CASE REPORT

Epiploic Appendagitis: A Rare Disease with a Common Symptom

Iraj Golikhatir[1],
Fatemeh Jahanian[1],
Seyed Mohammad Hosseininejad[1],
Leila Asadian[2],
Seyed Hosein Montazer[1]

[1] Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Resident in Emergency Medicine, Orthopedic Research Center, Sari, Iran

(Received November 24, 2019 Accepted October 1, 2019)

Abstract

Epiploic appendagitis is one of the self-limiting rare causes of acute abdominal pain that is caused by torsion or accidental necrosis of one of the epiploic appendix of the colon. Due to the absence of specific clinical findings for this disease, it is usually diagnosed by chance in examinations for the cause. The use of radiologic methods in diagnosis is very helpful. The importance of the topic is that, with appropriate diagnosis, unnecessary surgeries are prevented and the patient will fully recover with conservative treatment. This study introduces a 32-year-old man attending emergency department in Sari Imam Khomeini Hospital because of acute lowe left abdominal pain. In examination abdominal tenderness was found in the superficial and deep palpation of the left lower quadrant of the abdomen. Ultrasound scan showed an echogenic mass without vascular flow adjacent to the descending colon. Also, CT scan revealed an ipsilateral fat-density elliptical lesion along the sigmoid colon with fat stranding around the lesion without increase in thickness of the adjacent intestinal wall. The findings were diagnostic of epiploic appendagitis, and the patient's symptoms improved with medical treatment. According to this report, epiploic appendagitis should be considered in differential diagnosis of abdominal pain in relatively young patients with acute abdominal pain.

Keywords: acute abdominal pain, rare, epiploic appendagitis

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (178): 155-160 (Persian).

* **Corresponding Author: Seyed Hosein Montazer -** Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: hmontazer66@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۸ آبان سال ۱۳۹۸ (۱۶۰-۱۵۵)

اپی پلوئیک آپاندیجایتیس: یک بیماری نادر با علامت شایع

ایرج گلی خطیر [۱]
فاطمه جهانیان [۱]
سید محمد حسینی نژاد [۱]
لیلا اسدیان [۲]
سیدحسین منتظر [۱]

چکیده

یکی از علل نادر ولی خود محدود شونده درد حاد شکم، Epiploic appendagitis می‌باشد که در اثر پیچش یا نکروز اتفاقی یکی از epiploic appendix کولون ایجاد می‌شود. به دلیل عدم وجود یافته‌های بالینی اختصاصی برای این بیماری معمولا به طور تصادفی در بررسی شکم برای بیماری‌های دیگر مسبب درد حاد شکم تشخیص داده می‌شود. این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که با تشخیص درست، از انجام جراحی بی مورد جلوگیری می‌گردد و بیمار با درمان نگه‌دارنده کاملا بهبود می‌یابد.

این مطالعه به معرفی آقای ۳۲ ساله‌ای می پردازد که به علت درد حاد سمت چپ و پایین شکم به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) ساری مراجعه نمود و در معاینه شکم تندرنس در لمس سطحی و عمقی ربع تحتانی و چپ شکم داشت. در سونوگرافی یک توده اکوژن فاقد فلوی عروقی در مجاورت کولون نزولی ودر سی‌تی اسکن، یک ضایعه بیضوی با دانسیته چربی در راستای آنتی مزانتریک کولون سیگموئید با یافته fat stranding اطراف ضایعه، بدون افزایش ضخامت دیواره روده مجاور رویت شد. این یافته ها به نفع Epiploic appendigitis بود و علائم بیمار با درمان طبی بهبود یافت.

براساس این گزارش Epiploic appendigitis باید در تشخیص افتراقی درد شکم در بیماران نسبتا جوانی که با درد حاد شکم مراجعه می‌کنند، مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: درد حاد شکم، نادر، اپی پلوئیک آپاندیجایتیس

مقدمه

اپی پلوئیک آپاندیجایتیس، در اثر التهاب Epiploicappendage رخ می‌دهد، Epiploicappendage یک زایده کیسه مانند از پریتوئن می‌باشد که از سطح سروزی کولون منشا گرفته و حاوی بافت چربی و عروق خونی می‌باشد. از سکوم تا رکتوسیگموئید گسترش می‌یابد، با یک دسته عروقی شامل ونول وآرتریول به کولون متصل است و طول تقریبی آن ۰/۵ تا ۵ سانتی‌متر می‌باشد(۲،۱). فراوانی این بیماری ۱/۳ درصد و شیوع آن ۸/۸ مورد/ میلیون /سالانه می‌باشد(۳).

