



Terhes nők hasi fájdalmának differenciáldiagnosztikai nehézségei

**XI. Magyar Sürgősségi
Orvostani Kongresszus**



MSOTKE - MOT KÖZÖS
TUDOMÁNYOS
RENDEZVÉNYE

**SZÉKESFEHÉRVÁR,
2012. NOVEMBER 8-10.**

*Dr. Sárkány Ágnes
Székesfehérvár SBO*

***A terhesség a típusos hasi kórképeket
megváltoztatja***



Az előadás témája

- ***megismertesse a terhes betegekben a nem traumás eredetű hasi fájdalom differenciáldiagnosztikai lépéseit,***
- ***bemutatja a típusos hasi fájdalommal járó kórképekben fellépő tüneteket és a tünet változásokat a terhesség alatt***
- ***hogyan változtatja meg a trimeszter a különböző eredetű hasi fájdalmak típusos tüneteit a tankönyvihez képest***
- ***milyen képalkotó diagnosztikai vizsgálatokat végezzünk el , melyek a képalkotó diagnosztikának a határai, az ellenjavallatai a terhes betegekben? MR szerepe?***
- ***foglalkoznunk kell a magzat monitorizálásával is.***

Alapvető anatómiai és fiziológiai jellemzők

- *a terhes méh az eredeti méretének **20x-osára nő meg***
- *a méh függesztő szalagjainak és támasztó, fenntartó izomrendszerének **jelentős feszülését okozza**, és ugyanakkor **jelentős nyomás nehezedik a többi intraabdominalis szervre, szövetre és az elülső hasfal rétegeire is.***
- *Fiziológiás változások : az elülső hasfal lazasága fokozódik, ezért a **peritoneális izgalmi jelek késve fognak megjelenni terhes nőben hasi katasztrófa esetén.***

Gastrointestinális funkció változása

- ***alsó oesophagealis sphincter tónusa csökken, emiatt gyakori a gyomorégés, a reflux jellegű panaszok, striktúra , nyelőcső hegesedés***
- ***gyomorürülés lassul, a reziduális gyomortartalom mennyisége jelentősen emelkedik, hányinger, hányás lehetősége megnő és megemelkedik az **aspiráció** rizikója minden terhes nőben végzett anesztézia esetén, ezért a légút biztosítás RSI legyen.***
- ***vékonybél motilitás csökken, a colon transit idő is nő, emiatt a terhesekben **obstipáció** lép fel***

Keringési rendszer

- *Cardiac output 40%-kal nő, csúcsérték a II. trimeszterben éri el.*
- *SVR csökken, emiatt a nyugalmi pulzus 10-15 ütés/perccel növekszik a nyugalmi átlagértékhez képest, csúcsérték a III. trimeszterben .*
- *25%-ban növekszik a vörösvértestek összmennyisége, 40%-ban növekszik a plazma volumene, emiatt a terhesben **fiziológiásan anaemia** alakul ki.*
- *A teljes keringő vértérfogat növekedése miatt a terhes betegek a **haemodinamikai instabilitás klinikai jeleit később** mutatják, mint a nem terhes betegek, akár 25% -s volumenvesztést is elérhetik.*

Fontos

- *terhes nő vizsgálatakor mindig két beteget vizsgálunk, anyát és a magzatot.*
- *mindkettő állapotát dokumentálni kell.*
- *magzati szívhangok dokumentálása kötelező*
- *magzati szívhangok bármilyen regisztrátuma eltérést mutat, akkor igen valószínű, hogy a hasi panaszokat is szülészeti etiológia okozza (abruptio, vagy méhruptura)*
- *legjobb, hogyha a méh kontrakcióit is monitorizálják és dokumentálják.*

A diagnosztika problémái terhes nőben

- ***Első főprobléma: a hasi panaszok igen gyakori oka: többségében a méh függesztő, támasztó izomrendszerének és ligamentumainak a feszülése okozta diszkomfort érzet.***
- *Ugyanakkor az akut has normál fiziológiás jelenséggel is összetéveszthető. Ilyen:*
- *a növekvő méh vagy a magzatnak bizonyos pozíciói, mozgásai*
- ***Braxton-Hicks*** *kontrakció= pseudovajúdás. Olyan méh kontrakciók, olyan méhnyak változások, amelyek nem a szülési folyamat beindulását jelzik.*
- ***obstipációs tünet***
- ***kerek méhszalag fájdalma***

