

گزارش یک مورد آپاندیسیت ائوزینوفیلی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۵/۲۱؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۲۲

چکیده

مقدمه: آپاندیسیت ائوزینوفیلی (AEA) یک بیماری نادر است که پاتوفیزیولوژی دقیق آن ناشناخته است. **معرفی مورد:** خانم ۴۲ ساله که به علت درد شکم شدید به اورژانس مراجعه کرده بود. بیمار ۴۵ روز قبل دچار واکنش حساسیتی شده و زبان و حلق وی دچار تورم شده بود. در آزمایشات گلبول سفید ۷۷۰۰ با PMN ۶۰٪، ائوزینوفیل ۱۲٪ و لنفوسیت ۲۸٪ درصد مشاهده شد و در سونوگرافی تشخیص آپاندیسیت تایید شد. **نتیجه‌گیری:** توجه به بیش حساسیتی در شرح حال این بیماران راهنمای مناسبی برای تشخیص و درمان بوده و در پیشگیری از عوارض گوارشی محتمل در این بیماران موثر است.

کلمات کلیدی: آپاندیسیت، ائوزینوفیلی، بیش حساسیتی، گزارش موردی

مجتبی احمدی نژاد^۱، توران بهرامی
باباحیدری^۲، رضا نبی امجد^{۳*}، علی
هاشمی^۴، میترا مقدسی^۵

^۱ فوق تخصص جراحی توراکس، عضو هیات علمی گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین کننده موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۳ استادیار، عضو دانشکده پرستاری، عضو مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیردار، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۴ متخصص پاتولوژی، عضو هیات علمی گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۵ کارشناس اتاق عمل، عضو مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیردار، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

*نویسنده مسئول:

استادیار، عضو دانشکده پرستاری، عضو مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیردار، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۰۹۱۲-۳۶۶۴۰۰۱

E-mail: rezaamjad8504@gmail.com

مقدمه

آپاندیسیت یکی از علل شایع وقوع دردهای شکمی است.^۱ میزان بروز این بیماری در کشورهای شرقی ۷٪ است.^۲ علیرغم اینکه علت مشخصی برای این بیماری شناخته شده نیست اما یکی از علل مطرحه در مطالعات، بیش حساسیتی نوع یک است. در این بیماری التهاب شدید آپاندیس در غیاب نوتروفیل اتفاق می افتد.^{۳،۴} مشخصه اصلی آن رسوخ ائوزینوفیل در لایه پروپریای آپاندیس همراه با تورم و جدایی فیبرهای عضلانی است. از اینرو اصطلاح آپاندیسیت ائوزینوفیلی برای این حالت استفاده میشود.^۵ آپاندیسیت ائوزینوفیلی بیماری نادری است و اطلاعات کمی درباره آن در دست است و نیاز به مطالعات دقیق تر بر موارد مبتلا به این بیماری میباشد. در مطالعات بسیار کمی رسوخ ائوزینوفیل در لایه های پروپریا بدون حضور اختلالات دیگر گزارش شده است.^{۶،۷} از این رو در این مطالعه برای افزایش آگاهی در این زمینه به بررسی بیمار مبتلا به آپاندیسیت ائوزینوفیلی پرداخته شده است.

معرفی بیمار

خانم ۴۲ ساله مجرد، دیپلم، بهیار، متولد چهارمحل بختیاری وساکن کرج به علت درد شکم شدید به اورژانس مراجعه کرده بود. بیمار حدود یک ماه پیش از مراجعه در ناحیه اپی گاستر درد داشته که در طی این مدت با تشخیص های متفاوت تحت درمان با آنتی بیوتیک های خوراکی و وریدی متعدد قرار گرفته ولی هیچ اثری از بهبودی مشاهده نکرده بود. از چهار روز پیش از مراجعه درد بیمار در ناحیه اپی گاستر شدت یافته و ماهیت درد به صورت کولیکی بوده و به جایی انتشار نداشته و با مصرف غذا مرتبط نبوده است. بعد از دو روز درد به ناحیه RLQ منتقل شده و ماهیت درد از کولیکی به مداوم تغییر پیدا کرده است. بیمار از علائم همراه، بی اشتها و تهوع و استفراغ و تب و لرز را ذکر می کرد. در معاینه شکم، در مشاهده متسع نبود و در لمس سطحی نرم بود. در لمس عمقی تندرست و ریباند تندرست در ناحیه RLQ مشهود بود. علامت سواس نیز مثبت بود.