اپی‌پلوئیک آپاندیجایتیس که در اثر التهاب Epiploic appendage رخ می‌دهد، به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌گردد. نوع اولیه انسداد عروقی (به علت تورشن یا ترومبوز خود به خودی ونول‌ها) یا التهاب رخ می‌دهد و در نوع ثانویه التهاب appendage به علت بیماری‌های التهابی شکم و لگن مانند پانکراتیت، کله سیستیت، دیورتیکولیت و آپاندیسیت و... می‌باشد(۴).

مولف مسئول: سید حسین منتظر– ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس E-mail:hmontazer66@yahoo.com
۱. استادیار، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دستیار طب اورژانس، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۹/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۹/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۷/۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

اغلب موارد در ناحیه سکوم ورکتوسیگموئید رخ داده و البته در رکتوسیگموئید شایع‌تر است(۵). علائم بالینی آن به صورت درد در ربع تحتانی چپ شکم و گاهی درد در ربع تحتانی راست شکم می‌باشد و درد ماهیت تیز یا خنجری دارد(۶). بیش‌تر در دهه ۴ و ۵ زندگی و اغلب در مردان رخ داده و با علائمی مشابه با علایم بیماری دیورتیکولیت، آپاندیسیت و سایر بیماری‌های جدی با درد حاد شکم باعث اشتباه تشخیصی می‌گردد(۷،۲).

اولین بار در سال ۱۹۵۶ واژه Epiploic appendagitis توسط Dockerty و همکاران شرح داده شد(۸). تظاهرات بالینی آن شامل درد لوکالیزه شکم با شدت و مدت متغیر، ریباند تندرنس و تب خفیف می‌باشد. تهوع، استفراغ و کاهش اشتها، اسهال و هماچوری از علائم کمتر شایع می‌باشد. به دلیل این‌که آپاندیکس انفارکته به پریتوئن جداری چسبیده است، درد با سرفه و تنفس عمیق، تشدید می‌شود. همچنین محل درد بر اساس قسمتی که دچار ایسکمی شده متفاوت است، این بیماری می‌تواند علائم آپاندیسیت، دیورتیکولیت و یا کوله سیستیت را تقلید کند، اگر چه شایع‌ترین محل‌هایی که این بیماری رخ می‌دهد کولون سیگموئید (۵۷ درصد) و سکوم (۲۶ درصد) می‌باشد(۱۱-۹). تست‌های آزمایشگاهی در این بیماران معمولا نرمال است، اما در تعداد کمی از موارد لکوسیتوز با ارجحیت نوتروفیل، افزایش ESR و CRP رخ می‌دهد(۸).

تشخیص صحیح این بیماری با روش رادیولوژی، سی‌تی اسکن صورت می‌پذیرد. این تشخیص نوع درمان را کاملا تغییرمی‌دهد، زیرا درمان این حالت طبی است و جراحی جایی در درمان ندارد. درمان طبی شامل ایبوپروفن ۸۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت و یا استامینوفن خوراکی می‌باشد. به دلیل علائم کلینیکی غیر اختصاصی و نادر بودن، کادر درمان آشنایی کمی با این بیماری و نحوه برخورد صحیح با آن دارند. هدف مطالعه حاضر بالا بردن آگاهی پزشکان در تشخیص به موقع و درمان موفقیت‌آمیز این بیماری در بیماران نسبتا جوانی که با درد حاد شکم مراجعه می‌کنند و در معاینه تندرنس لوکالیزه نیمه تحتانی شکم بدون سایر علائم و نشانه‌ها هستند، می‌باشد تا از بستری و جراحی بی‌مورد جلوگیری گردد.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۲ ساله ای بود که به علت درد حاد سمت چپ و پایین شکم که از ۶ ساعت قبل شروع شده بود به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) ساری مراجعه نمود. درد ماهیت خنجری و ثابت و بدون انتشار به محل دیگری داشت. تهوع، استفراغ، بی اشتهایی، اسهال، هماچوری، هماتوشزی و ملنا نداشت. شرح حالی از دردهای مشابه در گذشته و تروما به شکم، سابقه بیماری و مصرف داروی خاصی ذکر نگردید. علائم حیاتی شامل فشارخون، تعداد ضربان قلب و تنفس نرمال بوده و همچنین بیمار تب نداشت. در معاینه شکم در لمس سطحی و عمقی تندرنس واضح در سمت چپ و پایین داشته است. تست‌های آزمایشگاهی شامل شمارش کامل خون، تست‌های کبدی (شامل آمینو ترانسفرازها، آلکالین فسفاتاز، بیلی روبین) و لیپاز در محدوده نرمال بود. برای بیمار سونوگرافی انجام گرفت. در سونوگرافی یک توده اکوژن فاقد فلوی عروقی به ابعاد تقریبی ۲۸×۳۸ میلی‌متر در مجاورت کولون نزولی دیده شد که احتمال Epiploic appendagitis برای بیمار مطرح گردید. تصویر شماره ۱، سونوگرافی شکم، آپاندیجیت اپی‌پلوئیک بیمار را نشان می‌دهد (تصویر شماره ۱).

