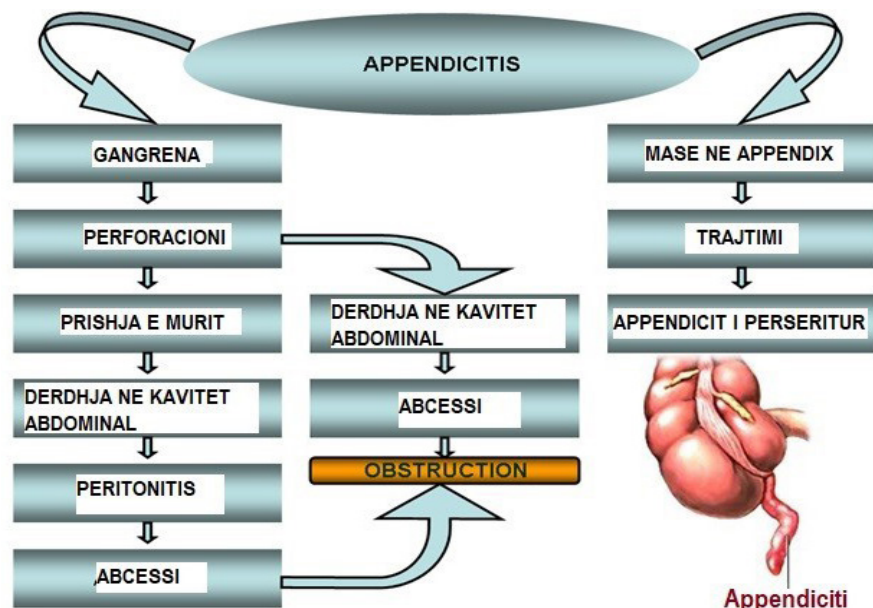
numër të madh rastesh. Mbyllja (bllokimi) i lumenit çon në rritje të presionit në apendiks, ulje të qarkullimit të gjakut në indet e apendiksit dhe rritje të tepërt të baktereve brenda, që është shkak i drejtpërdrejtë i inflamacionit. Kombinimi i inflamacionit, zvogëlimi i qarkullimit të gjakut në apendiks dhe distensioni i tij shkakton dëmtim të indeve dhe nekrozë (vdekje). Nëse ky proces nuk trajtohet, apendiksi mund të shpërthejë (perforacion) duke lëshuar baktere në kavitetin e barkut, duke rezultuar në dhimbje të forta abdominale dhe shfaqjen e komplikimeve.

Simptomat dhe shenjat e apendicitit

Simptomat më të zakonshme përfshijnë:

- dhimbje barku në kuadrantin e poshtëm të djathtë,
- nauze,
- të vjella – jo gjithmonë e pranishme.
- anoreksi (ulje e oreksit).
- mungesa e feçeve - nuk është gjithmonë prezente, edhe pse është e shpeshtë.
- barkqitje - mund të paraqitet nëse apendiksi është i vendosur poshtë dhe e stimulon rektumin.

Temperatura zakonisht nuk është shumë e lartë me vlera rreth 38°C. Mund të jenë të pranishme edhe diarreja edhe kapsllëku. Megjithatë, rreth 40% e rasteve nuk i paraqesin këto simptoma tipike. Dhimbja zakonisht lokalizohet në regjionin epigastrik ose mezogastrik, i cili më pas lokalizohet në fosën iliake të djathtë, por ndonjëherë dhimbja lokalizohet në vende edhe më larg dhe mund të imitojë një dhimbje barku në formë të kolikave biliare ose renale



Korrespondenca:
altsallahu@gmail.com

Figura 1. Komplikimet te Apendiciti akut (<https://www.researchgate.net/figure/Flow-chart-of-the-study-protocol-APPAC-II>)

(apendiksin retrocekal në rritje) ose patologji gjinekologjike (apendiksi i cili projektohet në komblik). Komplikimet serioze që mund të ndodhin nëse apendiksi perforon janë: peritoniti dhe sepsa.

Ekzaminimet fizikale

Në fosën iliace të djathtë ekziston ndjeshmëri e dhimbjes, kurse muskujt janë të tendosur (frengj. defanse musculaire), ku dhimbja është më e shprehur në pikën e Mc Burney. Për apendicitin na udhëzojnë edhe dy shenja: Rigjditet lokal dhe ndjeshmëri palpatores – shenja e Blumbergut. Shenja e m. psoas: dhimbje gjatë fleksionit rezistues, ekstensionit të ijës ose elevimit të këmbës së djathtë (për shkak të iritimit të muskulit psoas sidomos kur apendiksi ndodhet retrocekal, shenjë e m. obturator: dhimbje gjatë fleksionit të kofshës së djathtë të pacientit në ije dhe rotacionit të brendshëm (për shkak të iritimit të muskulit obturator të brendshëm). Shenja e Rovsing-ut: ndjeshmëri në anën e djathtë gjatë palpimit në fossa ilaca sinistra.

