

گزارش یک مورد دوپلیکاسیون آپاندیس

دکتر عباس ربانی^۱، *دکتر محمدعلی پکنه^۲، دکتر احمد کاویانی^۳، دکتر علی امینیان^۳

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۶/۵/۱۵

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۶/۳/۱۳

تاریخ اعلام وصول: ۸۶/۲/۲۶

چکیده

سابقه و هدف: دوپلیکاسیون آپاندیس از آنومالی‌های بسیار نادر بوده و انسیدانس آن را بین ۰/۰۰۰۴ تا ۰/۰۰۰۹ ذکر می‌کنند. هر چند دوپلیکاسیون آپاندیس بسیار نادر می‌باشد ولی در عمل مهم بوده و جراحان حین عمل باید آن را مدنظر داشته باشند. در این گزارش آپاندیس دوگانه از نوع B_۱ معرفی شده است.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۴ ساله‌ای است که به علت فیستول مدفوعی سکوم ناشی از آپاندکتومی قبلی تحت عمل جراحی Right hemicolectomy قرار گرفته و در گزارش پاتولوژی دوم آپاندیس کامل دیگری به فاصله ۷ سانتیمتر از آپاندیس قبلی و در کنار دریچه ایلوسکال گزارش شده است.

نتیجه گیری: دوپلیکاسیون آپاندیس نادر بوده و احتمال اشتباه آن با دیورتیکول سکوم وجود دارد. کلاسیفیکاسیون آپاندیس دوگانه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در صورت عدم توجه به آن به خصوص تیپ B احتمال عواقب وخیم کلینیکی وجود دارد. آپاندیس دوگانه می‌تواند همراه با آنومالی‌های مادرزادی دیگری نیز باشد.

کلمات کلیدی: آپاندیس، آپاندیست حاد، دوپلیکاسیون

مقدمه

بیمار شود. آپاندیس دوگانه معمولاً بدون علامت بوده و تشخیص آن معمولاً حین عمل و یا بعد از عمل جراحی و براساس جواب پاتولوژی داده می‌شود هر چند در صورت انجام باریوم انما قبل از عمل احتمال تشخیص آن وجود دارد. در بیمار مورد نظر در این مقاله تشخیص براساس یافته‌های پاتولوژی در نمونه کلکتومی و یافتن یک آپاندیس نرمال دیگر نزدیک دریچه iliocecal داده شد.

دوپلیکاسیون آپاندیس براساس محل آپاندیس دوم می‌توان علائم بالینی متغیری داشته باشد. در یک فرد با آپاندیس دوگانه در عین عمل در صورت وجود التهاب در یکی و عدم التهاب در دیگری هر دو آپاندیس باید برداشته شوند تا در آینده باعث تشخیص اشتباه نشوند.

دوپلیکاسیون آپاندیس بسیار نادر بوده و مطالعات مختلف از Col- lins (۱)، Losanoff و Kjossev (۲) شیوع آن را از ۲ در ۵۰۰۰۰ هزار (۰/۰۰۰۴٪) تا ۱ در ۱۰۰۰۰۰ (۰/۰۰۰۹٪) نشان داده است. در متون پزشکی کمتر از ۸۰ مورد دوپلیکاسیون آپاندیست گزارش شده است. (۳ و ۲)

آپاندیست دوگانه برای اولین بار در سال ۱۹۳۶ توسط Cave گزارش شده است. (۴) سپس در سال ۱۹۶۳ توسط Wallbridge مجدداً توصیف شد (۵).

آپاندکتومی معمولاً عمل جراحی کوچک در نظر گرفته می‌شود و عدم توجه به این آنومالی می‌تواند باعث عواقب بعدی برای جراح و

۱- دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، گروه جراحی
۲- دستیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، گروه جراحی (*نویسنده مس‌ؤل)
تلفن: ۰۲۱۶۶۹۳۲۶۰۶ آدرس الکترونیک: Alipakane@yahoo.com
۳- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، گروه جراحی

معرفی بیمار

خانم ۳۴ ساله با شکایت درد شکم از ۱۰ روز گذشته به اورژانس مراجعه می‌کند. وی از بی اشتها، تهوع و علائم ادراری شکایت داشته و طی این مدت تحت درمان با آنتی بیوتیک و مسکن بوده است.

در معاینه توسط جراح بیمار تندرست و ریباند RLQ داشته و در آزمایشات لکوسیتوز $3/mm^3$ با شیفیت به چپ (نوتروفیل 78%) مشاهده شد. در سونوگرافی درخواست شد که یک Blind loop با طول دیامتر ۲۲ میلی متر که compressable نبود و داخل آن یک منطقه اکوژن (احتمالاً سنگ) گزارش گردید.

بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار گرفت. حین عمل سکوم ملتهب به همراه آپاندیسیت رتروسکال و ساب سروز بوده که آپاندکتومی انجام شد.

۴ روز بعد علائم بیمار بهبود یافته، تحمل غذایی داشته، دفع گاز و مدفوع طبیعی بوده و لکوسیتوز بیمار به حالت نرمال برگشت و بیمار از بیمارستان ترخیص گردید.

در گزارش پاتولوژی اول در آزمایش ریزی بینی برشهای تهیه شده از تمامی نمونه ارسالی نمای آپاندیسیت و پری آپاندیسیت حاد چرکی همراه پریتونیت لوکالیزه مشهود بود.

دو هفته بعد بیمار مجدداً به علت عفونت و درد در ناحیه زخم مراجعه کرده که بعد از باز کردن زخم محتویات fecal از آن خارج شد. بیمار با تشخیص فیستول مدفوعی سکوم تحت درمان con-servative قرار گرفت و به علت عدم پاسخ به درمان تحت عمل جراحی Right hemicolectomy قرار گرفت.

۱۰ روز بعد بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. در گزارش پاتولوژی دوم، آپاندیس دوم به فاصله ۷ سانتی متر از آپاندیس اول در نزدیکی iliocecal گزارش شد.

بحث و نتیجه گیری

دوپلیکاسیون آپاندیس بسیار نادر بوده و مطالعات مختلف از Col-lins (۱), Kjossev, و Losanoff (۲) شیوع آن را از ۲ در ۵۰۰۰۰ هزار (۰/۰۰۰۴٪) تا ۱ در ۱۰۰۰۰۰ (۰/۰۰۰۹٪) نشان داده است. در متون پزشکی کمتر از ۸۰ مورد دوپلیکاسیون آپاندیس گزارش شده است. (۲، ۳) دوپلیکاسیون آپاندیس برای اولین بار در سال ۱۹۳۶ توسط

Cave گزارش شده است (۴).

سپس در سال ۱۹۶۳ توسط Wallbridge مجدداً توصیف شد (۵) و کلاسیفیکاسیون Wallbrige-Cave متداول گردید. این کلاسیفیکاسیون که براساس ۵۰ مورد بیمار مبتلا به آپاندیس دوگانه انجام گرفته است.

سه تیپ دوپلیکاسیون آپاندیس توصیف شده است.

تیپ A: دوپلیکاسیون پارشیل که هر دو آپاندیس از یک قاعده مشترک منشع می‌گیرند.

تیپ B: دوپلیکاسیون کامل که براساس محل آپاندیس دوم به چند زیر گروه تقسیم می‌شوند

۱ - آپاندیس دوم در قسمت مقابل سکوم و دریچه ایلوئوسکال قرار دارد

۲ - آپاندیس دوم از سکوم در فواصل مختلف از تنیا

۳ - آپاندیس دوم در خم کبلی

۴ - آپاندیس دوم در خم طحالی

تیپ C: دوپلیکاسیون کامل سکوم به همراه آپاندیس مجزا برای هر سکوم (جدول ۱)

با توجه به نادر بودن این پدیده اکثر جراحان با آن مواجه نخواهند شد ولی در صورت مواجه با چنین اتفاقی باید به نکات زیر توجه کنند:


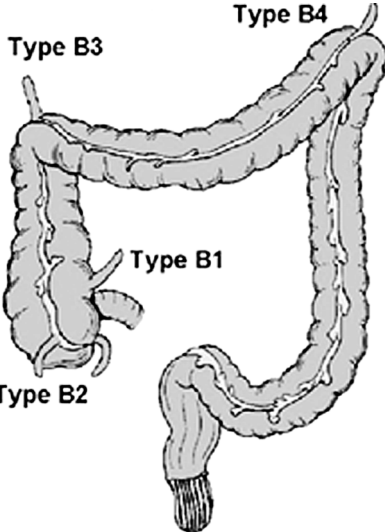

۱ - در این case و موارد مشابه آن (۲ و ۶) یکی از آپاندیس‌های موجود از نظر پاتولوژی نرمال بوده و در این شرایط است که خطر miss کردن آپاندیس دوم بیشتر است.