تصویر شماره ۱: سونوگرافی شکم، آپاندیجیت اپی پلوئیک (ضایعه هیپراکو سنترال با حلقه هیپواکو اطراف آن)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

در سی‌تی اسکن شکم و لگن که با کنتراست خوراکی و وریدی انجام شد، یک ضایعه بیضوی با دانسیته چربی در راستای آنتی مزانتریک کولون سیگموئید با یافته fat stranding اطراف ضایعه، بدون افزایش ضخامت دیواره روده مجاور رویت شد، و یافته‌ای به نفع سایر علل شکم حاد از جمله دیورتیکولیت و آپاندیسیت نداشت. بر این اساس تشخیص Epiploic appendagitis قطعی گردید. تصویر شماره ۲، سی‌تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی- وریدی، توده بیضی شکل با دانسیته چربی در کولون سیگموئید بیمار را نشان می‌دهد.

تصویر شماره ۲: سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی- وریدی، توده بیضی شکل با دانسیته چربی در کولون سیگموئید

بیمار تحت درمان خوراکی با ایبوپروفن قرار گرفت و علائم بیمار بعد از شش ساعت کنترل گردید و سپس بیمار ترخیص شد. بیمار در مراجعه مجدد که ۴۸ ساعت بعد داشت فاقد درد و تندرنس شکمی بود.

بحث

اپی پلوئیک آپاندیجایتیس یکی از علل نادر درد شکم حاد و لوکالیزه می‌باشد. در مورد گزارش شده در این مطالعه نیز بیمار درد و تندرنس لوکالیزه در کوادران چپ و تحتانی شکم داشت که علائم و نشانه‌های آپاندیسیت حاد را تقلید می کرد، در حالی که بر خلاف آن، علائم سیستمیک مانند تب و حالت تهوع نداشت و همچنین تست‌های آزمایشگاهی نرمال بود. یافته‌های مودالیته‌های تصویربرداری هم نه تنها موید تشخیص آپاندیسیت نبوده‌اند، بلکه موجب تشخیص قطعی Epiploic appendagitis شدند. در موردی مشابه که توسط Chan و همکاران در انگلستان گزارش شد، بیماری ۵۴ ساله با درد شکم ربع فوقانی راست شکم بدون علائم سیستمیک و تب، با شک تشخیصی کوله سیستیت حاد مورد درمان قرار گرفت. اما به علت عدم بهبودی علائم بعد از دو روز تحت سونوگرافی و متعاقبا سی‌تی اسکن شکم با کنتراست قرار گرفت که تشخیص Epiploic appendagitis در فوندوس کیسه صفرا برای بیمار قطعی شد، و بیمار با درمان آنالژزیک و آنتی‌بیوتیک بعد از دو روز مرخص گردید(۱۲). در گزارش مورد Chu و همکاران، به بررسی بیمار خانم ۶۵ ساله با درد حاد فلانک راست بدون علائم سیستمیک و تب پرداخته شد که در نهایت در سی‌تی اسکن شکم آپاندجیت اپی پلوئیک به صورت ضایعه بیضی شکلی با التهاب اطراف آن مشاهده شد(۱۳). در حالی که بر خلاف دو مورد بالا در مطالعه حاضر بیمار با درد نیمه تحتانی و چپ شکم و بدون علایم سیستمیک و تب مراجعه کرده بود و در سونوگرافی نیز احتمال آپاندیجیت اپی‌پلوئیک مطرح گردید که با سی‌تی اسکن تایید شد. اگر چه وجود درد حاد شکمی و تندنس لوکالیزه بدون سایر علائم و تب می‌تواند شک تشخیصی آپاندیجیت اپی‌پلوئیک را بر انگیزد، اما نباید احتمال سایر تشخیص‌های شکم حاد را کنار گذاشت چرا که همراهی این دو ضایعه نیز امکان‌پذیر است و باید با مودالیته‌های مورد اعتماد تشخیص قطعی حاصل شود. چنان‌چه در گزارش موردی توسط Luice Savage، بیمار آقای ۲۸ با درد حاد شکمی در ربع تحتانی چپ شکم و تندرنس لوکالیزه که سایر علائم مانند تهوع استفراغ و یا تب نداشته است. در سونوگرافی انجام شده برای بیمار آپاندیسیت تشخیص داده شد که بیمار تحت لاپاراسکوپی و رزکسیون آپاندیس قرار گرفت. در ادامه لاپاراسکوپی در ناحیه لگن، آپاندیج سفت و متورم و تغییر رنگ داده سیگموئید کولون دیده شد که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

