

## آپاندیسیت مزمن در بیماری با 15 سال درد شکمی

بیژن خراسانی<sup>1</sup>، عبدالرحیم قلی زاده پاشا<sup>2</sup>

1- استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

2- استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

یافته / دوره نهم / شماره 1 / بهار 86 / مسلسل 31

### چکیده

دریافت مقاله: 85/11/10، پذیرش مقاله: 86/1/23

**مقدمه:** آپاندیسیت حاد یک بیماری شناخته شده است که تمامی کادر درمانی به نوعی از آن آگاهی دارند اما آپاندیسیت مزمن حتی در نزد بسیاری از پزشکان ناشناخته و گاهی به سختی به آن باور دارند. اگر چه تعداد بیماران مبتلا به آپاندیسیت مزمن در مقابل مبتلایان به آپاندیسیت حاد بسیار کم است اما نباید به واسطه شیوع کم بیماری، از آن غافل بود.

علائم بالینی این بیماران شامل دردهای شکمی مزمن، طولانی مدت و عود شونده که بیشتر در ناحیه ربع تحتانی و راست شکمی است و در اقدامات پاراکلینیکی عمده بیماران (ادرار، مدفوع و سونوگرافی شکم و لگن) نکته پاتولوژیکی خاصی وجود ندارد. در این گونه بیماران در صورت تشخیص آپاندیسیت مزمن و آپاندکتومی علائم بیماران برطرف و بیماران بهبودی می یابند.

**معرفی مورد:** بیمار، مرد 57 ساله ایی بود که حدود 15 سال از درد شکمی مزمن در ناحیه ربع تحتانی راست شکم شکایت داشت و در تمامی اقدامات تشخیصی نکته پاتولوژیکی یافت نشده بود ولی با تشخیص آپاندیسیت مزمن تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفت و بهبودی کامل حاصل نمود.

**بحث و نتیجه گیری:** در بیمارانی که از درد شکمی طولانی و مزمن خصوصاً در ناحیه ربع تحتانی راست شکم شکایت دارند، باید به فکر آپاندیسیت مزمن بود.

**واژه های کلیدی:** آپاندیسیت مزمن، درد شکمی، آپاندکتومی

## مقدمه

درد شکمی یک شکایت شایع در طب داخلی و جراحی است. در واقع وجود پاتولوژی در ارگانهای شکمی و حتی لگن و ارگانهای سینه ای می تواند منجر به درد شکمی گردد. (1) با دقت در شرح حال و معاینه بالینی و بدنبال اقدامات پاراکلینیکی می توان تشخیص افتراقی رامحدود نمود. نهایتاً درد شکمی جراحی را از درد شکمی داخلی تمیز داد. درطب جراحی شایعترین علت شکم حاد جراحی، آپاندیسیت حاد می باشد (2).

اما یکی از بیماریهای با فراوانی اندک که بیماران از دردهای مزمن و طولانی و عود شونده رنج می برند آپاندیسیت مزمن است که عمدتاً به موقع تشخیص داده نمی شود. در مطالعات ساورین و همکارانش از 225 بیماری که تحت عمل آپاندکتومی قرار گرفته بودند 16 بیمار (7%) آپاندیسیت مزمن داشتند (3).

در مطالعه دیگری در بیمارستان جان هاپکیز 9 بیمار با آپاندیسیت مزمن گزارش شد (7 بیمار مونث و 2 بیمار مذکر) که درد در تمام بیماران پس از عمل آپاندکتومی رفع شده بود (4). آپاندیسیت مزمن بیماری ناشیعی است که غالباً تشخیص داده نمی شود و در صورت تشخیص درست آن درد بیماران بدنبال آپاندکتومی از بین می رود و بیماری درمان می شود.

