

اولسر پپتیک پرفوره در یک پسر نوجوان مبتلا به آپاندیسیت حاد: گزارش موردی

چکیده

اعظم خراسانی*

فرزاد واقف داوری

گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، پردیس بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ابوذر، مرکز آموزشی درمانی ضیاییان
تلفن: ۰۲۱-۵۵۱۷۶۸۱۰-۱۱
E-mail: aa.khorassani@yahoo.com

مقدمه

اولسر پپتیک ضایعه‌ای است که در مخاط معده و دوازدهه به‌وجود می‌آید و به لایه‌های عمقی‌تر هم ممکن است نفوذ کند.^۱ بیماری اولسر پپتیک (Peptic Ulcer Disease, PUD) یکی از شایع‌ترین اختلالات دستگاه گوارش است که شیوعی حدود ۵٪ تا ۱۵٪ دارد.^۲ گرچه تشخیص اولسر پپتیک در کودکان به‌تازگی افزایش یافته، ولی اولسر پپتیک پرفوره (Perforated Peptic Ulcer, PPU) در کودکان نادر است.^۳ فاکتورهای متعددی در تشکیل اولسر پپتیک دخیل هستند. اگرچه امروزه مشخص شده اکثر زخم‌ها در اثر عفونت هلیکوباکتر-پیلوری و یا مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی به‌وجود می‌آیند، اما نقش استرس‌های فیزیولوژیک و روانی را نیز نمی‌توان نادیده گرفت، مثل: زخم کرلینگ (Curling) در سوختگی و زخم

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

زمینه: اولسر پپتیک یکی از شایع‌ترین اختلالات دستگاه گوارش است و عارضه پرفوراسیون آن بیش‌ترین مرگ‌ومیر را دارد. تشخیص به موقع و درمان اورژانس آن باعث نجات جان بیمار خواهد شد.

معرفی بیمار: پسر ۱۳ ساله به‌علت درد شدید شکم که از سه ساعت قبل شروع شده بود به اورژانس مراجعه کرده بود. درد اطراف ناف از ۲-۳ روز قبل شروع شده و به‌تدریج در ربع تحتانی راست شکم لوکالیزه شده بود. معاینه شکم تندرست و گاردینگ منتشر و ریبندتندرنس با تمرکز بیش‌تر در ربع تحتانی راست و سوپراپوبیک داشت. آزمایش خون لکوسیتوز را نشان داد. در گرافی قفسه‌سینه هوای آزاد زیر دیافراگم دیده شد. بیمار تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت آپاندیس ملتهب بود و سوراخی به قطر چهار میلی‌متر در قسمت اول دوازدهه مشهود بود. آپاندکتومی و ترمیم سوراخ دوازدهه به روش Omental patch انجام شد.

نتیجه‌گیری: پرفوراسیون معده و دوازدهه در بیماران بدون سابقه قبلی بیماری معده و به‌خصوص در کودکان و نوجوانان که به‌علت بیماری دیگر شکم بستری می‌شوند و درد آن‌ها شدید و ناگهانی است باید در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: آپاندیسیت، اولسر پپتیک، پرفوره، نوجوان.

کوشینگ (Cushing) در بیماران دچار آسیب مغز. هنوز هم بیمارانی با عوارض زخم (خون‌ریزی، سوراخ شدن و انسداد) مراجعه می‌کنند که ناشی از بروز حوادث استرس‌زا است.^۱ سه عارضه مهم زخم پپتیک به‌ترتیب شیوع عبارتند از: خون‌ریزی، پرفوراسیون و انسداد.^۲ پرفوراسیون بالاترین میزان مرگ‌ومیر را نسبت به سایر عوارض دارد.^۳ در گزارش زیر به‌موردی از زخم پپتیک پرفوره هم‌زمان با آپاندیسیت حاد اشاره می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار پسر نوجوان ۱۳ ساله اهل گیلان و ساکن تهران به‌علت درد شدید شکم و دیسترس تنفسی از سه ساعت قبل، به اورژانس مراجعه کرده بود. بیمار از ۲-۳ روز قبل از مراجعه، درد مبهم اطراف ناف

