

## گزارش ۲ مورد ولولوس سکوم

دکتر غلامرضا نوری<sup>۱\*</sup>، دکتر فریبا اسدی<sup>۲</sup>

۱- استادیار، فوق تخصص جراحی قفسه سینه، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران  
۲- استادیار، متخصص رادیولوژی، گروه رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت ۸۷/۴/۶، تاریخ پذیرش ۸۸/۲/۹

### چکیده

**مقدمه:** ولولوس سکوم یک اورژانس حاد جراحی است. در این عارضه سکوم، ترمینال ایلئوم و کولون صعودی بین ۱۸۰ تا ۳۶۰ درجه بر خلاف عقربه ساعت حول شریان ایلئوکولیک دچار چرخش می‌شود. علت چرخش عدم چسبندگی مادرزادی کولون صعودی به پریتونن جداری می‌باشد. بیمار معمولاً با علائم درد شدید شکم همراه با اتساع غیر قرینه آن مراجعه می‌کند. در این مقاله ۲ مورد بیمار دچار ولولوس سکوم مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر(عج) شهر اراک معرفی می‌شود.

**موارد:** مورد اول خانم ۷۴ ساله‌ای است با درد ناگهانی و اتساع شدید شکم به دنبال عدم اجابت مزاج ۳ روزه مراجعه کرده است. بعد از تهیه گرافی ساده شکم و سی تی اسکن شکمی بیمار تحت عمل جراحی همی کولکتومی راست قرار گرفت. مورد دوم خانم ۷۰ ساله‌ای است که به دنبال ۴ روز عدم اجابت مزاج دچار درد و اتساع ناگهانی شکم شده که بعد از انجام گرافی ایستاده و خوابیده شکم با علائم پرهوائی کولون و مشاهده سطوح گاز و مایع تحت عمل رزکسیون کولون قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** درمان ولولوس سکوم برخلاف سایر علل انسداد روده و یا ولولوس سیگموئید که گاهی ممکن است به درمان‌های طبی نیز پاسخ دهند، همیشه جراحی و شامل رزکسیون سکوم و کولون صعودی است.

**واژگان کلیدی:** ولولوس سکوم، انسداد روده، باسکول سکوم، اتساع شدید شکم

\* نویسنده مسئول: اراک، بیمارستان ولیعصر(عج)

Email: Rezanouri51@yahoo.com

## مقدمه

در ولولوس سکوم بخشی از روده شامل کولون صعودی، عرضی و سکوم بین ۱۸۰ تا ۳۶۰ درجه در خلاف عقربه ساعت دچار چرخش می‌شود. ندرتاً ممکن است جهت چرخش برعکس باشد. در صورت وقوع ولولوس، سکوم و کولون صعودی در ربع فوقانی چپ شکم قرار می‌گیرند. گاهی اوقات که روده باریک به طور چشم‌گیری دیلاته شده باشد، تشخیص این عارضه ممکن است از نظر دور بماند (۳-۱) شیوع ولولوس سکوم ۳ تا ۶ بیمار در یک میلیون نفر جمعیت بوده و ۱ درصد انسدادهای روده را تشکیل می‌دهد (۴).

لازم به ذکر است که اختلال آناتومیک عدم چسبندگی کولون راست به پریتون تنها در یک سوم بیماران علامت‌دار می‌شود و بیماران در بقیه موارد بدون علامت هستند. این بیماری در زنان شایع‌تر است (۳) و حداکثر شیوع آن ۳۰-۴۰ سالگی است (۶-۱). تظاهرات واقعی بیمار حمله ناگهانی درد و اتساع شدید شکم است (۴، ۵). قوس‌های متسع روده باریک اکثراً در طرف راست کولون دیلاته دیده می‌شود (۲).

گاهی بیماران با تظاهرات بالینی شامل درد متناوب شکمی خود به خود محدود شونده تا درد شکمی که منجر به اختناق روده و عفونت خون (sepsis) شده، تظاهر می‌نمایند (۷) و اغلب با علل آغازگر (Trigger) نظیر لاپاراتومی تازه انجام شده یا اعمال جراحی زنان، انسداد دیستال کولون چپ و مالروتاسیون همراه می‌گردد (۳).

