آپاندیسیت حاد در استامپ آپاندیس
(گزارش یك مورد)

دکتر محمدحسن ناصری[۱]، دکتر شعبان مهرورز[۱*]، دکتر سید محسن تولیت[۱]

۱- گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... الاعظم (عج)

Title: *Stump appendicitis: a case report.*

Authors: *Nasseri MH, (MD); Mehrvarz S, (MD); Towliat SM, (MD).*

Abstract: *Recurrent appendicitis is a rare event after appendectomies, but can be occurred when there is incomplete appendectomy.*

In this report a 14 y/o male patient is presented with abdominal abscess and cecal mass seven and nine months after appendectomy.

Review of literature showed that this uncommon clinical situation may be found after laparoscopic appendectomy, but it is very rare after open appendectomy. Awareness of the existing condition helps to make early diagnosis and prompt treatment.

Keywords: *Stump appendicitis, incomplete appendectomy, laparoscopic appendectomy.*

Hakim 2005; 8(2): 37-40.

*- نویسنده مسئول: تهران خ ملاصدرا، بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم (عج)، دفتر گروه جراحی، طبقه پنجم. تلفن: ۸۸۰۳۳۵۳۹ E-mail: mehrvarz@bmsu.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

چکیده:

آپاندیسیت حاد در استامپ باقیمانده آپاندیس، یکی از عوارض بسیار نادر آپاندکتومی‌ها بود که معمولاً بدنبال آپاندکتومی ناکامل اتفاق می‌افتد و این عارضه اخیراً بدنبال رواج آپاندکتومی به روش لاپاراسکوپیک شیوع بیشتری پیدا کرده است ولی بدنبال عمل جراحی آپاندکتومی باز بسیار نادر اتفاق می‌افتد.

در این گزارش یک مورد آپاندیسیت حاد در استامپ آپاندیس در یک جوان ۱۴ ساله که حدود ۹ ماه قبل بدلیل آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی به روش باز و از طریق برش مک‌برنی قرار گرفته بود معرفی می‌گردد. این بیمار ۷ ماه پس از عمل جراحی اول یکبار نیز بدلیل آبسه رتروپریتوان تحت عمل جراحی درناژ آبسه قرار گرفته بود. ولی ۲ ماه بعد از آن به علت عود علایم آبسه تحت عمل قرار گرفت و مشخص گردید که باقیمانده آپاندیس باعث عود علایم شده است. بر این اساس و براساس مرور سایر موارد مشابه گزارش شده توصیه می‌شود که در صورت عود علایم به صورت آپاندیسیت حاد یا آبسه در محل قبلی، احتمال آپاندکتومی ناکامل مدنظر قرار گیرد بخصوص اگر آپاندکتومی به روش لاپاراسکوپیک انجام شده باشد.

گل‌واژگان: *آپاندیسیت حاد، استامپ آپاندیس، آپاندکتومی، آپاندکتومی ناکامل، آپاندکتومی لاپاراسکوپیک.*

مقدمه:

درمان جراحی آپاندکتومی باز[1] بعنوان یک درمان قاطع آپاندیسیت حاد شناخته شده است و معمولاً با کمترین عارضه‌ای در اکثر مراکز جراحی دنیا انجام می‌شود و عارضه نادر بروز آپاندیسیت مجدد در استامپ آپاندیس که ناشی از برداشته نشدن کامل طول آپاندیس است، بسیار نادر بوده ولی دیده شده است. اخیراً با علاقه روز افزونی که به انجام اعمال جراحی به روش لاپاراسکوپیک وجود دارد شیوع این عارضه بیشتر شده و شاهد ظهور این عارضه با شیوع بیشتری هستیم. آز انجا که بروز آپاندیسیت مجدد در استامپ آپاندیس باقی مانده با عارضه بیشتری همراه است و با توجه به ندرت این عارضه به نظر می‌رسد که گزارش آن جهت آشنایی همکاران جوان و یادآوری آن در بین همکاران خالی از فایده نباشد. لذا در این نوشتار سعی داریم علاوه بر معرفی یک مورد مروری به موارد مشابه گزارش شده نیز داشته باشیم.

