

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سال ۶۳، شماره ۵، صفحات ۴۱۵ تا ۴۱۸، (۱۳۸۴)

بررسی بیماران مبتلا به آپاندیسیت از نظر وضعیت آپاندیس حین آپاندکتومی و عوارض آن مرکز طبی اطفال، ۸۳-۱۳۸۱

دکتر جواد احمدی (دانشیار)، دکتر بهار اشجعی (دستیار فوق تخصصی)، دکتر مهدی کلاتری (دانشیار)، دکتر هدایت اله نحوی (استادیار)، دکتر علیرضا ابراهیم سلطانی (استادیار)، دکتر مرجان جودی (دستیار فوق تخصصی)، دکتر محمد والی بلوچ (دستیار فوق تخصصی)، دکتر ولی اله محرابی (استاد)

گروه جراحی اطفال، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: آپاندیسیت شایعترین عمل جراحی شکم می باشد. این بیماری چهره های گوناگون و تشخیصهای افتراقی متعددی دارد. درمان آپاندیسیت حاد جراحی است و هر چقدر این عمل جراحی در فاصله کمتری نسبت به شروع علائم انجام شود عوارض کمتری بر جای خواهد گذاشت. در این مطالعه ما به بررسی بیمارانی پرداختیم که با تشخیص آپاندیسیت تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفتند. سپس به مقایسه یافته حین عمل با فاصله زمانی شروع علائم با زمان آپاندکتومی پرداختیم.

مواد و روشها: این مطالعه به روش طولی *Longitudinal* در بیماران مراجعه کننده به مرکز طبی اطفال انجام شده است. تمامی بیمارانی که از مهر ماه ۱۳۸۱ تا مهرماه ۱۳۸۳ به دلیل آپاندیسیت تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته اند در این مطالعه وارد شدند.

یافته ها: در طی این ۲ سال جمعا ۱۴۸ بیمار به دلیل آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفتند که از این تعداد ۷۱ بیمار (۴۷/۹۷٪) دختر و ۷۷ بیمار (۵۲/۰۳٪) پسر بودند. سن بیماران از ۱۸ ماه تا ۱۴ سال متفاوت بود. تمام بیمارانی که در ۲۴ ساعت اول تحت عمل جراحی قرار گرفتند آپاندیسیت غیر پرفوره بوده است. شایعترین عارضه آپاندیسیت پرفوره در سه روز اول وجود چرک لوکالیزه در لگن (۴۳/۷۵٪)، در روز سوم تا هفتم پریتونیت ژنرالیزه (۶۴/۲۸٪) و بعد از ۷ روز آبسه و کلکسیون آپاندیکولر (۸۵/۷۱٪) بوده است.

نتیجه گیری و توصیه ها: هنوز هم *gold standard* درمان آپاندیسیت حاد، آپاندکتومی می باشد. لذا توصیه می شود که هنوز هم جراحی بعنوان اولین اقدام درمانی آپاندیسیت در نظر باشد.

مقدمه

آپاندیسیت در صورت پرفوره شدن می تواند بسیار مشکل تر شده و زمان عمل طولانی تری و نتیجتاً عوارض کوتاه مدت و دراز مدت بیشتری را به دنبال خواهد داشت.

در این مطالعه ما به بررسی بیمارانی پرداختیم که به دلیل آپاندیسیت تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته اند و سپس به مقایسه شیوع عوارض یافت شده حین عمل با زمان آپاندکتومی پرداختیم لازم به توضیح است که موارد Negative Appendectomy از مطالعه ما حذف شد.

مواد و روشها

این مطالعه به روش طولی Longitudinal در بیماران مراجعه کننده به مرکز طبی اطفال انجام شده است. تمامی بیمارانی که از مهر ماه ۱۳۸۱ تا مهر ماه ۱۳۸۳ به دلیل آپاندیسیت تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته اند و پاتولوژی نیز آپاندیسیت آنها را تأیید کرده است در این مطالعه وارد شدند. برای تمام بیماران قبل از عمل جراحی CBC و U/A و عکس شکم انجام شده است. در بیمارانی که علائم تی پیک به نفع آپاندیسیت داشتند بعد از این اقدامات تحت عمل جراحی قرار گرفتند و در بیمارانی که علائم آپاندیسیت آتیپیک بوده و یا شک به عوارض آپاندیسیت وجود داشته، سونوگرافی انجام شده است. اگر یافته سونوگرافی مؤید وجود Collection یا abscess formation بود برای بیمار CT - Scan با کنتراست خوراکی و تزریقی نیز انجام شده است.

