

معرفی یک بیمار با آپاندیسیت استامپ

چکیده

زمینه: با وجودی که احتمال وقوع آپاندیسیت استامپ نادر است، ولی هنوز می‌تواند به عنوان یک رویداد کلینیکی مهم قلمداد شود. وقوع آپاندیسیت استامپ اخیراً افزایش یافته است.

معرفی بیمار: در این مطالعه یک مورد آپاندیسیت استامپ در یک مرد ۱۸ ساله با درد ربع تحتانی راست شکم که ۷ ماه قبل سابقه آپاندکتومی داشته، توصیف می‌شود. آپاندیسیت استامپ، پیدایش تغییرات التهابی در استامپ آپاندیس پس از آپاندکتومی قبلی می‌باشد.

نتیجه‌گیری: این گزارش تاکید می‌کند که یک جراح همیشه باید احتمال آپاندیسیت استامپ را در یک فرد با علائم درد شکمی حاد با سابقه قبلی آپاندکتومی مد نظر داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱- آپاندیسیت استامپ ۲- آپاندکتومی ۳- درد شکم

*دکتر حسین صالحی I

دکتر سیدهادی انجم روز II

رقیه زارع III

نرگس سلطانیپور III

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۲۲، تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۱۲

مقدمه

آپاندیسیت حاد اولین علت جراحی شکم در تمام جهان است.^(۱) آپاندیسیت استامپ ناشی از یک عمل جراحی ناکامل، می‌تواند همان علائم قبل از عمل جراحی اول را تقلید کند که معمولاً به علت سابقه جراحی قبلی این تشخیص مد نظر قرار نمی‌گیرد. این حالت یک رویداد نادر ولی مهم در جراحی است. به هر حال گزارش‌هایی وجود دارند که احتمال افزایش جزئی این مورد پاتولوژی به علت تکنیک‌های جراحی لاپاراسکوپی را نشان می‌دهند.^(۲) در یک مرور کامل مقالات، ۳۶ مورد آپاندیسیت استامپ گزارش شده است.^(۳) با وجود اینکه آپاندیسیت استامپ به ندرت اتفاق می‌افتد، ولی هنوز می‌تواند به عنوان یک رویداد کلینیکی مهم در نظر گرفته شود.^(۴) در بررسی متون پزشکی فقط پنج مورد تشخیص صحیح آپاندیسیت استامپ قبل از عمل جراحی توسط سی‌تی‌اسکن شکم داده شده است.^(۵)

در اینجا یک مرد ۱۸ ساله با شکم درد و سابقه آپاندکتومی ۷ ماه قبل از مراجعه گزارش می‌شود، که در

نهایت طی عمل جراحی تشخیص آپاندیسیت استامپ برای وی داده شد.

معرفی بیمار

یک مرد ۱۸ ساله با سابقه درد منتشر شکمی ۱۲ ساعته به اورژانس مراجعه کرده که موقع پذیرش درد در Right Lower Quadrant (RLQ) لوکالیزه شده بود. بیمار به دنبال درد شکمی دچار تهوع و استفراغ شده بود. در معاینات بالینی درجه حرارت ۳۸ درجه دهانی، فشار خون ۱۲۵/۷۰ میلی‌متر جیوه و نبض ۹۰ در دقیقه به دست آمد. علائم شکمی و پریتونیل موضعی به صورت تندرینس، ریباند تندرینس و گاردینگ در ناحیه RLQ شکمی بود.

تست‌های آزمایشگاهی روتین شامل: شمارش لوکوسیتی: ۷۶۰۰ با پلی مورف ۶۸٪ و آزمایش ادرار نرمال بود. تاریخچه جراحی شامل یک عمل جراحی آپاندکتومی باز که ۷ ماه پیش انجام شده بود، می‌شد.

I) استادیار و متخصص جراحی عمومی، بیمارستان علی ابن ابیطالب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران (* مؤلف مسؤول)

II) استادیار و متخصص آناتومی، دانشکده پزشکی، گروه آناتومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران

III) دانشجو پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران

در نهایت لاپاراتومی با انسزیون خط وسط تحتانی انجام شد. هنگام عمل جراحی چسبندگی امتنوم به سکوم و واکنش التهابی در پریتون اطراف آن مشاهده شد. بعد از انترولیز (آزاد کردن چسبندگی ها) و برداشتن مقداری از امتنوم، یک استامپ آپاندیس چرکی که تقریباً ۲ سانتی متر تخمین زده می‌شد، وجود داشت که اکسیزیون شد (شکل شماره ۳).

یک درن تعیبه شد و شکم بسته شد. سپس نمونه برای پاتولوژی فرستاده شد. بررسی‌های پاتولوژی نشانگر آپاندیسیت استامپ بودند. بیمار ۳ روز بعد از عمل جراحی بدون هیچ عارضه‌ای مرخص شد.



