

گزارش یک مورد فیتوبزوار با تظاهر انسداد روده

دکتر محمد کاظم امیر بیگی^۱، دکتر حمید رضا حداد^۲^۱استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بیمارستان شهید صدوقی یزد، ایران
^۲پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بیمارستان شهید صدوقی یزد، ایران

چکیده

بزوارها توده های متراکمی از مواد خارجی هستند که اغلب داخل معده محبوس شده اند منشاء بزوار ممکن است شامل باقی مانده گیاهان و سبزی جات (فیتوبزوار)، مو (تریکوبزوار)، داروها (فارماکوبزوار) و خرمالو (دیزوپیروبزوار) باشد. میزان شیوع واقعی بزوار مشخص نیست. اکثر بیماران با بزوار بدون علامت هستند اما درد شکم، سیری زودرس، تهوع و استفراغ از علائم شایع بزوار هستند. علائم انسداد روده باریک می تواند منعکس کننده عبور بزوار از داخل روده باریک باشد اگر چه نادر است. ما در این جا موردی از انسداد روده باریک در ناحیه ایلئوم انتهایی توسط توده سفید بزوار را مرور می کنیم که توسط کولونوسکوپ به داخل سکوم کشیده و خارج شد.

کلیدواژه: بزوار، ایلئوم انتهایی، انسداد روده

گوارش / دوره ۱۳، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۷، ۱۸۱-۱۸۲

استفراغ حاوی مواد خورده شده و سبزرنگ بود. استفراغ به دنبال هر بار غذا خوردن و یا اغ زدن ایجاد می شده است. بیمار هم زمان یبوست، نفخ شکم و سکسکه نیز داشته است که در طی ۲ روز قبل از مراجعه به شکل علامتی درمان می کرده است. ولی به علت پیشرفت علائم و اضافه شدن درد شکم به اورژانس مراجعه و بستری می شود. بیمار سابقه بیماری خاصی را نمی دهد البته سابقه مصرف سیگار را ذکر می کند. در مرور سیستم ها کاهش اشتها، سوزش سردل و یبوست نیز آشکار می شود. در معاینه فیزیکی علائم شرح زیر است: درجه حرارت دهانی = $37/2^{\circ}\text{C}$ ، تعداد ضربان قلب = ۸۲ بار در دقیقه، فشار خون میلی = $120/90$ میلی متر جیوه، تعداد تنفس = ۱۶ بار در دقیقه، سمع قلب و ریه نرمال است، شکم در نگاه متسع است و در سمع صداهای روده ای به طور طبیعی شنیده می شود، در لمس سطحی شکم تندر نس خفیفی در اطراف ناف وجود دارد، ارگانومگالی ندارد و نبض های محیطی پر و قرینه است. آزمایش های بدو ورود به شرح زیر است:

آزمایش ها	بیمار	طبیعی
گلبول سفید (میلی لیتر مکعب)	۱۳۱۰۰	۴۰۰۰-۱۰۰۰۰
هموگلوبین (گرم / دسی لیتر)	۱۶/۱	۱۴-۱۸
پلاکت (میلی لیتر مکعب)	۲۳۷۰۰۰	۱۵۰۰۰۰-۴۰۰۰۰۰
بیلی روبین (میلی گرم / دسی لیتر)	۱/۱	۰/۵-۱/۵
آلانین آمینو ترانسفراز (واحد / لیتر)	۲۰	< ۴۰
آسپاراتات آمینو ترانسفراز (واحد / لیتر)	۴۹	< ۴۰
آلکانل فسفاتاز (واحد / لیتر)	۲۵۰	< ۳۰۰
آزمایش مدفوع	طبیعی	-