بعد از انجام آپاندکتومی تمام نمونه های برداشته شده حین عمل جهت پاتولوژی ارسال شد.

تمامی این بیماران بر اساس زمان مراجعه به جراح تقسیم بندی شدند:

گروه A: بیمارانی که در ۲۴ ساعت اول مراجعه کردند.

گروه B: بیمارانی که ۲۴-۷۲ ساعت بعد از شروع علائم مراجعه کردند.

آپاندیسیت شایعترین عمل جراحی شکم با نسبت جنسی ۳ به ۲ با ارجحیت پسران می باشد (۱). شایعترین سنین ابتلا به آپاندیسیت دهه دوم و سوم زندگی است. علائم این بیماری عبارتند از: درد شکم که در تمام موارد آپاندیسیت وجود دارد و اغلب اولین علامت می باشد. البته بعضی از بیماران علائم خفیف شکمی مثل تغییرات اجابت مزاج قبل از شروع درد شکم را ذکر می کنند (۱-۳). سایر علائم عبارتند از: بی اشتها، حالت تهوع، استفراغ که اغلب چند ساعت بعد از شروع درد اتفاق می افتد. یکی دیگر از علائم آپاندیسیت می تواند تغییر اجابت مزاج بصورت اسهال باشد که این علامت در بچه ها شایعتر از بزرگسالان است (۲) و می تواند باعث اشتباه در تشخیص شود. علائمی که در معاینه فیزیکی شکم پیدا می شود عبارتند از: تندرینس لوکالیزه در R.L.Q، ریپاندتندرینس، Precaution test، Rovsing، علامت پسواس، علامت ایتورتور، گاردینگ ارادی و یا غیر ارادی در لمس. البته این علائم بر حسب محل آپاندیس در شکم و مرحله التهابی آپاندیسیت متفاوت است (۳).

یافته های آزمایشگاهی عبارتند از: افزایش لکوسیت های خون، افزایش شمارش نوتروفیلها، CRP+ و ESR بالا. یافته های رادیولوژیک که می تواند به تشخیص کمک کند نیز عبارتند از: دیدن فکالیت در گرافی ساده شکم که ۲۰٪ - ۱۰٪ موارد دیده می شود. و مشاهده آپاندیسی که حین سونوگرافی Non compressible بوده و قطر بیش از 7mm داشته باشد.

آپاندیسیت تشخیصهای افتراقی متعددی دارد که می توان به این موارد اشاره کرد: بیماری کرون، دیورتیکولیت مکل، انسداد روده، تیفلیت بدنبال ابتلا به لوسمی یا، کله سیستیت، هپاتیت، کلانژیت، آدنیتیت، زخم دئودنوم، گاستروآنتریت، انواژیناسیون، تویرکولوزیس، تیفوئید، تورشن امتوم، پانکراتیت، بیماری سیکل سل.

درمان آپاندیسیت حاد جراحی است و هر چقدر این عمل جراحی در فاصله کمتری نسبت به شروع علائم انجام شود عوارض کمتری بر جای خواهد گذاشت. از طرفی درمان