شکل شماره ۳- نمای ماکروسکوپی استامپ آپاندیس

بحث

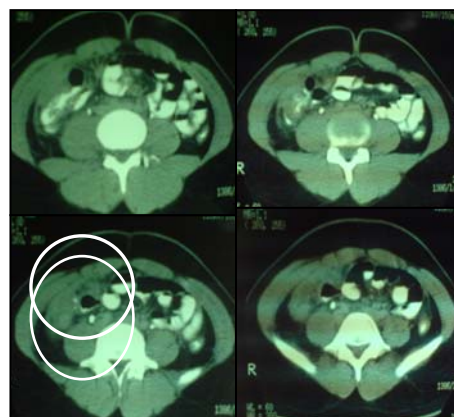
در یک بیمار با سابقه آپاندکتومی که با علائم و شکایات مشابه آپاندیسیت مراجعه می‌کند، با وجودی که آپاندیسیت استامپ به ندرت اتفاق می‌افتد، باید همواره این تشخیص مد نظر قرار گیرد.^(۷) آپاندیسیت استامپ به علت یک عمل جراحی ناکامل ایجاد می‌شود و می‌تواند با علائمی مشابه علائم قبل از عمل جراحی اولیه تظاهر پیدا کند و همانند هر رویداد حاد کلینیکی می‌تواند دلیل شکم حاد و نیازمند مداخله جراحی اورژانسی باشد.^(۳) بنابراین تمام بیماران که تحت آپاندکتومی قرار می‌گیرند به طور بالقوه در معرض خطر هستند.

تشخیص احتمالی آپاندیسیت استامپ قبل از عمل جراحی بر اساس مطالعات سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن داده شده بود. سونوگرافی شکمی یک توده هیپو اکویک هتروژن در RLQ و یک ضایعه توبولار شبیه آپاندیس ملتهب را نشان می‌داد (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- یک مرد ۱۸ ساله با آپاندیسیت استامپ: سونوگرافی شکم نمایانگر آپاندیسیت استامپ است

سی‌تی‌اسکن شکم و لگن یک ساختمان توبولار در ریشه سکوم با افزایش ضخامت جدار و تغییرات التهابی چربی مجاور را نشان داد، که احتمال آپاندیسیت استامپ را مطرح می‌کرد (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲- یک مرد ۱۸ ساله با آپاندیسیت استامپ: سی‌تی‌اسکن شکم با کنتراست نمایانگر استامپ آپاندیس متورم است

یک مورد با سونوگرافی قبل از عمل تشخیص داده شد.^(۴) در بیمار مطالعه حاضر همچنین ضایعات پاتولوژیک غیر اختصاصی در RLQ به وسیله سونوگرافی شناسایی شد، ولی هیچ یافته‌ی اختصاصی به نفع آپاندیسیت استامپ قابل شناسایی نبود.

سی‌تی‌اسکن قبل از عمل یک تکنیک با کارایی زیاد است. در بررسی متون پزشکی قابل دسترس به زبان انگلیسی تاکنون پنج مورد تشخیص صحیح آپاندیسیت استامپ با سی‌تی‌اسکن گزارش شده است.^(۵) در موارد دیگر یافته‌های سی‌تی‌اسکن غیر اختصاصی بوده و برای آشکارسازی توده‌های ایلئوسکال یا آبسه‌های لگنی به کار رفته و تشخیص قطعی فقط حین جراحی داده شده است.^(۶) استامپی که به اندازه کافی بلند باشد تا در سی‌تی‌اسکن قابل رویت باشد، وجود نداشته است.^(۷)

در یک بیمار با یافته‌های مشابه آپاندیسیت (درد حاد RLQ)، تاریخچه‌ای از آپاندکتومی قبلی به طور دقیق نمی‌تواند امکان آپاندیسیت را رد کند. این وضعیت بالقوه می‌تواند دلیل مهمی برای تأخیر در تشخیص و درمان باشد. در بیماران با آپاندیسیت استامپ سونوگرافی قبل از جراحی، تغییرات اولیه التهابی (آپاندیسیت استامپ ادماتوز) را نشان می‌دهد. معمولاً سی‌تی‌اسکن به تنهایی نمی‌تواند یک تشخیص دقیق قبل عمل را مشخص کند، اما می‌تواند علل دیگر را کنار بگذارد. بنابراین با داشتن آگاهی از آپاندیسیت استامپ، شک بالینی بالا و استفاده از روش‌های پاراکلینیک نظیر سی‌تی‌اسکن می‌توان از تأخیر در تشخیص و عوارض ناشی از آن (آپاندیسیت استامپ) جلوگیری کرد.

