معرفی دو مورد نادر موکوسل آپاندیس در بیمارستان گلستان اهواز

فرامرز پازیار[1]، مجتبی احمدی نژاد[2]، مژگان ساکی[3]
۱- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۲- استادیار، جراحی دانشگاه پزشکی لرستان
۳- مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره هفتم / شماره ۳ و ۴ / پاییز و زمستان ۸۴ / مسلسل ۲۶

چکیده

دریافت مقاله: ۸۳/۱۲/۲۲، پذیرش مقاله: ۸۴/۳/۸

*** مقدمه:** موکوسل آپاندیس یک اصطلاح غیر اختصاصی است که برای توضیح آنومالی آپاندیس که با موکوس اتساع پیدا کرده اطلاق می شود که ممکن است در نتیجه علل نئوپلاستیک یا غیر نئوپلاستیک ایجاد شود. در این مطالعه دو مورد نادرموکوسل آپاندیس معرفی می شود

*** معرفی بیماران:** بیمار اول خانم ۷۰ ساله ای بود که با شکایت شکم درد از یک سال قبل که از سه ماه پیش تشدید شده بود.عمـــــــده درد بیمار در قسمت تحتانی شکم بوده،بیمـــــار کاهش وزن _ کاهش اشتها نداشته، از یبوست شاکی بوده سابقه کله سیستکتومی ۱۴ سال پیش را می داد. سابقه دیابت و بیماری ایسکمیک قلب را از سه سال پیش داشته است.
در معاینه یک توده توپری در ۱/۴ تحتانی راست شکم و پهلوی راست داشت.در بررسی تکمیلی، سونوگرافی یک توده کیستیک با اجزا توپر در پایین پل تحتانی کلیه راست با تشخیص کیست مزانتریک، کیست هیداتید، توده بد خیم گزارش کرده بود در بررسی *CT* اسکن *Duplication cyst* کیست مزانتریک و کیست کلیوی گزارش شده بود.
بیمار دوم آقای ۳۸ ساله ای بود با شکایت شکم درد شکم از ۵ روز قبل مراجعه کرده بود که شروع درد در اپی گاستر بوده و سپس به ۱/۴ تحتانی راست شکم کشیده شده بود.بیمار از انتشار درد به پهلوی راست شاکی بود.بی اشتهایی را ذکر می کرد.در بررسیهای تکمیلی لکوسیتوز ۱۱۰۰۰ با ۶۴٪ داشت. در بررسی سونوگرافی، یک توده کیستیک با انترنال اکو در ناحیه $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم و آبسه آپاندیکولر مشاهده شده بود.
بیماران فوق تحت عمل جراحی قرار گرفتند، بیمار اول لاپاراتومی شد که موکوسل آپاندیس بود و بقیه شکم نیز بررسی شد که نرمال بود و بیمار دوم نیز با انسزیون مک بورنی باز شد که باز هم موکوسل آپاندیس بود. آبسه وجود نداشت، آپاندکتومی در هر دو مورد انجام شد و در بررسی پاتولوژی هر دو مورد موکوسل آپاندیس بود.

*** نتیجه گیری:** بدخیمی آپاندیس بی نهایت نادر است، ۲ مورد جدید فوق با توده شکمی و درد مراجعه نمودند و موکوسل خوش خیم با آپاندکتومی ساده درمان می شود.

واژه های کلیدی: موکوسل، نئوپلاسم، سونوگرافی

آدرس مکاتبه: خرم آباد، گلدشت، مجتمع پیراپزشکی، دانشکده بهداشت

مقدمه

موکوسل آپاندیس یک ضایعه نادر است و با اتساع لومن در نتیجه تجمع مواد موکوئید مشخص می شـــــود (۱). موکوسل اغلب بدون علامت است و بصورت اتفاقی در طی تجسس جراحی یا مطالعات سونوگرافی شناخته می شـــود (۲). موکوسل از نظر بافت شناسی چهار نوع می باشد که شامل کیست احتباسی ـ هیپرپلازی مخاطی ـ سیستادنـــوم و سیستادنوکارسینوم است(۳). به همین اساس تشخیص قبل از عمل آن مهم است زیرا نشت یا پاره شدن کیست هنگام جراحی در انواع بد خیم موجب پسودومیکزوما پریتوئن[1] می گردد (۴). درمان آن نیز بسته به نوع پاتولوژیک آن متفاوت می باشد و در موارد خوش خیم آپاندکتومی ساده کفایت می کند؛ ولی درمان سیستادنوکارسینوم آپاندیس برداشتن کولون راست[2] و ریشه کن نمودن[3] تومور است (۳).