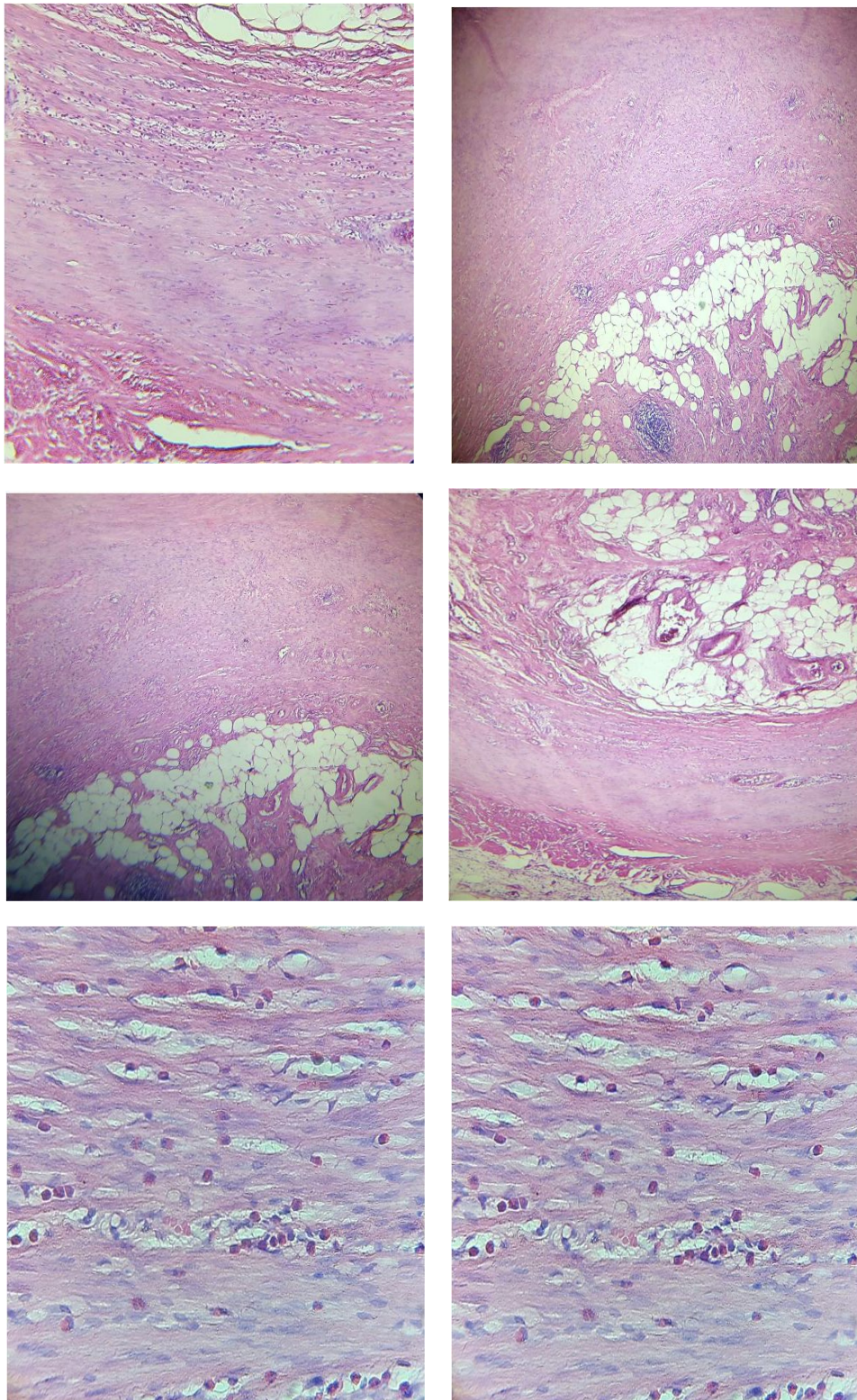
در آزمایشات گلوبول سفید ۷۷۰۰ با PMN ۶۰٪ با ائوزینوفیل ۱۲ درصد و ۲۸ درصد لنفوسیت مشاهده شد. در سونوگرافی شکم

و لگن تشخیص آپاندیسیت تایید شد. سایر اقدامات تشخیصی از جمله موارد دیگر الکترولیت های خونی و آزمایش مدفوع و آزمایش ادرار و تست های کبدی و تست تنفسی اوره آز نرمال بودند و نکته خاصی یافت نشد.

