

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

## Οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση: Αναφορά περιπτώσεων, διαγνωστικές προκλήσεις και θεραπευτικές στρατηγικές

Κ. Καρβούνη, Σ. Καλαντζή, Ε. Καρακικέ, Κ. Καλαϊτζίδης, Κ. Ζαχαρή, Σ. Κραββαρίτης, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία, Ελλάδα

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση αποτελεί τη συχνότερη μη μαιευτική αιτία που απαιτεί χειρουργική διερεύνηση της κοιλίας και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο, ιδίως όταν η διάγνωση καθυστερήσει. Στην παρούσα αναφορά περιπτώσεων, παρουσιάζεται έγκυος, η οποία προσήλθε με άτυπα συμπτώματα κοιλιακού άλγους και μη ειδικά εργαστηριακά ευρήματα αρχικά. Η επιμονή της συμπτωματολογίας και ο απεικονιστικός έλεγχος οδήγησαν σε λήψη απόφασης για χειρουργική διερεύνηση με λαπαροτομία και σκωληκοειδεκτομή. Παρά την αυξανόμενη χρήση της λαπαροσκοπικής ως θεραπευτικής επιλογής, η ανοικτή χειρουργική προσιέλαση εξακολουθεί να έχει θέση σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Η έγκαιρη αναγνώριση της κατάστασης και η άμεση συνεργασία μαιευτήρων και χειρουργών παραμένουν καθοριστικές για τη ομαλή έκβαση της δυάδας μητέρας-εμβρύου.

Λέξεις κλειδιά: σκωληκοειδίτιδα, κύηση

---

Κ. Καρβούνη, Σ. Καλαντζή, Ε. Καρακικέ, Κ. Καλαϊτζίδης, Κ. Ζαχαρή, Σ. Κραββαρίτης, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα. Οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση: Αναφορά περιπτώσεων, διαγνωστικές προκλήσεις και θεραπευτικές στρατηγικές. Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(2): 332-338

---

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην εγκυμοσύνη [1]. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου φαίνεται να είναι η ίδια, τόσο για τις έγκυες, όσο και για τις μη έγκυες γυναίκες [1]. Γενικά, η επίπτωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη υπολογίζεται ότι αφορά στο 0,05%-0,07% του συνόλου των κυήσεων. Είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο τρίμηνο και αφορά περίπου στο 27%-60% των περιπτώσεων.

Λιγότερο συχνά μπορεί να εκδηλωθεί στο πρώτο και το τρίτο τρίμηνο της κύησης, με συχνότητα που κυμαίνεται από 19%-36% και 15%-33%, αντίστοιχα [1,2].

Η προεγχειρητική διάγνωση μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια στο 75% περίπου των περιπτώσεων [3]. Η διάγνωση καθίσταται δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη λόγω της παρουσίας της κροφορούσας μήτρας και της πιθανής μετατόπισης της σκωληκοειδούς απόφυσης από τη φυσιολογική της ανατομική θέση [4,5].

Οι συνέπειες της σκωληκοειδίτιδας καθώς και ο κίνδυνος καθυστέρησης στη διάγνωση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, όπως διάτρηση, λοίμωξη, πρόωρος τοκετός, καθώς και κίνδυνοι για απώλεια του εμβρύου ή της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σοβαρές, καθώς έχουν καταγραφεί περιπτώσεις που υποβλήθηκαν σε εκτομή σκωληκοειδίτιδας κατά το πρώτο τρίμηνο και απέβαλαν αυτόματα ενώ σκωληκοειδεκτομή κατά το δεύτερο τρίμηνο μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό [5,6]. Η μητρική θνησιμότητα έχει αναφερθεί από μηδενική έως 2%. Μια μη ραγείσα σκωληκοειδής απόφυση συνοδεύεται από ποσοστό απώλειας του εμβρύου 1,5% έως 9%, ενώ αυτό το ποσοστό αυξάνεται έως και 36% σε περίπτωση διάτρησης [5,6].