A diagnosztika problémái terhes nőben

- *Hányinger és hányás igen gyakori panasz*
- *Kóros a hányás : ha hasi fájdalommal, lázzal, hasmenéssel, fejfájással , fokális fájdalommal, érzékenységgel társul.*
- *A magas progeszterin koncentráció csökkenti az alsó-oesophagealis sphincter tónust, csökkenti a vékony-vastagbél motilitását, az epehólyag ürülési készségét és ureter tónust .*



gastrooesophagealis reflux, obstipáció, cholelithiasis, nephrolithiasis

A diagnosztika problémái terhes nőben

- *uterus hasi szervvé válik a gesztáció 12. hetétől+ a hasi szervek is megváltoztatják a helyüket, amennyire az anatómiai viszonyaik engedik= **hasi fájdalom pontos lokalizációja nehéz***
- ***A peritonealis jelek gyakran hiányoznak:*** *elsősorban az elülső hasfalnak a hasúrtól való elemelkedése és relaxációja, megnyúlása miatt, de a méh is képes gátolni az omentum mozgását. A hasúri gyulladásos góc nincs direkt kontaktusban a parietalis peritoneummal, ennek megfelelően nincs defanse , a fertőzés viszonylag gyorsan szétterjed.*
- *A terhes beteg vizsgálatára **oldalfekvésben** is kerüljön sor.*

A diagnosztika problémái terhes nőben

- *Laborértékek: a leukocytosis önmagában részjelensége a terhességnek, a II-III. trimeszterben 10-16.000 fvs, szülés korai szakaszában 20-30.000 fvs, szülés után egy héttel normalizálódik. A fiatal alakok megjelenésekor infekciót kell keresni. (balra tolt kenet)*
- *A **fiziológiás anaemia** szintén gyakori, mivel a plazma mennyiség jobban növekszik, mint az alakos elemeknek a mennyisége.*
- *Akut anyai intraabdominalis betegség fennállása a koraszülés rizikóját megnöveli. A profilaktikus tokolitikumok alkalmazása , amelyekkel ilyenkor a szülést késleltetni próbálják, ellentmondásos és tudományos szempontból nem bizonyított.*

Terhes nő hasi fájdalmának etiológiája

- 1. szülészeti okok*
- 2. nőgyógyászati okok*
- 3. nem szülészeti és nem nőgyógyászati oka van a hasi fájdalomnak: incidentalis hasi fájdalom*

A szülészeti okok feloszthatók

- **korai**, tehát 24 terhességi hétnél korábban jelentkező és*
- **késői**, tehát a 24. hét után jelentkező okokra*

Korai szülészeti okok 1.

- ***vetélés*** – a leggyakoribb oka a koraterhességi hasi fájdalomnak
- *kerek méhszalagnak a fájdalma : **RLP - round ligament pain**, – alhasi fájdalmak 10-30%-áért felelős*
- ***Ectopiás terhesség:** vezető halálok a nem traumás és terhességgel összefüggő női halálozásban*

Korai szülészeti okok 2.

- ***Heterotópiás terhesség***
- ***Corpus luteum cysta ruptura***
- ***Septicus abortusz peritonitissel vagy anélkül***
- ***Akut vizelet retenció***

Késői szülészeti okok

- ***Koraszülés.: 37. terhességi hét előtti koraszülés ráta 8-10%,***
- ***Placenta akreta, increta, percreta: placenta a myometriumba nő különböző mélységig***
- ***SPD= symphysis-pubis dysfunctio***
- ***Súlyos preeclamsia és Hellp-syndroma***
- ***Chorioamnionitis***
- ***Terhességi akut zsírmáj***
- ***Méhruptura***

Nőgyógyászati okok

- *Corpus luteum cysta megrepedése*
- *Adnexumok torziója*
- *Kismedencei gyulladákos betegség =Pelvic inflammatory Disease (PID)*

Nem nőgyógyászati, nem szülészeti okok

Gastrointestinalis:

- ***Appendicitis ac, vékonybél elzáródás, acut cholecystitis, cholelithiasis***
- ***Acut pancreatitis, gyomorfekély, gastroenteritis, hepatitis,***
- ***Bélperforáció, kizárodott sérv, gyulladt bélbetegségek,***
- ***Meckel diverticulitis, Toxicus megacolon***
- ***Pancreas pseudocysta, Volvulus***

Nem nőgyógyászati, nem szülészeti okok

Urogenitalis rdsz:

- *ureterkő-elzáródás, veseruptura*

Vascularis eredet:

A. mesenterica superior sy, Mesenterialis trombosis

- *Visceralis szervek arteria aneurysma rupturája*
- *Hasi aorta dissectioja*

Légzőrdsz:

- *Pneumonia, Pulmonalis embolia*

Egyéb:

- *Diabeteses ketoacidosis*
- *Hasi trauma*

Nem szülészeti és nem nőgyógyászati okok: 1. appendicitis acuta

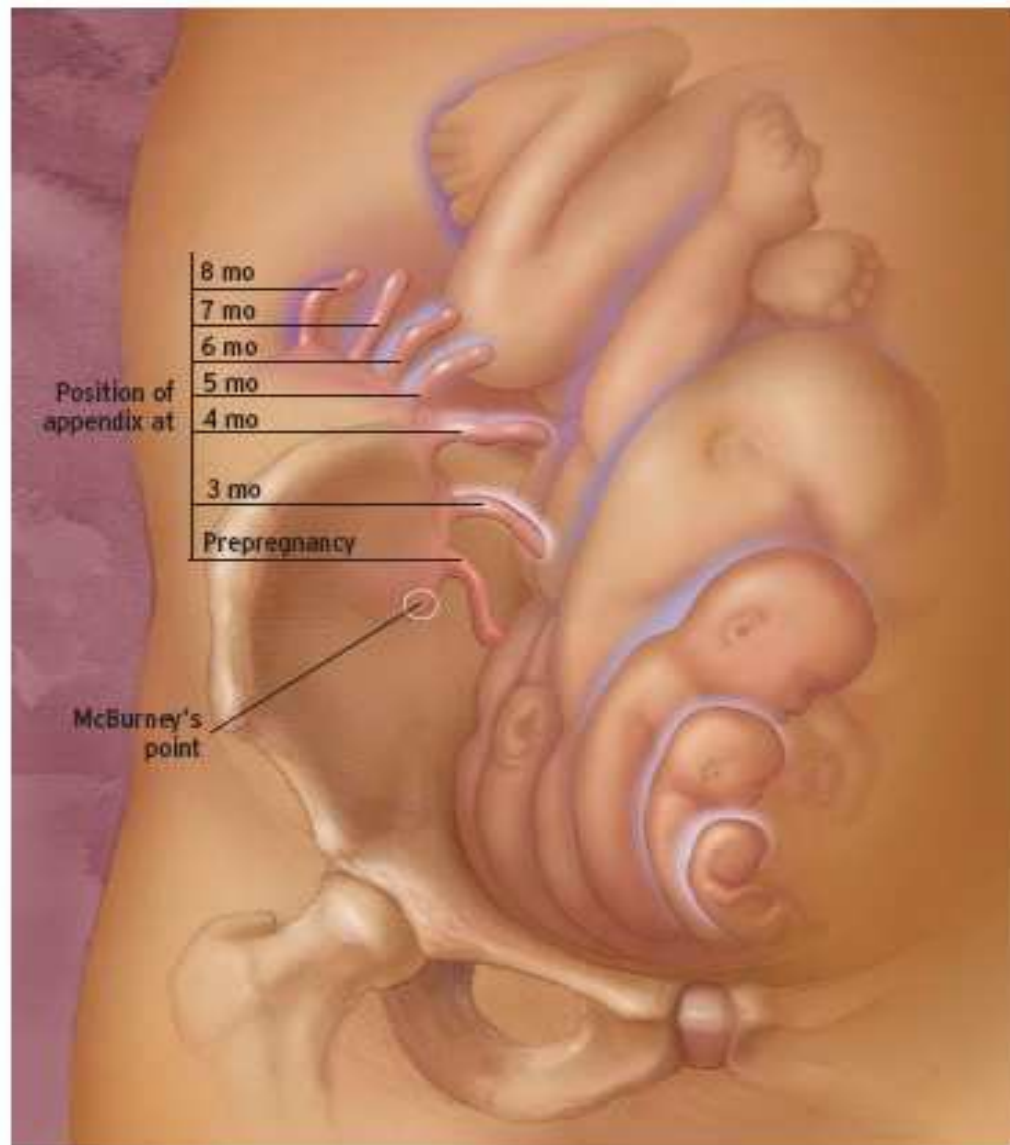
- *A leggyakoribb akut has terhesben : appendicitis ac.*
- *Az app.ac. össz incidenciája nem változik terhesség alatt, de súlyosabb.*
- ***A diagnózis késlekedése a maradandó morbiditás vezető oka.***
- *A korai diagnózis nagyon fontos, mert magas a kockázata a magzatvesztésnek, és az anyai mortalitásnak, hogyha a diagnózis késlekedik.*
- *A perforáció incidenciája 25%, de ha a sebészeti beavatkozások több, mint 24 órát késlekedik, akkor ez az incidencia appendicitisben 66%-osra nő.*
- *Perforált appendicitis esetén a magzatvesztés esélye 5-20%, az első és a második trimeszterben., anyai halálozás 1-4%*
- *A nem perforált appendicitis esetén a magzatvesztés 1,5%,*