در تاریخچه بیمار مورد مطالعه نیز سابقه ابتلا به حساسیت وجود داشت، وی ۴۵ روز قبل دچار واکنش حساسیتی شده و زبان و حلق وی دچار تورم شده بود. اما این بیمار هیچ سابقه ای از آسم، واکنش دارویی، بدخیمی و عفونت انگلی را ذکر نکرد. در سوابق خانوادگی بیمار نیز هیچ کدام از موارد ذکر شده یافت نشد. همچنین نمونه مدفوع نیز در سه نوبت از بیمار گرفته شد ولی شواهدی مبنی بر وجود انگل یافت نشد. بیمار تحت عمل جراحی آپاندکتومی و تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت. آپاندیس ملتهب و محقق مشاهده و خارج گردید و نمونه برای پاتولوژی فرستاده شد. بیمار بعد از ۴۸ ساعت و تحمل رژیم غذایی با حال عمومی خوب مرخص شد و ضمن پیگیری های بعد از عمل تا ۳ ماه، درد بیمار و سایر علائم رفع شده بود. در نهایت با پاسخ پاتولوژیست مبنی بر رسوخ ائوزینوفیل در لایه های آپاندیس، تشخیص آپاندیسیت ائوزینوفیلی اثبات شد.

بحث

با اینکه سالهاست بیماری آپاندیسیت شناخته شده و درمان میشود علت وقوع آن هنوز ناشناخته است. گفته میشود علت مختلفی در بروز آپاندیسیت موثرند از جمله میتوان به سفت شدن و تراکم مدفوع، جسم خارجی، تومور و اشاره کرد.^۸ یکی از علل مطرح شده ارتشاح ائوزینوفیلها در لایه های عضلانی و ادم ناشی از آن میباشد. در گذشته ارتشاح ائوزینوفیلها را نشانه ای از التهاب تحت حاد و مزمن میدانستند اما Aravindan در مطالعه که روی ۱۲۰ بیمار مبتلا به آپاندیسیت که تحت آپاندکتومی قرار گرفته بودند انجام داد دریافت که ارتشاح ائوزینوفیلها در لایه های عضلانی آپاندیس حاد وجود دارد. البته ارتشاح ائوزینوفیلها در همه موارد آپاندیسیت دیده نمیشود و تنها در موارد نادری از آپاندیسیت دیده میشود. وی برای اولین بار اصطلاح آپاندیسیت حاد ائوزینوفیلی را مطرح کرد.^۵



شکل ۱: نمونه گرفته شده از عمل آپاندکتومی: ارتشاح شدید سلولهای ائوزینوفیل در لایه عضلانی آپاندیس

پیدا نمی کند.^۱ در مطالعه Aravindan ۸ بیمار مبتلا به آپاندیسیت حاد ائوزینوفیلی شناسایی شدند که در آنها آپاندیسیت بزرگ شده بود ولی آگزوداتیو نبود.^۳ در بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد ائوزینوفیلی عواملی که منجر به بروز واکنش حساسیتی میشود بیشتر باید مورد بررسی قرار بگیرد و در صورت لزوم درمان مورد نیاز شروع شود به عنوان مثال در صورت وجود عامل انگلی باید درمان مورد نظر شروع شود زیرا انگل میتواند باعث آسیب به دستگاه گوارش بویژه در ناحیه ایلتوسکال شود. در بیمار مورد گزارش علائم حساسیت در یک ماه گذشته وجود داشت اما علامتی دال بر وجود انگل و عفونت همراه وجود نداشت.

نتیجه گیری

با توجه به مورد توضیح داده شده توصیه می شود نسبت به غربالگری و شناخت افراد مبتلا به بیش حساسیتی نوع یک اقدام کرد. همچنین اخذ شرح حال دقیق از بیماران و توجه به بیش حساسیتی در بیماران راهنمای مناسبی برای تشخیص و درمان در این بیماران خواهد بود و در غربالگری سطح دو نیز پس از عمل آپاندکتومی افراد مبتلا به آپاندیسیت ائوزینوفیلی نسبت به پیشگیری از عوارض گوارشی محتمل در این بیماران اقدام کرد.

