

## گزارش یک مورد نادر آپاندیسیت حاد ناشی آندومتريوز

دکتر ژاله فاضل\*، دکتر زهره داورزنی\*\*، دکتر رضا مظفری\*\*\*

### چکیده:

در حالیکه آندومتريوز در سنين باروری بیماری نسبتاً شایعی است لیکن آندومتريوز آپاندیس خیلی نادر است. ما بیماری را معرفی کرده‌ایم که با علائم آپاندیسیت حاد ناشی از آندومتريوز آپاندیس تحت عمل جراحی قرار گرفت ولی تشخیص آندومتريوز فقط بعد از گزارش پاتولوژی داده شد.

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

### زمینه و هدف

آندومتريوز، به حضور نابجای آندومتر خارج از پوشش داخلی حفره رحم اطلاق می‌شود.

در زنان سنين باروری بیماری نسبتاً شایعی است. (۱۲٪-۳۲٪)، ولی درگیری سیستم گوارشی ناشایع است و درگیری آپاندیس به تنهایی از آن هم نادرتر خصوصاً اینکه آندومتريوز آپاندیس مسبب آپاندیسیت حاد شود، بسیار نادرتر گزارش شده است.

هدف ما هم اینست که این پدیده نادر را معرفی کنیم. در کل، در آپاندیسیت حاد، تعیین علت دقیق همیشه واضح نیست، ولی به دو علت عمده عفونت و انسداد نسبت داده می‌شود. در حالی که در بیمار مورد بحث این دو عامل وجود نداشت.

### معرفی بیمار

خانمی ۴۲ ساله، اهل و ساکن تهران به علت درد شدید و حاد در ناحیه پایین و راست شکم که از سه روز قبل شروع شده و به طرف ناف تیر می‌کشد، به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کند.

در هنگام مراجعه در معاینه بالینی شکم بیمار نسبتاً نرم بود، تندرns عمقی در پایین و راست شکم همراه با ریباند تندرns شدید در نقطه مک بورنی وجود داشت.

در معاینه واژینال دهانه رحم طبیعی بود. سرویکس به هنگام حرکت دادن دردناک نبود. در لمس آدنکس چپ هم یک توده ۴-۵ سانتیمتری لمس می‌گردید. بیمار تب نداشت، تهوع را ذکر می‌کرد، ولی استفراغ و بی‌اشتهایی

نویسنده پاسخگو: دکتر ژاله فاضل

تلفن: ۲۲۰۰۸۰۵۲

E-mail: zhalehfa@yahoo.com

\* استادیار گروه جراحی زنان و مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیمارستان جواهری

\*\* متخصص جراحی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیمارستان جواهری

\*\*\* استادیار گروه پاتولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیمارستان جواهری

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۵

### بحث و نتیجه‌گیری

آندومتريوز ایزوله آپاندیس بسیار نادر است، معمولاً بدون علامت است. ولی گاهی اوقات علامت می‌دهد و به شکل آپاندیسیت<sup>۱-۳</sup>، پرفوراسیون<sup>۴-۵</sup> یا انتوسوسپشن<sup>۶-۷</sup> و یا خونریزی حاد از دستگاه گوارشی تحتانی<sup>۸</sup> تظاهر می‌کند. آندومتريوز آپاندیس می‌تواند علائم بالینی متفاوتی ایجاد کند، ولی این به معنی امکان تشخیص آن قبل از عمل نیست. گرچه بیمار ما با تشخیص کلینیکی آپاندیسیت حاد عمل شد، ولی هرگز آندومتريوز آپاندیس به ذهن ما خطور نکرده بود. در موارد گزارش شده از آندومتريوز آپاندیس، در بسیاری از موارد میوم رحمی و خونریزی‌های غیر طبیعی هم وجود داشته، در بیشتر بیماران دیسمنوره وجود داشته است.<sup>۱-۲</sup> بیمار ما هیپرمنوره داشت، ولی سابقه فیبروم نداشت. هر چند در سابقه خانوادگی متذکر شد که مادرش به دلیل میوم رحمی هیستریکتومی شده بود. ما در مشاهده ماکروسکوپی آپاندیس هیچگونه شکی به آندومتريوز نداشتیم.<sup>۹-۱۰</sup> تشخیص ما صرفاً بر مبنای گزارش آندومتريوز آپاندیس توسط پاتولوژیست استوار شد. با حضور غدد و استرومای آندومتر در جدار آپاندیس که در برخی نقاط با خونریزی همراه شده بود. علائم حاد بیمار کاملاً توجیه‌پذیر بود. این خونریزی‌ها اکثراً در لامینا پروپریا و خفیف بودند.