درد شکمی همیشه وجود دارد، ولی یک سوم بیماران با علائمی نظیر تهوع، استفراغ، یبوست و اتساع شکم مراجعه می‌کنند. در معاینه شکم معمولاً غیر قرینه و توده تمپان در ربع فوقانی چپ لمس می‌شود که در صورت وجود حساسیت هنگام لمس، احتمال گانگرن سکوم وجود دارد. ۳ نوع تظاهر درد که به خوبی شناخته شده است در ولولوس سکوم وجود دارد. ۵۰ درصد بیماران ممکن است با انسداد حاد روده مراجعه نمایند. در شکل دیگر تظاهر بالینی، بیمار ممکن است با حمله سریع درد حاد شکم و

پریتونیت ثانویه به گانگرن روده مبتلا مراجعه کند (Fulminant Type). در شکل نادرتر که درصد کمی از بیماران را شامل می‌شود بیمار با نشانه‌های انسدادی متناوب و مزمن روده مراجعه می‌نماید (۶).

مرگ و میر کلی ولولوس سکوم ۲۰ درصد بوده که در صورت وقوع گانگرن روده این میزان به ۴۰ درصد و بیشتر افزایش می‌یابد (۵). از فاکتورهای مساعد کننده این عارضه می‌توان به رژیم پر فیبر، یبوست مزمن، تغییر ویژگی حرکتی کولون به دنبال افزایش سن، مصرف داروهای گوناگون روان گردان، اتساع ناگهانی سکوم به دنبال تروما یا فشار، انسداد دیستال کولون به دنبال کانسر کولون یا دیورتیکولیت، جراحی اخیر، حاملگی و چرخش مادرزادی (Malrotation) اشاره نمود (۲-۵).

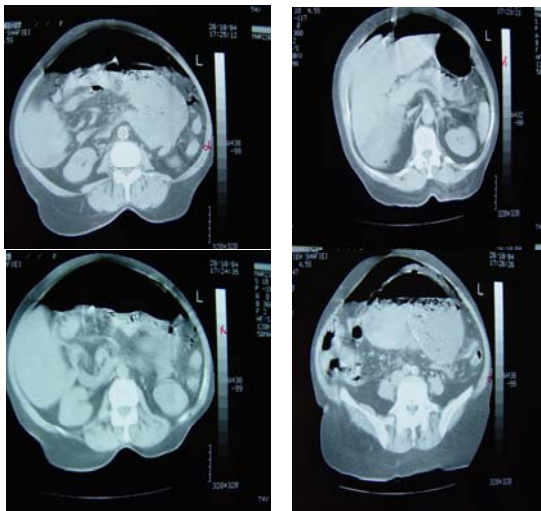
نوع غیر شایع‌تر ولولوس سکوم تحت عنوان باسکول سکوم نامیده می‌شود (۱-۳، ۵). در این نوع ولولوس سکوم روی خودش تا می‌خورد و یک باند به نام لدرز باند (Ladd's Band) یا غشاء جکسون (Jackson membrane) از روی کولون صعودی عبور می‌کند.

تشخیص در مرحله حاد معمولاً با گرافی ساده شکم داده می‌شود که احشاء پر از هوای بزرگ را با یک سطح هوا-مایع نشان می‌دهد که اکثراً در ربع فوقانی چپ شکم به شکل کاما (Comma shape) با تقعر به طرف راست و پایین دیده می‌شود (۱، ۵). گاهی سکوم و کولون صعودی متسع و جابجا شده ممکن است با معده متسع و یا ولولوس سیگموئید اشتباه شود. در هر صورت برای تشخیص قطعی و یا بررسی علائم ایسکمی و پنوماتوز روده‌ای ممکن است به باریم انما و یا سی تی اسکن شکم با ماده حاجب خوراکی نیاز باشد (۱). نوع حاد بیماری غالباً خیلی دیر تشخیص داده شده و در نتیجه با موریبدتی و مورتالیتی بالایی همراه است (۵).

