

## گزارش یک مورد آپاندیسیت حاد با آپاندیس طولی

دکتر خسرو ستایشی<sup>۱</sup>، دکتر بهنام رضا مخصوصی<sup>۲</sup>، آزاده حیدرپور<sup>۳</sup>

## چکیده

**مقدمه:** آپاندیسیت حاد بیشتر در دهه‌های دوم تا چهارم زندگی رخ می‌دهد. میانگین سنی بیماران ۳۱/۳ سال و میانه‌ی سنی آن‌ها ۲۲ سال است و در مردان کمی شایع‌تر است. انسداد مجرای آپاندیس علت اصلی آپاندیسیت می‌باشد. علت انسداد مجرای آپاندیس نیز اغلب فکالیت می‌باشد. هر چند علل دیگری مانند هیپرتروفی بافت لنفاوی، باریوم سفت شده، تومورها، دانه‌ی میوه، سبزیجات و کرم‌های نواری در انسداد مجرای آپاندیس نیز نقش دارند. آپاندیسیت یک بیماری عفونی چند میکروبی است که اشرشیا کلی (E.coli) و باکترئید فراژیلوس ارگانسیم‌های اصلی آن هستند؛ اما ممکن است انواع باکتری‌های هوازی، بی‌هوازی و مایکوباکتریوم نیز مشاهده گردند. میزان بروز آپاندیسیت در افراد مسن کمتر از افراد جوان است اما میزان مرگ و میر به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر می‌باشد که علت آن تأخیر در تشخیص، پیشرفت سریع بیماری و وجود بیماری‌های همراه است. تشخیص آپاندیسیت در افراد مسن نیازمند ظن بالینی قوی است؛ چرا که علائم بالینی غیر تیبیک و نامحسوس می‌باشند.

**گزارش مورد:** بیماری که ما گزارش کردیم، آقای ۸۵ ساله بود که با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک مورد نادر از یک آپاندیس طولی و دراز بود که به دور یک لوپ روده پیچ خورده و انسداد ایجاد کرده بود. آپاندیس به طور کامل گانگرن شده بود، ولی علائمی از گانگرن روده دیده نشد. بیمار ۵ روز پس از عمل جراحی آپاندکتومی با حال عمومی خوب و رضایت بخش و علائم حیاتی پایدار از بخش جراحی مرخص گردید. همان طور که بیان شد ما یک مورد آپاندیس طولی را گزارش کردیم که بزرگ و حجیم شدن آن منجر به انسداد Closed loop شده بود. چنین آپاندیس طولی پیش از این در مطالعه‌ی دیگری گزارش نشده بود.

واژگان کلیدی: آپاندیسیت، آپاندیس طولی

## مقدمه

در صورت عدم وجود بی‌اشتهایی، تشخیص آپاندیسیت حاد زیر سؤال می‌رود. به طور معمول عدم دفع گاز و مدفوع قبل از درد شکمی وجود ندارد. در برخی بیماران به ویژه اطفال، اسهال بروز می‌کند.

ترتیب بروز علائم بسیار مهم است، در بیش از ۹۵ درصد از مبتلایان به آپاندیسیت به ترتیب بی‌اشتهایی (اولین علامت)، درد شکم و سپس استفراغ دیده می‌شود. در صورت بروز استفراغ قبل از درد شکم، تشخیص آپاندیسیت حاد زیر سؤال می‌رود. علائم حیاتی در آپاندیسیت حاد بدون عارضه، تغییر زیادی نمی‌کند. چنانچه در آپاندیسیت حاد، درجه‌ی حرارت بیش از

آپاندیسیت حاد یک مشکل طبی رایج در جراحی است. اصلی‌ترین علامت یک آپاندیسیت حاد، درد است. درد ابتدا به صورت منتشر، ثابت و به نسبت شدید در ناحیه‌ی دور ناف متمرکز می‌شود. گاهی کرامپ‌های شکمی نیز وجود دارند. پس از یک دوره‌ی ۱ تا ۱۲ ساعته (به طور متوسط ۴-۶ ساعت) درد در ربع تحتانی راست شکم (Right lower quadrant یا RLQ) لوکالیزه می‌گردد. در برخی از بیماران، درد از RLQ شروع می‌شود و در همان جا باقی می‌ماند (۱). در اغلب موارد آپاندیسیت حاد، بی‌اشتهایی وجود دارد و

<sup>۱</sup> استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

<sup>۲</sup> دستیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر خسرو ستایشی

