

گزارش یک مورد انسداد مکانیکی روده به دنبال آپاندیسیت گانگرنه

* حمید رضا علیزاده اطاقور: استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). drhralizade@yahoo.com

مصطفی حسینی: استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. Md_mostafa_h@yahoo.com

دکتر عدنان تیزمغز: دستیار جراحی عمومی، گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. adnan_ti@yahoo.com

دکتر غزال شبستانی پور: پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ghazaal_66@yahoo.com

دکتر احسان جمالی حاجبانی: پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران. ehsanjh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۷

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: انسداد مکانیکی، شایعترین بیماری جراحی مورد مواجهه در روده کوچک است که در صورت عدم درمان لازم بالقوه کشنده می باشد. از طرفی آپاندیسیت به عنوان علت انسداد روده، عامل بسیار ناشیایی است و معمولاً مورد انتظار نمی باشد. در برخی بیماران ممکن است علائم انسداد مکانیکی روده باریک بر آپاندیسیت زمینه ای غالب شود. این مورد ممکن است باعث تشخیص دیرتر و عوارض آن از جمله پرفوراسین آپاندیس و اختناق روده شود.

معرفی مورد: بیمار آقای ۲۰ ساله، به دنبال بستری ۵ روزه در یک مرکز درمانی با تشخیص انسداد کامل، در مرکز بیمارستان فاطمه زهرا (س) پذیرش شد. طی بررسی ها علائم انسداد کامل مکانیکی روده ی باریک شامل تهوع و استفراغ های مکرر، دیستانسیون شدید، تب، عدم دفع گاز و مدفوع وجود داشت. آزمایشات انجام گرفته بیان گر نشانه هایی از التهاب بود. عکس های سریال شکم سطح مایع - هوا و سی تی اسکن لگن انسداد در ایلئوم ترمینال و سکوم را نشان داد. در لاپاروتومی، اتساع شدید سراسری روده باریک و کم هوایی کولون مشاهده شد که ناشی از وجود آپاندیسیت گانگرنه و اثر فشاری آن بر ایلئوم انتهایی بود، که به دنبال آپاندکتومی علائم انسداد نیز برطرف گردید.

نتیجه گیری: جهت جلوگیری از بروز عوارض آپاندیسیت حاد، این مورد باید در تشخیص افتراقی انسداد روده خصوصاً در مواقعی که افزایش مارکرهای التهابی گزارش می گردد، حتی در صورت عدم وجود علائم آپاندیسیت در معاینه بالینی، مطرح شود. در صورت تشخیص انسداد روده به واسطه آپاندیسیت حاد نیز، موارد خطرناک تر و نادرتر از ایلئوس، همچون انسداد مکانیکال مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه ها: انسداد مکانیکی روده، آپاندیسیت گانگرنه، علائم التهابی

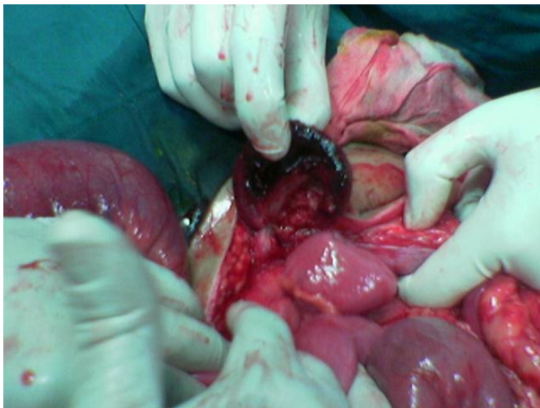
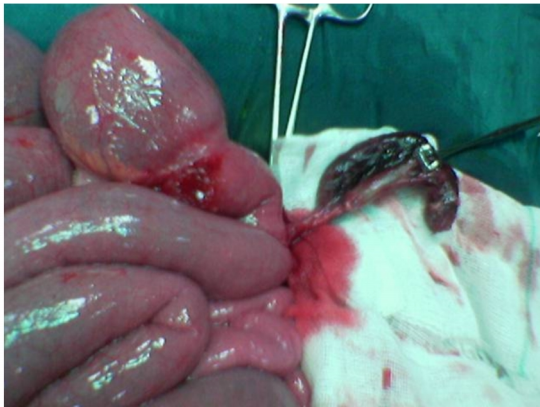
مقدمه