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Έγκυος 38 ετών G2P1A2 προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε ηλικία κύησης 15 εβδομάδων και 5 ημερών λόγω περιομφαλικού άλγους από δώρου με επέκταση στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα. Το άλγος συνοδευόταν από ανορεξία, ναυτία και εμέτους. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο και από το μαιευτικό ιστορικό αναφέρει περιίδεση τραχήλου λόγω ανεπάρκειας στην πρώτη κύηση, με τελειόμηνο φυσιολογικό τοκετό, και δύο αυτόματες αποβολές. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε προληπτική περιίδεση τραχήλου λόγω επιθυμίας της ίδιας στην παρούσα κύηση και ανέφερε παρουσία κυστικού μορφώματος δεξιάς ωοθήκης, με την εγκυμοσύνη να εξελίσσεται ομαλά και χωρίς επιπλοκές. Από την φυσική εξέταση εκλύεται κοιλιακό άλγος στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα με

εντοπισμένη σύσπαση. Από την μαιευτική εξέταση δεν παρατηρήθηκαν σημεία επαπειλούμενης αποβολής. Το μαιευτικό υπερηχογράφημα επιβεβαίωσε την παρουσία ζώντος εμβρύου με φυσιολογική ανάπτυξη και παρουσία κυστικού μορφώματος στη δεξιά ωοθήκη με φυσιολογική αγγείωση κατά τον έλεγχο με έγχρωμο Doppler. Η αριστερή ωοθήκη απεικονίστηκε φυσιολογικών διαστάσεων και ηχοδομής χωρίς παρουσία χωροκατακτητικής βλάβης.

Το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε στο δεξί κάτω τερτατημόριο εντερικές έλικες με κοπρανώδες περιεχόμενο, μέτριου βαθμού συλλογή υγρού καθώς και εντόνως υπερηχογενής έλικα με τυφλό άκρο (υπόνοια σκωληκοειδούς απόφυσης) προσθιοπίθιας διαμέτρου 0,48 εκ. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο: Αιμοσφαιρίνη 13,1 gr/dl, αιματοκρίτης 37.1 %, λευκά αιμοσφαίρια 13.00 K/μL, ουδετερόφιλα 10.56 K/μL , αιμοπετάλια 263 K/μL και C αντιδρώσα πρωτεΐνη 1.7mg/L. Η γενική εξέταση ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ελήφθησαν καλλιέργεια ούρων και κοιλιακού υγρού οι οποίες στην πορεία βγήκαν αρνητικές. Η ασθενής εισήχθη στη μαιευτική κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση. Κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας παρατηρήθηκε μετατόπιση του περιομφαλικού άλγους στο δεξί λαγόνιο βόθρο με έντονη ευαισθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση με αναπηδώσα ευαισθησία και θετικό σημείο McBurney. Από τον νέο εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση της C αντιδρώσας πρωτεΐνης 142.1mg/L. Τέθηκε η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας και κατόπιν ενδελεχούς ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική

αντιμετώπιση. Προεγχειρητικά η ασθενής έλαβε κεφοξιτίνη 2gr. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε φλεγμώδης σκωληκοειδής απόφυση, οπισθοτυφλική, με πύον εντός της κοιλίας και εκτελέστηκε σκωληκοειδεκτομή. Ελήφθη καλλιέργεια πύου από το περιτόναιο που ανέδειξε *Escherichia coli* ευαίσθητο στην αντιβιοτική αγωγή που έλαβε η ασθενής. Μετεγχειρητικά η ασθενής έλαβε ενδοφλέβια κεφοξιτίνη, μετρονιδαζόλη και υποδόρια χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους. Η μετεγχειρητική της πορεία και η εξέλιξη της κήσης ήταν φυσιολογικές, με βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής εικόνας της ασθενούς η οποία εξήλθε την 3η μετεγχειρητική ημέρα, με οδηγία για τακτική μαιευτική παρακολούθηση.