در مطالعه‌ای که Mittal و همکارانش انجام داده‌اند،<sup>۱</sup> در ۵۶٪ موارد تنه آپاندیس و در ۴۴٪ موارد نوک آپاندیس دچار آندومتريوز شده بود، ولی در هیچکدام از موارد قاعده آپاندیس گرفتار نشده بود. به علاوه روشن گردید که درگیری عضلانی و عضلانی سروزی در ۲/۳ و درگیری سروز به تنهایی در ۱/۳ موارد پیش می‌آید، در هیچیک از موارد مخاط آپاندیس دچار آندومتريوز نبود.

در مطالعه Logman و همکارانش<sup>۲</sup> درگیری ناحیه ساب سروزال در ۱/۳ بیماران وجود داشت و توانستند کانون‌های آندومتريوزی را درون عضله، سروز و ساب سروز ببینند. جالب اینست که ارتباطی بین محل بافت‌شناسی کانون آندومتريوز در آپاندیس و علائم بیمار وجود نداشت.<sup>۱-۲</sup> همگی بیمارانی که به دلیل آندومتريوز آپاندیس با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل آپاندکتومی قرار گرفتند، بهبودی کامل یافتند.<sup>۳-۱</sup> در بیمار ما هم علائم حاد شکمی بعد از عمل به طور کامل ناپدید شد. چون آندومتريوز لگنی وجود نداشت، درد تحتانی شکم نیز بعداً ایجاد نشد. در بیمارانی که

نداشت. در مطالعات آزمایشگاهی، لکوسیتوز ۱۵۰۰۰ با شیفت به چپ و نوتروفیلی ۷۳٪ گزارش شد.

آئمی خفیف با هموگلوبین ۱۱ وجود داشت. تست حاملگی BHCG سرم منفی بود. در سونوگرافی شکم طبیعی بود. در بررسی لگن توده ۵۵ میلیمتری در آدنکس چپ با جدار ضخیم گزارش شد.

در سابقه بیمار دو حاملگی یکی ۱۸ سال قبل که به علل مامایی سزارین شد و حاملگی دوم ۱۶ سال قبل که در ۸ هفتگی کورتاژ شده است. بعد از آن روش جلوگیری از بارداری به روش طبیعی بوده است. دوره ماهیانه منظم، ولی با خونریزی زیاد بوده، دیسمنوره و دیسپارونیا نداشته، بیمار ۱۰ روز قبل از مراجعه یک پرئود زودتر از موقع داشته است. از ترشح واژینال شاکی نبود. در سونوگرافی لگنی که حدود ۵ ماه قبل صورت گرفته توده ۵۵ میلیمتری در آدنکس چپ گزارش شده که یک یافته تصادفی بوده و بیمار از پیگیری بعدی آن خوداری نموده است.

نهایتاً با تشخیص احتمالی آپاندیسیت حاد بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در بررسی هنگام عمل، حفره پریتونئال نسبتاً پاک بود، مایع آزاد وجود نداشت. در بررسی ماکروسکوپی طول آپاندیس ۵-۷ سانتیمتر و پهنای آن در وسیعترین قسمت مجرا در حدود ۰/۵ سانتیمتر بود. عروق آپاندیس پرخونی و التهاب واضح به ویژه در ناحیه نوک آپاندیس داشته و نقاط خونریزی در مزوی آپاندیس قابل مشاهده بود. ضمناً کیستی به ابعاد تقریبی ۵-۶ سانتیمتر در تخمدان چپ حاوی مایعی شکلاتی به علاوه، هیدروسالپنکس شدید لوله چپ مشهود بود. کیست تخمدان و لوله چپ برداشته شد. در بررسی پاتولوژی، در آپاندیس، نواحی اکتویپیک غدد و استرومای آندومتر دیده شد که در نواحی ضخیم شده موسکولار پروپریا و ساب سروزال نوک آپاندیس قرار گرفته بودند، بعلاوه دیلاتاسیون بعضی از غدد آندومتر همراه با خونریزی مختصر و تازه درون آنها و هیپرپلازی لنفویید در لامینا پروپریا دیده شد.

در پاتولوژی توده آدنکس چپ کیست هموراژیک تخمدان بود و هیدروسالپنکس لوله چپ گزارش شد. پس از عمل، درد به طور کامل بر طرف شد. بیمار با حال خوب و بدون مشکل خاصی مرخص گردید. در پیگیری ۶ ماه بعد در سونوگرافی لگن عارضه‌ای دیده نشد.