شرح مورد:

بیمار پسر جوان ۱۴ ساله‌ای بود که به علت درد شکم با ارجحیت قسمت ربع تحتانی راست شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کند، درد بیمار از دو روز قبل از اطراف ناف شروع و بتدریج افزایش یافته و در ربع تحتانی راست شکم متمرکز شده بود. بیمار از تهوع و استفراغ و همچنین تب و لرز شدید و سوزش ادرار مختصر نیز شکایت داشت. در سابقه درمانی بیمار حدود ۹ ماه قبل در یکی از شهرستان‌ها آپاندکتومی شده بود و ۲ ماه قبل از مراجعه نیز علایم مشابه به مرکز ما مراجعه و با تشخیص آبسه جلوی عضله پسواس (محل آپاندکتومی) تحت عمل جراحی درناژ آبسه بصورت اکستراپریتونئال از محل برش عمل جراحی قبلی قرار گرفته و پس از بهبودی و خارج کردن درن و با حال عمومی خوب مرخصی شده بود. در بدو ورود علایم حیاتی بیمار به شرح زیر بود:

BP=110/60 mmHg, PR=96/min, RR=18/min, T=37.9°/C

در معاینات اولیه علایم دزهیدراتاسیون مختصر در مخاطهای بیمار دیده می‌شد. در شکم اسکار اعمال جراحی قبلی در ناحیه مک‌برنی مشاهده می‌شد. در سمع شکم صداهای روده‌ای کاهش یافته و در لمس سطحی شکم حساسیت شدید و ریباند در ربع تحتانی راست وجود داشت. در لمس عمقی حساسیت در نیمه تحتانی شکم وجود داشت. علامت سرفه[2] مثبت بوده و حساسیت خفیفی نیز در زاویه کوستوورتبرال راست وجود داشت.

اقدامات تشخیصی : آزمایشات اولیه انجام شده به شرح زیر می‌باشد:

CBC: Hb=13.1mg/dl, Hct=38.9%, WBC=14000/ml, PMN= 86 %

U/A: WBC=5-10, Keton=2+, Urobilinogen= 2+

[1] - Open appendectomy

[2] - Cough Sign

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

پس از درمان با مایعات وریدی و تجویز آنتی بیوتیک وریدی برای بیمار CT Scan شکم و لگن با کنتراست تزریقی و خوراکی انجام شد که توده‌ای در جلوی عضله پسواس در سمت راست و با اثر فشاری بر روی سکوم گزارش گردید. با توجه به سابقه وجود علایم مشابه با تشخیص عود آبسه جلوی عضله پسواس آماده عمل جراحی اورژانس گردید.

اقدامات درمانی: پس از انجام اقدامات حمایتی و احیای کافی با مایعات و آنتی‌بیوتیک‌های مناسب، به اتاق عمل منتقل، پس از بیهوشی عمومی از همان برش مک‌برنی قبلی (با کمی گسترش به پهلو) تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از باز کردن فاشیا و عضلات بدون بازکردن پریتوان، ابتدا فضای خلف پریتون اکسپلور گردید که علیرغم انتظار آبسهٔ چندانی وجود نداشت. از همان محل قبلی پریتون باز شد که امنتوم به صورت توده‌ای بر روی سکوم کاملاً چسبیده و Walled off کرده بود که بتدریج و با احتیاط آزاد شده و قاعدهٔ سکوم مشخص گردید، در آن محل استامپ باقیمانده آپاندیس بطول حدود ۳ سانتی‌متر که گانگرن و پرفوره بود مشاهده شد. قاعده استامپ آپاندیس با نخ کرومیک صفر لیگاتور و قطع گردید. در بررسی شکم و لگن ترشحات چرکی فیبرینو در لگن مشاهده شد که تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد. شکم اکسپلور گردید و مقداری از اومنتوم آلوده حاوی چرک و فیبرین برداشته شد و پس از شستشوی حفره شکم با حدود ۶-۵ لیتر نرمال سالین برش‌های جراحی بسته و پوست باز گذاشته شد.

