

گزارش یک مورد جالب از دوپلیکاسیون روده باریک

دکتر جواد اسماعیلی - دکتر حسین فروتن

بخش پزشکی هسته‌ای و گوارش مجتمع بیمارستان امام خمینی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

یک پسر ۱۳ ساله اهل و ساکن مشهد با شکایت درد شدید شکم که از یکماه قبل شروع شده بود مراجعه کرد. علاوه بر این سابقه ملنا را از سه ماهگی ذکر می‌نمود. بررسی‌های انجام شده شامل باریم انما، ترانزیت روده باریک، آندوسکوپی جهاز هاضمه فوقانی، رکتوسیگمونیروسکپی و کولونوسکپی تا خم طحال، سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکم همگی نرمال بودند. با شک به دیورتیکول مکل‌اسکن رادیونوکلئاید با تکنزیوم انجام شد که جذب شدیدی را در قسمت میانی شکم نشان داد و تشخیص دوپلیکاسیون روده کوچک همراه مخاط مدنه مطرح شد که بوسیله عمل جراحی و پاتولوژی تأیید گردید.

معرفی بیمار

پسر ۱۳ ساله اهل مشهد با شکایت درد شدید شکم که از یکماه قبل شروع شده و ارتباطی با غذا نداشته و بیشتر در ناحیه LUQ بوده مراجعه کرده است. این درد کولیکی بوده و با مسکن‌های معمولی تسکین نمی‌یافته ولی با تزریق مرفین بهبودی پیدا می‌کرده است. اشتهای بیمار خوب بوده و تهوع و استفراغ نیز نداشته ولی از یبوست شاکی بوده است. با پرسش بیشتر مشخص شد که بیمار از سه ماهگی ملنا داشته و بررسی‌های مختلفی به شرح زیر برای او انجام شده بود.

آزمایش هموگلوبین خون در تاریخ ۷۲/۲/۲۶ $6/6 \text{ g/dl}$ (بیمار در ۸ سالگی چندبار ترانسفوزیون شده است)، آزمایش مدفوع از نظر خون مخفی مثبت ولی پارازیت منفی بود، سونوگرافی شکم نرمال و CT scan شکم نیز طبیعی بود، باریم انما نرمال، upper GI series نرمال، ترانزیت روده کوچک ۲ بار طبیعی بوده (شکل ۱-). آندوسکوپی مری، معده، اثنی عشر در تاریخ ۷۵/۱۲/۱۶ نرمال بود. رکتوسیگمونیروسکپی و کولونوسکپی تا خم طحالی نرمال گزارش گردید.

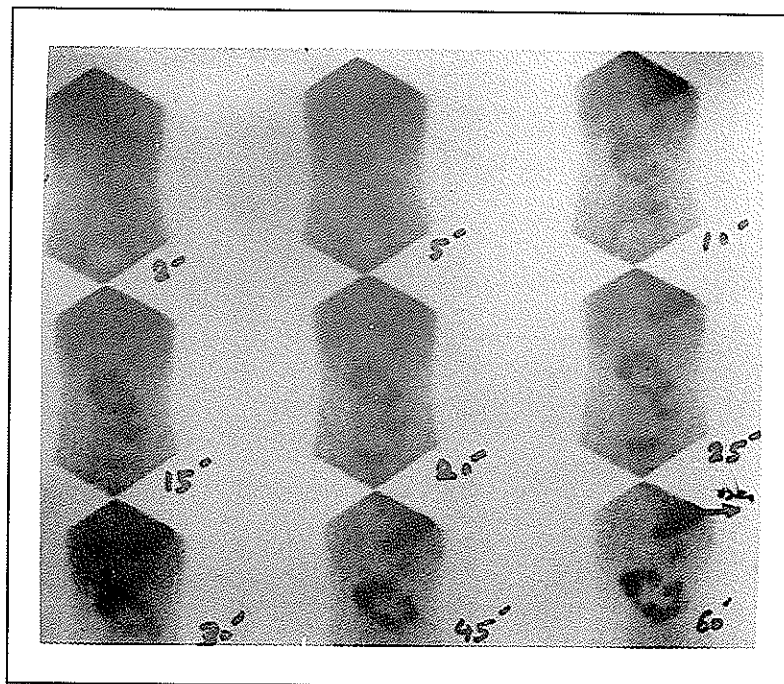
مقدمه

دوپلیکاسیون روده کوچک از ناهنجاری‌های نادر است که بشکل توپولر یا اسفریکال به روده اتصال داشته و جریان خون مشترکی با آن دارد. ندرتاً دوپلیکاسیون متعدد است و در ایلئوم و ژژونوم شایع‌تر می‌باشد (۱). علایم دوپلیکاسیون بستگی به اندازه، محل و پوشش مخاطی آن دارد.