Η παθολογοανατομική εξέταση έδειξε αλλοιώσεις οξείας γαγγραινώδους σκωληκοειδίτιδας, πρισκωληκοειδίτιδας και εντοπισμένης περιτονίτιδας. Η ασθενής προσήλθε εκ νέου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών τη 10η μετεγχειρητική ημέρα με άλγος και ορώδη συλλογή υγρού στην περιοχή του χειρουργικού τραύματος. Ακολούθησε διάνοιξη και παροχέτευση της συλλογής και λήψη καλλιέργειας από την οποία απομονώθηκε *Enterococcus Faecalis* και *Escherichia Coli* για την οποία έλαβε χημειοπροφύλαξη. Η πορεία της κήσης εξελίχθηκε φυσιολογικά χωρίς επιπλοκές.

## ΣΧΟΛΙΟ

Όπως έχει περιγραφεί και στη βιβλιογραφία η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην κήση είναι δύσκολη με υψηλά ποσοστά διαγνωστικού λάθους. Πρόσφατα, οι McGory και συνεργάτες στη

μελέτη τους, η οποία περιελάμβανε 3133 έγκυες με κλινική συμπτωματολογία οξείας σκωληκοειδίτιδας που υποβλήθηκαν σε σκωληκοειδεκτομή, διαπίστωσαν αρνητικό ιστολογικό αποτέλεσμα σε ποσοστό 23% [6]. Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, έμετο και άλγος στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας, τα οποία μπορούν να παρατηρηθούν και στη φυσιολογική κήση [3-4]. Ο πυρετός και η ταχυκαρδία ενδέχεται να μην εμφανίζονται κατά την εγκυμοσύνη και ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να μεταβληθεί αλλά η αναμενόμενη λευκοκυττάρωση της κήσης, μέχρι και 16.000/μl δυσχεραίνει την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με δεδομένο ότι ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν ξεπερνά σε όλες τις περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας το όριο αυτό, ωστόσο η «στροφή» του τύπου προς τα αριστερά μπορεί να βοηθήσει στην υποψία ύπαρξης οξείας φλεγμονής [4]. Άλγος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο, συστολές της μήτρας, δυσουρία και διάρροια μπορεί επίσης να παρατηρηθούν. Η σκωληκοειδής απόφυση αλλάζει θέση κατά την κήση, μετατοπιζόμενη προς τα άνω, έως το πλευρικό τόξο, στο τέλος του δευτέρου και στο τρίτο τρίμηνο της κήσης [4-5]. Οι ασθενείς μπορεί τότε να παρουσιάσουν άλγος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο ή γενικευμένο κοιλιακό άλγος δεξιά, αν και η μετατόπιση της σκωληκοειδούς απόφυσης και η εμφάνιση άλγους στο δεξιό άνω τεταρτημόριο δεν επιβεβαιώνονται σε όλες τις περιπτώσεις.

Κατά τη διαγνωστική προσέγγιση του κοιλιακού άλγους στην εγκυμοσύνη, η διαφορική διάγνωση είναι ιδιαίτερα ευρεία και περιλαμβάνει τόσο μαιευτικές/γυναικολογικές αιτίες όσο και μη μαιευτικές παθήσεις. Η αναγνώριση της υποκείμενης παθολογίας είναι

κρίσιμη, καθώς πολλές από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να μιμούνται τη συμπτωματολογία της σκωληκοειδίτιδας, καθιστώντας τη διάγνωση απαιτητική. Στις μαιευτικές και γυναικολογικές αιτίες περιλαμβάνονται ωθηκική κύστη, συστροφή εξαρτήματος, σαλπγγίτιδα, ραγείσα κύστη του ωχρού σωματίου, εκφυλισθέν ινομύωμα της μήτρας, έκτοπη κύηση, αποκόλληση του πλακούντα, χοριοαμνιονίτιδα, προεκλαμψία, πρόωρος τοκετός και υπερέμεση της κύησης. Μεταξύ των μη μαιευτικών αιτιών συγκαταλέγονται η γαστρεντερίτιδα, οι λοιμώξεις και παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, όπως η πυελονεφρίτιδα και η νεφρολιθίαση, η χολοκυστίτιδα και η χολολιθίαση, η παγκρεατίτιδα, η μεσεντέριος αδενίτιδα, η εκκολπωματίτιδα του παχέος εντέρου καθώς και οι πνευμονικές παθήσεις όπως η πνευμονική εμβολή και η πνευμονία.

