

معرفی یک مورد نادر دوپلیکاسیون روده دوازدهه در توراکی

دکتر صلاح الدین دلشاد*

* فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

مقدمه: دوپلیکاسیون روده یک ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش و عبارت از دوتایی شدن قسمتی از لوله گوارشی است که در دو شکل کیسه‌ای (cystic) و لوله‌ای (Tubular) دیده می‌شود. به تناسب محل و حجم و عوارض آن، علایم بالینی نیز متفاوت است. مهم‌ترین علایم دوپلیکاسیون دوازدهه توراکی، تهوع، استفراغ، دردهای کولیکی، کاهش وزن، تنگی نفس و سرفه می‌باشند و در صورتی که زخم پپتیک پدید آید علایم خونریزی ناشی از آن نیز اضافه می‌شود.

معرفی مورد: کودک ۲ ساله، با علایم تنگی نفس، دردهای کولیکی شکمی، به همراه تهوع، استفراغ بصورت متناوب و گاه تب بالا، تحت بررسی قرار گرفت. در عکس ریه، تصویر کیست در همی توراکی راست دیده شد. در آزمایشات علایمی به نفع کیست هیداتیک یا آبسه مشاهده نشد. در عمل جراحی با برش (انسزیون) توراکوتومی راست مشخص شد، کیست فوق الذکر در همی توراکی راست، تا دیافراگم امتداد داشته و از درون سوراخ دیافراگم به شکم راه یافته و به روده دوازدهه متصل است. ادامه عمل با برش خط وسط (midline) انجام و کیست دوپلیکاسیون از روده دوازدهه جدا گردید. بیمار در روز هشتم با بهبودی مرخصی گردید اما دو هفته بعد با عارضه تجمع مایع در پلور (pleural effusion) مراجعه نمود که با گذاشتن لوله سینه‌ای (chest tube) درمان شد.

نتیجه گیری: کیست دوپلیکاسیون دوازدهه نوع توراکوبدومینال کم شیوع‌ترین نوع دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارش را تشکیل می‌دهد و اغلب علاوه بر دردهای شکمی، تهوع و استفراغ با علایم تنفسی همراه بوده و تشخیص قطعی آنها قبل از عمل به سختی ممکن می‌شود. درمان این مورد جراحی است، با برش توراکوتومی و لاپاراتومی کیست برداشته می‌شود. در دراز مدت، مهم‌ترین عوارض این کیست‌ها در صورت دارا بودن سلول‌های مخاط معده، پیدایش زخم، خونریزی و سوراخ شدن روده (perforation) است که به علت درمان جراحی به موقع، خوشبختانه بیمار این مقاله دچار این عارضه نشد. در بررسی پاتولوژی مخاط کیست دوپلیکاسیون بیمار، علاوه بر سلول‌های روده، معده، لنفویید، حاوی سلول‌های حالب نیز مشاهده شد.

واژگان کلیدی: دوپلیکاسیون روده، توراکوبدومینال، زخم پپتیک، کیست توراکی.

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۶/۲۱

تأیید مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲۶

نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شهید دستگردی (ظفر)، مرکز آموزش، درمانی حضرت علی (ع) drdelshad@gmail.com

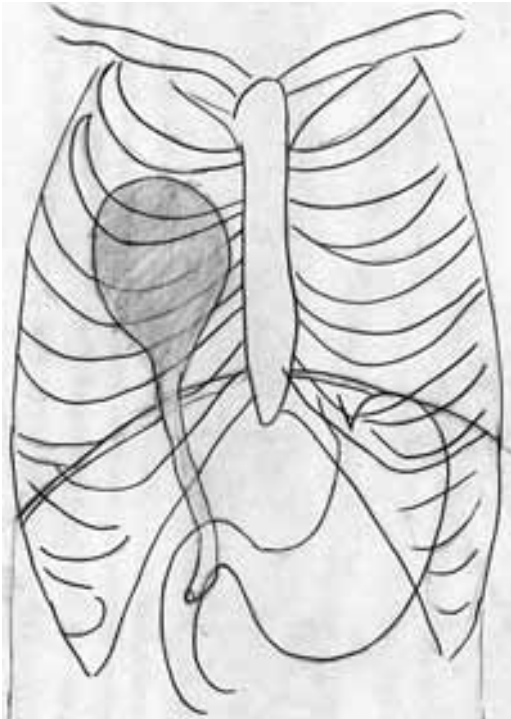
مقدمه

مهم‌ترین علایم بالینی دوپلیکاسیون دوازدهه شکمی، تهوع، استفراغ، دردهای کولیکی شکمی و کاهش وزن است. در نوع توراکوبدومینال، علاوه بر علایم یاد شده به تناسب حجم آن، تنگی نفس و سرفه نیز اضافه می‌شود (۱-۵).