به دلیل آندومتريوز آپاندیس تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار می‌گیرند، ضروری است پیگیری بعد از عمل انجام شود. چون آندومتريوز خارج گوارشی می‌تواند مطرح باشد و شاید درمان‌های طبی یا جراحی برای آن ضرورت پیدا کند. نتیجه اینکه، آندومتريوز آپاندیس یک وضعیت فوق‌العاده نادر است و تشخیص آن به درستی امکان‌پذیر

نیست، مگر در موارد شناخته شده آندومتريوز لگنی که احتمال آندومتريوز آپاندیس هم باید مد نظر باشد (۲٪-). ۴٪). تشخیص قطعی تنها با معاینات میکروسکوپی آپاندیس امکان‌پذیر است. با آپاندکتومی علائم حاد برطرف می‌شود. ولی پیگیری بیمار توسط متخصص زنان حتماً ضروری است.

**Abstract:**

**The Report of a Rare Case of Acute Appendicitis  
Due to Endometriosis**

*Fazel. Zh. MD<sup>\*</sup>, Davarzani Z. MD<sup>\*\*</sup>, Mozafari R. MD<sup>\*\*\*</sup>*

(Received: 19 Feb 2011      Accepted: 6 March 2015)

While endometriosis is fairly common in reproductive age, the endometriosis of the appendix is very rare. We are reporting about the case of a patient with appendicular endometriosis who was operated for acute appendicitis, but for whom the accurate diagnosis of endometriosis was done after pathologic examination.

***Key Words: Acute Appendicitis, Appendix, Endometriosis***

\* *Assistant Professor of Gynecology Surgery, Azad University of Medical Sciences and Health Services, Javaheri Hospital, Tehran, Iran*

\*\* *General Surgeons, Azad University of Medical Sciences and Health Services, Javaheri Hospital, Tehran, Iran*

\*\*\* *Assistant Professor of Pathology Surgery, Azad University of Medical Sciences and Health Services, Javaheri Hospital, Tehran, Iran*

## References:

1. Mittal VK, Choudhury SP, Cortez JA. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. *Am J Surg* 1999; 142: 519-21.
2. Langman, Rowland R, Vernon-Roberts B, Endometriosis of the appendix. *Br J surg* 1999; 68: 121-4.
3. Overton RW, Creagh RE, Ahmed A. Endometriosis of the appendix, *JAMA* 2000; 223: 1288-9.
4. Gini PC, Chukudebelu WO, Onuigbo WI. Perforation of the appendix during pregnancy; a rare complication of endometriosis. *Br J Obstet-Gynaecol* 2002; 88: 456-8.
5. Nakatani Y, Hara M, Misugi K, Korehisa H, Appendiceal endometriosis in pregnancy. Report of a case with perforation and review of the literature. *Acta pathol Jpn* 2005; 37: 1685-90.
6. Mann WJ, Fromowitz F, Saychek T, Madariaga JR, Chalas E, Endometriosis associated with appendiceal intussusception. A report of two cases. *J Reprot Med* 2002; 29: 625-0.
7. Sakaguchi N, Ito M, Sano K, Baba T, Koyama M, Hotechi M. Intussusception of the appendix: a report of three cases with different clinical and pathologic features. *Pathol Int* 2009; 45; 757-61.
8. Shome GP, Nagaraju M, Munis A, Wiese D. Appendiceal endometriosis presenting as massive lower intestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol*; 2008; 90: 1881-3.
9. Pittaway DE. Appendectomy in surgical treatment of endometriosis, *Obstet Gynecol* 2001; 61: 421-4.
10. Uohara JK, Kovara TY. Endometriosis of the appendix. Report of twelve cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 121: 423-6.
11. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update* 2011; 17: 311.
12. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, et al. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 461.
13. Vercellini P, Carmignani L, Rubino T, et al. Surgery for deep endometriosis: a pathogenesis-oriented approach. *Gynecol Obstet Invest* 2009; 68: 88.
14. Khong SY, Bignardi T, Luscombe G, Lam A. Is pouch of Douglas obliteration a marker of bowel endometriosis? *J Minim Invasive Gynecol* 2011; 18: 333.
15. De Cicco C, Corona R, Schonman R, et al. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG* 2011; 118: 285.
16. De Ceglie A, Bilardi C, Bianchi S, et al. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 3430.
17. Hudelist G, English J, Thomas AE, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 257.
18. Vercellini P, Barbara G, Abbiati A, et al. Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 146:15.
19. Ferrero S, Camerini G, Ragni N, et al. Norethisterone acetate in the treatment of colorectal endometriosis: a pilot study. *Hum Report* 2010; 25: 94.
20. Vercellini P, Crosignani P, Somigliana E, et al. 'Waiting for Godot': a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. *Hum Report* 2011; 26: 3.
21. Nezhat C, Nezhat F, Pennington E. Laparoscopic treatment of infiltrative rectosigmoid colon and rectovaginal septum endometriosis by the technique of videolaparoscopy and the CO2 laser. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 664.