عمل جراحی انتخابی رایج همی کولکتومی (Right Hemi Colectomy) است که علاوه بر درمان بیماری از عود نیز جلوگیری می‌کند در صورت انجام



شکل ۱. گرافی ساده ایستاده شکم. قوس روده خیلی متسع زیر دیافراگم چپ دیده می شود (بیمار اول)



شکل ۲. نمای سی تی اسکن شکم در مورد مبتلا ولولوس سکوم قوس بسیار متسع در قسمت فوقانی میانی شکم دیده می شود معده به سمت عقب و پایین جابجا شده و معده متسع حاوی مواد غذایی با سطح مایع و هوا است (بیمار اول)

اتساع مشخص یک قوس کولون همراه با هوستراسیون در زیر دیافراگم چپ در سی تی اسکن و گرافی ایستاده شکم قابل مشاهده بود.

مورد دوم: خانم ۷۰ ساله‌ای به دنبال ۴ روز عدم دفع گاز و مدفوع با اتساع و درد شکمی به اورژانس بیمارستان ولیعصر (عج) شهر اراک مراجعه کرده بود. علائم حیاتی هنگام مراجعه به صورت درجه حرارت ۳۷ سانتی گراد و تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه و تعداد نبض ۸۲

سکوپکسی (Cecopexy)، بیماری با عود بالایی همراه است (۱، ۲، ۵).

اهمیت ولولوس سکوم بواسطه نادر بودن بیماری و تفاوت علت بروز آن با سایر انواع ولولوس کولون است. از طرف دیگر در صورت تشخیص و درمان زودرس به میزان زیادی از عوارض و مرگ و میر کاسته می شود.

## موارد

مورد اول: خانم ۷۴ ساله از ظهر روز مراجعه به بیمارستان ولیعصر (عج) شهر اراک طور ناگهانی دچار درد اپیگاستر شده که با گذشت چند ساعت، درد در تمام شکم منتشر شده است. درد کولیکی و همراه با اتساع شکمی بوده است. از ۳ روز قبل اجابت مزاج نداشته است. ۱۰ سال قبل کوله سیستکتومی شده و از چند سال قبل تا کنون دچار فشار خون و آسم نیز بوده است.

علائم حیاتی هنگام بستری عبارت بودند از درجه حرارت ۳۷ درجه سانتی گراد، تعداد نبض ۸۸، تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه و فشارخون ۱۵۰/۹۰ میلی متر جیوه. بیمار مریض حال به نظر می رسید. ورید گردن برجسته بود، خس خس بازدمی خفیف و رال در قاعده ریه راست شنیده می شد و در گوش کردن به قلب، سوفل شنیده نشد. اثر زخم جراحی زیر دنده طرف راست شکم دیده شد، شکم کاملاً متسع و غیر قرینه دیده می شود که در بالای ناف شدیدتر بود. سمع روده‌ها هیپراکتیو بوده و لمس شکم با مقاومت لمسی غیر ارادی و حساسیت همه شکم همراه بود. معاینه رکتال آغشته به مدفوع بود.

نتایج آزمایشات نیز به صورت قند خون ناشتا ۲۷۵ میلی گرم در صد میلی لیتر و باند سل ۴ درصد، نوتروفیلی ۸۰ درصد و لکوسیت ۱۸۵۰۰ در هر میلی لیتر بود.

در گرافی ساده شکم، قوس روده خیلی متسع زیر دیافراگم چپ در نمای ایستاده و قوس روده بسیار متسع در قسمت میانی شکم در نمای خوابیده مطرح کننده ولولوس سکوم است (شکل ۱). در سی تی اسکن شکم، قوس بسیار متسع در قسمت فوقانی و میانی شکم دیده شد که معده را به عقب و پایین جابجا نموده بود. معده متسع حاوی مواد غذایی با سطح مایع و هوا مشاهده گردید (شکل ۲).

## بحث

در بیمار اول با شروع ناگهانی درد شدید شکم بروز یک عارضه جدی مثل ولولوس، انسداد روده، اختناق روده، آمبولی و یا لخته عروقی مزانتر مطرح می شود. در لخته و آمبولی عروقی روده، ولولوس روده باریک، انسداد روده و اتساع ناگهانی بعید به نظر می رسد در حالی که در ولولوس کولون علاوه بر اختناق عروقی و درد شدید ناشی از ایسکمی روده به علت حجم زیاد گاز کولون، اتساع شدید شکم نیز وجود دارد. از آنجایی که اعضاء دیگری نظیر معده و کولون سیگموئید نیز محتوی حجم زیاد گاز هستند، بنابراین ولولوس این دو عضو نیز در تشخیص افتراقی ولولوس سکوم قرار می گیرند.