## گزارش مورد

بیمار، آقای ۸۵ ساله‌ی بود که با شکایت درد شکم، به اورژانس ترومای مرکز آموزشی درمانی امام رضا در کرمانشاه مراجعه کرده بود. بیمار از ۴ روز قبل از مراجعه، دچار درد شکم به صورت جنرالیزه شده بود که در ناحیه‌ی اپی گاستر شدت بیشتری داشت و وابسته به موقعیت قرار گیری بیمار بود، به طوری که با نشستن یا خم شدن بیمار به جلو، از شدت درد کاسته می‌شد. درد بیمار به ناحیه‌ی پشت وی انتشار داشت. در طی این مدت دفع مدفوع نداشت، ولی دفع گاز را ذکر می‌کرد. بیمار از کاهش اشتها به همراه تهوع و استفراغ نیز شکایت داشت.

بیمار سابقه‌ی جراحی لاپاراتومی به علت احتمالی اولسر پرفورده‌ی دئودنوم و نیز فتق اینگوینال دو طرفه و جراحی پروستات را ذکر می‌نمود. بیمار سابقه‌ای از هیپرلیپدمی، فشار خون و نارسایی احتقانی قلب را نیز داشت. هنگام مراجعه علائم حیاتی وی به شرح زیر بود:

فشار خون بیمار ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر جیوه، تعداد ضربان قلب ۸۰ عدد در دقیقه، درجه‌ی حرارت بدن ۳۷/۲ درجه‌ی سانتی‌گراد و تعداد تنفس ۱۴ عدد در دقیقه بود. بیمار پایدار بود و در معاینه‌ی شکم، تندرست RLQ و اپی‌گاستر داشت.

با توجه به درد ناحیه‌ی اپی‌گاستر و تهوع و استفراغ بیمار، آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی برای وی درخواست شد. از بیمار سونوگرافی کامل شکم و لگن جهت بررسی کبد، کیسه‌ی صفرا و مجاری صفراوی، پانکراس و نیز جستجوی مایع آزاد داخل شکم به عمل آمد. به علاوه آزمایشات بیوشیمیایی خون، گاز خون شریانی، آزمایش‌های انعقادی و آزمایش کامل ادرار

یک درجه‌ی سانتی‌گراد افزایش یابد یا نبض به میزان قابل توجهی بالا رود، نشانه‌ی بروز عوارض یا اشتباه بودن تشخیص است. حداکثر تندرست در نقطه‌ی مک بورنی است. اغلب حساسیت راجعه‌ی مستقیم (Direct rebound tenderness) و حساسیت راجعه‌ی غیر مستقیم یا ارجاعی (Indirect tenderness or Referred) با حداکثر شدت در RLQ وجود دارد. این دو علامت دلالت بر تحریک صفاق دارد.

گاردینگ در مراحل اولیه ارادی است، ولی با تحریک صفاق، به صورت غیر ارادی در می‌آید. لکوستیوز خفیف (۱۸۰۰۰-۱۰۰۰۰) با ارجحیت پلی‌مورلونوکلرها در آپاندیسیت حاد بدون عرضه دیده می‌شود. اگر در شمارش سلول‌های خون تعداد گلبول‌های سفید طبیعی و انحراف به چپ وجود نداشته باشد، باید به تشخیص آپاندیسیت شک نمود.

در لکوستیوز بیش از ۱۸۰۰۰، باید احتمال پارگی آپاندیس با یا بدون آبسه را در نظر گرفت. گرافی ساده‌ی شکم در رد سایر تشخیص‌ها کمک می‌کند، لیکن به ندرت در تشخیص آپاندیسیت جایگاه دارد. فکالیت در صورت وجود در گرافی ساده‌ی شکم، به طور قوی به نفع آپاندیسیت حاد است. سونوگرافی فشاری تدریجی، روشی دقیق در تشخیص آپاندیسیت حاد است. سونوگرافی وقتی مثبت است که آپاندیس غیر قابل فشردن باشد و دارای قطری بیش از ۶ میلی‌متر در جهت قدامی - خلفی باشد. وجود آپاندیکولیت نیز تشخیص را قطعی می‌کند (۲).

آپاندیس ملتهب در CT اسکن به صورت متسع (بزرگ تر از ۵ سانتی‌متر و با دیواره‌ی ضخیم) مشاهده می‌گردد. در تشخیص آپاندیسیت، CT اسکن ماریپیجی در مقایسه با سونوگرافی فشاری ارجحیت دارد (۳).

بودند. پس از اکسپلور، تیم جراحی متوجه یک آپاندیس بسیار بلند شد که به دور یک لوپ روده پیچ خورده و انسداد ایجاد کرده بود، ولی روده گانگرن نشده بود (اشکال ۱ و ۲).