مرتبط با ایلئوس باشد (۴). در برخی بیماران ممکن است علائم انسداد مکانیکی روده باریک بر آپاندیسیت زمینه ای غالب شود (۴). این مورد ممکن است باعث تشخیص دیرتر و عوارض آن از جمله پرفوراسین آپاندیس و اختناق روده شود (۵).

معرفی بیمار

بیمار آقای م.ح ۲۰ ساله، بدون سابقه عمل جراحی، با علائم تهوع، استفراغ مکرر، درد کولیکی شکم بالای ناف، تب، دیستانسیون شکم، عدم دفع گاز و مدفوع، به دنبال بستری ۵ روزه در یک مرکز درمانی، به اورژانس بیمارستان فاطمه زهرا (س) بوشهر مراجعه نمود. سمع ریه و قلب طبیعی بود. درلمس شکم، تندر نس ژنرالیزه وجود

انسداد مکانیکی، شایعترین بیماری جراحی مورد مواجهه در روده کوچک است که در صورت عدم درمان لازم می تواند کشنده باشد (۱). چسبندگی داخل شکمی به دنبال عمل جراحی قبلی عامل اتیولوژیک در بیش از نیمی از موارد انسداد روده کوچک می باشد. از فتق ها و بیماری کرون به عنوان عوامل با شیوع کمتر در انسداد روده کوچک یاد می شود (۱). آپاندیسیت به عنوان علت انسداد روده، عامل بسیار ناشیایی است و معمولاً مورد انتظار نمی باشد (۲). بعد از آن که در سال ۱۹۰۱ اولین بیماران انسداد روده به دنبال آپاندیسیت معرفی گردیدند، گزارشات زیادی در این زمینه چاپ نشده است (۳). انسداد روده باریک ممکن است به دلیل مکانیکال یا سپتیک و



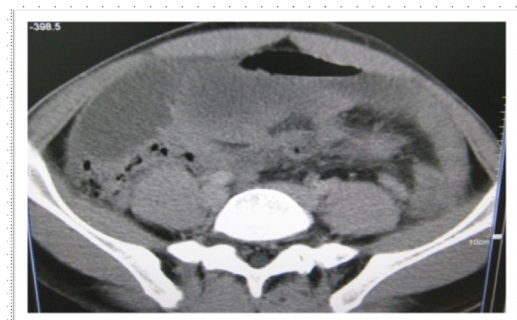
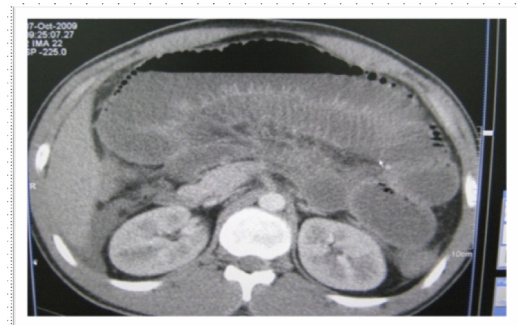
داشت. در معاینه رکتوم، آمپول رکتوم خالی از مدفوع به دست خورد. لوله دهانی معدی برای بیمار گذاشته شد که ترشحات آن فکالوئید بود. بیمار هوشیار ولی بی حال به نظر می رسید. پس از انجام آزمایشات، به علت دهیدراسیون بیمار، مایع درمانی آغاز گردید. در عکس ساده شکم، سطوح مایع- هوا وجود داشت. در سی تی اسکن، انسداد در محل ایلئوم ترمینال، گزارش شد. نتایج آزمایشات بیمار در زمان ورود به شرح زیر می باشد:

