

گزارش یک مورد آپاندیسیت حاد به علت آندومتريوز

دکتر سید علی جلالی^{*}، دکتر مینو شفیعی^{**}

چکیده:

آپاندیسیت حاد یکی از شایع‌ترین علل دردهای حاد شکمی است که به بخش‌های اورژانس مراجعه می‌شود. علت عمده آن انسداد مجرای آپاندیس است که در اثر آپاندیکولیت و یا بافت لنفاوی ایجاد می‌شود. آپاندیسیت به طور نادر ممکن است به علت آندومتريوز باشد که به طور معمول سروز آپاندیس و یا به ندرت موسکولاریس موکوزا را درگیر می‌کند. این گزارش در مورد یک بیمار 36 ساله است که قبلاً هیچگونه سابقه آندومتريوز نداشته است.

واژه‌های کلیدی: آندومتريوز آپاندیس، آندومتريوز، شکم حاد، آپاندیسیت

زمینه و هدف

ارسالی به پاتولوژی آن را برای ما روشن کرد. در مواردی نادرتر آندومتر در داخل مجرای آپاندیس رشد کرده و گذشته از امکان انسداد مجرای آپاندیس که منجر به آپاندیسیت می‌شود، خونریزی گوارشی نیز گهگاه پیش می‌آید.³⁻⁵

گزارش بیمار

بیمار خانمی است 36 ساله که نخست اظهار می‌کرد کمتر از 24 ساعت قبل از مراجعه به بیمارستان دچار درد شکم شده بود و می‌گفت که در ابتدا از بالای شکم شروع شد و همراه با استفراغ بوده و به تدریج در سمت راست و تحتانی

آپاندیسیت حاد از شایع‌ترین علل دردهای شکم در سمت راست و تحتانی شکم در جراحی است^{1,2} و نیز آندومتريوز اگر در سمت راست و تحتانی شکم باشد (RLQ) می‌تواند به صورت آپاندیسیت حاد تظاهر و یا آن را ایجاد کند. آندومتريوز می‌تواند در تخمدان و لوله رحمی نیز از طریق سلولهای آندومتر نفوذ نماید. آندومتريوز اکثراً سروز آپاندیس را درگیر می‌کند و ندرتاً ممکن است به سایر لایه های عمقی تر آپاندیس نفوذ کند.¹⁻³

درگیری عناصر مجاور آپاندیس نیز گاه همانند موردیکه ذکر می‌شود ممکن است اتفاق بیافتد. ایجاد آپاندیسیت حاد از بافت آندومتر مطلبی است که بافت شناسی نمونه

نویسنده پاسخگو: دکتر سید علی جلالی

تلفن: 6-88766331

E-mail: s.alijalali@yahoo.com

^{*} استاد گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران

^{**} استادیار گروه پاتولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی

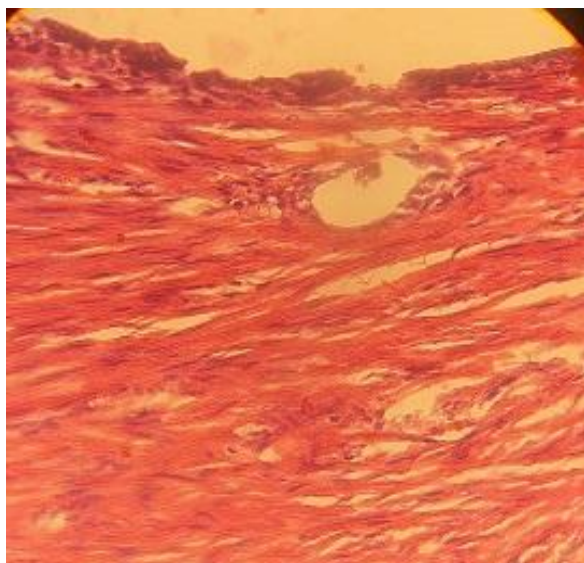
تاریخ وصول: 1403/07/19

تاریخ پذیرش: 1403/12/18

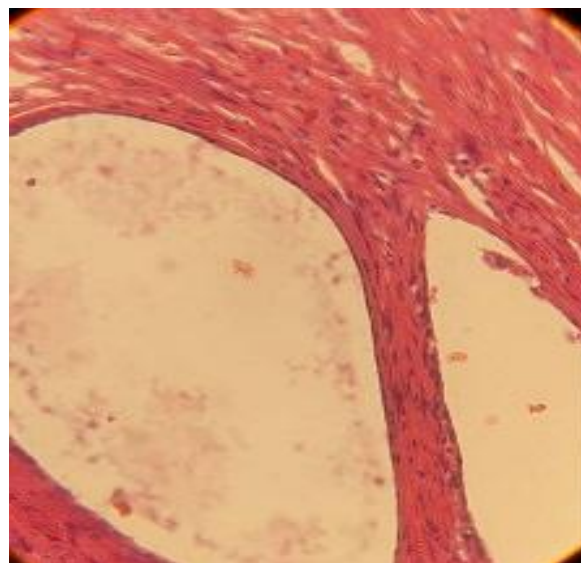
Purse فرو برده شد منظور این بود که آپاندیس به طریق رتروگرا برداشته شود ولی چسبندگی آپاندیس به سکوم بسیار شدید بود و به فکر گذاشتن درن و خاتمه عمل افتادیم که پس از تخلیه آبسه، سکوم تا حدی آزاد تر شد و آپاندیس متورم گانگرنه به شکلی برداشته شد و به پاتولوژی ارسال گردید، در حفره صفاق و زخم درن گذاشته شد و لایه‌های شکم همانگونه که باز شد بسته شدند. تا یک روز بعد از عمل درن داخل شکمی ترشح داشت که نخست درن زخم و سپس درن داخل شکمی کوتاه و به تدریج خارج گردید از روز دوم عمل بیمار تغذیه دهانی داشت و روز چهارم با حال عمومی خوب و زخم تمیز مرخص گردید.