میزان بروز و شیوع آن در جمعیت به طور دقیق مشخص نشده است، گرچه از زمان اولین گزارش توسط Rose در سال ۱۹۴۵ نزدیک به ۳۶ مورد در تمام مقالات پزشکی جهان گزارش شده است.^(۸)

سن بیماران مبتلا به آپاندیسیت استامپ در گزارش‌ها در محدوده ۱۱ تا ۷۲ سال بوده است و فاصله زمانی بین آپاندکتومی و شروع آپاندیسیت استامپ از ۲ سال تا ۵۱ سال بوده است.^(۹) یکی از ریسک‌فاکتورهای آپاندیسیت استامپ طول بلند استامپ آپاندیس می‌باشد که این طول در حدود ۰/۵ سانتی‌متر تا ۵/۱ سانتی‌متر است.^(۱۰)

در بیمار مطالعه حاضر طول استامپ آپاندیس حدود ۳۰ میلی‌متر بود. طبق گزارش‌های قبلی طول استامپ آپاندیس کمتر از ۳ میلی‌متر، میزان بروز آپاندیسیت استامپ را به حداقل می‌رساند.^(۱۱)

بنابراین آپاندیسیت استامپ ممکن است با طول استامپ آپاندیس باقی‌مانده بعد از عمل ارتباط داشته باشد. آگاهی از آپاندیسیت استامپ، دسترسی و استفاده از تکنیک‌های تصویربرداری و تشخیصی باعث تشخیص زودرس و کاهش عوارض می‌شود.^(۱۲)

یافته‌های سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی برای آپاندیسیت استامپ اختصاصی نیستند. یافته‌های غیر اختصاصی التهابی نظیر تغییرات التهابی اطراف سکوم، ضخیم‌شدگی دیواره سکوم، آبسه‌ها و مایع در فضای پاراکولیک راست در مواردی از آپاندیسیت استامپ یافت شده‌اند.^(۱۳) تکنیک‌های اسکرین قبل از عمل جراحی ممکن است به تشخیص این بیماران کمک کنند.^(۱۴-۱۱) تنها

فهرست منابع

1- Robledo-Ogazon F, Bojalil-Duran L, Vargas-Rivas A, Torres-Vieyra L, Valle-Carmona Y. Appendiceal stump appendicitis. Case report. Cir Cir 2005 Jul-Aug; 73(4): 311-4.

2- Carcacia ID, Vazquez JL, Iribarren M, Pardellas

H. Preoperative diagnostic imaging in stump appendicitis. Radiologia 2007 Mar-Apr; 49(2): 133-5.

3- Yigit T, Mentes O, Eryilmaz M, Balkan M, Uzar AI, Kozak O. Stump resections resulting from

incomplete operations. *Am Surg* 2007 Jan; 73(1): 75-8.

4- Roche-Nagle G, Gallagher C, Kilgallen C, Caldwell M. Stump appendicitis: a rare but important entity. *Surgeon* 2005 Feb; 3(1): 53-4.

5- Uludag M, Isgor A, Basak M. Stump appendicitis is a rare delayed complication of appendectomy: A case report. *World J Gastroenterol* 2006 Sept 7; 12(33): 5401-5403.

6- Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola L, Itaiqui Lopes M, Mottin C. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively on sonography. *AJR* 2000; 175: 503-504.

7- Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR* 2005; 184: S62-S64.

8- Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust* 1945; 32: 652-659.

9- Gupta R, Gernshiemer J, Golden J, Narra N,

Haydock T. Abdominal pain secondary to stump appendicitis in a child. *J Emerg Med* 2000;18:431-433.

10- Mangi AA, Berger DL. Stump appendicitis. *Am Surg* 2000; 66: 739-741.

11- Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *J Emerg Med* 2005; 28: 41-43.

12- Rao PM, Sagarin MJ, McCabe CJ. Stump appendicitis diagnosed preoperatively by computed tomography. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 309-311.

13-Thomas SE, Denning DA, Cummings MH. Delayed pathology of the appendiceal stump: a case report of stump appendicitis and review. *Am Surg* 1994; 60: 842-844.

14- Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola LT, Lopes MH, Mottin CC. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively on sonography. *Am J Roentgenol* 2000; 175: 503-504.

A Case Report of Stump Appendicitis

*H. Salehi, MD^I

S.H. Anjom Rooz, PhD^{II}

R. Zare^{III}

N. Soltanpour^{III}

Abstract

Introduction: Although rare, inflammation of the appendiceal stump can occur and is still an important clinical entity. Recently there has been an increase in stump appendicitis.

Case report: In this study, appendiceal stump was observed in an 18-year-old man who had presented with right lower quadrant abdominal pain and had history of appendectomy 7 months earlier. Recurrent appendicitis was noted in the appendiceal stump.

Discussion: Stump appendicitis should be considered by the surgeon when presented with a patient with acute abdominal pain and a past history of appendectomy.

Key Words: 1) Stump appendicitis 2) Appendectomy 3) Abdominal pain

I) Assistant Professor of General Surgery, Ali-Ibn-Abitaleb Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services, Rafsanjan, Iran (*Corresponding Author)

II) Assistant Professor of Anatomy, Ali-Ibn-Abitaleb Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services, Rafsanjan, Iran

III) Medical student, Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services, Rafsanjan, Iran