BUN: 13mg, K: 4.8mEq/L,
Na: 135mEq/L, Cr: 0.7mg,
HGB: 14g/dL, WBC: $15 \times 10^3/\mu\text{L}$,
CRP: 2+

با توجه به بی حالی بیمار سفتریاکسون و مترونیدازول، تجویز شد. با تشخیص انسداد کامل روده باریک بیمار به اتاق عمل منتقل شد. در لاپاراتومی چسبندگی ایلئوم ترمینال در زمینه آپاندیسیت گانگرنه تشخیص داده شد. بیمار بعد از عمل به بخش جراحی منتقل شد. درمان دارویی آنتی بیوتیکی شامل مترونیدازول و سفتریاکسون ادامه یافت. بعد از ۴ روز بیمار با حال عمومی خوب ترخیص شد.

بحث و نتیجه گیری

آپاندیسیت حاد به عنوان یک عامل بسیار نادر انسداد مکانیکی روده باریک شناخته می شود (۷-). این مورد معمولاً به دلیل چسبندگی در زمینه التهاب آپاندیس و بافت های اطراف به وجود آمده و با ایلئوس ناشی از پریتونیت جنرالیزه و لوکالیزه در زمینه آپاندیسیت پرفوره متفاوت است (۵). این گونه بروز آپاندیسیت حاد به خوبی شناخته شده نبوده و می تواند باعث تاخیر در تشخیص و درمان آن شود (۵). نخستین بار Hotchkiss Lucius



این نوع برش در صورت وجود اختناق یا ایسکمی مزانتر احتمالاً ناکافی است (۱۰). جهت جلوگیری از بروز عوارض آپاندیسیت حاد، این مورد باید در تشخیص افتراقی انسداد روده خصوصاً در مواقعی که افزایش مارکرهای التهابی گزارش می‌گردد، حتی در صورت عدم وجود علائم آپاندیسیت در معاینه بالینی، مطرح شود. در صورت تشخیص انسداد روده به واسطه آپاندیسیت حاد نیز موارد خطرناک تر و نادرتر از ایلئوس همچون انسداد مکانیکال مد نظر قرار گیرد.

منابع

1. Cross KS, Johnston JG. Small bowel obstruction: a review of 456 cases in a west of Ireland region. *J R Soc Med.* 1987 Mar;80(3):149-50.
2. Bhandari L, Mohandas P. Appendicitis as a cause of intestinal strangulation: a case report and review. *World J Emerg Surg.* 2009 Oct 10;4:34.
3. Hotchkiss Lucius W: Acute intestinal obstruction following appendicitis. a report of three cases successfully operated upon. *Ann Surg* 1901, 34:660-677.
4. Harris S, Rudolf LE. Mechanical small bowel obstruction due to acute appendicitis: review of 10 cases. *Ann Surg.* 1966 July; 164(1): 157-161.
5. Harrison S, Mahawar K, Brown D, Boobis L, Small P. Acute appendicitis presenting as small bowel obstruction: two case reports. *Cases J.* 2009 Nov 28;2:9106.
6. Assenza M, Ricci G, Bartolucci P, Modini C: Mechanical small bowel obstruction due to an inflamed appendix wrapping around the last loop of ileum. *Il Giornale Di Chirurgia* 2005, 26(6- 7):261-266.
7. Gupta S, Vaidya M: Mechanical small bowel obstruction caused by acute appendicitis. *The American Surgeon* 1969, 35(9):670-674.
8. Naumon ID: Two cases of strangulation of the small intestine in the loop of the appendix. *Khirurgiia Mosk* 1963, 39:130-132.
9. Srivatsan M: Intestinal obstruction caused by a long appendix ensnaring a loop of ileum. *J med Ind Ass* 1964, 43:400-401.
10. Croome RRM, Knox J: Large bowel obstruction with acute appendicitis. *Can Med Assoc J* 1959, 70:681.

نشست جامعه جراحان نیویورک به معرفی ۳ مورد جراحی موفق انسداد روده به واسطه آپاندیسیت پرداخت (۳).