۳-۷ روز بعد از شروع علائم مراجعه کردند ۲۸ مورد (گروه C = ۱۸/۹۱٪) و بیمارانی که بعد از یک هفته مراجعه کرده اند ۷ مورد (گروه D = ۴/۷۲٪) بودند.
یافته های بیماران در حین عمل جراحی عبارت بود از:
آپاندیسیت غیر پرفوره ۸۱ مورد (۵۴/۷۲٪)، آپاندیسیت پرفوره با تجمع چرک لوکالیزه بدون ایجاد آبسه یا پرتونیت ۳۴ مورد (۲۲/۹۷٪)، پرتونیت ژنرالیزه ۲۳ مورد (۱۵/۵٪) و ایجاد آبسه و کلکسیون ۱۰ مورد (۶/۷۵٪). از ۴۹ بیمار گروه A تمام بیماران ۱۰۰٪ مبتلا به آپاندیسیت غیر پرفوره بودند و هیچکدام از عوارض آپاندیسیت دیده نشد. از ۶۴ بیمار گروه B ۳۲ بیمار (۵۰٪) آپاندیسیت غیر پرفوره، ۲۸ بیمار (۴۳/۷۵٪) آپاندیسیت پرفوره با چرک لوکالیزه، و ۴ بیمار (۶/۲۵٪) پرتونیت ژنرالیزه داشتند. از ۲۸ بیمار گروه C ۶

گروه C: بیمارانی که ۳-۷ روز بعد از شروع علائم مراجعه کردند.

گروه D: بیمارانی که بعد از یک هفته از شروع علائم مراجعه کردند.

یافته ها

در طی این ۲ سال جمعا ۱۴۸ بیمار به دلیل آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفتند که از این تعداد ۷۱ بیمار (۴۷/۹۷٪) دختر ۷۷ بیمار (۵۲/۰۳٪) پسر بودند. سن بیماران از ۱۸ ماه تا ۱۴ سال متفاوت بود. بیمارانی که در ۲۴ ساعت اول مراجعه کردند ۴۹ مورد (گروه A = ۳۳/۱۱٪) و بیمارانی که ۲۴-۷۲ ساعت اول مراجعه کردند ۶۴ مورد (گروه B = ۴۳/۲۴٪) بیمارانی که

جدول ۱: فراوانی نسبی مراحل مختلف آپاندیسیت بر حسب فاصله زمانی بین آپاندکتومی و زمان شروع علائم

فاصله زمانی بین آپاندکتومی و زمان شروع علائم	تعداد	درصد	یافته حین عمل	تعداد	درصد
کمتر از ۲۴ ساعت	۴۹	۳۳/۱۱٪	آپاندیسیت غیر پرفوره	۴۹	۱۰۰٪
	۰	۰٪	آپاندیسیت پرفوره با چرک لوکالیزه	۰	۰٪
	۰	۰٪	پرتونیت ژنرالیزه	۰	۰٪
	۰	۰٪	آبسه یا کولکسیون آپاندیکولر	۰	۰٪
۲۴-۷۲ ساعت	۶۴	۴۳/۲۴٪	آپاندیسیت غیر پرفوره	۳۲	۵۰٪
	۲۸	۴۳/۷۵٪	آپاندیسیت پرفوره با چرک لوکالیزه	۲۸	۴۳/۷۵٪
	۴	۶/۲۵٪	پرتونیت ژنرالیزه	۴	۶/۲۵٪
	۰	۰٪	آبسه یا کولکسیون آپاندیکولر	۰	۰٪
۳-۷ روز	۲۸	۱۸/۹۱٪	آپاندیسیت غیر پرفوره	۰	۰٪
	۶	۲۱/۴۲٪	آپاندیسیت پرفوره با چرک لوکالیزه	۶	۲۱/۴۲٪
	۱۸	۶۴/۲۸٪	پرتونیت ژنرالیزه	۱۸	۶۴/۲۸٪
	۴	۱۴/۲۸٪	آبسه یا کولکسیون آپاندیکولر	۴	۱۴/۲۸٪
بیش از ۷ روز	۷	۴/۷۲٪	آپاندیسیت غیر پرفوره	۰	۰٪
	۰	۰٪	آپاندیسیت پرفوره با چرک لوکالیزه	۰	۰٪
	۱	۱۴/۲۸٪	پرتونیت ژنرالیزه	۱	۱۴/۲۸٪
	۶	۸۵/۷۱٪	آبسه یا کولکسیون آپاندیکولر	۶	۸۵/۷۱٪

با زمان آپاندکتومی پرداختیم. در ضمن بیماران negative appendectomy از این مطالعه حذف شدند.