معرفی بیماران

بیمار اول: خانم ۷۰ساله ای بودکه از حدود یک سال پیش دچاردردهای مبهم شکمی در قسمت تحتانی شکم به خصوص در $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم در $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم[4] شده بود که این درد از سه ماه قبل از مراجعه تشدید شده بود. بیمار از یبوست طی یک سال گذشته شکایت داشت استفراغ ـ کاهش اشتها و کاهش وزن نداشت، سابقه کله سیستکتومی ۱۴ سال پیش را داشت و از دیابت و بیماری ایسکمیک قلبی از حدود سه سال پیش رنج می برد.

در معاینه شکم بیمار فقط یک توده[5] و احساس پری در ناحیه در $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم و پهلوی راست داشت. در بررسی های آزمایشگاهی WBC=۵/۱۰۰، Hb=۱۲/۲ داشت و U/A وبقیه آزمایش ها در حدود نرمال بودند.

در سونوگرافی انجام شده یک ضایعه کیستیک با اجزا توپر[6] در پایین پل تحتانی کلیه راست به ابعاد۴۵×۵۵×۱۱۰ با حجم ۱۲۰CC در حفره صفاقی با تشخیص کیست مزانتریک[7]، توده بدخیم[8]،کیست هیداتید[9] گزارش شده بود.

بیمار فوق پس از کسب آمادگی لازم تحت لاپاراتومی قرار گرفت، یافته حین عمل، موکوسل آپاندیس به ابعاد ۵×۱۰ سانتیمتر، ریشه آپاندیس نرمال بود و آپاندکتومی انجام شد. بقیه احشاء حفره شکم، نرمال بودند.

بیمار دوم: آقای ۳۸ ساله ای بود که با شکایت درد شکم از ۵ روز قبل مراجعه کرده بود که شروع درد در اپی گاستر بود وسپس به $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم کشیده شده بود، بیمار از بی اشتهایی شاکی بود، تهوع، استفراغ و علایم ادراری نداشت.در معاینه شکم تندرنس خفیف و یک توده، لمس عمیق در $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم وجود داشت. در آزمایش های انجام شده یک لوکوسیتوز۱۱۰۰۰ با ۶۴٪ پلی مورفونوکلوئر داشت سایر آزمایش ها در محدوده نرمال بود.

در سونوگرافی انجام شده یک توده در ناحیه $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم، کیستیک حاوی انترنال اکوی فراوان به ابعاد ۴۳×۷۳ و حجم ۳۰ سی سی دیده شده که تشخیص اولیه آبسه آپاندیکولر بود. با انسزیون مک بورنی جدار شکم باز شد که در بررسی توده ۶۰ تا۸۰ سانتیمتر در محل آناتومیک آپاندیس نرمال بود، که با تشخیص موکوسل آپاندیس آپاندکتومی انجام شد، آبسه نیز وجود نداشت.

در هر دو نمونه در بررسی پاتولوژیک موکوسل آپاندیسیت با هیپر پلازی مخاطی ترشح موسین گزارش شده بود.

1. Pseudomxoma Peritonie
2. Right Hemi colectomy
3. Debulking
4. Right Lower Quadrant
5. Fullness
6. Solid
7. Mesentric cyst
8. Maligna nt mass
9. Hydatid cyst

بحث

موکوسل آپاندیس یک اصطلاح غیر اختصاصی است که برای توضیح آنومالی اتساع یافته آپاندیس با موکوسل اطلاق می گردد و این تجمع موکوس موجب اتساع پیشرونده آن می شود(۵).موکوسل از نظر بافت شناسی چهار نوع دارد که شامل کیست احتباسی هیپرپلازی مخاطی سیستادنوم سیستادنوکارسینوم است (۳). بر همین اساس تشخیص قبل از عمل آن بسیار مهم است؛ چرا که پاره شدن کیست هنگام جراحی در انواع بدخیم موجب پسودومیکزوما پریتوئنی می شود. پسودومیکزوما پریتوئنی گاهی نیز در نتیجه تومورهای موسینی تخمدان ایجاد می شود.