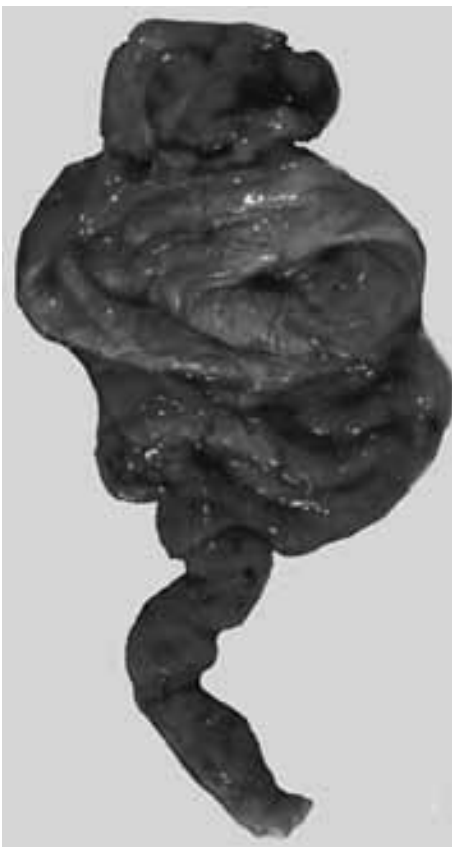
معرفی مورد

کودک (ع ۵)، پسر ۲ ساله، با علایم تنگی نفس، دردهای کولیکی در ناحیه فوقانی شکم به همراه تهوع، استفراغ متناوب و گاه تب بالا، در شهر زنجان به پزشک مراجعه می‌کند. پزشک معاینه کننده در سمع ریه‌ها متوجه کاهش صدای ریه راست شده و درخواست عکس

دوپلیکاسیون روده، ناشی از دوتایی شدن قسمتی از لوله گوارش، یک ناهنجاری مادرزادی است و می‌تواند در هر نقطه از دستگاه گوارش در دو شکل کیسه‌ای (cystic) و لوله‌ای (tubular) دیده شود. به تناسب محل، حجم و عوارض آن، علایم بالینی این ناهنجاری متفاوت است. در صورتی که دوپلیکاسیون، حاوی نسج نابجای (ectopic) مخاط معده باشد، منجر به زخم پپتیک گشسته و عوارضی همچون خونریزی و سوراخ شدن (perforation) به همراه خواهد داشت. دوپلیکاسیون روده دوازدهه ۵٪ و نوع سینه‌ای شکمی (thoracoabdominal) ۴٪ دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارشی را تشکیل می‌دهد (۱-۴).



تصویر ۱ - تصویر شماتیک موقعیت کیست درهمی توراکیس راست و ارتباط آن با روده دوازدهه



تصویر ۲ - کیست دوپلیکاسیون خارج شده از قفسه سینه و شکم پس از عمل جراحی

سینه می‌کند. در عکس قفسه سینه (chest) در همی‌توراکیس راست یک کیست حاوی سطح مایع - هوا (air-fluid Level) با حدود واضح در قاعده ریه راست همراه با کیست‌های متعدد درون آن مشاهده می‌شود. پزشک معالج با شک به کیست هیداتیک یا آبسه ریه راست بیمار را به این مرکز (بیمارستان حضرت علی اصغر(ع)) ارجاع نمود.

در آزمایشات انجام گرفته در بیمارستان حضرت علی‌اصغر(ع) این نتایج به دست آمد: تست casoni منفی، WBC: ۸۹۰۰/ml، (Neut ۵۲٪، Lymph ۴۲٪، Eos ۲٪)، در سونوگرافی، در بالای دیافراگم راست و در کنار دهلیز راست قلب توده‌ای کیستیک با دیواره بندی (septation) به ابعاد ۸۲ × ۵۰ میلی‌متر دیده شد. سی‌تی اسکن، وجود یک کیست با دیواره نسبتاً ضخیم درهمی توراکیس راست را تأیید نمود که امتداد آن تا دیافراگم ادامه داشت. بیمار با تشخیص اولیه کیست همی توراکیس راست تحت عمل جراحی قرار گرفت.