زمینه و هدف

بزوارها توده های متراکمی از مواد خارجی هستند که اغلب داخل معده محبوس شده اند اما در داخل مری و رکتوم نیز یافت می شوند. چنین موادی ممکن است شامل باقی مانده گیاهان و سبزی جات (فیتوبزوار)، مو (تریکوبزوار)، داروها (فارماکوبزوار) و خرمالو (دیزوپیروبزوار) باشد. میزان شیوع واقعی بزوار مشخص نیست زیرا اکثر بیماران بدون علامت هستند ولی شیوعی باندازه ۰/۴ درصد در آندوسکوپی دارند. البته ۲۵-۱۰٪ از بیمارانی که آنترکتومی قبلی داشته اند به بزوار علامت دار دچار شده اند. (۱ و ۲). فیتوبزوار به طور شایعی متشکل از سیب، انگور، پرتقال، آلبالو، غلات، جو، گندم و سبوس است. بزوار ممکن است شامل مواد غذایی مثل پلاستیک، کاغذ، نخ، قوم و پلی استیرین باشد. دیزوپیروبزوار موقعی تشکیل می شود که خرمالوی خام وارد معده شده و در تماس با اسید معده قرار می گیرد. تانن موجود در میوه یک چسب جهت تشکیل بزوار بوجود می آورد. فارماکوبزوار می تواند ناشی از داروهایی مثل نیفیدپین، تیوفیلین، آسپرین های پوشش دار، سوکرالفات و پسیلیوم باشد. (۳ و ۴)

شرح مورد

بیمار آقای ۵۴ ساله ای است که با شکایت تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه کرده بود. بیمار از سه روز قبل از مراجعه دچار تهوع و استفراغ شده بود که

نویسنده مسئول: یزد، صفییه، بلوار شهید قندی، بلوار ابن سینا، بیمارستان شهید صدوقی

نمبر: ۰۳۵۱-۸۲۲۴۱۰۰

تلفن: ۰۳۵۱-۸۲۴۲۱۱۳

پست الکترونیک: Amirbaigy@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۸

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۱۴

اکثر بیماران با بزوار، بدون علامت هستند اما درد شکم، سیری زودرس، تهوع و استفراغ نیز گزارش شده اند. در برخی از بیماران به رغم تحلیل رفتن بزوار این علائم باقی می ماند که می تواند انعکاسی از دیس موتیلیتی معده باشد. در بیماران با بزوار علائم انسداد روده باریک می تواند منعکس کننده عبور بزوار از داخل روده باریک باشد اگرچه نادر است. (۵)، انسداد خروجی معده و خونریزی معده می تواند از عوارض بزوار باشد. به علت طبیعت غیر اختصاصی بزوار علائم ممکن است علل دیگری مثل بیماری پپتیک، سرطان معده، یا سایر پروسه های داخل شکمی را مطرح کند. آندوسکوپی بهترین وسیله جهت تعیین نوع بزوار و رد سرطان و ارزیابی مخاط برای زخم و انسداد است. درمان های بزوار شامل درمان های طبی، آندوسکوپی و جراحی است. درمان طبی انتخابی در حال حاضر سلولاز می باشد. تنها عارضه درمان با سلولاز این است که به علت حل شدن آن ممکن است بعد از عبور از معده سبب انسداد روده شود. (۶)، درمان دیگر، برداشتن بزوار از طریق آندوسکوپی به صورت تکه تکه کردن آن با جت آب، ساکشن مستقیم و روش های دیگر است. در بیمارانی که درمان طبی موفقیت آمیز نباشد یا عوارض انسداد و خونریزی وجود داشته باشد جراحی انجام می گیرد. روش ارجح جراحی در بیماران با انسداد روده باریک، لاپاراتومی و دوشیدن روده باریک به منظور خروج بزوار است و در صورتی که خروج بزوار میسر نشد باز کردن روده و خارج کردن بزوار انجام می گیرد. (۷-۹)، در هر حال برداشتن بزوار مشکل زمینه ای را حل نمی کند و بیماران بایستی تشویق شوند تا آب بیشتری بخورند و رژیم غذایی خود را تغییر دهند و غذا را کامل بچوند. درمان مشکل زمینه ای به عنوان یک روش پیش گیری کننده مفید است.