از عوارض دوپلیکاسیون می‌توان انسداد، انواژیناسیون یا ولولوس را نام برد (۲). اگر دوپلیکاسیون دارای مخاط ترشح کننده اسید باشد ممکن است باعث ایجاد زخم، سوراخ شدگی و یا خونریزی روده مجاور شود. بیمار ممکن است با درد شکم، استفراغ و توده قابل لمس یا خونریزی حاد GI مراجعه نماید. اسکن رادیونوکلئاید با تکنزیوم محل مخاط اکتوییک معده را مشخص می‌نماید (۱). حساسیت اسکن تکنزیوم حدود ۸۶٪ گزارش شده (۲). مطالعه با باریم اغلب جایجایی و تغییر شکل سگمانی از روده یا نمایان شدن دوپلیکاسیون توپولر و دارای ارتباط با روده اصلی را نشان می‌دهد (۲). توموگرافی کامپیوتری اولتراسونوگرافی ممکن است به تشخیص کمک نماید.



شکل ۱. ترانزیت روده باریک



شکل ۲. اسکن شکم با تکنزیوم

گزارشی جالب از دوپلیکاسیون روده باریک

دو ماه پس از عمل بیمار برای پی‌گیری مراجعه کرد در این مدت بیمار بدون درد شکم و ملنا بوده و افزایش وزن پیدا کرده و آنمی اصلاح شده بود ($Hb=14\text{ gr/dl}$). در اسکن با تکنزیوم اکتیویته موجود در اسکن قبلی مشاهده نگردید.

بحث

بیماری دیورتیکول مکل معمولاً با خونریزی بدون درد شکم تظاهر می‌کند. لذا در این بیمار که با آنمی، ملنا و درد شدید شکم مراجعه کرده بود تشخیص دیورتیکول مکل کمتر مطرح می‌شد. بهبودی درد بیمار با Cimetidine ارتباط آن را با اسید معده نشان می‌دهد و چنانچه ذکر شد قبل از آن، درد شکم بیمار همیشه با مرفین تسکین پیدا می‌کرد. سیر طولانی بیماری مسائل بدخیمی را رد کرده و بیماری‌های خوش خیم را مطرح می‌نمود.

نکته جالب در این بیمار، انجام تمام بررسی‌های ممکنه است که همه آن‌ها بجز اسکن تکنزیوم طبیعی بوده است. در نهایت آدنوپاتی‌های موجود در اطراف دوپلیکاسیون، بدلیل ایجاد زخم و واکنش التهابی حاصل از آن بوده و نتیجه پاتولوژی نیز این مطلب را تأیید نمود. درد شدید شکم که در یکماه اخیر عارض بیمار شده بود می‌تواند بعلت ایجاد اولسر و نیز به مقدار کمتر مربوط به آدنوپاتی‌های راکتیو باشد.