جواب پاتولوژی با کمال تعجب آندومتريوز بود، با مراجعه به ادبیات پزشکی در این مورد معلوم شد که اکثر موارد گزارش شده همین وضع داخل شکمی را داشته‌اند و در یک مورد که ایلئوکلوستومی شده یقیناً جراح به علت شدت چسبندگی ناچار به این تصمیم گردیده است. در بیماران مشکوک به آپاندیسیت معاینات بالینی مکرر و گرفتن شرح حال بیمار به دفعات؛ همانطور که بزرگان جراحی سفارش کرده‌اند، بهترین طریقه تشخیص است. جالب است که با توجه به اینکه به بیمار قبلاً گفته شده بود، برای ایشان باورکردنی نبود که پس از آن درد و رنجی را که سال‌ها در موقع ماهیانه داشته نیز، کاملاً برطرف شده است (تصاویر 1 و 2).

شکم استقرار می‌یابد. در ورود به بیمارستان آزمایشات روتین انجام شد که میزان WBC بیش از 17 هزار در یک صد میلی لیتر و پلی مورف و CRP بالا گزارش گردید، در سونوگرافی کیست تخمدان طرف راست دیده شد همراه با کیست کوچکی در طرف چپ و مقدار کمی مایع در داخل شکم که احتمال نشت کیست تخمدان داده می‌شد آپاندیس قابل مشاهده نبود و تشخیص آن را به علائم بالینی ارجاع داده بود. در معاینه شکم Tenderness در ناحیه RLQ و همچنین مختصری در LLQ وجود داشت که در طرف راست همراه با Rebound بود، حال عمومی بیمار نسبتاً خوب بود؛ اما شروع درد را در معاینات مکرر بعدی از یک هفته پیش می‌دانست بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد به اطاق عمل برده شد، در عمل جراحی سکوم کاملاً متورم و به شدت به پیریتوان جداری چسبیده بود تخمدان راست بزرگتر از معمول لمس می‌شد و به سکوم چسبندگی داشت آپاندیس به زحمت لمس می‌شد که در موقعیت رتروسکال چنبره زده بود و برای دسترسی به آپاندیس ملتهب ناچار به جدا کردن چسبندگی‌ها بودیم که در این اثنا مقداری چرک از حفره صفاق خارج گردید و به نظر رسید چسبندگی نوک آپاندیس به تخمدان توسط این آبسه صورت گرفته بوده، با رفع چسبندگی سکوم از صفاق جداری آزاد شد. **بن** آپاندیس که از یکسوم پروگزیمال گانگرن شده بود ظاهر شد، بن آپاندیس لایگیت شد و طبق معمول به داخل جدار سکوم با



تصویر 2- آندومتريوزيس در جدار عضلانی آپاندیس.
رنگ آمیزی هماتوکسیلین - انوژین (×400)



تصویر 1- آندومتريوزيس در جدار عضلانی آپاندیس.
رنگ آمیزی هماتوکسیلین - انوژین (×100)

بحث و نتیجه گیری

آندومتريوز بیماری خوش خیمي در زنان محسوب می شود که عبارت است از رشد غیر عادی و نابجای غدد و استرومای آندومتر در خارج از حفره رحمی. این بیماری در زنان و در سن فرزند آوری دیده می شود و چون این بافت و نسج نابجا به هورمون های طبیعی بیماران عکس العمل فیزیولوژیک نشان می دهد گذشته از ترشحات طبیعی این غدد نابجا باعث تحریک و چسبندگی بافت در اعضای اطراف محل جایگزینی می شود. شایعترین محل آندومتريوز در تخمدان ها، لوله های فالوپ، لگن و صفاق لگنی، دهانه رحم و واژن دیده شده است.⁶⁻⁸ چند فرضیه راجع به پاتوژنز آندومتريوز وجود دارد که عبارتند از قاعدگی رتروگراد که همانگونه که از نامگذاری آن پیدا است عبارت است از حرکت خون ماهیانه به جای جاری شدن از مجرای اصلی و طبیعی مقداری از آن به بالا و عقب برگشت کرده و از طریق لوله رحمی باعث آلودگی مستقیم سلول های آندومتر در داخل صفاق شده که این حرکت رتروگراد باعث کاشته شدن این سلول ها به طور مستقیم در عناصر نزدیک رحم می شود.¹⁰⁻¹³ فرضیه دیگر متاپلازی سلومیک (Coelomic Metaplasia) است که بر پایه جنینی استوار بوده و از متاپلازی سلول های مخصوص مزودرمال مانند

اعضای تولید مثل زنانه و جدار روده در احشاء صفاق شکمی ایجاد و در اثر التهاب مزمن و تحریک مرتب و منظم، عناصر آبدومینوپلویک نیز در آن موقع به بافت آندومتريال تغییر کرده و بدل خواهند شد.