جدول ۱: نتایج آزمایش‌های پاراکلینیکی بیمار

آزمایش	نتایج
گلبول سفید (WBC)	۱۹۹۰۰ در میلی‌متر مکعب
نوتروفیل (N)	٪۸۸
لنفوسیت (L)	٪۱۲
هموگلوبین (Hb)	۱۱/۳ گرم در دسی‌لیتر
میانگین حجم گلبول قرمز (MCV)	۷۷/۱ فمتولیت
پلاکت (Plt)	۲۶۴۰۰۰ در میلی‌متر مکعب
قند خون (BS)	۱۹۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر
اوره (Urea)	۳۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر
کراتینین (Cr)	۱ میلی‌گرم در دسی‌لیتر
سدیم (Na)	۱۴۱ میلی‌اکی‌والان در دسی‌لیتر
پتاسیم (K)	۳/۹ میلی‌اکی‌والان در دسی‌لیتر



شکل ۱: گرافی قفسه‌سینه هوای آزاد زیر دیافراگم را نشان می‌دهد (پیکان)

(جدول ۱) آمده است. پس از مایع درمانی و تجویز آنتی‌بیوتیک، بیمار به اتاق عمل منتقل و با برش خط وسط لاپاراتومی شد. داخل شکم حاوی مایع صفاوی بود، در بررسی اولیه آپاندیس متورم و ملتهب بود ولی پرفوراسیون در سکوم و ایلئوم وجود نداشت. ابتدا آپاندکتومی انجام شد، سپس با توجه به وجود صفرا در ناودان پاراکولیک، بررسی معده و دوازدهه انجام شد. سوراخی به قطر ۴mm در قسمت اول دوازدهه وجود داشت که به روش Omental patch ترمیم شد. آزمایش‌های سرولوژیک برای هلیکوباکتریپیلوری (IgM) و (IgG) که بعد از عمل انجام شد منفی بود. تست اوره‌آز به علت نبودن امکانات انجام نشد.

با این وجود بیمار بعد از ترخیص تحت درمان هلیکوباکتریپیلوری قرار گرفت. ده روز بعد بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد. نتیجه پاتولوژی آپاندیس به شرح زیر اعلام شد: آپاندیس با قطر ۰/۸ سانتی‌متر، حاوی فکالیت بوده و در نمای میکروسکوپی ارتشاح سلول‌های التهابی حاد در دیواره آپاندیس مشاهده شد که نمایانگر آپاندیسیت حاد است.

بحث

اولسر پپتیک سوراخ شده به صورت شکم حاد خود را نشان

داشته که به تدریج در ربع تحتانی راست شکم لوکالیزه شده و با راه رفتن و سرفه کردن دچار تشدید درد شده است، ولی درد شدید که وی را به اورژانس کشانده، از سه ساعت قبل و به طور ناگهانی، ابتدا در ناحیه اپی‌گاستر و بعد در تمام شکم بوده است. تهوع، استفراغ و علائم ادراری نداشته ولی بی‌اشتهایی را در دو تا سه روز اخیر ذکر می‌کرد. هیچ سابقه‌ای از بیماری به جز آنمی ناشی از تالاسمی مینور نداشته و دارویی مصرف نمی‌کرده است. در سابقه فامیلی تنها تالاسمی مینور در مادر بیمار وجود داشت.

در معاینه، ضربان قلب ۹۶ و تعداد تنفس ۳۰ در دقیقه، درجه حرارت ۳۷/۳ و فشار خون ۱۰۰/۶۰ میلی‌متر جیوه بود. پسری لاغراندام و کمی رنگ‌پریده به نظر می‌رسید. به راحتی نمی‌توانست بخوابد و وضعیت نیمه‌نشسته داشت. دیسترس تنفسی داشت و تاکی‌کارد و تاکی‌پنه بود. معاینه ریه و قفسه‌سینه نرمال بود. شکم مختصری اتساع داشت، صداها ی روده‌ای هیپواکتیو بود، تندرینس و گاردینگ منتشر همراه با ریپاند تندرینس با تمرکز بیش‌تر در ربع تحتانی راست شکم و سوپراپوبیک داشت. با توجه به علائم بیمار با احتمال وجود هوای آزاد در شکم، عکس ایستاده قفسه‌سینه گرفته شد و وجود هوا زیر دیافراگم تایید گردید (شکل ۱). نتیجه آزمایشات در

