

گزارش موردی

آپاندیسیت حاد به همراه Infarcted epiploic appendices

دکتر مهدی چینی فروش^{۱*}، بابک چاکرعباسی^۲

* ۱. استاد آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

عفونت اپیپلوئیک به ایسکمی زوائد اپیپلوئیک کولون میگویند که به علت پیچش یا ترومبوز ورید مرکزی این زوائد اتفاق می افتد.

این رویداد زمانی که در سمت راست شکم اتفاق بیفتد میتواند علائم آپاندیسیت و دیورتیکولیت سمت راست را تقلید کند درحالیکه در سمت چپ به دیورتیکولیت سیگموئید شبیه است. هدف از این نوشته مرور علائم تشخیصی و افتراقی این پدیده است.

کلید واژه: اپیپلوئیک، ایسکمی، دیورتیکولیت، آپاندیسیت

مقدمه

آپاندیسیت حاد شایع ترین علت درد در حفره ایلیاک سمت راست است سایر علل درد در ایلیاک سمت راست عبارتند از : دیورتیکولیت مکل، بیماری التهابی لگن، کیست تخمدان پیچ خورده و به ندرت می تواند بعلت torsion of appendices epiploica باشد.

وقوع همزمان epiploic torsion و آپاندیسیت حاد در یک بیمار بسیار نادر است و تشخیص قبل از عملیات این پدیده بسیار دشوار و نیاز به سوء ظن بالا از سوی پزشک دارد.

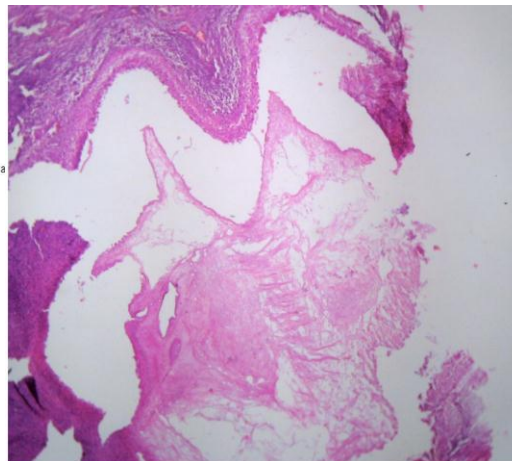
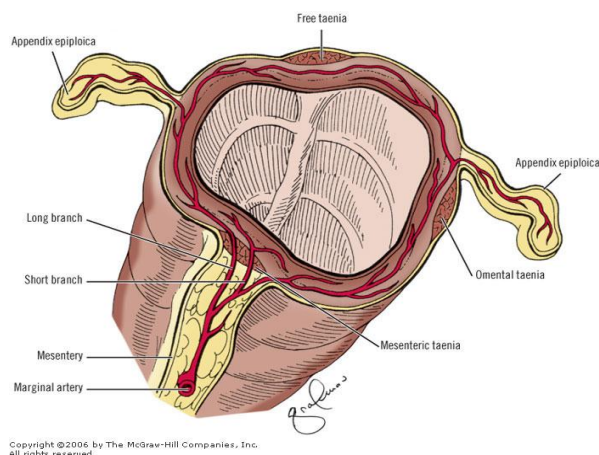
گزارش مورد

بیمار خانم ز - ف ۱۸ ساله بعلت درد در ربع تحتانی سمت راست شکم و همراه تهوع و بی اشتهاپی ، بدون شکایت تب ، استفراق ، مشکل ادراری یا روده ای در تاریخ ۲۵ / ۷ / ۸۹ به بیمارستان دکتر فاطمی اردبیل مراجعه کرد که در معاینات اولیه بالینی با حساسیت لمس در حفره ایلیاک راست مورد تشخیص آپاندیسیت حاد قرار گرفت و برای آپاندکتومی بستری شد . همچنین آزمایشش شمارش گلبولهای سفید و CRP همه نرمال بودند. در مراحل آپاندکتومی و در مرحله باز کردن شکم دو توده گرد تا بیضی به رنگ قهوه ای

تیره به اندازه ۴*۱ سانتی متر پوشیده با آگزودا در ناحیه سکوم پیدا شد که نشان دهنده آپاندیسیت حاد به همراه Epiploic gangrene می باشد.