سیر درمانی بیمار پس از عمل جراحی : درمان آنتی‌بیوتیکی وریدی تا ۴۸ ساعت پس از قطع تب بیمار ادامه یافت. در مدت بستری بیمار علایم حیاتی ثابت و طبیعی گردید. تب و تاکیکاردی از بین رفت و از روز سوم پس از عمل جراحی رژیم غذایی شروع شد و بیمار پس از پنج روز با حال عمومی خوب مرخص شد و درپیگیریهای انجام شده تا چند ماه پس از عمل نیز مشکلی نداشت. طبق گزارش پاتولوژی از نمونه ارسالی حاکی از وجود التهاب و ارتشاح لنفوسیتی وپلی مورفونوکلئرها بود و تشخیص نهایی آپاندیسیت حاد گانگرنه در باقیمانده استامپ آپاندیس گزارش شد.

بحث:

بروز آپاندیسیت حاد در استامپ آپاندیس یکی از موارد بسیار نادر پس از آپاندکتومی باز می‌باشد. بطور کلی بیشتر انتظار می‌رود که عود آپاندیسیت در استامپ آپاندیس بعد از آپاندکتومی لاپاراسکوپیک دیده شود. از طرفی عود آپاندیسیت در استامپ آپاندیس که قبلاً به روش جراحی باز انجام شده بسیار نادرتر است ولی در هر دو حال، معمولاً حاکی از آپاندکتومی ناکامل در جراحی اول می‌باشد.

مروری بر موارد گزارش شده: در بررسی مقالات منتشره چند مورد آپاندیسیت در استامپ آپاندیس وجود دارد، که به چندین مورد جالب اشاره می‌شود:

یک مورد آپاندیسیت حاد در استامپ آپاندیس در خانم ۵۳ ساله که ۲۱ سال پس از آپاندکتومی در ویرجینیای آمریکا گزارش شده و منجر به پارگی شده است و نتیجه‌گیری شده است که در موارد شک به آپاندیسیت در استامپ نبایستی عمل جراحی به تعویض افتد (۱).

در سال ۲۰۰۵ Aschkenasy و همکاران از بوستون یک مورد از بروز آپاندیست حاد را در یک مرد ۲۷ ساله گزارش نمودند که در دوران کودکی تحت عمل جراحی آپاندکتومی باز قرار گرفته بود و تظاهرات عارضه شبیه یک آپاندیسیت حاد بود و قبل از عمل با CTاسکن تشخیص داده شده بود (۲).

یک مطالعه از استراسبورگ فرانسه، یک مورد آبسه در محل استامپ آپاندیس که دو سال قبل آپاندکتومی لاپارسکوپیک انجام شده بود را شرح داده که آبسه بیمار قبل از عمل توسط سی‌تی‌اسکن مشخص شده بود. در این مقاله اشاره شده است که هر چند CT و سونوگرافی می‌توانند کمک کننده باشند لیکن تشخیص قطعی با لاپاراتومی می‌باشد (۳).

در مورد دیگری از جنوب استرالیا یک مورد آپاندیسیت در استامپ آپاندیس ۵ ماه بعد از آپاندکتومی لاپارسکوپیک گزارش شده است (۴).

همچنین در مقاله‌ای از اوهایوی آمریکا پس از برخورد با یک مورد آپاندیسیت در استامپ آپاندیس در بررسی انجام شده توسط محققین مشخص گردیده است که آپاندیسیت در استامپ آپاندکتومی باز نیز بوجود آمده است (۵).

۶- درمقاله دیگری از ماساچوست نقشCT اسکن در تشخیص قبل ازعمل استامپ آپاندیسیت مورد تأیید قرار گرفته است (۶).