موکوسل آپاندیس یک بیماری نادر است و با علایم غیر اختصاصی در قبل از عمل نمایان می گردد یا اینکه اصلاً علامتی قبل از عمل ندارد و بیماران بصورت اتفاقی در حین سونوگرافی یا لاپاراتومی اکتشافی شناسایی می شوند. بیماران علامت دار ممکن است همانند آپاندیسیت دردهای خفیف $\frac{۱}{۴}$ تحتانی راست شکم یا پریتونیت منتشر پیدا کنند (۳). از علایم غیر معمول موکوسل می توان به هماچوری اشاره کرد که در بیماری توسط رزنتال واولیفانت[1] و همکاران در سال ۱۹۹۹ گزارش شده است(۵). از علایم غیر معمول دیگر به انسداد روده بدنبال موکوسل آپاندیس توسط حسین م، مرادف در دانشگاه امریکایی بیروت در سال ۱۹۹۹ اشاره کرد(۶).

از موارد گزارش شده دیگر به ضایعه کیستیک پشت مثانه ای موکوسل آپاندیس که در اسپانیا بیمارستان د- سانلوی[2] توسط پریرا آرینز[3] وهمکاران در سال ۲۰۰۲ اشاره کرد(۷).

از نظر بررسی های تشخیصی عمل سی تی اسکن مارپیچی با قدرت تفکیک بالا در تشخیص بیماریهای آپاندیس کاربرد دارد و به راحتی التهاب آپاندیس و ضخیم شدن مزو آپاندیس و حتی فلگمون را نشان می دهد (۸).

درمان موکوسل جراحی است که اگر علل خوش خیم داشته باشد آپاندکتومی ساده کافی است؛ ولی برای درمان سیستادنوکارسینوم،رزکسیون کولون راست به علاوه برداشتن توده تومورال در صورت امکان توصیه می شود(۴).

نتیجه گیری

تومورهای آپاندیس شیوع کمی دارند؛ ولی با توجه به ماهیت این تومورها که می توانند بدخیم نیز باشند، بایستی بدانها اهمیت داده شود و همیشه به فکر این تومور بود و بررسی کامل پاتولوژیک و پی گیری دقیق الزامی است. تومور آپاندیس بی نهایت نادر است. نکته جالب در مورد این دو مورد این بود که هر دو با توده شکم و درد خود را نشان دادند و درمان در موارد موکوسل ساده آپاندکتومی به تنهایی کافی می باشد.

1. Rosenthal Oliphant Uj
2. De Saneloy
3. Pereria Arins

References

1. Miraliakbari R, chapman WH Rd. Laparoscopic treatment of an appendiceal mucocle. J Laparoendosc Adv surg tech 1999; 9:159
2. Cucinotta E, Palmeri R, Lorenzini C. Melita G, Melita P.Appendiceal mucocele. Chir Ital 2002; 54:107
3. Landen S, Bertrand C, Maddern GJ, Herman D, Pourbaix A, De neve A, and et al. Appendiceal mucoceles and pseudomyxoma peritonei, Surg Gynecol obstet 1992; 175:401
4. Young RH, Gilks CB, Scully RE. Mucionous tumors of the appendix associated with mucinous tumors of the ovary and pseudomyxoma peritonit.A clinicopathological analysis of the 22 casese supportting an origin in the appendix. A m J Surg Pathol 1991; 15:415
5. Oliphant UJ, Rosenthal A.Hematuria:an unusuall presentation for mucocle of the appendix.JSLS 1999; 3:71-4
6. Mourad FH, Hussein M, Bablwan M, Hadddad M, Tawila. Intestinal obstruction secondary to appendiceal mucocele. Dig Dis Sci 1999; 44:1549
7. Pereria-Arias JG, Ibarlusea-Gonzalez JG, Gutierrez-Dize JM, Murueta-Goynea M, Alvarez-Martinez JA.Unasual retrovesical cystic lesion: appendiceal mucocele Arch Esp urol 2002 55:560
8. Funaki B, Grosskreutz SR, Funaki CN. Using unenhanced helical CT with enteric contrast material for suspected appendicitis is patients treated at a community hospital, Am J Roentgenol, 1998; 171: 997