مورد رزکسیون قرار نگرفت(۱۴). بنابراین همراهی سایر تشخیص‌ها با آپاندیجیت اپی پلوئیک باید مد نظر باشد. بنابراین تشخیص قطعی این بیماری در حال حاضر بر اساس یافته‌های تصویر برداری به ویژه در سی‌تی اسکن می‌باشد(۱۵).

اولین بار Danielson و همکاران یافته‌های تشخیصی آن را در سی‌تی اسکن در سال ۱۹۸۶ شرح دادند(۱۶). اگرچه سی‌تی اسکن با کنتراست متداول‌ترین روش تشخیصی است اما از سونوگرافی و Magnetic resonance imaging (MRI) هم می‌توان جهت تشخیص، به ویژه در خانم‌های باردار و کودکان استفاده نمود(۱۷،۱۳). در حالت طبیعی Epiploic appendage در سی‌تی اسکن دیده نمی شود مگر این که دچار التهاب شود یا توسط مایع داخل صفاقی (آسیت، هموپریتوئن) احاطه گردد یا کلسیفیه شود(۱۸). Epiploic appendagitis در سی‌تی اسکن به صورت یک زایده بیضوی به سایز تقریبی ۴-۲ سانتی‌متر که درونش دانسیته چربی داشته و توسط التهاب احاطه شده رویت می‌گردد. التهاب به طور ثانویه باعث افزایش ضخامت پریتوئن جداری می‌گردد و کولون ممکن است ملتهب یا سالم باشد(۲). اگرچه علائم بالینی بیماران معمولا ظرف دو هفته بهبود می‌یابد اما یافته‌های سی‌تی اسکن ممکن است تا ۶ ماه وجود داشته باشد و تغییراتی را در بافت نرم نشان دهد(۲). در سونوگرافی نیز به صورت یک توده هیپواکوی بیضوی، غیر قابل فشرده شدن در نقطه‌ای که حداکثر تندرنس را دارد و فاقد جریان خون مرکزی در بررسی داپلر، است دیده می‌شود که توسط یک حلقه محیطی هیپواکو احاطه شده است(۱۹،۲). در MRI که ندرتا در تشخیص این بیماری استفاده می‌شود، در نمای T1، T2 یک ضایعه فوکال با دانسیته چربی دیده می‌شود(۲).