۲ - احتمال تشخیص اشتباه در حین عمل بین آپاندیس دوگانه و دیورتیکول سکوم وجود دارد ولی هر چند ممکن است از نظر کلینیکی احتمال تشخیص دیورتیکول ملتهب سکوم از آپاندیسیت وجود نداشته باشد ولی از لحاظ پاتولوژی دیواره سکوم فاقد بافت لنفوئیدی است که به طور تیپیک در آپاندیس دیده می‌شود. (۵)

۳ - بعضی از موارد آپاندیس دوگانه با مالفورماسیون روده ای، مهره‌ای و دستگاه ادراری - تناسلی همراه می‌باشد. (۷ و ۸)

در هر حال هر چند با پیشرفت امکانات تصویر برداری امکان تشخیص قبل از عمل آپاندیس دوگانه وجود دارد ولی بیشتر موارد در حین عمل یا براساس جواب پاتولوژی آشکار می‌شوند. (۹)

جدول ۱- تقسیم بندی دوپلیکاسیون آپاندیس بر اساس معیار Wallbrige-Cave

	<p>دوپلیکاسیون پارشیل که هر دو آپاندیس از یک قاعده مشترک منشع می گیرند</p>	TYPE A
	<p>دوپلیکاسیون کامل که براساس محل آپاندیس دوم به چند زیر گروه تقسیم می شوند</p> <p>B1 - آپاندیس دوم در قسمت مقابل سکوم و دریچه ایلوئوسکال قرار دارد</p> <p>B2 - آپاندیس دوم از سکوم در فواصل مختلف از تنیا</p> <p>B3 - آپاندیس دوم در خم کبدی</p> <p>B4 - آپاندیس دوم در خم طحالی</p>	TYPE B
	<p>دوپلیکاسیون کامل سکوم به همراه آپاندیس مجزا برای هر سکوم</p>	TYPE C

عواقب مدیکال و legal خواهد شد. همچنین در عین مواجهه با این آنومالی احتمال همراهی با آنومالی های دیگر نیز وجود دارد.

امکان اشتباه دوپلیکاسیون آپاندیس با دیورتیکول سکوم و حتی کانسر کولورکتال وجود دارد. کلاسیفیکاسیون این آنومالی مهم بوده و در نوع B (مانند بیمار این مقاله) عدم تشخیص آن باعث

References

- Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. Surg Gynecol Obstet. 1955;101:437-445.
- Kjossev KT, Losanoff JE. Duplicated vermiform appendix. Br J Surg. 1996;83:1259.
- Kim EP, McClenathan JH. Unusual duplication of appendix and cecum: extension of the Cave-Wallbridge classification. J Pediatr Surg. 2001;36:E18.
- Cave A. Appendix vermiformis duplex. J Anat. 1936;70:283-292.
- Wallbridge PH. Double appendix. Br J Surg. 1962;50:346-347.
- Mitchell IC, Nicholls JC. Duplication of the vermiform appendix. Report of a case: review of the classification and medicolegal aspects. Med Sci Law. 1990;30:124-126.
- Gilchrist BF, et al. Duplication of the vermiform appendix in gastroschisis. J Am Coll Surg. 1999;189:426.
- Scarff JE Jr, Harrold MW, Wylie JH Jr. Duplication of the vermiform appendix: new variant of a rare anomaly. J Pediatr Surg. 1999;34:617-618.
- J Pediatr Surg. 35:617-618. Duplication of the Vermiform appendix.

Duplication of Appendiceals: A Case Report

Rabbani A;MD¹, *Pakane MA;MD², Kaviani A;MD³, Aminian A;MD³

Abstract

Background: Appendiceal duplication is one of the rare appendiceal anomalies with an incidence between 0.004% and 0.009% appendectomy specimens. Herein we present a 34 year old woman with appendiceal duplication, which caused in acute abdomen.

Case presentation: A 34-year-old woman was admitted on an emergency basis with a 10-day abdominal pain, loss of appetite, nausea, and. There was localized tenderness at McBurney's point, moderate rebound tenderness, guarding. The blood count showed leukocytosis (WBC :16800/mm³) with a shift to the left. Appendectomy was done and patient discharge after 3 days. Because fecal fistula and limited response to conservative management right hemicolectomy was done and pathology report a second appendix in iliocecal junction

Conclusion: In conclusion, appendiceal duplications are a rare finding. They may be confused with cecal diverticular disease or even colorectal cancer. The classification system of these abnormalities is important as a missed Type B appendix may result in serious clinical and medico-legal consequences. In addition, a double appendix can be associated with other congenital abnormalities. It is therefore important that trainee surgeons are aware of the anatomical anomalies and malpositions of the appendix.

Keyword: Abdominal pain, Appendix vermiform, Duplication

1- Associate Professor, Tehran University of Medical Sciences, Imam Khomeini Hospital, Department of Surgery

2- (*Corresponding Author) Resident of Surgery, Tehran University of Medical Sciences, Imam Khomeini Hospital, Department of Surgery. Tel: +9821-66932606 E-mail: Alipakane@yahoo.com

3- Assistant Professor, Tehran University of Medical Sciences, Imam Khomeini Hospital, Department of Surgery