Një test i dobishëm është Testi i qëndrimit të pacientit në majë të gishtave. Pacientit qëndron në majë të gishtave dhe pastaj lëshohet papritmas në thembra, testi është pozitiv nëse shtohet dhimbja e barkut.

Ekzaminimet Laboratorike

Zakonisht numri i leukociteve është i rritur, mbi 10 mijë ndërsa formula leukocitare dominojnë me neutrofilin, si dhe numër më i madh i granulociteve jo të segmentuara. Mirëpo, diagnoza e apendicitit nuk përjashtohet edhe nëse numri i leukociteve është normal.

Ekzaminimi Ultrasonografik.

no Ekografia mund t'i largojë dyshimet, sidomos tek femrat në pubertet dhe adoleshencë, sepse mund të zbulojë patologjitë e traktit urogenital.

Apendiciti tek pacientët e shëndoshë nuk shihet gjatë ekzaminimit ultrasonografik, kurse në rast të apendicitit shihet: lumeni i apendicitit i zgjeruar dhe i mbuluar me lëng apo material hiperekogjen, diametri i apendiksit në prerje transversale është mbi 6 mm, muret e apendiksit janë të trasha (me mukozë të dhëmbëzuar) mbi 3 mm, vizualizimi hipoekogjen i formës së apendiksit, lëngu i lirë në hapsirën Douglas, me dopler kolor vizualizohet hiperemia periapendikulare.

Diagnoza Diferenciale

Apendicitin akut duhet dalluar nga një

varg sëmundjesh që shkaktojnë dhimbje barku, si:

Gastroenteriti akut (këtu të vjellat dhe diarreja janë më të shpeshta, dhimbjet kanë lokalizim të ndryshueshëm, ato zakonisht fillojnë në epigastrium ose përreth umbilikusit, por nuk zhvendosen në regjionin ileocekal)

Limfadeniti mezenterial (i shpeshtë te fëmijët të cilit shpesh i paraprijnë infeksionet respiratore, kurse rreth 50% të sëmurëve kanë faqe të kuqe me zbehje përreth buzëve ose pa zbehje, shumica kanë tonsilla dhe nyje limfatike të rritura të qafës)

Divertikuliti akut i Meckel-it
Koliklat uretrale nga ana e djathtë të urolitiazës

Ulcera duodenale e peroruara (përmbajtja e lëngët që del prej lukthit përmes vrimës së peroruara mund të derdhet përkaj kolonit ascendent në drejtim poshtë në FID

Kolecistiti akut (dhimbja më tepër e lokalizuar në harkun nënbrinjor të djathtë dhe prapa. Salpinigjiti akut

Ruptura e gravidances ekstrauterine (aborti tubar)

Torsioni i cistes ovariale

Mjekimi

Referim i menjëhershëm në kirurgji për pacientët me dhimbje të forta në fosa ilica dextra të cilat zgjatin më shumë se 6 orë. Ekzistojnë dy qasje kirurgjike për heqjen e apendiksit. Metoda standarde është apendektomia e hapur ndërsa një metodë më e re, më pak invazive është apendektomia laparoskopike.

Apendektomia e hapur.

Një prerje (incision) rreth 5 deri në 9 cm e gjatë bëhet në anën e poshtme të djathtë të barkut. Apendiciti nxirret përmes kësaj prerje.

Apendektomia laparoskopike. Kjo metodë është më pak invazive. Kjo do të thotë se është bërë pa prerje të madhe. Në vend të kësaj, bëhen nga 1 deri në 3 prerje të vogla. Një tub i gjatë dhe i hollë i quajtur teleskop vendoset në një nga prerjet. Ka një videokamerë të vogël dhe mjete kirurgjikale. Kirurgu shikon një monitor TV për të parë brenda barkut të pacientit në mënyrë që të manovrojë me mjete. Apendiciti hiqet përmes njëres prej prerjeve.

Gjatë një operacioni laparoskopik, operatori mund të vendosë nëse nevojitet një apendektomi e hapur. Nëse apendiksi ka perforuar dhe infeksioni është përhapur, mund të duhet një apendektomi e hapur. Apendektomia laparoskopike mund të shkaktojë më pak

dhimbje ndaj apendektomisë së hapur.

Të dy llojet e operacioneve kanë rrezik të ulët të komplikimeve. Apendektomia laparoskopike ka qëndrim më të shkurtër në spital, kohë më të shkurtër rikuperimi dhe shkallë më të ulët të infeksionit. Nëse ka perforacion të shoqëruar me absces, kirurgu obligohet që ta pastroj kavitetin abdominal duke shpërlarë me tretje fiziologjike si dhe të vendos një dren kirurgjik. Kohët e fundit disa studime kanë sugjeruar se vetëm antibiotikët intravenoz mund të kurojnë apendicitin pa pasur nevojë për apendektomi mirëpo këto rezultate mbeten të diskutueshme dhe apendektomia mbetet standardi i artë për momentin. Nëse kemi perforim të apendiksit pacienti duhet mbuluar me antibiotik që veprojnë në bakteret gram (+) dhe gram (-). Shërimi i plotë pas ndërhyrjes kirurgjikale ndodh brenda 10 ditëve dhe është e nevojshme të kufizohet aktiviteti fizik për të favorizuar shërimin e indeve.