در رابطه با بروز آپاندیسیت حاد ائوزینوفیلی نظریه های گوناگونی مطرح است. یکی از این نظریه ها بر این باور است که بیش حساسیتی نوع یک میتواند زمینه بروز این بیماری را فراهم کند. در مواردی که ارتشاح ائوزینوفیلیها در لایه های عضلانی آپاندیس دیده شده این موضوع مطرح میشود که فرایند بیماری با یک حساسیت شروع شده و با یک عفونت تقویت شده است. یافتن نواحی دارای ارتشاح ائوزینوفیلی و متورم این نظریه را تایید میکند.^{۳-۵} برطبق همین نظریه در صورتی که التهاب آپاندیس در فقدان عفونت وجود داشته باشد به آپاندیسیت حاد ائوزینوفیلی اشاره می شود.^۳ نظریه ایجاد آپاندیسیت ثانویه به حساسیت برای اولین بار توسط Aravindan مطرح شد. در مطالعه ای که او انجام داد همزمان با نمونه ای از بافت آپاندکتومی شده نمونه ای نیز از قسمت ایلتوم گرفته و مورد آزمایش قرار گرفت.^۳ بنابر این مطالعه حساسیت نه تنها خود را در آپاندیس بلکه در قسمتهای مجاور مثل کولون و ایلتوم نیز نشان میدهد. البته بدلیل اندازه کوچکتر، آپاندیس بیشتر از کولون و ایلتوم درگیر میشود.^۵ آلمایهو و همکاران دریافتند که ۱۶/۷٪ مبتلایان به آپاندیسیت ائوزینوفیلی دوباره مبتلا به عود درد گوارشی شدند و تشخیص ائوزینوفیلی دستگاه گوارش برای آنها مطرح شد.^۹ در این بیماری ابتدا تعداد ائوزینوفیل های خون افزایش می یابد و در ادامه و با گذشت زمان کاهش میابد ولی در صورت ابتلا به ائوزینوفیلی دستگاه گوارش میزان ائوزینوفیل کاهش

References

1. Terlinder J, Andersson RE. Incidence of appendicitis according to region of origin in first-and second-generation immigrants and adoptees in Sweden. A cohort follow-up study. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2016;51(1):111-20.
2. Shogilev DJ, Duus N, Odom SR, Shapiro NI. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2014;15(7).
3. Aravindan K. Eosinophils in acute appendicitis: possible significance. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 1997;40:491-8.
4. Santosh G, Aravindan K. Evidence for eosinophil degranulation in acute appendicitis. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 2008;51(2):172.
5. Aravindan K, Vijayaraghavan D, Manipadam MT. Acute eosinophilic appendicitis and the significance of eosinophil-Edema lesion. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 2010;53(2):258.
6. Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss LM. *Modern surgical pathology: Elsevier Health Sciences*; 2009.
7. Carr NJ. The pathology of acute appendicitis. *Annals of diagnostic pathology*. 2000;4(1):46-58.
8. Gaetke-Udager K, Maturen KE, Hammer SG. Beyond acute appendicitis: imaging and pathologic spectrum of appendiceal pathology. *Emergency radiology*. 2014;21(5):535-42.

9. Alemayehu H, Snyder CL, Peter SDS, Ostlie DJ. Incidence and outcomes of unexpected pathology findings after appendectomy. *Journal of pediatric surgery*. 2014;49(9):1390-3.
10. Talley NJ, Shorter R, Phillips S, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut*. 1990;31(1):54-8.

Mojtaba Ahmadijad¹,
Touran Bahrami
Babaheidari², Reza Nabi
Amjad^{3*}, Ali Hashemi⁴, Mitra
Moqadasi⁵

¹ Department of Surgery, Alborz
University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

² Faculty Member of Social
Determinants of Health
Research Center, Alborz
University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

³ Faculty Member of Pathology
Department, Alborz University
of Medical Sciences, Karaj,
Iran

⁴ Department of Pathology,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

⁵ BSN, Non-communicable
Disease Research Center,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

A Case Report of Acute Eosinophilic Appendicitis

Received: 12 Aug. 2017; Accepted: 12 June 2018

Abstract

Introduction: Acute eosinophilic appendicitis (AEA) is a rare disease with unknown pathophysiology.

Case Report: A 42-years old woman with acute abdominal pain referred to emergency department. Appendicitis confirmed after laboratory tests and sonography. She had a history of allergic reaction 45 days ago while tongue and throat were swollen. In alb test WBC was 7700 with PMN 60%, eosinophils 12% and Lymphocytes 28%.

Conclusion: Considering hypersensitivity in physical exam is a suitable way to determine and treatment and preventing of consequent gastro-intestinal complications.

Keywords: Appendicitis, Eosinophil, Hypersensitivity, Case report

***Corresponding Author:**

Faculty Member of Pathology
Department, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel: 0912-3664001
E-mail: rezaamjad8504@gmail.com