نتیجه گیری

بیمار فوق الذکر با علائم انسداد مکانیکی که از عوارض بزوار می باشد، مراجعه کرد. اگرچه انتخاب اول برای رفع انسداد لاپاراتومی است، با توجه به این که انسداد در ناحیه ایلئوم انتهایی بود و با دستگاه کولونوسکوپ بزوار در ناحیه ایلئوم انتهایی دیده شد، با مانور کولونوسکوپ اقدام به خارج کردن بزوار شد و بدین وسیله از انجام عمل جراحی لاپاراتومی جلوگیری به عمل آمد.

در گرافی ایستاده شکم سطوح متعدد مایع و هوا دیده می شود که به نفع انسداد در قسمت انتهایی ایلئوم است (شکل ۱). با توجه به این که انسداد در ایلئوم انتهایی به نظر می آمد، کولونوسکوپی کامل صورت گرفت و یک توده سفت در انتهای ایلئوم دیده شد که با مانور کولونوسکوپ جا به جا می شد. توده توسط کولونوسکوپ به داخل سکوم کشیده شد و خارج شد. در طی ساعات بعد وضعیت بیمار رو به بهبود رفت و چندین نوبت اجابت مزاج داشت و بزوار از رکتوم خارج شد و جهت تعیین نوع به پاتولوژی ارسال شد. بزوار به ابعاد $1/5 \times 3 \times 1$ سانتی متر به رنگ تیره بود که در بررسی پاتولوژی یک فیتوبزوار تشخیص داده شد (شکل ۲).



شکل ۱: انسداد در قسمت انتهایی ایلئوم



شکل ۲: بزوار خارج شده

بحث

تشکیل بزوار احتمالاً چند عاملی است. تغییر حرکات معده و تخلیه آن عوامل اولیه هستند اما اندازه مواد و قابلیت هضم مواد بلعیده شده نیز عوامل موثر دیگر می باشند. جویدن ناقص، دندان های افتاده و دندان مصنوعی نامناسب به تشکیل بزوار کمک می کنند. جراحی قبلی روی معده مثل پیلوپلاستی، آنترکتومی، گاسترکتومی ناقص به طور آشکاری بیمار را در معرض خطر فیتوبزوار قرار می دهند. جراحی می تواند سبب آتونی و دیس موتیلیتی شود. انسداد خروجی معده نیز در تشکیل بزوار نقش دارد. در خیلی از بیماران بعد از عمل جراحی، گاستروپارزی مزمن ایجاد می شود که منجر به افزایش تولید موکوس می گردد و موکوس ها به عنوان سیمانی برای تشکیل توده های متراکمی که قابل هضم نیستند عمل می کنند.

REFERENCES

- Kadian RS, Rose JF, Mann NS. Gastric bezoars: *Am J Gastroenterology* 1978; 70-9.
- Blackstone MO. Endoscopic Interpretation. 2nd ed, New York: Raven press; 1984.
- Allred-Crouch AL, Young EA. Bezoars: when the knot in the stomach is real. *Postgrad Med* 1985; 78: 261-5.
- Huges PG, Rotstein OD. Gastrointestinal phytobezoars: Presentation and management. *Can J Surg* 1986; 78: 261-7.
- Robles R, Parrilla P, E-scamilla C, et al. Gastrointestinal Bezoars. *B J Surg* 1994; 81: 1000-5.
- Holloway WD, Lee SP, Nicholson GI. The composition and dissolution of phytobezoars. *Arch Pathol Lab Med* 1980; 104: 159-61.
- Krause MM, Moriel EZ. Surgical Aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment. *Am J Surg* 1986; 152: 526-30.
- Goldstein SS, Lewis JH. Intestinal obstruction due to Bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 313-8.
- Schoeff V, Varatorn R. Intestinal obstruction due to banana seeds: a Case report. *Asian J Surg* 2004; 27: 348-51.