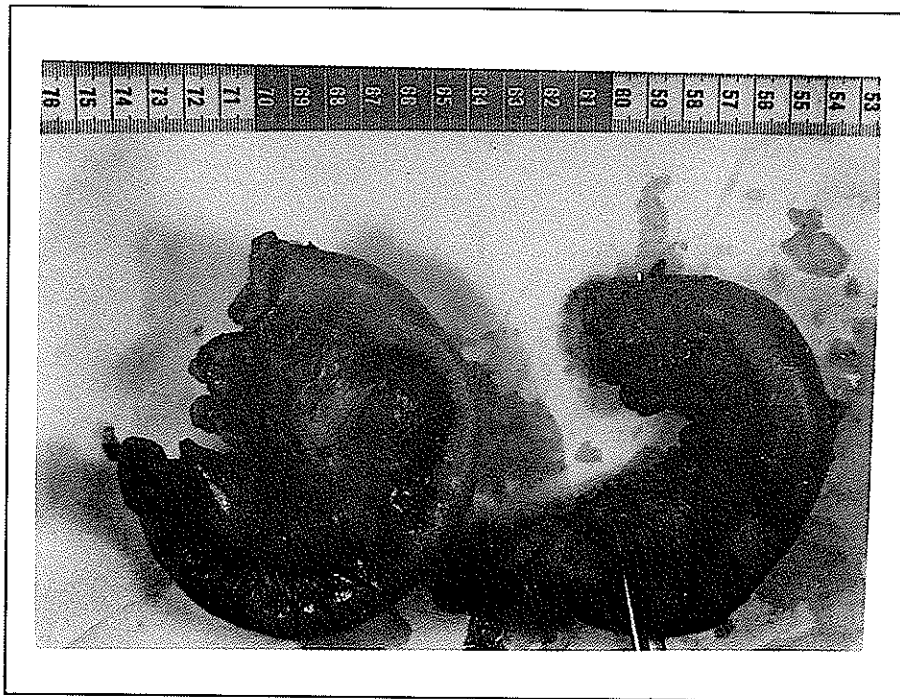
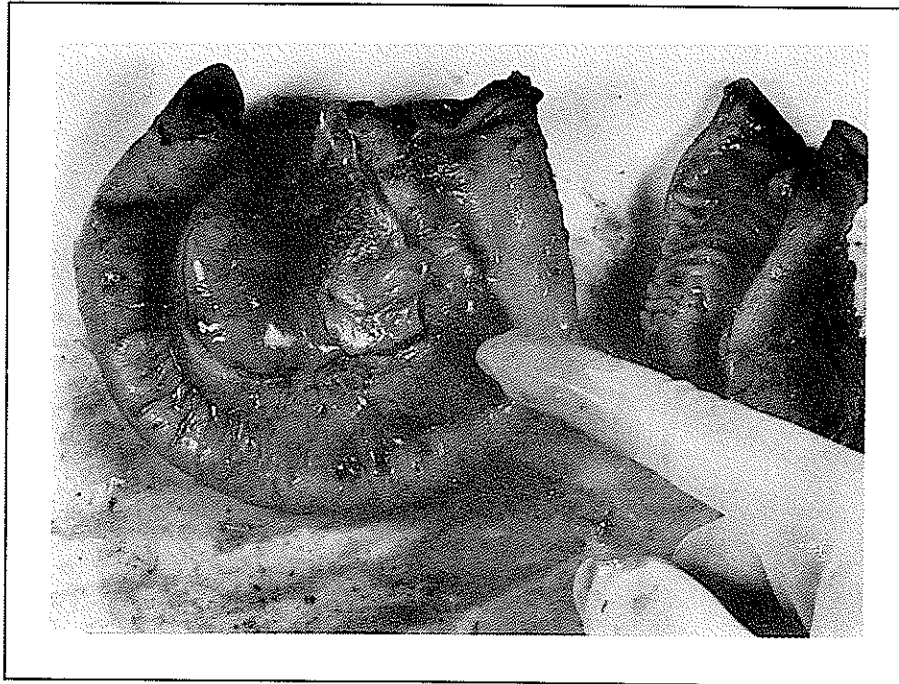
در نهایت تشخیص‌های دیورتیکول مکل یا انواژیناسیون‌های مکرر که خود بخود بر طرف شده و یا ناهنجاری‌های دیگر گوارشی برای بیمار مطرح شده بود. نکته جالب توجه این که، وقتی جهت انجام اسکن دیورتیکول مکل به بیمار قرص سایمتیدین داده شد در عرض چند دقیقه درد وی تسکین پیدا کرد. چون در اسکن انجام شده اکتیویته شدیدی در قسمت میانی شکم دیده شد (شکل ۲) duplication و با احتمال کمتر intussusception و AV malformation یا IBD روده کوچک مطرح گردید و تشخیص دیورتیکول مکل رد شد.

شرح عمل

بیمار در تاریخ ۷۵/۱۲/۲۵ مورد عمل جراحی قرار گرفت که شرح آن از این قرار است:

با برش خط میانی شکم باز شد. در قسمت ابتدایی ایلئوم دوپلیکاسیون واضح به طول ۲۵ سانتی‌متر و غدد لنفاوی متعدد که به نظر واکنشی میرسیدند مشاهده گردید (شکل ۳ و ۴). تمام قسمت دوپلیکاسیون و روده همراه به اضافه غدد لنفاوی برداشته شد و آناستوموز end to end انجام گرفت.

نتیجه پاتولوژی نشان دهنده دوپلیکاسیون با متاپلازی مخاط معده و هیپرپلازی واکنشی غدد لنفاوی مزاتر بود.



شکل ۳ و ۴. نمونه پس از عمل جراحی که نشانه‌ی دوبلیکاسیون می‌باشد.

گزارشی جالب از دوپلیکاسیون روده باریک

منابع

1. Behrman, Kliegman, Arvin, Nelson Text book of pediatrics, W.B. Saunders, 1996: 1067
2. Gore, Levine, Laufer, Text book of GI. radiology Vol. 1 W.B. Saunder, 1994: 1005
3. Howard M. Spiro, clinical Gastroenterology, McGraw-Hill, 1993: 370