

گزارش موردی از *Wilkie s syndrome*

دکتر محمد زارع

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و در مانی زاهدان ، دانشکده پزشکی ، گروه جراحی

چکیده

مرد ۴۳ ساله ای به علت دفع خون روشن همراه با مدفوع ناشی از ابتلاء به کانسر رکتوم در بیمارستان خاتم الانبیاء بستری گردیده و تحت عمل *Abdomino perineal resection* قرار گرفت ولی پس از عمل رژیم غذایی را تحمل ننموده و دچار استفراغهای مکرر گردید. بررسی های بعد از عمل و عمل جراحی بعدی نشاندهنده وجود انسداد سومین قسمت دئودنوم ناشی از تحت فشار قرار گرفتن آن بوسیله تنه شریان مزانتریک فوقانی بود. (مجله طب شرق، سال چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱، ص ۴۹ تا ۵۲).

کل واژه ها: کانسر رکتوم ، انسداد ، دئودنوم ، شریان مزانتریک فوقانی ، گاستروژنوستومی

مقدمه

حدود ۴۵ درجه می باشد . این زاویه در این سندرم با یک کاهش شدید دارای طیفی بین ۶ تا ۲۵ درجه بوده و فاصله آنورتو مزانتریک نیز از حد معمول ۱۰ تا ۲۰ میلیمتر به ۲ تا ۸ میلیمتر کاهش می یابد . این سندرم که در اغلب موارد بدنبال یک کاهش وزن سریع بروز مینماید، نشانه هایی شامل: سیری زودرس ، درد اپیگاستر بدنبال غذا خوردن ، تهوع و استفراغهای حجیم و جهنده و شامل غذاهای نیمه هضم شده، اتساع شکم و کاهش وزن می باشد . گاهی این بیماران بهبودی علائم در وضعیت *Knee-Chest* را ذکر می نمایند که البته این علائم بر اساس شدت انسداد اثنی عشر بصورت حاد و یا مزمن تغییر مینماید . تاکنون در حدود

سندروم شریان مزانتریک فوقانی یا *Wilkie s syndrom* و یا به عبارتی سندروم ناشی از تحت فشار قرار گرفتن اثنی عشر بوسیله شریان مزانتریک فوقانی وضعیت نادری است که با کاهش زاویه بین شریان مزانتریک فوقانی و آنورت شکمی و تحت فشار قرار گرفتن سومین قسمت اثنی عشر در محلی که شریان از روی دئودنوم عبور مینماید تظاهر می نماید. علت های مختلفی نیز برای بروز این وضعیت ، مثلاً بالاتر قرار گرفتن محل اتصال لیگامان تریتر ، منشعب شدن پایینتر مبدأ شریان مزانتریک فوقانی و ندرتاً تحت فشار قرار گرفتن دئودنوم بوسیله چسبندگیهای پریتونئال ذکر گردیده است . زاویه بین دو شریان آنورت و مزانتریک با طیفی بین ۳۸ تا ۶۰ درجه ، معمولاً

چهار صد مورد از آن در زبان انگلیسی توصیف گردیده است.

این سندرم بیشتر در بالغین جوان دارای تیپ آستتیک و به میزان بیشتری در خانمها بروز مینماید. فاکتورهای تسهیل کننده تحت فشار قرار گرفتن دئو دنوم توسط شریان معمولاً ناشی از کاهش وزن شدید همراه با بیحرکت ماندن بدن در حالت خوابیده به پشت، اسکولیوز، بعد از انجام بعضی از اعمال جراحی مانند پروکتو کولکتومی، گچ گیری تنه، اعمال جراحی ستون فقرات و بدنبال سوختگیهای وسیع میباشد. در این سندرم از رفع موقت علائم با بکارگیری مانور Hayes که با وارد نمودن فشار بر شکم از پایین ناف بطرف بالا و پشت موجب بالا قرار دادن ریشه مزوی روده ها می شود توصیف گردیده است.

هدف از این مقاله گزارش مورد جدیدی از بیمار مبتلا به سندرم مذکور میباشد. بیمار مرد ۴۳ ساله ای می باشد که به علت ابتلا به کانسر رکتوم بستری گردیده است.

معرفی بیمار

بیمار با شکایت از دفع خون روشن از مقعد از حدود چهار ماه قبل مراجعه و بستری گردیده است. ناراحتی بیمار تدریجاً تشدید گردیده و علاوه بر این علائم افزایش تعداد دفعات اجابت مزاج همراه با کاهش حجم مدفوع، بی اشتها و کاهش وزن نیز اضافه گردید.

سابقه بیماری خاصی را در گذشته و در فامیل ذکر نمی کند و در معاینه انجام شده در ناحیه سر و گردن قفسه سینه و شکم مشکلی نداشته و در توشه رکتال انجام

شده توده ای سفت و لبوله با ابعاد تقریبی پنج در پنج سانتیمتر، خونریزی دهنده و در فاصله پنج سانتیمتر از آنال ورج همراه با یک زخم در لبه آنوس وجود داشت. بیمار یکماه قبل از بستری تحت رکتو سیگموئید و سکوپپی و بیوپسی قرار گرفته بود و گزارش پاتولوژی نشان دهنده وجود آدنوکارسینومای رکتوم بود.