در گرافی ساده شکم لوپ روده خیلی متسع زیر دیافراگم چپ در نمای ایستاده و قوس روده بسیار متسع در قسمت میانی شکم در نمای خوابیده، به شدت مطرح کننده ولولوس سکوم است. با انجام سی تی اسکن شکم، ضمن رد تشخیص افتراقی های دیگر، تشخیص ولولوس سکوم قطعی می گردد.

در بیمار دوم شکم از همان ابتدا و عمدتاً در ناحیه اپیگاستر به شدت متسع و کاملاً قرینه بود. در اتساع نسبتاً شدید شکمی و بدون استفراغ همیشه بایستی به فکر انسداد کولون باشیم. در گرافی ایستاده شکم سطح مایع و هوای وسیع در ربع فوقانی چپ شکم همراه با هوستراسیون، مطرح کننده ولولوس سکوم است. در بررسی سابقه بیمار علل زمینه ای متعددی نظیر دیابت، سابقه طولانی آرتریت روماتوئید، نارسائی قلبی و آسم در پرونده وجود دارد. با گرفتن شرح حال کامل و معاینات لازم و تهیه گرافی ساده ایستاده و خوابیده شکم نهایتاً تشخیص ولولوس سکوم قطعی شد.

۳ نکته قابل توجه در بیماران فوق که بایستی ذهن پزشک را به طرف احتمال ولولوس سکوم هدایت کند عبارتند از اولاً هر دو بیمار دچار یک سری بیماری های زمینه ای می باشند که هر کدام از آنها به تنهایی می تواند به

و فشار خون  $120/80$  میلی متر جیوه. ورید گردنی در زاویه  $45$  درجه برجسته به نظر می رسید. در معاینه قلب، سوفل سیستولی  $2/6$  در کانون میترال شنیده می شد. در سمع ریه ها، رال و خس خس بازدمی در قواعد هر دو ریه قابل شنیدن بود. در معاینه شکم اتساع شدید شکمی به طور واضح در اپیگاستر قابل مشاهده بود. سمع روده ها هیپواکتیو و در لمس شکم مقاومت لمسی غیر ارادی و حساسیت عمومی وجود داشت. نتایج آزمایشگاهی نیز به صورت لکوسیتوز (لکوسیت  $14400$  در هر میکرو لیتر)، نوتروفیلی (نوتروفیل  $70$  درصد)، قند خون ناشتا  $130$  میلی گرم درصد میلی لیتر. سایر پارامترهای خونی در حد طبیعی بوده است. گرافی های ساده شکم در حالت ایستاده و خوابیده در شکل ۳ و ۴ ملاحظه می شود. در این بیمار سی تی اسکن انجام نشد.



شکل ۳. گرافی خوابیده شکم (بیمار دوم)



شکل ۴. گرافی ایستاده شکم (بیمار دوم)

شکل ۳ و ۴. اتساع شدید کولون همراه با هوستراسیون در گرافی ایستاده و خوابیده شکم دیده می شود. در بقیه لوپ های روده گازی مشهود نیست.

فوری تشخیصی و جراحی می‌تواند از میزان مرگ و میر بیماران به شدت بکاهد.

در پایان نیز توصیه می‌شود همه بیماران که از درد متناوب و کولیکی شکم و یا هیپو گاستر، اتساع شدید شکم، اسهال یا یبوست بدون تشخیص بیماری‌های التهابی روده شاکی هستند، بایستی از نظر احتمال ابتلاء به سکوم غیر ثابت شده (mobile) نیز بررسی شوند.

#### منابع

1. Houghton SC, Ramos A, Medina DL, Sarr MC. Maingot's Abdominal Operations Mc. 12<sup>th</sup> ed. New York: MC Graw Hill; 2007. p. 487.
2. Winslet MC, Christopher M. Bowel intestinal obstruction In: Russell RCC, Williams NS, Bulstrode CJK. London: Arnold 2004.p.1197.
3. Corman ML. Colon and rectal surgery New York. Lippincott Williams and wilkins; 2005. p:1305-11.
4. Brunicardi FC, Anderson DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JC, Pollock RE, Schwartz's Principles of Surgery 8<sup>th</sup> ed. New York: MC Graw -Hill; 2005. p.1098 -9.
5. Townsend CM, Sabiston DC. Sabiston Text Book of Surgery. 18<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB saunders 2008; p. 1369 -71.
6. Robert JC, Steele RJC. Disorders of the colon and rectum. In: Cuschieri SA, Moossa AR Essential Surgical Practice. London: Arnold; 2002 p.615-16.
7. George G, Chang. MD, Andrew A. Shelton MD, Mark L, Wlton MD. Large intestine in: Gerard M. Doherty C. Current Surgical Diagnosis and Treatment- New York: MC Graw Hill; 2006.p: 720-2, 1297-8,