تمام بیمارانی که در ۲۴ ساعت اول تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته اند. آپاندیسیت غیر پر فوره و بدون عارضه بوده است. در بیمارانی که ۲۴-۷۲ ساعت بعد از شروع علائم تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته اند ۵۰٪ بیماران دچار عارضه پرفوراسیون شده اند و تمام بیمارانی که بعد از سه روز مراجعه کرده اند. پرفوراسیون اتفاق افتاده است. از طرفی شایعترین عارضه آپاندیسیت پر فوره در سه وز اول وجود چرک لوکالیزه در لگن بوده است، شایعترین عارضه آپاندیسیت پر فوره در ۷-۳ روز بعد از شروع علائم پریتونیت ژنرالیزه و بعد از ۷ روز آبسه و کلکسیون آپاندیکولر بوده است.

در مجموع می توان گفت فاصله زمانی بین عمل آپاندکتومی و زمان شروع علائم نقش تعیین کننده ای در ایجاد عوارض حین و بعد از عمل جراحی دارد. از آنجائی که این بیماری می تواند با چهره های گوناگون تظاهر کند و این خود می تواند عاملی جهت تاخیر در تشخیص بخصوص در کودکان گردد، لذا توصیه می شود که اولاً: تمامی کودکانی که با علائم شکمی مراجعه می کنند حتما توسط جراح و متخصص گوارش معاینه شوند. ثانیاً: آگاهی افکار عمومی و والدین جهت مراجعه زودرس به پزشک بالا برده شود. ثالثاً: در مواردی که معاینه بیماران و آزمایشات و گرافیاها به تشخیص کمک نمی کند در صورت در دسترس بودن متخصصین رادیولوژی ماهر حتما جهت تشخیص از سونوگرافی کمک گرفته شود. و بالاخره مهمتر از همه اینکه بعد از تشخیص آپاندیسیت حاد جراحی بعنوان اولین اقدام درمانی مد نظر باشد.

منابع

1. Sigmund H. Ein, Fracsc , Appendicitis in Ashcraft pediatric surgery , third edition .2000.

بیمار (۲۱/۴۲٪) آپاندیسیت پر فوره با چرک لوکالیزه ، ۱۸ بیمار (۶۴/۲۸٪) پریتونیت ژنرالیزه و ۴ بیمار (۱۴/۲۸٪) ، آبسه یا کلکسیون آپاندیکولر داشتند.

از ۷ بیمار گروه D یک بیمار (۱۴/۲۸٪) پریتونیت ژنرالیزه و شش بیمار (۱۴/۲۸٪) آبسه یا کلکسیون آپاندیکولر داشتند

بحث

آپاندیسیت شایعترین عمل جراحی اورژانس شکمی می باشد. (۳) از سال ۱۸۰۰ آپاندیسیت بصورت جراحی درمان شده است. (۳)

با ایجاد نسل جدید آنتی بیوتیکها در مواردی نیز پاسخ به درمان مدیکال آپاندیسیت مشاهده شده است. (۱) از طرفی با توجه به اینکه می توان با کمک سونوگرافی و CT – scan در صورت ایجاد آبسه به تخلیه آن بدون نیاز به جراحی پرداخت ، در بعضی از مراکز تمایل به چنین اقداماتی پیدا شده است . (۲) با این وجود هنوز هم gold standard درمان آپاندیسیت حاد ، آپاندکتومی می باشد.

از طرفی می دانیم که هر چقدر فاصله زمانی بین عمل جراحی و شروع علائم بیشتر شود ، احتمال پرفوراسیون و در نتیجه عوارض آن نیز افزایش می یابد. (۱و۲) با ایجاد پرفوراسیون ، عمل جراحی طولانی تر و مشکل تر شده ، عوارض حین عمل و عوارض زودرس و دیر رس بعد از عمل جراحی افزایش می یابد. (۳)

در این مطالعه ما به بررسی بیمارانی پرداختیم که با تشخیص آپاندیسیت تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفتند . سپس به مقایسه یافته حین عمل با فاصله زمانی شروع علائم

2. Robert. S. Sawin , Appendix and Meckel's Diverticulum in Oldham principles and practice of pediatric surgery . 2005.

3. Katheyn D. Anderson Robert L. Parry Appendicitis in o'nail pediatric surgery. Fifth edition . 1998.