جهت بررسی متاستازهای داخل شکمی و کبد، سونوگرافی انجام شد که نرمال بود و انجام تستهای کبدی نیز اختلالی را نشان نمیداد. پس از آمادگی کولون که در روز قبل از عمل انجام شد، بیمار تحت عمل جراحی *Abdomino perineal Resection* قرار گرفت و کولوستومی دائمی برای بیمار گذاشته شد. در حین عمل دو واحد خون به بیمار تزریق گردیده و پس از ریکاوری به بخش انتقال یافت. در روز سوم پس از عمل *Bowel Sound* سمع شده و برای بیمار رژیم مایعات شروع گردید که بدنبال آن بیمار چند نوبت دچار استفراغهای صفاوی گردیده و مجدداً *NPO* شده و *NG Tube* گذاشته شد و وضعیت آب و الکترولیتها کنترل گردید. روزانه حدود هزار تا هزار و پانصد سی سی ترشحات صفاوی از طریق لوله معده خارج میگردد.

از روز پنجم عمل بدلیل براه نیفتادن کولوستومی طی دو روز چند مرتبه بیمار از طریق کولوستومی تنقیه گردید که هیچ تأثیری نداشت. در خواست انجام کولوگرافی شد که هیچگونه انسداد واضحی در کلیشه ها وجود نداشت. با توجه به ایجاد اتساع شکمی بدنبال کشیدن لوله معده، دردهای مداوم و مبهم شکمی، استفراغهای گاه بگاه و رو به بدتر بودن وضعیت عمومی بیمار بطوریکه در آن موقعیت امکان انجام *Barium*

بحث

تشخیص این سندروم باتوجه به نادر بودن آن بسختی انجام می‌شود. بعد از عمل جراحی به علت‌های مختلفی ممکن است بیمار دچار علائم انسداد دستگاه گوارش گردد که شایعترین آنها ناشی از ایلئوس دستگاه گوارش و از نادرترین علل آن ایجاد سندروم شریان مزانتریک فوقانی میباشد و باید به عنوان یک علت انسدادی در نظر باشد. در صورت تشخیص بیماری قبل از انجام عمل جراحی در موارد حاد درمان نگه‌دارنده با جایگزینی آب والکترولیتها، استفاده از رژیم کم حجم همراه با دفعات زیاد و وضعیت *Knee Chest* یا *Left latera decubitus* بعد از خوردن غذا، تجویز *Metoclopramid* و گاهی *Total parenteral nutrition* توصیه می‌گردد. در حالی که در موارد مزمن انجام عمل جراحی توصیه گردیده است که در این موارد *Bypass* محل انسداد با انجام آناستوموز *Duodeno jejunosomy* و یا *Gastrojejunosomy* بصورت *Side to side* انجام می‌گیرد.

meal نبود، در روز دهم پس از عمل با تشخیص انسداد روده بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی مجدداً قرار گرفت که یافته‌های مثبت شامل کلاپس کامل لوپهای روده باریک و کولون همراه بانواژیناسیون ایلئو ایلئال به طول حدود پنج سانتیمتر از قسمت میانی ایلئوم به اضافه اتساع بسیار شدید معده و دئودنوم بود بطوری که قطر دئو دئوم به حداقل چهار برابر نرمال رسیده بود. با تشخیص واضح *Wilkie s Syndrom* ناشی از تحت فشار قرار گرفتن سومین قسمت دئودنوم بوسیله شریان مزانتریک فوقانی، بیمار تحت عمل گاسترو ژژونوستومی رتروکولیک بصورت *Side to side* قرار گرفت. علت انواژیناسیون ایلئو ایلئال در این بیمار که براحتی جا انداخته شد و در لوپهای قبل از آن نیز هیچ اتساعی وجود نداشت ناشی از وجود پریستالسیسم بیش از حد در لوپهای خالی میباشد. چهار روز پس از عمل دوم کولستومی بیمار بکار افتاد. برای بیمار رژیم غذایی گذاشته شد و در روز پنجم بعد از عمل با حال عمومی خوب مرخص شد و هم اکنون که بیش از یک سال از عمل میگذرد بیمار هیچگونه مشکلی بجز وجود کولوستومی دائم به علت کانسر رکتوم ندارد.

References

- 1- Geer D. Superior mesenteric artery syndrome. *Am J Surg* 1995.
- 2- report. *Can J Surg* 1996.
- 3- Muuns SW, Morrissey RT, Golladay ES, et al. Hyperalimentionation for superior mesenteric artery syndrom following correction of spinal deformity. *J Bone joint Surg Am* 1984.
- 4- Ylinen P, Kinnunen J, Hockerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. *J Clin Gasro*.

M Zare,* M.D

*Surgery dep., Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services,Zahedan, Iran

We admitted a 43 years old men to Khatam al anbya hospital of Zahedan with chief complaint of rectal bleeding due to cancer of rectum.

After operative treatment with Abdomino perineal resection ,patient can not tolerate oral feeding with neusea and sever vomiting .With Assesment In post operative days or superior mesentericArtery syndrome .

KeyWord: *Rectal cancer, bstruction,duodenome, superior mesenteric artery, gasterojejunostomy*