یافته‌ها

برش توراکوتومی راست از بین دنده‌های هفتم و هشتم، قفسه سینه باز شد. در اکسپلوراسیون همی توراکیس راست، کیست بزرگ که تقریباً یک سوم فضای همی توراکیس را اشغال کرده بود مشاهده شد. کیست از نسج ریه مجزا ولی به آن چسبیده بود. به هنگام جدا نمودن آن از چسبندگی‌های اطراف، مشخص شد تا نزدیکی مری ادامه دارد، اما با مری ارتباط نداشت. قطر کیست در وسیع‌ترین قسمت آن حدود ۱۵ سانتی‌متر بود. کیست به سمت دیافراگم ادامه پیدا می‌کرد و در این مسیر از قطر آن کاسته می‌شد. کمترین قطر آن در نزدیکی دیافراگم ۳/۵ سانتی‌متر بود. کیست از سوراخی در قسمت خلفی دیافراگم وارد حفره شکم می‌شد. دیواره کیست ضخیم و گوشتی بود با باز کردن قسمت فوقانی کیست، مایع تیره رنگ مایل به سبز از داخل آن تخلیه شد.

با توجه به اینکه مشخص شد منشأ کیست در حفره شکم می‌باشد، بیمار در وضعیت Supine قرار داده شد و با برش خط وسط (midline)، شکم باز گردید. در ادامه جستجو داخل شکمی، مشخص شد که کیست از پشت کبد به پایین ادامه داشته و به قطعه دوم روده دوازدهه (دئودنوم) متصل می‌شود. با مانور کوهر (Kocher)، دوازدهه آزاد و دوپلیکاسیون از محل اتصال به روده جدا گردید (تصاویر ۱ و ۲). دیواره روده اثناعشر در دو لایه با کرومیک ۳/۰ و ویکریل ۳/۰ دوخته شد. پس از کنترل هموستاز و گذاشتن درن شکمی و بستن شکم، دوپلیکاسیون که به طول ۲۵ سانتی‌متر بود از محل برش توراکوتومی خارج گردید. پس از بستن سوراخ دیافراگم با نخ سیلک و گذاشتن لوله سینه‌ای (Chest tube) در همی توراکیس راست، برش توراکوتومی بسته شد.

اقدامات درمانی

ایکتر، نشانه درگیری مجاری صفراوی و یا فشار روی آنها می‌باشد (۵)، ۲، ۱).

کیست‌های دویلیکاسیون توراکوبدومینال گاه بدون علامت بوده و در موقع گرفتن عکس ریه به طور اتفاقی و به شکل یک توده یا کیست کشف می‌شوند (۵، ۴، ۲، ۱). با انجام سی‌تی اسکن و رادیوگرافی دستگاه گوارشی فوقانی (GI Upper) با ماده حاجب، تشخیص قطعی می‌گردد. در ۵۰٪ دویلیکاسیون‌های دستگاه گوارش، سلول‌های اکتویپیک مخاط معده دیده می‌شود که منجر به زخم گشته و ایجاد خونریزی و کم‌خونی می‌نماید. (۵، ۳، ۱).

در ۱۵٪ دویلیکاسیون‌های دوازدهه، خونریزی ناشی از زخم پپتیک و کم‌خونی گزارش شده است (۵، ۳، ۱). در صورت عدم درمان دویلیکاسیون، ممکن است در دراز مدت به سرطان منجر گردد که اغلب پس از سن ۳۰ سالگی مشاهده می‌شود (۵). یکی دیگر از عوارض دویلیکاسیون روده دوازدهه، پانکراتیت است (۶، ۵).

در تشخیص افتراقی دویلیکاسیون توراکوبدومینال، کیست هیداتیک، آبسه ریوی و کیست آنتریک مطرح است. عکس ساده توراکس، سونوگرافی و سی‌تی اسکن در تشخیص کیست دویلیکاسیون کمک به سزایی می‌کند، اما MRI دقیق‌تر بوده و آنومالی مهره‌ها را بهتر نشان می‌دهد (۷، ۲، ۱). در موارد خونریزی‌دهنده می‌توان از لاپاراسکوپي جهت تشخیص دویلیکاسیون استفاده نمود (۲).