## معرفی مورد

بیمار آقای 57 ساله ای بود که با شکایت درد شکمی به درمانگاه مراجعه کرده بود در شرح حال اظهار می داشت این درد از 15 سال پیش شروع شده که بیشتر در ناحیه ربع تحتانی شکم<sup>1</sup> بوده و این درد با تهوع و استفراغ همراه نبوده و با سیری و گرسنگی نیز ارتباطی نداشته است. سابقه بیماری خاصی از قبیل ناراحتی گوارشی و معده و دوازدهه را متذکر نبود. این فرد بیماری زمینه ای نیز نداشته و سابقه کاهش وزن رانیز نشان نمی داد. در معاینه فیزیکی در سروگردن و قفسه صدری

و اندامها و مخاطها مشکلی مشاهده نگردید. مخاط رنگ پریده<sup>2</sup> و ایکتریک نبود. در معاینه شکمی، شکم نرم بود فقط تندرینس مختصر شکمی خصوصاً در RLQ داشت توده اورگانومگالی هم وجود نداشت. در توشه رکتال هم نکته پاتولوژیکی یافت نشد.

در اقدامات تشخیصی انجام شده (شمارش سلولهای خونی<sup>3</sup>، آزمایش مدفوع<sup>4</sup>، آزمایش ادرار<sup>5</sup>، تستهای کبدی، تست اوره از معده،...) نکته خاصی وجود نداشت و همه نرمال بودند. سونوگرافی کل شکم، لگن و کلیه ها هم طبیعی بود. ضمن نرمال بودن آندوسکوپی قسمت فوقانی دستگاه گوارش<sup>6</sup> جهت بررسی بیشتر برای بیمار درخواست باریم انجام شد که یافته خاصی در رکتوم کولون صعودی و عرضی و نزولی وجود نداشت. اما آپاندیس توسط باریم پر نشده و درگرافی آپاندیس دیده نشد که نهایتاً با تشخیص آپاندیسیت مزمن تحت عمل لاپاراسکوپی تشخیصی قرار گرفت. ضمن بررسی کل شکم و لگن مشکلی وجود نداشت اما در ناحیه RLQ مختصری چسبندگی همراه وجود فکالوم داخل آپاندیس دیده شد که حین لاپاراسکوپی تحت آپاندکتومی قرار گرفت. بیمار روز دوم رژیم غذایی راتحمل نمود و سپس باحال عمومی خوب مرخص شد و ضمن پیگیری (از روز بعد عمل تا سه ماه) علائم و درد بیمار نیز رفع شد و دیگر مشکل قبلی را متذکر نبود.

## بحث

درد شکمی اصلی ترین علامت آپاندیسیت حاد و مزمن می باشد. در آپاندیسیت حاد، درد عمدتاً از اپیگاستر شروع شده و نهایتاً در ناحیه RLQ لوکالیزه میشود که با بی اشتها و تهوع و استفراغ نیز همراه است. در معاینه فیزیکی تندرینس و ریباند تندرینس در ناحیه RLQ از یافته های شایع است. در بررسیهای آزمایشگاهی، 90% کلوستیوز (سلولهای سفید خون) و افزایش پلی مورفونوکلر دارند.

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. RLQ        | 4. Stool exam |
| 2. Pale       | 5. U/A        |
| 3. CBC با dia | 6. Upper GL   |

این بیماران عمدتاً تحت درمانهای گوناگون نیز قرار می گیرند ولی درد بیماران رفع نمی شود. لذا باید آپاندیسیت مزمن مد نظر باشد.

در صورت تشخیص و محرز شدن آپاندیسیت مزمن، بیماران پس از عمل آپاندکتومی احساس بهبودی می نمایند و علائم آنها نیز رفع می گردد (10).

در بیمار معرفی شده پس از تشخیص آپاندیسیت مزمن و عمل آپاندکتومی، علائم بیمار کاملاً رفع شد. حین جراحی وجود تورمی داخل آپاندیس و در وسط آن مشخص بود که پس از آپاندکتومی، آپاندیس لمس شد که تورم مذکور سنگ فکالیتی بود و نهایتاً وجود سنگ فکالیتی و آپاندیسیت مزمن توسط پاتولوژیست نیز تأیید گردید.