Appendicitis acuta

- *Az elfogadható negatív laparotomia szám magasabb a nem terhesekéhez képest, tehát a feleslegesen megoperált betegek arányszáma 35% lehet terhes esetében, míg ez nem terhes esetében 15%*
- *Tünetek: majdnem mindig hasi fájdalommal jár, melynek lokalizációja változik a trimeszter alapján. .*
- *első trimeszterben az appendix a Mc Burney pontnál,*
- *a második trimeszterben fölfelé – és laterál mozdul az appendix, ezért periumbilikális vagy akár a köldök mellett kicsit jobbra lévő régió fájdalmát érezheti*
- *a harmadik trimeszterben az epehólyag magasságában lehet az appendix vagy diffúz fájdalomra panaszkodhat a beteg.*
- *Az appendix a 10. posztpartum napon tér vissza az eredeti helyére.*

Appendicitis acuta

- *Hányinger majdnem mindig jelen van, 2/3-a hány is.*
- *Jelek: direkt hasi tapintási érzékenység van leggyakrabban,*
- *visszacsapási, felelengedési hasi érzékenység a betegek 55-75%-ában van,*
- *hasizomzati merevség ez vélhetően a deffanz 50-65%-ában a betegek észlelhető.*
- *A psoas érzékenység tünetek gyakoribb, mint a nem terheseekben.*
- *Rectalis érzékenység különösen az első trimeszterben,*
- *a láz és a tachycardia foka változó, nem szenzitív jelek*



Here and on the cover: © Molly Borman

FIGURE 1. The growing uterus progressively displaces the appendix in a counterclockwise rotation out of the pelvis into the right upper quadrant.

Appendicitis acuta

- *Adler jel negatív: a beteget baloldalára fordítjuk, a maximális fájdalom pontja mediál felé mozdul el, akkor adnexum, vagy méh kóros elváltozása valószínű*
- *Adler jel pozitív:, hogyha a fájdalom a jobb alsó has félben marad , eredet valószínűleg appendix.*
- *Leukocytosis:a terhesség megemeli a fehérvérsejtszámot, akár 15.000-ig is. A súlyos betegség jelentkezhethet normál fvs mellett is, a balra tolt vérkép granulocytosis a fertőzést jelzi.*
- *Pyuria a betegek 10-20%-ában van, ha a betegnek appendicitise van, de lehet proteinuriája és hematuriája is Bakteruria nincs.*
- *Képalkotó diagnosztika: Először: UH diagnosztika, vizsgáló orvos dependens, Másodszor: MR, Harmadszor:CT. (második és harmadik trimeszterben is el lehet végezni.)*

2. Vékonybél obstructio.

- *Okok: legtöbbször adhesio, volvulus 25%,*
- *Ha műtéti beavatkozásra van szükség , akkor 25%-os magzati és 6%-os az anyai mortalitás.*
- *Leggyakoribb a kórkép a harmadik trimeszterben, mert a megnövekedett méh tömeg hatást és nyomást hatást fejt ki, mind a vastag-, mind a vékonybélbe és ezeknek a malpozícióját okozza.*
- *Dg: nehéz, UH, MR, CT*

3. Akut cholecystitis, cholelithiasis

- *az ösztrogénszint magasabb*
- *epestázis fokozódik, ill. az epekontrakciói csökkennek*
- *a terhesség első trimeszterében végzett LC után vetélés , a harmadik trimeszterben koraszülés nő meg*
- *Optimális műtéti idő a második trimeszter, vagy szülés után, nyitott műtét vagy LC*
- *Choledocholithiasis mellett fellépő cholangitis vagy pancreatitis esetén ERCP nyugodtan elvégezhető.*