در صورت شک به دویلیکاسیون روده دوازدهه، عکس رادیولوژی دستگاه فوقانی گوارش با ماده حاجب (Upper GI Study) در قطعی نمودن تشخیص نقش مهمی دارد (۵، ۱).

یکی از ناهنجاری‌های همراه دویلیکاسیون، آنومالی مربوط به مهره‌ها (Fuse vertebra, hemivertebra, Spina Bifida)، و میلو مننگوسل می‌باشد که در عکس ساده و MRI قابل تشخیص است (۵، ۴) به دست افراد با تجربه تشخیص دویلیکاسیون‌های دستگاه گوارش در دوران جنینی با استفاده از سونوگرافی امکان‌پذیر می‌باشد (۳).

درمان دویلیکاسیون، جراحی است (۵، ۴). از لاپاراسکوپي نیز برای تشخیص و درمان استفاده می‌شود (۸). در نوع توراکوبدومینال ابتدا با برش توراکوتومی، توراکس باز می‌گردد. پس از جدا کردن کیست از چسبندگی‌های ریه و مدیاستن با انسزیون لاپاراتومی ادامه آن آزاد و از روده جدا می‌گردد. پس از بستن دیواره روده، روده دویلیکاسیون از شکم و یا از راه توراکس خارج می‌شود. در صورت داشتن تشخیص قطعی قبل از عمل، می‌توان با لاپاراتومی عمل را شروع کرد (۵، ۴).

در بیمار موضوع این مقاله به علت نداشتن تشخیص قطعی قبل از عمل، جراحی با توراکوتومی شروع شد. ادامه عمل با لاپاراتومی بوده و در یک مرحله رزکسیون کامل دویلیکاسیون میسر شد. تجمع مایع در پلور یکی از عوارض شایع جراحی کیست‌های توراکس و مدیاستن است، همچنانکه انواژیناسیون روده باریک متعاقب بسیاری از عمل‌های جراحی شکمی رخ می‌دهد. اقدام به موقع برای درمان این دو عارضه،

در روز سوم بعد از عمل، برای بیمار رژیم غذایی مایعات شروع شد، در روز چهارم درن و لوله سینه‌ای (chest tube) خارج گردید و در روز هشتم، بیمار با بهبودی مرخص شد.

جواب بررسی آسیب‌شناسی بدین شرح بود: نسج تراوید لوله گوارش به همراه سلول‌های دستگاه تنفسی، معده و حالب و از لحاظ بالینی به نفع دویلیکاسیون می‌باشد.

بیمار دو هفته پس از ترخیص با تنگی نفس مراجعه نمود. در عکس ریه، تجمع مایع در پلور مشاهده و بیمار بستری گردید. Chest tube گذاشته شد از مایع تخلیه شده نمونه جهت کشت ارسال شد و سه روز بعد پاسخ برای رشد باکتری منفی اعلام شد. ۱۲ روز بعد و پس از اطمینان از تخلیه کامل مایع توراکس، chest tube خارج گردید و بیمار مرخص شد.

در پیگیری بیمار تا یک سال پس از عمل هیچ‌گونه مشکلی مشاهده نشد. در این تاریخ به علت انسداد روده ناشی از انواژیناسیون ایلئوایلئال بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک هفته بعد مرخص گردید. در پیگیری چهارساله عارضه دیگری مشاهده نشد.

بحث

شیوع دویلیکاسیون دستگاه گوارشی یک در ۴۵۰۰ تولد زنده گزارش شده است (۳). شایع‌ترین محل دویلیکاسیون دستگاه گوارش در ناحیه ایلئوم (۴۴٪ تا ۶۰٪) و کمترین شیوع (۴-۲٪) در نوع سینه‌ای شکمی (توراکوبدومینال) است (۳، ۱). در نوع توراکوبدومینال، منشأ دویلیکاسیون روده دوازدهه (دئودنوم) بوده ولی امتداد آن از هیاتوس مری یا سوراخی در دیافراگم به سمت توراکس و مدیاستن می‌باشد در بیمار موضوع این مقاله، دویلیکاسیون از سوراخی در قسمت خلفی دیافراگم جدا از هیاتوس قرار داشت. آمار منتشر شده نشان می‌دهد که در هر کدام از مراکز جراحی اطفال، سالانه ۲ تا ۴ مورد دویلیکاسیون دستگاه گوارش پذیرش می‌شود (۷، ۸) دویلیکاسیون‌ها به دو نوع کیسه‌ای و لوله‌ای دیده می‌شوند که اکثر موارد آن (۸۶٪) از نوع کیسه‌ای است (۳). شیوع این اختلال در سفیدپوستان بیش از سیاهپوستان بوده و در ۷۰٪ موارد قبل از سن یک سالگی و در ۸۵٪ قبل از سن ۲ سالگی تشخیص داده می‌شود (۵)، ۳، ۲، ۱). دویلیکاسیون‌ها به تناسب محل قرارگیری، حجم و عوارض احتمالی، علایم بالینی متفاوت نشان می‌دهند. دویلیکاسیون دوازدهه نوع توراکوبدومینال به علت فشار روی ریه و قلب و ایجاد تنگی نفس با کیست‌های ریه اشتباه می‌شوند (۵).