### نتیجه گیری

با طرح این مورد باید در بیمارانی که از درد شکمی طولانی خصوصاً در ناحیه RLQ شکایت دارند به فکر آپاندیسیت مزمن بود و در دردهای مزمن شکمی این بیماری را مانند سایر بیماریها مد نظر قرار داد و با پرهیز از انکار آن ضروری است در لیست تشخیص های افتراقی قرار گیرد. در صورتی که در اقدامات تشخیصی به نتیجه ای نرسیدیم خصوصاً اگر در باریم انما آپاندیس از باریم پر نشود باید تشخیص آپاندیسیت مزمن را پذیرفت. در صورت تشخیص آپاندیسیت مزمن، و درمان آن علائم بیماری و درد شکمی از بین می رود. از طرفی با این اقدام از مصرف بی رویه دارو و هزینه های تشخیصی مکرر اجتناب شده و شکایت بیمار نیز مرتفع می شود.

در طی چند ساعت علائم بیمار تشدید یافته و لذا تشخیص آپاندیسیت حاد محرز تر میشود. اگر چه هیچ چیز ساده تر و در حین حال مشکل تر از تشخیص آپاندیسیت حاد نیست نهایتاً پس از تشخیص آپاندیسیت حاد، درمان این بیماران آپاندکتومی میباشد. در صورت عدم تشخیص به موقع و تاخیر در درمان، عوارضی چون پرفوراسیون آپاندیس و حتی مرگ و میر بیمار را تهدید خواهد نمود. (5)

از طرفی عدم مراجعه به موقع و بعضاً مصرف داروهای مسکن و آنتی بیوتیک احتمال بروز عوارض را بیشتر خواهد کرد (6، 7). بروز عوارض در دو طیف سنی (پیران و اطفال) نیز بیشتر است (7، 8).

این بیماری به علت شیوع و علائم آن یک بیماری شناخته شده میباشد اما آپاندیسیت مزمن مانند آن شناخته شده نمی باشد (3).

بر خلاف بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد بیماران مبتلا به آپاندیسیت مزمن از دردهای مزمن شکمی که از هفته ها تا سالها هم طول می کشد، از آن رنج می برند. درد ها خیلی شدید نبوده و پیش رونده نمی باشند و محل این درد عمدتاً مانند بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد در RLQ میباشد.

معمولاً این بیماران تحت معاینات مکرر و طولانی مدت و تحت اقدامات تشخیصی مختلف (آزمایش خون، ادرار، مدفوع، گرافی شکم و...) قرار میگیرند و نکته خاصی حاصل نمیشود. همچنین برای برخی از بیماران درخواست باریم انجام میشود که تمام روده بزرگ از باریم پر شده و مشکلی ندارد. ولی اگر آپاندیس نیز از باریم پر شود تشخیص آپاندیسیت مزمن رد می شود. در صورتیکه آپاندیس از باریم پر نشود که در این گونه بیماران باید به فکر آپاندیسیت مزمن بود. (9)

## References

1. Steven M, William j. Abdominal pain in: Internal Medicine, 2nd ed, USA. 1998: 11-25
2. Rosemary A, Roslyn KT. The Appendix in: Schwartz. principles of surgery. 7th ed. stors. 1999: 1383-1387
3. Savrin RA, Clausen K, Martin EW JR, Cooperman M. Chronic and Recurrent Appendicitis. Am J Surg. 1979; 137(3): 355-357
4. Mattei P, Soal JE, Yeo EJ. Chronic and Recurrent Appendicitis. JAM coll surg. 1994; 178(4): 385-389
5. Richard A, Prinz A, James A. Madora I. Appendicitis and Appendiceal Abscess. In: Bocker RJ, Fischer JE. Mastery of surgery. 4th ed. Lippincott. Williams & Willkins. 2001: 1460
6. Pittman W. Appendicitis: Why so complicated? A nalysis of 5755 consecutive Appendectomies, Am surg. 2000; 66(6): 548-54
7. Redmond JM, Smith GW, Wilasrusmee C, Kittur DS. Calculation of halftime for perforation. Am surg 2002; 68(7): 593-597
8. Bratton SL, Haberkern CM, Waldhausen JH. Acute Appendicitis risks of complication, Pediatric 2000; 106 (1pt 1): 75-78
9. Lavrence W, Way MD. Appendix in Current. Surgical Diagnosis & Treatment, 9th ed. California. 1991: 604
10. Learidi S, Delmonaco S, ventura T, chiominto A. Recurrent abdominal pain chronic appendicitis. Minerva chir. 2000; 55(1-2): 39-44