شکل ۱. آپاندیس طولی پیچ خورده به دور لوپ روده



شکل ۲. آپاندیس طولی

آپاندیس به طور کامل ملتهب و گانگرن شده بود (شکل ۳).

ابتدا لوپ روده توسط انترولیز آزاد شد و سپس آپاندکتومی انجام گرفت. به دلیل وجود سنگ فراوان در کیسه صفرا، عمل کوله سیتکتومی نیز انجام پذیرفت. بیمار هیپرتروفی پروستات نیز داشت و به همین دلیل امکان کاترایزاسیون بیمار وجود نداشت. بنابراین با توجه به نیاز بیمار به احیاء حین عمل جراحی، برای

برای بیمار درخواست شد.

در گزارش سونوگرافی، کیسه صفرا دیلاته (۵۴ × ۱۱۰ میلی متر) با ضمانت جداری افزایش یافته، حاوی لیتیزهای متعدد به سایز کلی ۴۵ میلی متر گزارش شد. بررسی دقیق پانکراس به علت پر گاز بودن شکم مقدور نبود. مایع آزاد در حفره شکم دیده نشد. لوپ‌های روده باریک پر از مایع و دیلاته گزارش شد. نتایج آزمایشات بیمار در جدول ۱ نشان داده شده است.

با توجه به سابقه ابتلای بیمار به نارسایی قلبی، اکوکاردیوگرافی از وی به عمل آمد. در گزارش اکوکاردیوگرافی نارسایی مختصر میترال، نارسایی مختصر آئورت و بزرگی بطن چپ دیده شد و کسر تخلیه بطن چپ ۲۰-۱۵ درصد گزارش شد.

در الکتروکاردیوگرافی بیمار، تغییرات ایسکمیک حاد دیده نشد. تنها شواهدی از انفارکتوس میوکارد تحتانی قدیمی به همراه بزرگی بطن چپ مشخص بود. از بیمار، CT اسکن شکم و لگن به عمل آمد. در گزارش آن لوپ‌های روده باریک دیلاته بودند و از انتهای روده به بعد، درون روده گاز مشاهده نشده بود که مطرح کننده انسداد در سطح روده باریک (شاید به دلیل Adhesion band) بود. مقدار جزیی مایع در حفره شکم دیده شد. کیسه صفرا دیلاته بود و به نظر جدار آن ضخیم بود. در کبد ضایعه‌ای دیده نشد. در کلیه‌ها نیز شواهدی از هیدرونفروز وجود نداشت.

بیمار با تشخیص انسداد به همراه کوله سیستیت به اتاق عمل انتقال یافت.

پس از پرپ و درپ (آماده سازی)، بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت. شکم بیمار، با انسزیون میدلاین روی انسزیون قبلی باز شد. داخل شکم مایع نبود و لوپ‌های روده باریک به طور کامل دیلاته

جدول ۱. نتایج

مقادیر طبیعی	مقادیر مربوط به بیمار	متغیر
		شمارش سلول‌های خون
$(4-10) \times 10^3$	$6/9 \times 10^3$	گلوبول سفید (تعداد در میلی‌مول)
۱۲-۱۷	۱۵/۵	هموگلوبین (گرم در دسی‌لیتر)
۳۶-۵۳	۴۸/۷	هماتوکریت (درصد)
$(150-450) \times 10^3$	$224 \times 10^3$	پلاکت (تعداد در میلی‌مول)
		آزمایش بیوشیمی خون
	۱۰۵	قند خون (میلی‌گرم در دسی‌لیتر)
۱۷-۴۳	۴۴	اوره (گرم در دسی‌لیتر)
۰/۵-۱/۵	۰/۸	کراتینین (گرم در دسی‌لیتر)
۵-۴۰	۲۰	آلانین ترانس‌آمیناز (واحد در لیتر)
۵-۴۰	۵۵	آسپاراتات ترانس‌آمیناز (واحد در لیتر)
۲۲۵-۵۰۰	۸۲۸	لاکتات دهیدروژناز (واحد در لیتر)
۲۵-۲۰۰	۶۹۰	کراتین فسفو کیناز (واحد در لیتر)
۶۴-۳۰۶	۱۸۹	آلکالین فسفاتاز (واحد در لیتر)
۵-۱۹۵	۶۱۰	آمیلاز (واحد در لیتر)
۱۳۵-۱۴۵	۱۳۷	سدیم (میلی‌اکی‌والان در لیتر)
۳/۵-۵	۵/۳	پتاسیم (میلی‌اکی‌والان در لیتر)
۵-۶۰	۲۲	لیپاز (واحد در لیتر)
۰-۳۰	۱۰۳	کراتین فسفو کیناز MB
		آزمایش‌های انعقادی خون
$< 1/3$	۰/۷	تروپونین
۱۳	۱۵/۵	PT (ثانیه)
۳۰-۴۵	۴۲	PTT (ثانیه)
۱	۱۰۴	INR
		ادرار
	۵	PH
	۲+	خون
	۱۵-۲۰	گلوبول قرمز
	۱۰-۱۵	سلول اپیتلیال
	۶-۸	گلوبول سفید
	۱/۰۲۵	وزن حجمی
		گازهای خون شریانی
	۷/۳۵۷	PH
	۵۷/۶	PO2
	۳۱/۲	PCO2
	۸۸/۲	SO2 (درصد)
	۱۷/۶	HCO3 (میلی‌مول در لیتر)

