

## گزارش یک مورد نادر جابه جایی کامل احشاء شکمی با درد ناحیه ی چپ شکم

کیومرث جمشیدی<sup>1\*</sup>، حمید رضا سیف منش<sup>1</sup>، هادی پیمان<sup>2</sup>، معصومه طولابی<sup>3</sup>، عبدالرسول کرد جمشیدی<sup>4</sup>، علی دل پیشه<sup>5</sup>

- 1) دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
- 2) دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
- 3) بیمارستان امام خمینی(ره) شهر ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
- 4) گروه جراحی، بیمارستان امام خمینی(ره) شهر ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
- 5) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

تاریخ پذیرش: 88/6/8

تاریخ دریافت: 88/5/10

### چکیده

**مقدمه:** درد یک چهارم تحتانی چپ شکم (LLQ) می تواند با علت های متفاوتی بروز نماید. یکی از این موارد آپاندیسیت سمت چپ است که ممکن است ناشی از جابه جایی کامل احشاء یا مال روتاسیون روده ای باشد.

**مواد و روش ها:** در این گزارش، بیمار خانم 24 ساله ای است که با درد ناگهانی LLQ شکم، تهوع و بی اشتها، مراجعه نموده و در شرح حال بیمار، تغییر محل درد وجود نداشته است. در معاینه بالینی، بیمار تندرست لوکالیزه واضح شکم (LLQ) و تب داشت اما فاقد گاردینیک عضلانی و ریباند تندرست بود.

**یافته های پژوهش:** در بررسی های تکمیلی با رادیوگرافی قفسه ی سینه و سونوگرافی، به ترتیب دکستروکاردی و جابه جایی کامل احشاء (Total Situs Inversus) مشاهده گردید. که ظن پزشک مبنی بر تشخیص آپاندیسیت در سمت چپ را برای جراحی بالا برد. در لاپاراتومی، آپاندیسیت ملتهب در ناحیه LLQ شکم برداشته شد و نیز سه Ladd's band (باند اتصالی) در طول روده کوچک آزاد گردید.

**بحث و نتیجه گیری:** لزوم توجه به اینگونه آنومالی ها، به ویژه در شکم حاد، منجر به تشخیص سریع و کاهش عوارضی از قبیل پرفوراسیون، آبسه و پریتونیت و همچنین کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان می گردد.

**واژه های کلیدی:** جابه جایی کامل احشاء، آپاندیسیت سمت چپ، دکستروکاردی، LLQ

\*نویسنده مسئول: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

## مقدمه

ناحیه ذکر شده و سایر علائم، این تشخیص رد و معاینه های بعدی برای بیمار انجام شد. در اولین معاینات، درد بیمار در ناحیه تحتانی و سمت چپ شکم (LLQ) بود و به جایی دیگر انتشار نداشت. همراه با درد، بی اشتهایی، تب و تهوع نیز وجود داشت اما استفراغ گزارش نگردید. در معاینات بالینی بیمار دارای تندرns لوکالیزه سمت چپ تحتانی شکم بود اما گاردیننگ شکمی و ریباند تندرns نداشت. بیمار در تاریخچه ی بهداشتی خود جز کاهش شنوایی گوش چپ که متعاقب اوتیت مدیا در یکسال پیش از مراجعه به وجود آمده بود، مورد خاص دیگری را عنوان نکرد.

## یافته های پژوهش

علائم حیاتی بیمار:

BP: ۱۲۶/۶۷ mm/Hg Puls: ۹۰/min T: ۳۸,۵°C  
RR: ۱۵/min

نتایج آزمایشگاهی بیمار:

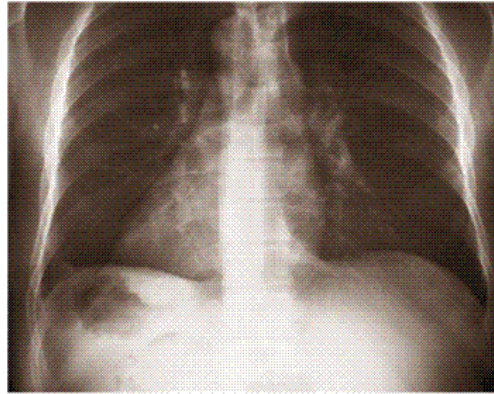
WBC: ۱۱۹۰۰/mm (PMN: ۸۳%, LYM: ۱۵%)  
U/A (WBC: ۱-۲, RBC: ۱-۲)