Komplikimet

Intervenimi kirurgjik duhet të kryhet urgjentisht, për të mos ardhur deri tek perforimi dhe ndërlikimet.

Sa shpejt duhet të trajtohet apendiciti?

Apendiksi mund të perforoj brenda 48-72 orëve pas fillimit të simptomave të apendicitit. Trajtimi, duke përfshirë kirurgjinë, zakonisht ndodh brenda 12-24 orëve.

Apendiciti është urgjenca më e zakonshme kirurgjikale abdominale në botë. Në nivel ndërkombëtar, ai prek rreth 100 në çdo 100,000 të rritur.

Në Shtetet e Bashkuara, rreth pesë deri në nëntë në çdo 100 njerëz sëmurën nga apendiciti, që kërkon kirurgji urgjente.

Trajtimi i menjëhershëm i apendicitit zvogëlon rrezikun e perforacionit dhe komplikimeve të apendicitit.

Cilat janë komplikimet në rast të këtyre vonesave.

Peritoniti është komplikimi kryesor i cili mund të jetë i lokalizuar dhe difuz.

Peritoniti i lokalizuar manifestohet si:

1. Infiltrat peritiflik apo absces - absces është një xhep qelbi ose infeksioni që formohet rreth një apendiks të perforuar. Në këtë gjendje kirurgu duhet ta drenoj gjatë apendektomisë.

2. Pelvipertoniti i cili është inflamacion i peritoneumit në regjionin e komblikut të vogël që ndodh kur apendiksi nuk është operuar në kohën e duhur. Gjithashtu janë evidente edhe

komplikimet e më vonshme si: dehisenca e plagës, fistulat enterokutan dhe hernit postincizionale janë komplikim të vonshme të apendektomisë

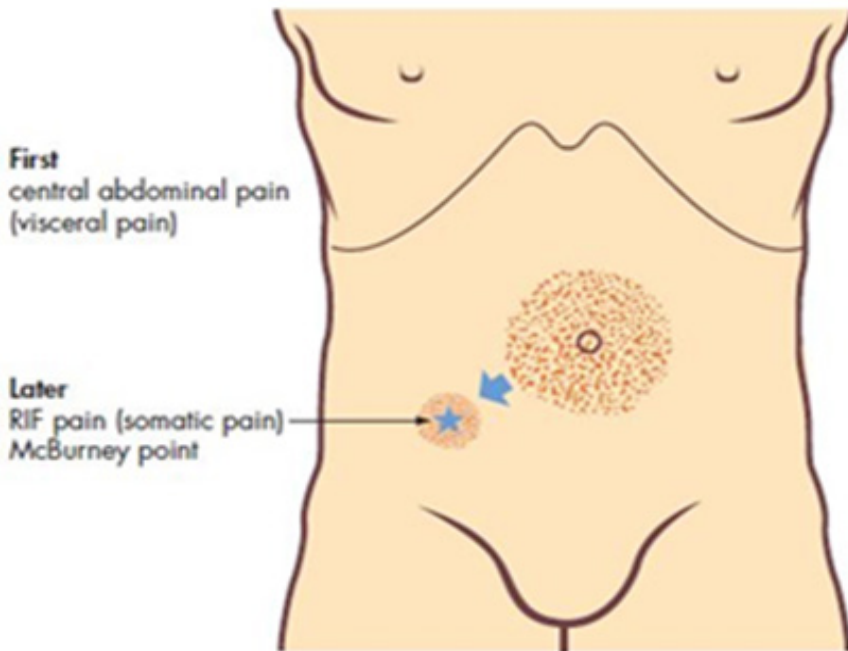
Referencat:

(Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol.* 1990 Nov;132(5):910-25 [PubMed]

Perez KS, Allen SR. Complicated appendicitis and considerations for interval appendectomy. *JAAPA.* 2018 Sep;31(9):35-41. [PubMed]

Mentula P, Sammalkorpi H, Lep-pwiniemi A. Laparoscopic Surgery or Conservative Treatment for Appendiceal Abscess in Adults? A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg.* 2015 Aug;262(2):237-42. [PubMed]

Machado NO, Chopra PJ, Ham-dani AA. Crohn's disease of the appendix with enterocutaneous fistula post-appendectomy: An approach to management. *N Am J Med Sci.* 2010 Mar;2(3):158-61. [PubMed]



Dhimbje tipike e distribuar për Appendicitis acut

Figura 2. Projektimi tipik i dhembjes tek Appendiciti acut (Sages.org/Appendicitis)