نیاز پیدا کردند. نتایج جراحی پس از ۱۵ سال پی‌گیری در ۱۴ نفر از ۱۷ بیمار، عالی بوده است. این گزارش نشان می‌دهد، جراحی نباید به‌خاطر سن کم کنار گذاشته شود. در مطالعه Hua، ۴۲ بیمار پسر و ۱۰ بیمار دختر با سن ۱۸-۲ سال (متوسط سن ۱۴/۲) مبتلا به اولسر پپتیک پرفوره بررسی شدند.^۶ تمام بیماران با درد حاد شکمی مراجعه کردند، هشت بیمار قبل از پرفوراسیون علامت بالینی داشتند. نتیجه مطالعه نشان داد که اولسر پپتیک پرفوره می‌تواند در نوجوانانی که درد حاد شکمی و علائم تحریک صفاق دارند در نظر گرفته شود. جراحی در نوجوانان مبتلا به اولسر پپتیک پرفوره، نتایج مطلوب‌تری نسبت به بزرگ‌سالان دارد.

در مطالعه Schwartz یک دختر ۱۴/۵ ساله با درد شکم و شانه معرفی شده است، که درد شکم بعد از یک روز رفع شده و پس از آن به‌مدت دو روز به‌طور کامل خوب بود ولی پس از دو روز درد بیمار بار دیگر عود می‌کند.^۷ در معاینه، به‌ظاهر خوب بود ولی بیمار درد شدید داشت. در گرافی قفسه‌سینه نیز پنوموپریتون بزرگ دیده می‌شد. بیمار تحت عمل جراحی لاپاراسکوپی اورژانس Omental patch repair در جدار قدامی معده قرار گرفت. نتیجه تست تنفسی اوره برای هلیکوباکتریلوری منفی بوده است.

بنابراین، اگرچه اولسر پپتیک بیماری به‌نسبت شایعی است، اما عارضه نادر آن که پرفوراسیون می‌باشد، در بیماران بدون بیماری معده و به‌خصوص در کودکان و نوجوانان که به‌علت بیماری دیگر شکم بستری می‌شوند و درد آن‌ها شدید و ناگهانی است باید در نظر گرفته شود. زیرا هرگونه حوادث یا بیماری‌های استرس‌زا ممکن است باعث بروز عوارض زخم پپتیک شود.

می‌دهد. بیمار به‌طور معمول می‌تواند زمان دقیق شروع درد را بگوید. ابتدا در ترشحات معده و دوازدهه پریتونیت شیمیایی به‌وجود می‌آید اما بعد از چند ساعت پریتونیت باکتریایی هم به آن اضافه می‌شود. تجمع مایع در فضای سوم، ممکن است قابل توجه باشد و احیای مایعات از دست‌رفته ضروری است. بیمار در دیسترس است و معاینه شکم نشانه‌های تحریک پریتون را نشان می‌دهد. با معاینه شکم، گاردینگ غیرارادی و ریباندتندرنس مشخص می‌شود. عکس ایستاده قفسه‌سینه در ۸۰٪ موارد هوای آزاد را نشان می‌دهد (شکل ۱). وقتی تشخیص مشخص شد، بیمار تحت درمان با آنتی‌بیوتیک و مایعات ایزوتونیک قرار می‌گیرد و به اتاق عمل برده می‌شود.^۱

در بیمار ما نیز شروع درد به‌طور ناگهانی و هوای آزاد داخل شکم نشان‌دهنده احتمال سوراخ شدن اولسر پپتیک بود، اما علائم و نشانه‌های آپاندیسیت، سن کم، نداشتن سابقه‌ای از بیماری زخم پپتیک و منفی بودن تست هلیکوباکتریلوری وی را از دیگر موارد مستثنی می‌کرد، زیرا این عارضه می‌توانست ناشی از استرس فیزیولوژیک آپاندیسیت حاد بوده باشد.