در حالی که دویلیکاسیون‌های دوازدهه داخل شکمی به علت فشار روی دهانه خروجی معده و ایجاد استفراغ‌های جهنده با استنوز هیپرتروفیک پیلور اشتباه می‌شوند (۵، ۳، ۲). دردهای کولیکی، تهوع، استفراغ و کاهش وزن در هر دو نوع دیده می‌شود. مشاهده

نوع دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارشی را تشکیل می‌دهد و اکثراً علاوه بر دردهای شکمی، تهوع و استفراغ با علایم تنفسی همراه بوده، تشخیص قطعی آن به سختی گذاشته می‌شود. درمان این ناهنجاری جراحی بوده و با دو برش توراکوتومی و لاپاراتومی برداشته می‌شود. در دراز مدت، مهم‌ترین عوارض این کیست‌ها در صورت دارا بودن سلول‌های مخاط معده، پیدایش اولسر، خونریزی و پرفوراسیون است که خوشبختانه بیمار موضوع این مقاله دچار عارضه فوق‌الذکر نشده است. در بررسی آسیب‌شناسی مخاط کیست دوپلیکاسیون بیمار علاوه بر سلول‌های روده، معده و لنفویید که غالباً دیده می‌شود، حاوی سلول‌های حالب نیز بوده است.

مانع پیدایش عوارض بعدی گردید. در بررسی آسیب‌شناسی نسوج مخاطی اکتوپیک دو پلیکاسیون، سلول‌های مختلف از جمله: معده، روده، تنفسی، پانکراس و لنفویید دیده می‌شود در بیمار ما علاوه بر سلول‌های فوق‌الذکر، سلول‌های مجرای حالب نیز مشاهده شده که در موارد گزارش شده تاکنون سابقه نداشته است (۶).

نتیجه‌گیری

کیست دوپلیکاسیون دوازدهه نوع توراکوایدومینال، کم شیوع‌ترین

منابع

- 1- Bond SJ, Groff DB. Gastrointestinal Duplications. In: ONeill A, eds. Pediatric Surgery. Mosby- year book; 1998:1257-67.
- 2- Michalsky M, Besner GE, Hilfiker ML, Windle ML, Caty MG, et, al. Alimentary tract duplications: e medicine specialties- pediatric- surgery. 2004 June 29: 1-10.
- 3- Puligandla PS, Nguyen LT, St-Vil D, Flageole H, Bensoussan AL, Nguyen VH, et al. Gastrointestinal Duplications. J pediatr surg. 2003 May; 38 (5): 740-4.
- 4- Wrenn EL. Alimentary Tract duplications. In: Holder TM, eds. Pediatric Surgery. Philadelphia: Saunder Co; 2000. 421-33.
- 5- Wrenn EL. Alimentary Tract duplications. In: ONeill A, eds. pediatric Surgery. WB Saunders CO; 2002: 527-44.
- 6- Williams WH, Hendren WH. Intrapancreatic duodenal duplication causing pancreatitis. Surgery. 1971 May; 69(5): 708-15.
- 7- Vijayaraghavan SB, Manonmani K, Rajamani G. Sonographic features of tubular duplication of the small bowel. J ultrasound Med. 2002; 21:1319-22.
- 8- Lee KH, Young CK, Tam YH. Laparoscopy for definitive diagnosis and treatment of gastrointestinal bleeding of obscure origin in children. J pediatr Surg. 2000. Sep; 35 (9): 1291-3.