نیم ساعت بعد از اولین معاینه، بیمار باز هم تندرns لوکالیزه واضح در LLQ شکم داشت. غیر از درد LLQ سایر علائم و نشانه ها موید آپاندیسیت بود. با توجه به تندرns LLQ شکم جهت رد دیورتیکولیت و سنگ حالب برای بیمار سونوگرافی شکم و لگن انجام شد که طبق گزارش سونوگرافی آپاندیس ملتهب به طول 9mm در LLQ شکم، کبد در قسمت فوقانی و سمت چپ (LUQ) شکم و طحال نیز در قسمت فوقانی و سمت راست شکم (RUQ) با اندازه و نمای طبیعی ملاحظه شد و مشخص گردید که احشای شکمی این بیمار کاملاً قرینه اند. در گرافی قفسه سینه با مارکر، دکسترو کاردی مشاهده گردید (تصویر 1) که به همراه الکتروکاردیو گرافی 12 اشتقاقی این آنومالی مورد تایید پزشکان معالج قرار گرفت، (تصویر 2). با این تفاسیر، بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. در طول روده سه Ladd's band وجود داشت که پس از آزاد سازی آن ها آپاندیس ملتهب در سمت چپ و تحتانی شکم برداشته شد. بعد از چند روز بستری بیمار از بیمارستان ترخیص و زندگی عادی خود را از سر گرفت و هم اکنون هیچ گونه مشکلی ندارد.

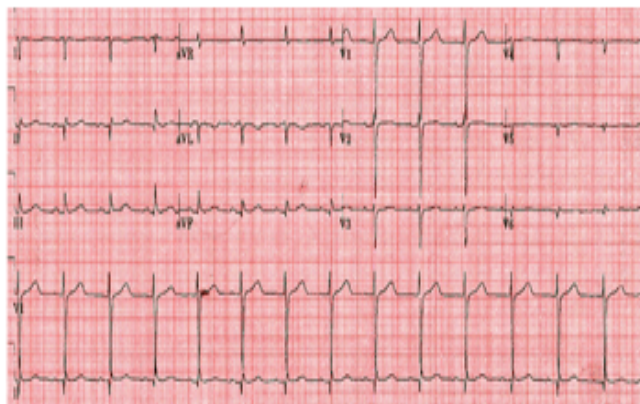
درد یک چهارم تحتانی چپ شکم (LLQ) در مواردی از جمله دیورتیکولیت سیگموئید، پاره شدن آنورسم آئورتیک شکمی (leaking Abdominal Aortic Aneurysm)، درد کلیه (Renal Colic)، اپیدیدیمیت (Epididymitis)، Incarcerated Hernia، انسداد روده (Bowel Obstruction)، انتریت ناحیه ای (Regional Enteritis)، Regional Psoas، Abscess و در موارد نادر آپاندیسیت سمت چپ به علت جا به جایی کامل احشای شکمی (Total Situs Inversus) مشاهده می شود، (11، 1). آپاندیسیت سمت چپ به علت مال روتاسیون روده ای (Intestinal Malrotation)، جا به جایی احشای شکمی و آنومالی های مادرزادی (Congenital Anomalies) و یا حتی سایر آنومالی ها می باشد، (2-3). مرکین و وارما در بررسی 111 مورد جا به جایی احشای بدن این آنومالی را به چندین دسته تقسیم نموده اند: جابه جایی کامل احشای شکمی (TSI)، دکسترو کاردیا (Dextrocardia)، Levocardia، Dextroposition of the heart و جا به جایی ناقص (Partial Situs Inversus) که به یک یا دو عضو از احشای شکمی یا سینه ای محدود است، (4-6). از لحاظ شیوع، این آنومالی در مطالعات مختلف از یک در هر سی و پنج هزار نفر تا یک در هر هزار و سیصد و هفتاد و نه نفر گزارش گردیده است، (5). موارد گزارش از این آنومالی به همراه سل ریوی (5)، pulmonary vein isolation، (7) Hypertrophic ileo-caecal tuberculosis (8) توجه جراحان را به خود جلب نموده است. در این مقاله، جا به جایی کامل احشای شکمی به همراه آپاندیسیت سمت چپ گزارش می شود.