تئوری دیگر (Embryonic Rest Theory) است که بر این فرض نهاده شده که وجود باقیمانده مجرای مولر در افراد بالغ در حفره صفاق گاه می تواند سبب ساز افزایش و پرولیفراسیون سلولی شبیه به جنین شود که در عناصر مجاور منجمله آپاندیس تحریک و التهاب مزمن و منظم ایجاد کرده و تولید آپاندیسیت حاد می کند. جالب آنکه تعدادی از بیماران هیچگونه سابقه آندومتريوز را ذکر نمی کنند، و چون همیشه هنگام ماهیانه به سبب وجود آندومتريوز در ناحیه RLQ درد دارند، در هنگام بروز آپاندیسیت حاد به علت آشنا بودن به این گونه دردها، دیر مراجعه می کنند که احتمالاً با پرفوراسیون آپاندیس و ایجاد آبسه و گانگرن نیز مواجه خواهند شد. علائم آن درست همانند آپاندیسیت همراه با تورم و درگیری عناصر مجاور بوده که در یک مورد به علت چسبندگی بسیار شدید ناچار به ایلئو کولیک آناستوموز شده اند. درمان معمولاً همانند آپاندیسیت حاد بوده و تشخیص علت آن پس از گزارش بافت و پاتولوژی معلوم خواهد شد.¹³⁻¹⁵

References:

1. Dahabreh I J, Adam GP, Halladay C; et al. "Diagnosis of Right lower quadrant pain and suspected acute appendicitis" Agency for health care research and quality [internet] (U.S) Brown evidence-based practice center (ed), Rockville (MD). 2015. 157.
2. Jalali S. A. "Acute Abdomen in Special and Comorbid Cases," Iranian J Surg. Vol 28, n31. PP 1-11. 2021.
3. Adeboye A, Ologun GO, Njoku D, Miner J, "Endometriosis of the Vermiform Appendix Presenting as acute appendicitis" Cureus. 2019, 11: e 5816.10.7759/Cureus.
4. Gorter, Eker H. H, Gorter-Stam M. M, et al. "Diagnosis and management of acute appendicitis" EAES consensus Development conference 2015. Surg Endos, 2016: 668-690. 10-1007/5 00464-016-5247-7.
5. Matsuura, et al. "Endometriosis and Coelomic Theory" Pubmed National library of medicine national center for biotechnology information. Gynecol Obstet Invest 1999.
6. Dresckin. et al "Retrograde menstruation in endometriosis" Dresekin. Com N.C.B. Oct, 2, 2023.
7. Embryonic rest Theory in Endometriosis". www. Ncbi.nlm.nih. gov, pmc3107843.
8. Eskenazi B, Warner ML "Epidemiology of Endometriosis" Obstet Gynecol Clin North Amer. 1997, 24: 235-258.
9. Agarwal N, Subromanian A. "Endometriosis Clinical Presentation and Molecular Pathology. J Lab Physicians. 2010, 2: 1-9 10.41.3/ 0974-2737.666699.
10. Gustofsen R L, Kim N, Liu S, Stratton P. "Endometriosis and appendix a case series and comprehensive review of the literature" Fertility and sterility. Endometriosis 2005.12.076.
11. Ijaz S, Lidder S, Mohamid W, Cartet M, Thomson H, "Intussusception of the appendix secondary to endometriosis": a case report. J med case Rep. 2008, 2:12. 10.1186/1752-1947-2-12.
12. Alimi Y, Iwanaga J, Lukas M, Tubbs RS. "The clinical anatomy of endometriosis a review" Cureus. 2018. 10:e3361. 10.7759/Cureus. 3361.
13. Bhangu A, Soreidek, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT,. "Acute appendicitis modern understanding of pathogenesis, diagnosis and management" Lancet 2015, 386" 12781287.10.1016/s 0140-6736(15)00275-5.
14. Awdenzuok S, Udoye E, Etebu E "Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis": a case report and literature review. Ethiop Health Science, No1, vol 23- p68-72, 2023.
15. Yoon J, Sang Lee Y, Chag HS, Park CS: "Endometriosis of the appendix" Ann Surg Res, 2018, 87: 144-147.
16. Croon RD 3rd, Donovan ML. "Intestinal Endometriosis" Am J Surg, 1984, 148: 60-667. 10.1016/002-9610(84) 903747.