طبقه بندی خاصی برای پاتولوژی زمینه ای ایجاد کننده انسداد به دلیل آپاندیسیت ذکر شده است:

(۱) Adynamic

(۲) مکانیکی بدون اختناق

(۳) اختناق روده

(۴) ایسکمی مزانتر

نوع Adynamic انسداد روده به دلیل ایلئوس پارالیتیکی است که در نتیجه انتشار التهاب آپاندیس به دیواره روده ایجاد می‌گردد. این مورد تظاهر شایعی است که در ۵٪ - ۱ موارد آپاندیسیت دیده می‌شود (۲).

نوع مکانیکی انسداد روده بدون وجود اختناق، در نتیجه پیچش، فشردگی و یا کشیده شدن روده باریک به دلیل آبسه یا توده آپاندیس ایجاد می‌گردد (۲).

اختناق می‌تواند به دلیل پیچش آپاندیس به دور پایه لوپ‌های روده یا به دلیل چسبندگی آپاندیس به سکوم، روده باریک یا پریتونئوم خلفی باشد که در نتیجه آن قطعه ای از روده به درون لوپ هرنیه و مختنق شود (۸-۹).

انسداد روده به دلیل ایسکمی مزانتر نادرترین نوع است که آپاندیس ملتهب به مزانتر در نزدیکی شریان ایلئوکولیک می‌چسبد و باعث ترومبوز و گانگرن ایلئوم ترمینال می‌گردد (۷).

هر چند پاتولوژی زمینه ای بسیار متفاوت است و از لحاظ بالینی به طور دقیق قابل افتراق نمی‌باشد، در بالین بیماران ممکن است علائم انسداد روده غالب بوده و در بررسی جراحی آپاندیسیت تشخیص داده شود (۴) و یا چهره غالب، آپاندیسیت باشد و با علائم انسداد نیز همراهی داشته و انسداد در حین روند آپاندیسیت به وجود آید (۶).

هرگاه تظاهر غالب بیماری به صورت انسداد باشد، برش طولی میدلاین توصیه می‌گردد. البته ممکن است در صورت اثبات انسداد مکانیکی یا Adynamic برش مک برنی کفایت کند. هر چند

Mechanical small bowel obstruction after gangrenous appendicitis

***Hamidreza Alizadeh Otaghoor**, Assistant Professor of General Surgery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). drhralizade@yahoo.com

Mostafa Hoseini, Assistant Professor of General Surgery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mostafa_h@yahoo.com

Adnan Tizmaghz, MD, Resident of General Surgery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. adnan_ti@yahoo.com

Ghazal Shabestanipour, MD, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ghazaal_66@yahoo.com

Ehsan Jamali Hajiani, MD, Boushehr University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ehsanjh@yahoo.com

Abstract

Background: Mechanical obstruction is the most common surgical disease of the small intestine, which can be potentially fatal. However appendicitis is very rare cause of intestinal obstruction and is usually. In rare cases of appendicitis, symptoms of small intestine obstruction can be more predominant than the appendicitis symptoms. This may lead to delayed diagnosis of appendicitis and further complications such as intestinal strangulation appendix perforation.

Methods: A 20-year-old male patient, presented with bowel obstruction symptoms since 5-day ago. There was all mechanical bowel obstruction symptoms include frequent nausea and vomiting, severe abdominal distention, fever and inability to gas or stool pass there. Serial abdominal X-rays showed multiple air-fluid levels and CT scan was demonstrating obstruction at terminal ileum and cecum. In Laparotomy with midline incision, there was severe dilation of the small intestine caused by pressure effect on bowel wall due to gangrenous appendicitis after appendectomy, all symptoms was relieved

Conclusion: Early diagnosis and intervention is very important in strangulation of bowel. Whenever features of intestinal obstruction predominate, we should think about appendicitis as a rare cause of obstruction. Especially in cases with elevation in markers of inflammation.

Keywords: Mechanical obstruction, Gangrenous appendicitis, Inflammatory symptoms.