عنوان شرط مساعد کننده بروز ولولوس سکوم محسوب شود. ثانیاً شروع اتساع شکم به طور ناگهانی در هر دو بیمار حداقل می‌تواند مطرح کننده ولولوس سکوم باشد (و ندرتاً ولولوس سیگموئید) و ثالثاً اتساع شکمی در هر دو مورد به صورت غیر قرینه بوده است که معمولاً در انسدادهای کولون و بویژه ولولوس بیشتر دیده می‌شود.

#### نتیجه گیری

ولولوس سکوم یک اورژانس حاد شکمی غیر شایع با علائم انسداد روده از نوع قوس مسدود (Closed loop) می‌باشد. تشخیص معمولاً براساس شرح حال، معاینه و گرافی ساده شکم داده می‌شود (۶۸ تا ۹۰ درصد موارد) البته گاهی برای تأیید تشخیص ممکن است تنقیه با ماده حاجب و سی تی اسکن شکم ضروری باشند. آندوسکوپی در ولولوس سکوم بر خلاف ولولوس سیگموئید کاربردی ندارد (مگر در موارد استثنایی). در ولولوس سکوم (برخلاف ولولوس سیگموئید)، کوشش برای باز کردن چرخش ولولوس با گذاشتن لوله رکتال و یا انجام آندوسکوپی اغلب ناموفق است. با توجه به بروز کم خونی (ایسکمی) سریع در ولولوس سکوم (۴۰ تا ۷۰ درصد) و میزان عود بالا در صورت عدم انجام رزکسیون، تشخیص زودرس و اقدام جراحی فوری شامل برداشتن سکوم و کولون صعودی (همی کولکتومی راست) بسیار حائز اهمیت بوده و از مرگ و میر بیمار به میزان زیادی می‌کاهد. در صورت تأخیر تشخیص خطر گانگرن و پارگی روده و در نتیجه مرگ و میر به شدت افزایش می‌یابد. داشتن ظن بالینی قوی و اقدام

## CECAL VOLVULUS (TWO CASES)

Nouri broujerdi GR<sup>1</sup>, Asadi F<sup>2</sup>

1- Assistant Professor of Thoracic Surgeon, Arak University of Medical Sciences

2 - Assistant Professor of Radiology, Arak University of Medical Sciences

Received 26 Jun, 2008    Accepted 29 Apr, 2009

---

### Abstract

**Introduction:** Cecal volvulus is an emergency surgical acute abdomen. In this condition cecum, ileum terminal and ascending colon becomes twisted on its mesenteric anticlock wise direction rotation ranging 180-360 degrees. The cecal volvulus is caused by a lack of fixation of cecum to retroperitoneum. The usual presentation consists of severe colicky abdominal pain with asymmetric abdominal distension. In this article two cases of cecal volvulus are presented.

**Cases:** The first case was a 74 year old female which presented with sudden abdominal pain & asymmetrical severe distension following 3 days constipation. After Plain abdominal x-ray and abdominal CT scan, right hemicolectomy was performed. The second case was a 70 year old female who following 4 days constipation was presented with abdominal pain and distension. Supine and erect abdominal x-ray showed colon hyperaeration and multiple air-fluid levels. The gangrenous colon was resected and colostomy was done.

**Conclusion:** Despite other causes of intestinal obstruction or sigmoid volvulus which can sometimes be treated medically, the treatment of cecal volvulus is always surgery and consisted of cecum and ascending colon resection.

**Key words:** Cecal Volvulus, Bowel Obstruction, Cecal Bascule, Severe Abdominal Distension

\*Corresponding author;  
Email: Rezanouri51@yahoo.com  
Address: Vali-e-Asr hospital, Arak, Iran.