

کنده شدن تروماتیک آمپول واتر (گزارش مورد)

حسن راوری M.D.

چکیده

مقدمه: تشخیص و درمان صدمات غیر نافذ دوازدهه مشکل می‌باشد. هنگامی که کنده شدن (Avulsion) آمپول واتر رخ می‌دهد، اختلاف نظر در مورد نوع ترمیم و بازسازی بسیار زیاد است. عوامل متعددی در انتخاب نوع عمل دخیل می‌باشند. نوع ترمیم و بازسازی از روشهای بسیار ساده همچون ترمیم اولیه تا بسیار وسیع همچون پانکراتیکودئودنکتومی متغیر است.

گزارش مورد: آقای ۴۵ ساله با ترومای غیر نافذ ناحیه اپی‌گاستر، به دلیل حساسیت و گاردینگ منتشر شکمی، تحت عمل جراحی لاپاراتومی تجسسی قرار می‌گیرد. قسمت دوم دوازدهه، له‌شدگی داشته که آمپول واتر به طور کامل از دئودنوم جدا شده بود. بعد از حذف بافتهای آسیب دیده، اقدام به انجام عمل End to end pancreaticoduodenostomy شد که با عمل گاستروژوژنوستومی کامل گردید. در پیگیری ۸ ساله، مشکل عمده‌ای برای بیمار رخ نداده است.

نتیجه‌گیری: برای بازسازی و ترمیم صدمات اطراف آمپول واتر عملهای متفاوتی پیشنهاد شده است. عمل End to end pancreaticoduodenostomy و تکمیل آن با گاستروژوژنوستومی برای ترمیم و بازسازی صدمات این ناحیه به عنوان یک انتخاب توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ترومای آمپول واتر، پارگی دئورنوم، کنده شدن دئورنوم

مقدمه

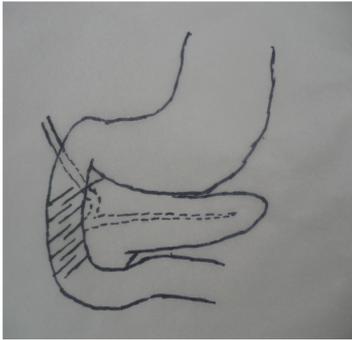
تشخیص و درمان صدمات غیر نافذ دوازدهه مشکل می‌باشد. دلیل این امر PH نرمال و باکتری کم مواد داخل دوازدهه و همچنین آزاد شدن این مواد در خلف صفاق می‌باشد.

مرگ و میر این صدمات اگر طی ۲۴ ساعت اول تشخیص داده نشود و درمان نگردد، بیش از ۳۰ درصد می‌باشد. اختلاف نظر و مشکل بزرگ هنگامی است که این صدمات باعث از بین رفتن قسمتی از دیواره دوازدهه و به خصوص قسمت دوم دوازدهه گردد. قسمت دوم دوازدهه به سر پانکراس چسبیده و آمپول واتر نیز در آن قرار دارد. محدودیت آزاد سازی در این قسمت حدود یک سانتیمتر می‌باشد. (۱)

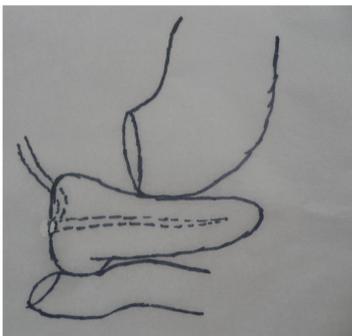
در برخی گزارشها، تشخیص سریع ضایعه به صورت بررسی با ماده حاجب قابل حل در آب پیشنهاد شده است. (۲) شیوع

صدمات غیر نافذ دوازدهه در یک بررسی مرکز تروما که بیش از ۱۰۳ هزار بیمار ترومایی را شامل می‌شد، ۰/۲ درصد گزارش شده است. (۳) اکثر این بیماران در بدو ورود علائم عمومی صدمات داخل شکمی داشته‌اند که شامل درد شکم، حساسیت منتشر و گاردینگ شکم بوده است. بیش از ۷۰ درصد موارد ترومایی منجر به پارگی قسمت دوم دوازدهه، ناشی از ترومای غیر نافذ به ناحیه اپی‌گاستر و به خصوص در موتورسواران، اصابت دسته موتور به این ناحیه بوده است. کنده شدن آمپول واتر از دوازدهه به دنبال ترومای غیر نافذ به صورت موردی گزارش شده است. (۱۲،۴)