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα αποτελεί κυρίως κλινική διάγνωση που επιβεβαιώνεται ιστοπαθολογικά. Όταν η κλινική εικόνα δεν είναι σαφής, απαιτείται απεικονιστική διερεύνηση. Οι βασικές απεικονιστικές μέθοδοι είναι το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI). Το υπερηχογράφημα είναι η πρώτη επιλογή, ειδικά στην κύηση, καθώς είναι ασφαλές, χωρίς ακτινοβολία, και προσφέρει επιπλέον πληροφορίες για την κατάσταση του εμβρύου και πιθανές μαιευτικές παθήσεις. Ωστόσο, η ευαισθησία και η ειδικότητά του μειώνονται στην κύηση λόγω της μετατόπισης της μήτρας και του περιορισμού της ορατότητας, καθώς και λόγω της εξάρτησης από την εμπειρία του χειριστή. Διάμετρος σκωληκοειδούς πάνω από 6 mm ή παρουσία κοπρόλιθου υποδηλώνουν σκωληκοειδίτιδα. Η

CT έχει ακρίβεια >95% και μπορεί να αναδείξει χαρακτηριστικά όπως διόγκωση και πάχυνση τοιχώματος της σκωληκοειδούς, φλεγμονή και παρουσία κοπρανολιθώδους περιεχομένου. Η κύρια ανησυχία είναι η έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία, αν και οι σύγχρονες τεχνικές μειώνουν τη δόση σε επίπεδα κάτω από τα όρια που θεωρούνται επικίνδυνα (περίπου 4 mSv, ελάχιστα πάνω από τη φυσιολογική έκθεση των 3 mSv). Η CT σε έγκυες χρησιμοποιείται μόνο όταν το υπερηχογράφημα είναι ασαφές και δεν είναι διαθέσιμη η MRI. Η MRI παρουσιάζει ευαισθησία περίπου 91,8% και ειδικότητα 97,9% για τη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη. Είναι ασφαλής, δεν εκπέμπει ακτινοβολία και μειώνει κατά σχεδόν 50% τα αρνητικά χειρουργεία χωρίς να αυξάνει τον κίνδυνο διάτρησης [5]. Η MRI συνιστάται να χρησιμοποιείται ελεύθερα όταν είναι διαθέσιμη και αποτελεί την ιδανική μέθοδο σε έγκυες με αμφίβολα ευρήματα υπερηχογραφήματος [5]. Συνολικά, η χρήση απεικόνισης βελτιώνει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια και βοηθά στην ορθή διαχείριση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη, περιορίζοντας τις επιπλοκές τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβryo.

Η θεραπευτική προσέγγιση της οξείας σκωληκοειδίτιδας κατά την κύηση είναι σχεδόν πάντοτε χειρουργική. Η χορήγηση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής πριν, κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά το χειρουργείο είναι γενικά απαραίτητη, ιδίως όταν υπάρχουν επιπλοκές, όπως διάτρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης, περιτονίτιδα ή όταν πρόκειται για γαγγραινώδη μορφή της νόσου. Η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή πρώτης επιλογής περιλαμβάνει συνδυασμό αμπικιλίνης ή κεφαλοσπορίνης δεύτερης

γενιάς με μετρονιδαζόλη, ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού [2-3]. Όσον αφορά την τοκολυτική θεραπεία για την πρόληψη πρόωρων συσπάσεων ή τοκετού, η διεθνής βιβλιογραφία δεν είναι ομόφωνη. Ωστόσο, φαίνεται πως σε ήπιες, μη επιπλεγμένες μορφές σκωληκοειδίτιδας δεν κρίνεται απαραίτητη, ενώ σε πιο προχωρημένες ή σοβαρές περιπτώσεις, ενδέχεται να είναι χρήσιμη και να συνιστάται.

Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή έχει πλέον καθιερωθεί ως η προτιμώμενη και ασφαλέστερη μέθοδος χειρουργικής αντιμετώπισης της οξείας σκωληκοειδίτιδας, ακόμα και κατά την κύηση [3,7]. Η τεχνική αυτή υπερέχει της ανοικτής μεθόδου λόγω της ταχύτερης ανάρρωσης, της μικρότερης διάρκειας νοσηλείας, της μειωμένης ανάγκης για αναλγητική αγωγή, της πρώιμης ανοχής στη σίτιση και της ταχύτερης επιστροφής στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ συνοδεύεται από χαμηλότερα ποσοστά λοιμώξεων. Σε εγκύους, η λαπαροσκοπική προσέγγιση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον συνολικό χρόνο χειρουργείου, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τη διάρκεια νοσηλείας, χωρίς να επιβαρύνει την εγκυμοσύνη σε σύγκριση με την ανοικτή μέθοδο [3,7]. Σύμφωνα με την Εταιρεία Αμερικανών Γαστρεντερολογικών και Ενδοσκοπικών Χειρουργών (SAGES), η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια σε οποιοδήποτε τρίμηνο της κύησης και θεωρείται η καθιερωμένη θεραπευτική πρακτική. Παρόμοια θέση έχει υιοθετήσει και η Παγκόσμια Εταιρεία Επείγουσας Χειρουργικής. Ιστορικά υπήρχε η άποψη ότι το δεύτερο τρίμηνο είναι το ασφαλέστερο για λαπαροσκοπική επέμβαση, κυρίως λόγω φόβων για αποβολές στο πρώτο

τρίμηνο και πρόωρο τοκετό στο τρίτο. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στα ποσοστά επιπλοκών ανάλογα με το τρίμηνο, εφόσον η επέμβαση γίνεται σωστά και χωρίς καθυστέρηση [3,7]. Αντίθετα, η αναμονή έως το δεύτερο τρίμηνο ή ακόμη και έως τον τοκετό συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές όπως διάτρηση σκωληκοειδούς και ενδοκοιλιακή λοίμωξη. Σύμφωνα με τη νεότερη βιβλιογραφία, οι επιπλοκές αυτές είναι συχνότερες και πιο επικίνδυνες από τις επιπλοκές που σχετίζονται με την ίδια την επέμβαση, όπως η πιθανότητα αποβολής ή πρόωρου τοκετού. Επιπλέον, η λαπαροσκοπική μέθοδος προσφέρει και χειρουργικά πλεονεκτήματα, όπως καλύτερη επισκόπηση της κοιλιάς, κάτι ιδιαίτερα σημαντικό στην εγκυμοσύνη, όπου η ανατομική θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης μεταβάλλεται καθώς προχωρά η κύηση. Οι σύγχρονες μελέτες δείχνουν ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης άνω του 95% με ελάχιστες επιπλοκές και εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό απώλειας εμβρύου, συγκρίσιμο ή και μικρότερο από αυτό της ανοικτής επέμβασης. Ενδεικτικά, μελέτες αναφέρουν ότι ο κίνδυνος αποβολής στην πρώτη εβδομάδα μετά από λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή είναι κάτω από 2%, ενώ η καθυστέρηση της επέμβασης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο διάτρησης της σκωληκοειδούς απόφυσης έως και στο 33% των περιπτώσεων, με αντίστοιχα αυξημένα ποσοστά πρόωρου τοκετού και εμβρυϊκής απώλειας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα κατά την κύηση παραμένει μια διαγνωστική πρόκληση, καθώς τα συμπτώματα είναι συχνά άτυπα και τα εργαστηριακά ευρήματα μη ειδικά ή μπορεί να αποκρύπτονται με τη φυσιολογική πορεία της κύησης. Η κλινική υποψία, επομένως, αποτελεί θεμέλιο λίθο στη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα όταν η συμπτωματολογία επιμένει ή εξελίσσεται παρά την αρχικά αρνητική κλινική διερεύνηση. Στην παρούσα περίπτωση, η καθοριστική σημασία της κλινικής εκτίμησης επιβεβαιώθηκε,