در مطالعه Sharifi نیز در یک بیمار ۷۹ ساله که تحت عمل جراحی رزکسیون مثانه قرار گرفته بود، دو روز پس از عمل به‌علت شکم حاد لاپاراتومی شد و پرفوراسیون معده در قسمت قدامی پیلور مشهود بود و تحت ترمیم پارگی معده قرار گرفت.^۴ در مطالعه Mohammed، در ۲۲ نوجوان با متوسط سن ۱۴ سال، اولسر پپتیک ثابت شده، گزارش شده است.^۵ پنج مورد به‌صورت اورژانس با خون‌ریزی تظاهر کردند، ۱۷ نفر باقی‌مانده دیس‌پپسی تبییک اولسر را نشان دادند. علی‌رغم درمان کامل دارویی ۱۷ بیمار به جراحی نهایی

References

1. Brunicaardi CF. Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. McGraw-Hill; 2010. p. 907-11.
2. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston Textbook of Surgery. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012. p. 1191-8.
3. Bishop WP. Pediatric Practice Gastroenterology. New York, NY: McGraw-Hill; 2010. p. 190.
4. Sharifi F, Shafi H, Ramaji A, Savadkoochi Sh. A case report of perforated peptic ulcer after bladder resection. *J Babol Med Uni* 2005;7(4):105-7. [Persian]
5. Mohammed R, Mackay C. Peptic ulceration in adolescence. *Br J Surg* 1982;69(9):525-6.
6. Hua MC, Kong MS, Lai MW, Luo CC. Perforated peptic ulcer in children: a 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 45(1):71-4.
7. Schwartz S, Edden Y, Orkin B, Erlichman M. Perforated peptic ulcer in an adolescent girl. *Pediatr Emerg Care* 2012;28(7):709-11.

Perforated peptic ulcer in an adolescent boy with acute appendicitis: a case report

Aazam Khorassani Ph.D.*
Farzad Vaghef Davari Ph.D.

Department of General Surgery,
International Branch of Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

Abstract

Received: October 22, 2012 Accepted: February 03, 2013

Background: Peptic ulcer disease is one of the most common GI disorders. Perforation has the highest mortality rate of any complication of ulcer disease, while early diagnosis and emergency treatment save patient life.

Case presentation: This paper reports an adolescent boy admitted to the Ziaieian University Hospital. He suffered from severe abdominal pain with dyspnea had been started since past three hours. Periumbilical pain started from past 2-3 days, gradually localized to the right lower quadrant. He had anorexia without nausea and vomiting. He was tachycardic and tachypneic, but he did not have fever. On physical examination, bowel sound was hypoactive, there was generalize tenderness, guarding and rebound tenderness focused in the right lower quadrant and suprapubic region. Laboratory finding indicated leukocytosis. Chest X-ray showed free air under diaphragm. Once the diagnosis has been made, the patient was given analgesia and antibiotics, resuscitated with isotonic fluid, and taken to the operating room. Laparotomy was implemented through a midline incision. There was bile secretion in the peritoneal cavity. Appendix was inflamed. Cecum and ileum were normal. A small perforation, 4mm in size was detected in first portion of duodenum. Appendectomy and omental patch repair were done. Ten days later, the patient was discharged in a good state. Serologic test for helicobacter pylori was negative.

Conclusion: Stomach and duodenal perforation should be considered in patients without peptic ulcer disease, especially in children and adolescents with sudden and severe abdominal pain who are admitted to the hospital for other diseases. Because some patients present with peptic ulcer complications that are seemingly exacerbated by stressful life events.

Keywords: adolescent, appendicitis, peptic ulcer, perforate.

* Corresponding author: Ziaieian Hospital, Abouzar St., Tehran, Iran.
Tel: +98-21-55176810-11
E-mail: aa.khorassani@yahoo.com