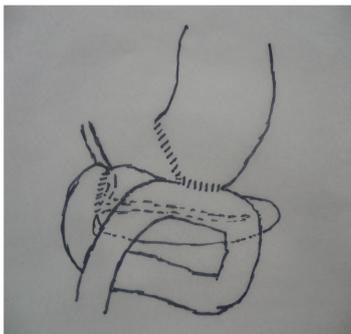
عملهای متعدد و بعضاً بسیار پیچیده‌ای جهت ترمیم صدمات شدید این ناحیه عنوان شده است. استفاده از گرافت ژوژنوم با پایه عروقی به صورت Patch و یا Tubular interposition graft مطرح گردیده است. (۱) عمل جراحی وسیع



شکل ۱. محل صدمه دوازدهه



شکل ۲. محدوده رزکسیون



شکل ۳. بازسازی دستگاه گوارش

معهده به طور کامل برداشته شد (شکل ۲). دو عدد استنت (کاتتر شماره F:8) از طریق آمپول واتر، یک عدد به داخل مجرای پانکراس و یک عدد به داخل مجرای صفراوی مشترک هدایت گردید. دو سر دیگر استنت در قسمت دیستال دوازدهه و ابتدای ژوژنوم قرار داده شد. سپس قسمت سوم دوازدهه بعد از آزاد سازی به صورت انتها به انتها چسبندگی روده به همین بیمارستان مراجعه

Pancreaticoduodenectomy روش پیشنهادی در برخی موارد عنوان شده است. (۵) عمل جراحی Roux-en-Y choledochopancreaticojejunostomy برای ترمیم این ضایعه توسط برخی جراحان پیشنهاد شده است. (۶) عمل جراحی دیگری که در کنده شدن (Avulsion) آمپول واتر گزارش شده است، ترمیم پارگی دوازدهه و آناستوموز مجرای صفراوی مشترک در قسمت دوم دوازدهه پروگزیمال به محل ترمیم می‌باشد. (۷) عمل جراحی دیگری که پیشنهاد شده، شامل آناستوموز آمپول واتر به ژوژنوم به صورت Roux-en-Y بعد از برداشتن کامل دوازدهه و گاسترکتومی پارشیل و انجام Billroth II می‌باشد. (۸) ترمیم اولیه و Pyloric exclusion نیز در درمان صدمات قسمت دوم دوازدهه عنوان شده است. (۱)

شرح مورد

آقای ع- ق ۴۵ ساله، به دنبال افتادن از روی موتورسیکلت دچار ترومای غیر نافذ شکم به ناحیه اپی گاستر می‌شود. ۲ ساعت بعد از حادثه به مرکز ترومای استان خراسان بیمارستان شهید کامیاب مشهد مراجعه می‌کند. در بدو ورود از درد شکم شکایت داشته و علایم حیاتی بیمار ، BP : 16/min , BP : 130/80 mmHg , PR: 82/min , GCS:15 بوده است.

در معاینه بالینی نکته مثبت، حساسیت و ریباند منتشر شکمی با بیشترین حساسیت در اپی گاستر بود. بعد از گذاشتن سوند معده و مثانه، گرفتن خون جهت گروه خون و کراس مچ و آزمایشات Hct, Hb, CBC، به دلیل ادامه داشتن درد و حساسیت شکمی با فاصله یک ساعت بعد از بستری (۳ ساعت بعد از تروما) بیمار به اتاق عمل جهت انجام لاپاراتومی برده می‌شود. در لاپاراتومی تجسسی، ضایعه احشای شکمی به صورت له شدگی و پارگی قسمت دوم دوازدهه دیده شد، به طوری که سر پانکراس و آمپول واتر بدون آسیب از دیوار دوازدهه جدا شده بود. هیچ‌گونه آسیب ارگانهای دیگر وجود نداشت (شکل ۱).