نتیجه‌گیری:

بروز آپاندیسیت در استامپ آپاندیس اتفاق بسیار نادری می‌باشد که با توجه به علایم شبیه به آپاندیسیت حاد در بیماران آپاندکتومی شده باید در نظر جراح قرار داشته باشد. در بیمار مورد بحث با توجه به مشاهدات حین عمل که حاکی از وجود استامپ

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

باقیمانده ۳ سانتی‌متری آپاندیس بود، موارد زیر توصیه می‌شود:

۱- استامپ دراز آپاندکتومی قبلی یکی از علل اصلی ایجاد این عارضه بوده و بایستی آپاندیس در نزدیکی سکوم لیگاتور و قطع گردد و با توجه به اینکه احتمال باقی ماندن استامپ بلندتر در آپاندکتومی لاپاراسکوپیک بیشتر می‌باشد. لذا دقت و تأمل بیشتر در انجام آپاندکتومی لاپاراسکوپیک ضروری است. اگر هم امکان برداشتن تمام طول آپاندیس از این طریق ممکن نشود توصیه به عمل جراحی باز شده است (۷).

۲- علیرغم اینکه سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی می‌توانند در تشخیص کمک کننده باشند باید دقت داشت که تشخیص قطعی با لاپاراتومی است. احتمال آپاندیسیت در استامپ آپاندیس، در بیماران آپاندکتومی شده باید مدنظر جراح قرار داشته باشد و شک به چنین عارضه‌ای احتمال تشخیص به موقع و درمان موفق را افزایش می‌دهد و از تبدیل آن به پریتونیت منتشر جلوگیری می‌کند (۸ و ۳).

۳- بروز علایم شبیه به آپاندیسیت حاد، چند ماه بعد از آپاندکتومی وقتی که با یافته‌های آزمایشگاهی و رادیولوژیک منطبق با آپاندیسیت حاد و یا آبسه آپاندیکولر باشد باید این تشخیص افتراقی نیز مد نظر قرار گیرد (۸ و ۹).

۴- وجود علایم آبسه یا توده ناحیه عمل بخصوص روی سکوم در سی‌تی‌اسکن در بیماران علامت‌دار بشدت مطرح کننده این تشخیص می‌باشد و لذا نباید به درناژ آبسه اکتفا نمود و حتی‌الامکان باید قاعده سکوم از نظر وجود باقیمانده آپاندیس مورد بررسی قرار گیرد. حتی ممکن است رزکسیون ایلئوسکال نیز انجام شود و معمولاً تشخیص نهائی حین و یا پس از عمل داده می‌شود (۹).

References:

1- Thomas SE, Denning DA, Cummings MH. Delyayed pathology of the appandiceal stump : a case report of stump appendicitis and review. Am Surg. 1994; 60(11): 842-4.

2- Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute Appendicitis of the appendiceal stump. J Emerg Med 2005; 28(1): 41-3.

3- Filippi de la Palavesa MM, Vaxmann D, Campos M, et al. Appendiceal stump abscess. Abdom Imaging. 1996; 21(1): 65-6

4- Walsh DC, Rodiger WE. Stump appendicitis: A potential problem after laparoscopic appendicectomy. Surg Laparosc Endose. 1997; 7(4): 357-8

5- Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: a case report. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1997; 7(6): 389-91.

6- Rao PM, Sagarin MJ, Mc Cabe CJ. Stump appendicitis diagnosed preoperatively by computed tomograghy. Am J Emerg Med 1998; 16(3): 309-11.

7- Conor TJ, Garcha IS, Tamshaw BJ, et al. Diagnostic laparoscopy for suspected appendicitis. Am Surg. 1995; 61(2): 187-9.

8- Durgun AV, Baca B, Ersoy Y, et al. Stump appendicitis and generalized peritonitis due to incomplete appendectomy. Tech Coloproctol. 2003; 7(2) : 102-4.

9- Ajisaka H, Bando E, Yasui T, et al. Stump appendicitis: report of four cases. Jpn J Gastroentrol surg 2002; 35: 189-93.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]