از عوارض Epiploic appendagitis آبسه، پریتونیت، چسبندگی، انسداد روده و اینتوساسپشن می‌باشد(۲). Epiploic appendagitis یک بیماری خود محدود شونده التهابی است و بیماران معمولا نیازی به آنتی‌بیوتیک، بستری و جراحی ندارند. در درمان این بیماران می‌توان از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی یا ضد دردهای مخدر براساس شدت بیماری به مدت ۴ تا ۷ روز استفاده کرد. در بیمارانی که درد آن ها علی رغم درمان حمایتی پایدار باقی می‌ماند یا دچار عوارض بیماری می‌گردند بروش جراحی قسمت ملتهب خارج می‌گردد(۱۳). بنابراین توجه به این نکته مهم است که در بیماران نسبتا جوانی که با درد حاد شکم مراجعه می‌کنند و در معاینه تندرنس لوکالیزه بدون سایر علائم و نشانه‌های سیستمیک را دارند به این بیماری شک کرده و از مودالیته‌های تصویربرداری مناسب بر اساس شرایط بیمار برای تایید و یا رد علل شکم حاد و همچنین آپادیجیت اپی پلوئیک استفاده کنیم تا موربیدیتی و هزینه‌های جراحی بی‌مورد بر بیمار و نیز سیستم بهداشتی درمانی تحمیل نشود.

References

1. Ryen C. Epiploic appendagitis in a female patient with situs ambiguous abnormality. J Radiol Case Rep 2009; 3(8): 30-34.
2. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA .Acute epiploic appendagitis and its mimics. Radiographics 2005; 25(6): 1521-1534.
3. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Huten N, Alison D. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. J. Radiol. 2008; 89(2):235–243
4. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann SJ. Insights in to epiploic appendagitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8: 45-49.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

5. Ozkurt H, Karatağ O, Karaarslan E, Başak M. Clinical and CT findings of epiploic appendagitis within an inguinal hernia. Diagn Interv Radiol 2007; 13(1): 23-25.
6. Hwang JA, Kim SM, Song HJ, Lee YM, Moon KM, Moon CG, et al. Differential diagnosis of left-sided abdominal pain: Primary epiploic appendagitis vs. colonic diverticulitis. World J Gastroenterol 2013; 19(40): 6842-6848.
7. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steinstraesser L, et al. Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Sur 2007; 7: 11.
8. Dockerty MB, Lynn TE, Waugh JM. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. Surg Gynecol Obstet 1956; 103(4): 423-433.
9. Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, Jeffrey RB, Stella DL, Casola G. Disproportionate fatstranding: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain. Radiographics 2004; 24(3): 703-715.
10. Cakiroglua B, Sinanoglub O, Abcic I, Tas T, Dogan AN, Aksoy SH, et al. An unusual cause of hematuria; primary epiploic appendagitis. Int J Surg Case Rep 2014; 5(12): 902-905.
11. Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the man-agement of acute abdominal pain: a review of 1320 patients. Surg Endosc 2005; 19(7): 882-885.
12. Chan E, El-Banna A. A case report of epiploic appendagitis as a mimic of acute cholecystitis. Int J Surg Case Rep 2018; 53: 327-329.
13. Chu EA, Kaminer E .Epiploic appendagitis: A rare cause of acute abdomen. Radiol Case Rep 2018; 13(3): 599-601.
14. Savage L, Gosling J, Suliman I, Klein M. Epiploic appendagitis with acute appendicitis. BMJ Case Rep 2013; 2013: bcr2013010333.
15. Sharma P, Chkhikvadze T, Sharma P. Epiploic appendagitis: A self-limiting cause of abdominal pain. J Nat Sc Biol Med 2018; 9(2): 282-284.
16. Danielson K, Chernin MM, Amberg JR, Goff S, Durham JR. Epiploic appendicitis: CT characteristics. J Comput Assist Tomogr 1986; 10(1): 142-143.
17. Eberhardt SC, Strickland CD, Epstein KN. Radiology of epiploic appendages: acute appendagitis, post-infarcted appendages, and imaging natural history. Abdom Radiol (NY) 2016; 41(8): 1653-1665.
18. Kani KK, Moshiri M, Bhargava P, Kolokythas O. Extrahepatic, nonneoplastic, fat-containing lesions of the abdominopelvic cavity: spectrum of lesions, significance, and typical appearance on multidetector computed tomography. Curr Probl Diagn Radiol 2012; 41(2): 56-72.
19. Nadida D, Amal A, Ines M, Makram M, Amira M, Leila BF, et al. Acute epiploic appendagitis: radiologic and clinical featuresof 12 patients. Int J Surg Case Rep 2016; 28: 219-222.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]