## مواد و روش ها

بیمار یک خانم دانشجوی 24 ساله است که با درد سمت چپ پایین شکم (LLQ) به بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ایلام مراجعه نمود. بر مبنای تشخیص اولیه (رنال کولیک) تحت درمان قرار گرفت. در بررسی های بعدی به علت تشدید درد در



تصویر شماره 1. گرافی قفسه سینه، که در آن دکستروکاردی مشهود است. در ضمن دیافراگم چپ بالاتر از دیافراگم راست قرار گرفته است.



تصویر شماره 2. الکتروکاردیوگرافی؛ که در آن Right axis , aVR اختصاصی مثبت مشهود است.

### بحث و نتیجه گیری

با علائم آپاندیسیت اما در ناحیه ای غیر از ناحیه ی معمول به مرکز اورژانس مراجعه می کند که مطابق با آزمایشات و بررسی های بالینی مشخص می شود که تمام احشای شکمی وی بر عکس حالت طبیعی می باشد که این آنومالی نادر تحت عنوان Total situs inversus شناخته می شود که موارد بسیار کمی از آن در دنیا به همراه آپاندیسیت در سمت چپ گزارش شده است. situs inversus می تواند به آسانی توسط یک معاینه بالینی دقیق و نیز با مطالعات رادیو گرافیک ساده و نیز وجود PMI (point of maximal impulse) در سمت راست، وجود لبه کبدی سمت چپ، رادیوگرافی قفسه سینه با دکستروکاردی و نیز یک ECG اختصاصی با Right Axis و موج P و QRS خاص و نیز Low Voltage بودن لید های پره

درد شکم یکی از شایع ترین شکایاتی است که در مراجعه کنندگان به بخش اورژانس دیده می شود، که در میان تشخیص های افتراقی مربوط به درد شکم، آپاندیسیت شایع ترین اختلال مربوط به جراحی است. آبسه های آپاندیسی سمت چپ از موارد نادر بوده ولی معمولاً در دو آنومالی مادرزادی اتفاق می افتد یکی مال روتاسیون روده ای (intestinal malrotation) و دیگری جا به جایی کامل احشاء شکمی (Total situs inversus) است، (10). Total situs inversus ممکن است در دوران نوزادی یا در بزرگسالی به صورت اتفاقی تشخیص داده شود و انتقال این آنومالی به شکل اتوزوم مغلوب می باشد، (9). در این گزارش بیمار، خانم 24 ساله ای بود که در تاریخچه ی بهداشتی خود موردی جزء اوتیت گوش میانی نداشته است و تا کنون تحت عمل جراحی تشخیصی یا درمانی قرار نگرفته بود

پژوهش های اخیر حاکی از انتقال این آنومالی به شکل اتوزوم مغلوب می باشند،(9). بنابر این لزوم توجه به این گونه آنومالی ها، به ویژه در شکم حاد، منجر به تشخیص سریع و کاهش عوارضی از قبیل پرفوراسیون، آبسه و پرتیونیت و همچنین کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان می گردد.

کوردیال تشخیص داده شود. همچنین اولترا سونوگرافی و CT-SCAN می تواند در تشخیص situs inversus کامل کننده باشند. طبق گزارش اولتراسونوگرافی برای این بیمار situs inversus Total تشخیص داده شد که نوار قلب (Right Axis) و CXR (دکسترو کاردی) تایید کننده تشخیص سونوگرافی بود.