بعد از آزاد سازی کامل دوازدهه و آنتر معده، اقدام به حذف قسمتهای نکروز گردید که بدین ترتیب قسمت دوم دوازدهه به طور کامل حذف شد. جهت بازسازی، قسمت اول دوازدهه و آنتر

- duodenal rupture: a 6-year statewide experience. *J Trauma* 1997; 43(2): 229-33.
4. Cox MR, Eastman MC. Traumatic duodenal rupture and avulsion of the ampulla of Vater. *Traumatic duodenal rupture and avulsion of the ampulla of Vater. HPB Surg* 1994; 7(3): 225-9.
5. Ito T, Yamamoto M, Machida H, Hashiguchi Y. Complete avulsion of the papilla of Vater and gastroduodenal artery due to blunt abdominal trauma: report of a case. *Surg Today* 1993; 23(2): 172-5.
6. Schimpl G, Sauer H, Schober PH. Rupture of the duodenum with avulsion of the papilla of Vater due to blunt trauma in a child, and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg* 1992 Oct; 2(5): 291-4.
7. Cooke HS. Avulsion of the ampulla of Vater following blunt trauma. *Aust N Z J Surg* 1990 May; 60(5): 393-6.
8. Kawarada Y, Tani K, Yoshimine S. Blunt injury of duodenum with avulsion of papilla of Vater--report of a case. *Jpn J Surg* 1984 Nov; 14(6): 499-504.
9. Parkinson SW, Wisniewski ZS. Avulsion of the ampulla of Vater: an isolated injury following blunt abdominal trauma. *Aust N Z J Surg* 1978 Oct; 48(5): 562-4.
10. Champault A, Roudie J, Smadja C. Traumatic duodenal necrosis with peri-ampullary duodenal detachment. *J Pediatr Surg* 2004 Jul; 39(7): 1136-7.
11. Harris JP, Storey DW, Grassby JM. Traumatic duodenal transection at the level of the ampulla of Vater: sphincteroplasty as a technical adjunct to primary repair. *Aust N Z J Surg* 1986 Jun; 56(6): 515-7.
12. Khelif K, De laet MH. Traumatic duodenal necrosis with avulsion of Vaters papilla in a child. *J Pediatr Surg* 2006 Jul; 41(7): 21-23

کرد که بعد از بستری و انجام اقدامات نگهدارنده (NPO کردن، گذاشتن سوند معده و مایع درمانی) علایم چسبندگی روده برطرف شد و ۲ روز بعد بدون نیاز به عمل جراحی مرخص شد. در حال حاضر که ۸ سال از زمان جراحی می گذرد، حال عمومی بیمار خوب و زندگی عادی را سپری می کند.

بحث

هر چند صدمات منفرد دوازدهه و به خصوص صدمات قسمت دوم دوازدهه بسیار نادر است (۰/۲ درصد)، اما تشخیص و درمان این نوع ضایعات بسیار مشکل می باشد. کلید تشخیص، معاینه فیزیکی دقیق توسط جراح با تجربه می باشد.

عملهای بسیار زیادی جهت بازسازی و ترمیم ضایعات قسمت دوم دوازدهه عنوان شده که بر اساس میزان ضایعات همراه، طول مدت ایجاد صدمه تا انجام عمل جراحی و وضعیت عمومی بیمار در انتخاب نوع ترمیم و بازسازی تأثیرگذار است. طیف عملها از ترمیم اولیه تا انجام عملهای جراحی وسیع همچون پانکراتیکودئودنکتومی متفاوت است. روش انجام پذیرفته در این مورد شامل End to end pancreaticoduodenostomy به همراه گاسترو ژوژنوستومی بود که بعد از ۸ سال پیگیری نتیجه آن بسیار خوب با کمترین عارضه همراه بوده است. تنها عارضه ایجاد شده یک مرحله چسبندگی روده بود که یک ماه بعد از عمل ایجاد شد و با درمان غیر جراحی برطرف گردید. این نوع عمل که تکنیک ساده ای داشته، نتیجه درازمدت خوبی نیز به دنبال داشته است، می تواند به عنوان یک تکنیک قابل قبول در ترمیم ضایعات قسمت دوم دوازدهه و به خصوص در کنده شدن (Avulsion) آمپول و اثر مورد نظر قرار گیرد.

References

1. Knoop M, Vorwerk T. Successful repair of complete pancreatic rupture and subtotal duodenal avulsion after blunt abdominal trauma in childhood - a case report. *Zentralbl Chir* 2003;128(3): 236-8.
2. Barry K, Waldron D, Horgan PG. Duodenal rupture with avulsion of the bile duct: an unusual injury. *Ir Med J* 1992; 85(2): 69-70.
3. Ballard RB, Badellino MM, Eynon CA. Blunt