بیمار صورت گرفت. سه روز بعد از عمل جراحی، CVP Line بیمار خارج گردید و بیمار به بخش جراحی بازگشت. ۵ روز پس از عمل جراحی بیمار با حال عمومی خوب و رضایت بخش و علایم حیاتی پایدار از بخش جراحی مرخص شد و جهت خروج کاتتر سیتوستومی، به درمانگاه ارولوژی معرفی شد.



شکل ۳. آپاندیس که به طور کامل گانگرن شده بود.

### بحث

همان طور که می دانیم آپاندیسیت می تواند منجر به عوارضی گردد که شایع ترین آن درد شکمی می باشد. از مهم ترین عوارض آن می توان به سوراخ شدن (Perforation) که ممکن است منجر به پریتونیت و تشکیل آبسه شود، اشاره کرد. همان طور که در این مطالعه بیان شد ما یک مورد آپاندیس طولیل را گزارش کردیم که بزرگ و حجیم شدن آن منجر به انسداد closed loop شده بود. چنین آپاندیس طولیلی پیش از این در مطالعه دیگری گزارش نشده بود.

بیمار سیتوستومی با سوند فولی ۱۸ انجام شد و Purse گردید. پس از اطمینان از هموستاز و شمارش گازها، شکم در لایه های آناتومیک بسته شد و بیمار به بخش ICU (Intensive care unit) توراکس منتقل گردید.

با توجه به مشکلات قلبی بیمار، CVP Line (Central venous pressure) تعبیه شد و بیمار به بخش CCU (Cardiac care unit) منتقل گردید و مشاوره ی اورژانسی با سرویس قلب و عروق جهت مایع درمانی

### References

1. Brunicaardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 8<sup>th</sup> ed. NewYork, NY: McGraw-Hill Professional; 2004. p. 1121.
2. Brunicaardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 8<sup>th</sup> ed. NewYork, NY: McGraw-Hill Professional; 2004. p. 1123.
3. Brunicaardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 8<sup>th</sup> ed. NewYork, NY: McGraw-Hill Professional; 2004. p. 122.

## A Case of Appendicitis with Long Appendix

Khosro Setayeshi MD<sup>1</sup>, Behnam Reza Makhsoosi MD<sup>2</sup>, Azadeh Heidarpour<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** Appendicitis commonly happens during the second to fourth decades of life. Mean age of patients is 31.3 years and it is slightly more prevalent in males. Obstruction of lumen is the dominant casual factor in acute appendicitis. Although fecaliths are the usual cause of appendiceal obstruction, less common causes are previous X-ray studies, tumors, vegetable and fruit seeds, and internal parasites. Appendicitis is a polymicrobial infection. Main organisms observed in acute appendicitis and in perforated appendicitis are *Escherichia coli* and *Bacteroides fragilis*. However, a wide variety of both facultative and anaerobic bacteria and mycobacteria may be present. Although the incidence of appendicitis in aged population is less than younger individuals, the mortality rate is significantly higher in older patients. Death might be attributable to delay in diagnosis, fast progress of the disease and comorbidity

**Case Report:** We present an 85-year-old man who underwent surgery with diagnosis of acute appendicitis. He was a rare case of long appendix that was wrapped around the intestine loop and made an obstruction. The appendix was completely gangrened but there was no evidence of gangrene in the intestine. The patient was discharged 5 days after appendectomy when he was fine and his vital signs were stable.

**Keywords:** Appendicitis, Long Appendix.

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup> Resident, Department of Surgery, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>3</sup> Student of Medicine, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

**Corresponding Author:** Khosro Setayeshi MD, Email: k.setaishy@gmail.com