بحث

Epiploic appendices ۵۰ تا ۱۰۰ عدد توده چربی pedunculated هستند که در دو ردیف طولی و جداگانه در کنار تنیاکولی های قدامی و خلفی کولون در قسمت خارجی کولون قرار گرفته اند.^(۲) زائدهای Epiploic از سکوم تا محل اتصال رکتوسیگموئیدگسترش یافته و توسط صفاق پوشش داده شده اند . بزرگترین تمرکز زائدهای Epiploic در سکوم و کولون عرضی است و در کولون های صعودی و نزولی از توزیع زیادی برخوردار نیستند.^(۳و۴) اندازه این زائدها از ۰/۵ تا ۵ سانتی متر و ضخامت ۱ تا ۲ سانتی متر متغیر است و این در حالی است که اندازه ها در سمت چپ از سمت راست بزرگتر اند.^(۱) از نظر ساختاری این زوائد از چربی به همراه یک یا دو شریان انتهایی_ منشعب از مجرای وازورکتا و یک ورید مارپیچی مرکزی تشکیل شده اند.^(۵و۱)



* تصویر نشان دهنده آگزودا در عفونت حاد و مزمن است.

که در این صورت زوائد Epiploic عمدتاً دچار کلسیفیکاسیون و آتروفی شده و در نهایت از کولون جدا می شوند و در پریتونئ معلق می مانند که نیاز به مداخلات جراحی دارد. (۱۰ و ۹)

از علت های پدیده Epiploic gangrene به موارد زیر می توان اشاره کرد :

۱. یک نتیجه از چرخش ناگهانی بدن .
 ۲. بعلت درازتر بودن ورید از شریانها و پیچش شریانها حول ورید و ایسکمی .
 ۳. تجمع بیش از حد چربی در ساقه زوائد .
- شایان ذکر است که این پدیده در هر دو ربع تحتانی شکم دیده می شود اما بیشتر در حلقه روده بزرگ در حفره ایلیاک راست شایع تر است. از ابزار مهم تشخیصی آن می توان به لاپاراسکوپی اشاره کرد. (۲)

در بحث تکاملی و علل ایجاد این زائدها به سه فرضیه می توان اشاره کرد^(۱۱) :

۱. ممکن است این زائده ها خواص باکتریو استاتیک داشته باشند.

۲. شاید در عمل جذب از روده بزرگ نقش دارند.

۳. بعنوان یک بالشتک محافظ رگهای خونی عمل می کنند.

Infarcted Epiploic appendices که اولین بار

توسط " payr" در ۱۹۰۲ گزارش شده است^(۶) هیچ

تابلوی بالینی خاص و افتراقی ندارد در هر سن و جنسی

امکان رویداد آن وجود دارد. همچنین می تواند حاد یا

مزمن باشد که در نوع حاد عمدتاً بیماری و درد خود

محدود شونده است و ظرف مدت ۲ تا ۷ روز بهبودی

حاصل می شود^(۸). ولی در نوع مزمن می تواند حتی

باعث انسداد روده و تشکیل باند بر روی دیواره شکم شود

منابع و ماخذ

1. Hunt VC, Torsion of appendices epiploicae. Ann Surg. 1919; 69:31-46.
2. Li A, Lau S, Loke TKL, Chan JCS. Primary epiploic appendagitis, HK Coll Radiol 2004; 7:81-83.
3. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Weiss TH, Steinstraesser L, et al. Epiploic appendagitis clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis, BMC SURG, 2007; 7:11.
4. Violago FC, Thorlakson RH. Torsion of the appendices epiploicae, Canad. Med. Ass. J, 1969, 100:274-82.
5. Hurreiz H, Madavo C. Torsion of an epiploic appendix mimicking acute appendicitis. The Internet J Surg. 2005; 6:2.
6. Danse EM, Van Beers BE, Baudrez V, Pauls C, Baudrez Y, Kartheus A, et al. Epiploic appendagitis: Color Doppler sonographic findings. Eur Radiol 2001; 11:183-186.
7. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, Bui P, Rieger A, Bazin A, et al. Primary Epiploic Appendagitis: US, CT and MR Findings. J Radiol 1998; 79:1479- 1485.
8. Chowbey P, Singh G, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M. Torsion of appendices epiploicae presenting as acute abdomen: laparoscopic diagnosis and therapy. Ind J Gastroenterol 2003; 22:68-69.
9. Bandyopadhyay SK, Jain M, Khanna S, Sen B, Tantia O. Torsion of the epiploic appendix: An unusual cause of acute abdomen. J Min Access Surg 2003; 3:70-72.
10. Dubose J, Jenkins D, Quayle C, Dress A, Cotlar A. Laparoscopic resection of infarcted appendices epiploicae of colon. Curr Surg 2005; 62:362-364.
11. Vazquez-Frias JA, Castaneda P, Valencia S, Cueto J. Laparoscopic diagnosis and treatment of acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen. JSLs 200