## References

- 1-Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. J Emerg Med ۲۰۰۱ Apr; ۲۰(۳):۲۴۱-۵.
- ۲-Nisolle JF, Bodart E, de Canière L, Bahati M, Michel L, Trigaux JP. Acute left-side appendicitis: diagnostic contribution of tomodesitometry. Arch Pediatr ۱۹۹۶ Jan; ۳(۱):۴۷-۵۰.
- ۳-Kamiyama T, Fujiyoshi F, Hamada H, Nakajo M, Harada O, Haraguchi Y . Left-sided acute appendicitis with intestinal malrotation. Radiat Med ۲۰۰۵ Mar; ۲۳(۲):۱۲۵-۷.
- ۴-Fiocca F, Donatelli G, Ceci V, Cereatti F, Romagnoli F, Simonelli L, Modini C. ERCP in total situs viscerum inversus. Gastroenterol ۲۰۰۸; ۲:۱۱۶-۱۲۰.
- ۵-K B Gupta, Manav Manchanda, Manish Varma. Tubercular pleural effusion co-existing with situs inversus. Pulmon ۲۰۰۶; ۸: ۲: ۵۹-۶۱.
- ۶-Merklin RJ, Varano NR. Situs inversus and cardiac defects: a study of ۱۱۱ cases of reversed asymmetry. J Thoracic and Cardiovascular Surg ۱۹۶۳; ۴۵: ۳۳۴-۴۲.
- ۷-Ernst S, Berns E. 'Two-by-two' pulmonary vein isolation in the presence of a complete situs inversus and dextrocardia: use of magnetic navigation and ۳D mapping with image integration. Europace ۲۰۰۹ Aug; ۱۱(۸):۱۱۱۸-۹.
- ۸-Pinto AC, Faria MM. Hypertrophic ileo-caecal tuberculosis with complete situs inversus (a case report). J Postgrad Med ۲۰۰۹; ۳۱:۱۷۵.
- ۹-Bonic EE, Kettner NW. Total situs inversus: a rare anomaly presenting to a chiropractic teaching clinic. J Manipulative Physiol Ther ۲۰۰۹ May; ۳۲(۴):۳۲۱-۵.
- ۱۰-Lee MR, Kim JH, Hwang Y, Kim YK. A left-sided periappendiceal abscess in an adult with intestinal malrotation. World J Gastroenterol ۲۰۰۶; ۱۲(۳۳): ۵۳۹۹-۵۴۰۰.
- ۱۱-Tiwari A, MacMull S, Fox S, Jacob SA. Left-sided abdominal pain in a patient with situs inversus. Clin Anat ۲۰۰۶ Mar; ۱۹(۲):۱۵۴-۵.

\*\*\*



## ◆ A Case Report of "Total Situs Inversus" with An Abdominal Left Lower Quadrant Pain

Jamshidi K<sup>\*1</sup>, Seifmanesh H<sup>1</sup>, Peyman H<sup>2</sup>, Toulabi M<sup>3</sup>, Kordjamshidi A<sup>4</sup>, Delpisheh A<sup>5</sup>

(Received: 1 Aug, 2009

Accepted: 30 Aug, 2009)

### Abstract

**Introduction:** Left lower quadrant pain refers to different sources including left sided appendicitis with a total situs inversus (TSI) and Intestinal Malrotation.

**Materials & Methods:** In this case report, the patient was a 24years old woman referred to emergency department of Imam Khomeini hospital of Ilam. She had left lower quadrant (LLQ) abdominal pain, nausea and loss of appetite. In physical examination, she had revealed localized left lower quadrant abdominal tenderness without muscle guarding or rebound tenderness.

**Findings:** The abdominal ultra-sound showed the total situs inversus abdominal

and enlarged appendix with inflammatory changes. Throughout her laparotomy, the TSI was confirmed, the appendix was intensely inflamed (9 mm in diameter) and the 3 Ladd's band was found in small intestine which was released.

**Discussion & Conclusion:** Early diagnosis of such rare anomalies, particularly in acute abdomens, will result in a reduction of complications such as perforation, abscess and peritonitis and finally the hospitalization duration.

**Keywords:** situs inversus, left-side appendicitis, acute abdomen, dextrocardia

1. Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2. Nursing & midwifery Faculty, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3. Emergency ward, Imam Khomeini Hospital of Ilam, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

4. Dept of Surgery, Imam Khomeini Hospital of Ilam, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

5. Dept of Epidemiology, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

\*(corresponding author)

