

التهاب الزائدة الدودية (appendicitis): الأعراض، التشخيص والعلاج الحديث



يُعد التهاب الزائدة الدودية أحد أكثر الحالات الجراحية الطارئة شيوعًا في البطن في الدنمارك. تبلغ نسبة خطر الإصابة به على مدى الحياة حوالي 7-8%، ويتم إجراء ما بين 8,000 إلى 10,000 عملية استئصال للزائدة الدودية سنويًا في الدنمارك [1,2]. يمكن أن يحدث المرض في أي عمر، ولكنه أكثر شيوعًا بين سن 10 و 30 عامًا.

ما هو التهاب الزائدة الدودية؟

الزائدة الدودية (Appendix) هي أنبوب صغير يشبه الدودة طوله 5-10 سم، يخرج من الجزء الأول من الأمعاء الغليظة. عندما تنسد فتحتها - عادةً بسبب كتلة برازية صغيرة (حصاة برازية أو fækalit)، أو تورم في العقد اللمفاوية، أو نادرًا بسبب ورم - يرتفع الضغط داخل الزائدة، ويتدهور إمداد الدم، وتنمو البكتيريا. النتيجة هي حدوث التهاب وخطر الانثقاب [3].

الأعراض الكلاسيكية

- **ألم في البطن** يبدأ حول السرة وينتقل في غضون 6-24 ساعة إلى الجزء السفلي الأيمن من البطن
 - **غثيان وتقيؤ وفقدان للشهية**
 - **حمى خفيفة** (37,5-38,5 درجة مئوية)
 - **ألم عند الضغط والرفع المفاجئ** فوق نقطة ماكيرني (McBurney's point)
 - تفاقم الألم عند القفز أو السعال أو ركوب السيارة
- قد تكون الصورة السريرية غير نمطية لدى الأطفال والنساء الحوامل وكبار السن، وغالبًا ما يكون التشخيص أكثر صعوبة [4].

التشخيص

يتم التشخيص بناءً على مزيج من الفحص السريري، وتحاليل الدم، والتصوير التشخيصي:

- **تحاليل الدم:** ارتفاع عدد كريات الدم البيضاء (leukocytal) وبروتين سي التفاعلي (CRP) يدعم التشخيص، ولكن قد تكون النتائج طبيعية في المراحل المبكرة
 - **الموجات فوق الصوتية (Ultralyd):** الخيار الأول للأطفال والنساء الحوامل؛ حساسية التشخيص 80-90% [5]
 - **التصوير المقطعي المحوسب (CT-scan):** المعيار الذهبي للبالغين الذين يكون تشخيصهم غير مؤكد؛ حساسية التشخيص <95% [6]
 - **التصوير بالرنين المغناطيسي (MR):** يُستخدم عادةً للنساء الحوامل إذا لم تكن الموجات فوق الصوتية حاسمة
- تساعد أنظمة التسجيل مثل مقياس ألفارادو (Alvarado score) ومقياس الاستجابة الالتهابية للتهاب الزائدة (AIR score) في تقييم احتمالية الإصابة بالتهاب الزائدة الدودية [7].

العلاج: جراحة أم مضادات حيوية؟

الجراحة (استئصال الزائدة الدودية أو appendektomi) لا تزال هي العلاج القياسي وتُجرى دائمًا تقريبًا بالمنظار. يستغرق الإجراء 30-60 دقيقة، ويمكن لمعظم المرضى الخروج من المستشفى بعد يوم إلى يومين [8].

العلاج بالمضادات الحيوية وحده أظهرت الدراسات الحديثة أنه بديل آمن في حالات التهاب الزائدة الدودية غير المعقدة لدى فئة مختارة من البالغين. أظهرت دراسة CODA (2020, n=1552) أن المضادات الحيوية يمكن أن تجنب الجراحة لدى حوالي 60% من المرضى بعد عام واحد، ولكن حوالي 40% احتاجوا إلى جراحة

لاحقًا [9]. وجود حصاة برازية (fækalit) يزيد من خطر فشل العلاج.

التهاب الزائدة الدودية المنتقبة المصحوب بخراج يُعالج غالبًا في البداية بالمضادات الحيوية وربما التصريف عبر الجلد (perkutan drænage)، يليه استئصال مبرمج للزائدة الدودية بعد 6-8 أسابيع ("استئصال الزائدة المؤجل" أو "interval appendektomi") [10].

متى يجب عليك طلب الرعاية الطبية العاجلة؟

اتصل بالرقم 1813 أو بالطبيب المناوب في الحالات التالية:

- ألم مستمر في البطن في الجانب الأيمن لأكثر من 4-6 ساعات
- ألم في البطن مصحوب بحمى وغثيان وتقيؤ
- ألم يتفاقم مع الحركة

تأخير التشخيص يزيد من خطر الانثقاب والتهاب الصفاق (البريتون)، وكل ساعة تأخير بعد 36 ساعة تزيد من خطر حدوث مضاعفات بشكل كبير [11].

بعد الجراحة

يعود معظم المرضى إلى العمل بعد أسبوع إلى أسبوعين من الجراحة بالمنظار. يمكنك تناول الطعام بشكل طبيعي بمجرد أن تسمح لك معدتك بذلك، ويمكن استئناف النشاط البدني تدريجيًا. اتصل بالطبيب في حالة الحمى أو الألم المتزايد أو الاحمرار حول الجروح.

المراجع

1. Ferris M, et al. *The global incidence of appendicitis: a systematic review*. Ann Surg. 2017;266(2):237-41.
2. Sundhedsdatastyrelsen. *Landspatientregisteret - appendektomier i Danmark*. 2023.
3. Bhangu A, et al. *Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management*. Lancet 2015;386(10000):1278-87.
4. Snyder MJ, et al. *Acute appendicitis: efficient diagnosis and management*. Am Fam Physician. 2018;98(1):25-33.
5. Doria AS, et al. *US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis*. Radiology 2006;241(1):83-94.

- Pickhardt PJ, et al. *Diagnostic performance of multidetector CT for acute appendicitis*. Ann Intern Med 2011;154(12):789-96
- Andersson M, Andersson RE. *The appendicitis inflammatory response score*. World J Surg 2008;32(8):1843-9
- Sauerland S, et al. *Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(10):CD001546
- CODA Collaborative. *A randomized trial comparing antibiotics with appendectomy for appendicitis*. N Engl J Med 2020;383(20):1907-19
- Andersson RE, Petzold MG. *Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis*. Ann Surg 2007;246(5):741-8
- van Dijk ST, et al. *Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis*. Br J Surg 2018;105(8):933-45