καθώς η επιδείνωση της εικόνας επέβαλε την άμεση χειρουργική παρέμβαση. Παρά την επιτυχή έκβαση, η επιλογή της ανοικτής προσπέλασης συνοδεύτηκε από μετεγχειρητική επιπλοκή (διαπύηση τραύματος), γεγονός που ενισχύει τη σύγχρονη τάση υπέρ της λαπαροσκοπικής σκωληκοειδεκτομής. Η λαπαροσκόπηση, όπου είναι τεχνικά εφικτή και ασφαλής, πρέπει να προτιμάται ακόμη και στην κύηση, καθώς συνδέεται με μειωμένες επιπλοκές για τη ασθενή.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Pastore PA, Loomis DM, Sauret J. Appendicitis in pregnancy. *J Am Board Fam Med.* 2006 Nov-Dec;19(6):621-6. doi:10.3122/jabfm.19.6.621. PMID:17090795.
2. Aptilon Duque G, Lotfollahzadeh S. Appendicitis in Pregnancy [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan- [updated 2023 Nov 17; cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551642/>
3. Smolkin C, Kiridly A, Pryor A. Appendicitis During Pregnancy: Best Surgical Practices and Clinical Management. *Open Access Surg.* 2023;16:95-103. doi:10.2147/OAS.S405514.
4. Kozan R, Bayhan H, Soykan Y, Anadol AZ, Sare M, Aytac AB. Acute appendicitis in pregnancy: how to manage? *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2020 Dec 11;54(4):457-62. doi:10.14744/SEMB.2020.85453. PMID:33364887; PMCID:PMC7751242.
5. Kave M, Parooie F, Salarzaei M. Pregnancy and appendicitis: a systematic review and meta-analysis on the clinical use of MRI in diagnosis of appendicitis in pregnant women. *World J Emerg Surg.* 2019 Jul 22;14:37. doi:10.1186/s13017-019-0254-1. PMID:31367227; PMCID:PMC6647167.
6. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM. Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. *J Am Coll Surg.* 2007 Oct;205(4):534-40. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.05.025. Epub 2007 Aug 23. PMID:17903726.
7. Walker HG, Al Samaraee A, Mills SJ, Kalbassi MR. Laparoscopic appendicectomy in pregnancy: a systematic review of the published evidence. *Int J Surg.* 2014 Nov;12(11):1235-41. doi:10.1016/j.ijsu.2014.08.406. Epub 2014 Sep 9. PMID:25219891.

8. Brăila AD, Zavate AC, Stepan AE, Sabetay C, Kamel J, Georgescu-Brăila M, Gogăna AM, Ciobanu MO. The acute abdomen in pregnancy and postpartum of a teenager woman: case report. Rom J Morphol Embryol. 2018;59(3):939-43. PMID:30534837

CASE REPORT

## *Acute appendicitis during pregnancy: Case Report, diagnostic challenges and therapeutic strategies*

K. Karvouni, S. Kalantzi, E. Karakike, K. Kalaitzidis, K. Zacharis, S. Kravvaritis, T. Charitos, A. Fouka

Department of Obstetrics-Gynecology, General Hospital of Lamia, Lamia, Greece

### ABSTRACT

Acute appendicitis during pregnancy is the most common non-obstetric cause requiring surgical exploration of the abdomen and is associated with increased risk for both the mother and the fetus, especially when diagnosis is delayed. Hereby, we report a case of a pregnant woman who presented with atypical abdominal pain and initially non-specific laboratory findings. The persistence of symptoms and imaging evaluation led to the decision for surgical exploration via laparotomy and appendicectomy. Despite the increasing use of laparoscopy as a therapeutic option, open surgical access still has a role in specific situations. Timely recognition of the condition and prompt collaboration between obstetricians and surgeons remain crucial for a favorable outcome for both mother and fetus.

*Keywords:* appendicitis, pregnancy

---

K. Karvouni, S. Kalantzi, E. Karakike, K. Kalaitzidis, K. Zacharis, S. Kravvaritis, T. Charitos, A. Fouka. Acute appendicitis during pregnancy: Case Report, diagnostic challenges and therapeutic strategies. Scientific Chronicles 2025; 30(2): 332-338

---