A sebészi beavatkozás időzítése terheseekben

- *Terhességben csak sürgősségi indikációval végzünk műtétet, elektív műtét szülés után*
- *Ha műtét szükséges, akkor a második trimeszter a legoptimálisabb időpont erre*
- *Első trimeszterben 12% vetélés, , II. trimeszterben 5,6%, III. trimeszterben 40% a koraszülés*
- *Terhesség alatti sebészi beavatkozások:0,2-2 %*
- *Anesztézia: lehetőség szerint regionális anesztéziát végezzünk, általános anesztézia halálozása 16x magasabb (aspiratio) . Na-Na-citrátos vagy H2 receptor-blokkoló a praemedikációban.*
- *Személyi feltétel: Fontos a szülés-nőgyógyász tájékozottsága a sebészi terápiás beavatkozásokról. , de a sebész ismeretanyaga is a terhességről., a diagnosztikai lépésekről*

A sebészi beavatkozás időzítése terheseekben

- *Ha perforatio vagy peritonitis nincs, akkor kevésbé befolyásolják a terhesség kimenetelét.*
- *A terhesség sorsát nem az anesztézia vagy a műtét szabja meg, hanem a gyulladásos reakció súlyossága és kiterjedtsége.*
- *A várandós nő megfelelő ellátása a magzat veszélyeztetettségét minimálisra csökkenti.*
- *A műtét és az anesztézia nincs teratogén hatással magzatra, de a spontán vetélés gyakoribb.*
- *Postoperatív fájdalomcsillapítás: kodein, aszpirin nem adható.
Jó: Paracetamol AB: penicillin, cephalosporin, makrolid*
- *Magzati hypoxia elkerülésére : CTG monitorizálás, SaO₂ , PaO₂, anyai vérnyomás fenntartása a placentaris keringéshez.*

A sebészi beavatkozás időzítése terheseekben

- *Intraoperatív magzati monitorozás tekintetében egyesek javasolták, hogy legyen, de nem történt összehasonlító tanulmányok , javítja-e a magzati kimenetet.*
- *Fontos: a hypotonia elkerülése, a systolés vérnyomás 20%-os ingadozáson belül maradjon baseline értékekhez képest.*
- *Fontos: az uterus laterális elmozdulásának megakadályozása, véna cava kompresszió elkerülése a beteg megfelelő pozícionálásával .*
- *A sebészeti beavatkozás típusa : laparoscopia javasolt, laparotomia helyett, mert ez rövidebb kórházi benntartozkodással, gyorsabb bélműködés visszatéréssel, kevesebb posztoperatív fájdalommal, rövidebb idő alatt visszanyert járóképességgel és kisebb sebfertőzési ill. posztoperatív hernia rizikóval jár, mint a nyitott laparotomiák.*

Képalkotó diagnosztika lehetőségei

- *Első választandó eszköz: UH*
- *Második vizsgáló eszköz MR legyen? Vizsgálati eredményei rendkívül jók, de sok helyen a CT-t tartják inkább választandónak, mint az MR-t. pl.: appendicitis, vesekő betegségben, harmadik trimeszterben lévő gravidánál.*
- *Oka: részben MR elérhetőségének hiánya, részben tapasztalat hiánynak, nincsen valamennyi intézmény által elfogadott protokoll hasi fájdalomban*
- *ha az intézményben mindkettő rendelkezésre áll, akkor MRI a javasolt, nem a CT*
- *Kontrasztanyag vizsgálatnál kötelező a beleegyező nyilatkozat*
- *Jód adás: magzati pm. károsodhat, újszülöttet ellenőrizni kell.*
- *Szoptató anyáknak jódos kontrasztanyagot adnak, nem kell a szoptatást abbahagyni.*

Képalkotó diagnosztika lehetőségei

- *A legjobb az, hogyha erre rendszeresített formanyomtatványon a terhes nő, aki diagnosztikus radiológiai vizsgálatra kerül dokumentáltan, az ő értelmi szintjének, felfogó képességének megfelelően tájékoztatva van az alternatív lehetőségekről, a vizsgálat kockázatairól, hasznáról, az elmaradásának a kockázatáról, magáról az eljárásról és a kontrasztanyagok kockázatairól és ezeknek megbeszélését, megértését aláírásával megerősíti.*

Magzat monitorizálása a perioperatív szakban

- *24 hétig naponta Uh kontroll a magzat életképességének megítélésére.*
- *24 hét-36 hétig UH mellett cardiotokograph naponta 1-2x*
- *36 hét után Uh+ CTG + NST(non stressz test) naponta 1-2x*
- *Nincs szülészeti állásfoglalás:milyen gyakran, vagy folyamatosan kell-e végezni a magzat monitorizálását acut hasi kórképek miatt történő műtét perioperatív szakában.*

