

گزارش یک مورد انسداد روده باریک با خونریزی گوارشی عودکننده

دکتر سید غلامرضا نوری بروجردی*

چکیده

با آنکه روده باریک طویل‌ترین بخش دستگاه گوارش را شامل می‌شود، تومورهای آن بر خلاف کولون نادرند. بروز تومورهای روده باریک $\frac{۱}{۴}$ نئوپلاسم‌های کولون می‌باشد. تومورهای این قسمت از دستگاه گوارش با علائم کلینیکی نظیر آنمی یا خونریزی گوارشی، درد شکمی و انسداد روده بروز می‌کنند. حدود $\frac{۲}{۳}$ بیماران دارای تومورهای روده، خونریزی معدی-روده‌ای را بروز می‌دهند و $\frac{۱}{۴}$ بیماران دچار انسداد روده‌ای می‌شوند. در اینجا بیماری معرفی می‌شود که در مدت ۳ ماه دوبار دچار خونریزی گوارشی شدید شده و آندوسکوپی مری، معدی، روده‌ای در هر ۲ بار نیز منفی بوده است. بیمار ۴ سال بعد با علائم انسداد روده تحت عمل جراحی قرار گرفته است. عامل خونریزی و انسداد روده در بیمار فوق لیومیوم روده باریک گزارش شد.

گل واژگان: خونریزی دستگاه گوارش فوقانی، ملنا، انواژیناسیون، انسداد روده، لیومیوم روده باریک، کارسینوژن

مقدمه

روده باریک ۷۵٪ طول دستگاه گوارش و بیشتر از ۹۰٪ سطح مخاطی این دستگاه را شامل می‌شود. همچنانکه اشاره شد تومورهای این قسمت از دستگاه گوارش نادر (۲ تا ۳٪) هستند (۱) و نشانه‌های همراه غالباً " مبهم و بشکل درد اپیگاستر و یا اطراف ناف، تهوع، استفراغ، اسهال، خونریزی (آنمی یا خونریزی گوارشی شدید) و یا انسداد روده بروز می‌کنند. تومورهای اولیه و یا متاستاتیک روده باریک بیشتر در دو انتهای روده یعنی ناحیه دودنوژوژنال و ایلئوم انتهایی عارض می‌شوند. چندین تئوری برای اختلاف فاحش شیوع تومورهای روده باریک در مقایسه با تومورهای کولون بیان شده است:

- ۱- عبور سریع محتویات روده باریک در مقایسه با عبور آهسته در کولون.
- ۲- وجود سیستم ایمنی موضعی در مخاط روده باریک.
- ۳- وجود PH قلیائی محتویات روده و کمتر بودن تعداد باکتریهای روده باریک.
- ۴- فقدان باکتری در روده باریک که باعث تبدیل مواد

غذایی موجود به مواد کارسینوژن می‌شود.
۵- حضور آنزیم‌های مخاطی مثل «بنزوپیرن هیدروکسیلاز» که خنثی‌کننده بسیاری از کارسینوژنهاست.

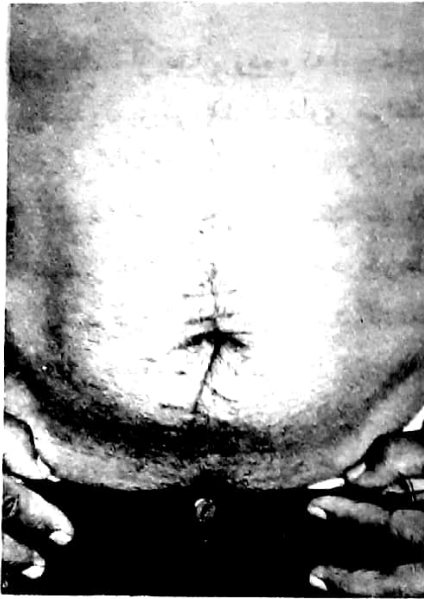
۶- ریزش سریع یاخته‌های مخاطی و کاهش مواد تحریکی کیموس روده باریک که تصور می‌شود هر دو پتانسیل بدخیمی را محدود سازند.

۷- تأثیر همورال و سلولی روده و فراوانی نسوج لنفوئید دیواره روده باریک در بخش انتهایی که نقش ایمنی مهمی در مقابل بدخیمی‌ها بازی می‌کند (۲).

شایعترین ضایعات خوش خیم روده باریک عبارتند از: آدنوم، لیومیوم، لیپوم و همانژیوم که تقریباً ۹۰٪ تومورهای خوش خیم را شامل می‌شود.

تومورهایی که در قسمت ابتدائی روده باریک واقع می‌شوند بعلت آنکه قوس‌های روده در این ناحیه کمتر روی هم قرار می‌گیرند در همپوشانی رادیولوژی کشف آنها آسانتر است، در حالیکه تومورهای قوس ایلئوم که

*استاد یار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک



شکل ۱- محل اسکار عمل جراحی بیمار



شکل ۲- تصویر رادیولوژیک بیمار

هنگام لاپاراتومی اکسپلوراسیون شکم علاوه بر ترشحات سروسانگینوس، توده سوسیسی شکل سفت به ابعاد تقریبی ۱۵×۵ سانتیمتر در فاصله ۱۲۰ سانتیمتر ی دریچه ایلیوسکال جلب توجه می نمود، بعد از اصلاح انسداد دستی روده و راندن ترشحات روده ای بطرف کولون، تومور سفت و خاکستری رنگ و دو

در لگن قرار می گیرند، نمایش رادیوگرافیک خیلی مشکل دارند. بدین منظور جهت بررسی بهتر این بخش از قوسهای روده باریک، از روش تنقیه روده باریک (۱) استفاده می شود و در بررسی لیومیوم انتهایی روده باریک از روش PPC (۲) استفاده می شود.

آنژیوگرافی در نمایش لیومیوم روده باریک می تواند مفید واقع شود، حتی اگر در زمانی باشد که خونریزی فعال وجود دارد.

لیومیوم های روده باریک در ژوژونوم کمی بیشتر از ایلیوم عارض شده و اغلب در لایه زیر سروزی دیواره روده بوجود می آیند و در بررسی با ماده حاجب بصورت اثر فشاری روی قوس روده مجاور گزارش می شوند، و در مواردیکه زیر مخاطی باشند بصورت نقص پرشدگی ظاهر می شوند. ۱۰٪ لیومیوم ها در ناحیه ژوژنوالیال و ۲۰٪ در دودنوم بروز می کنند، اکثراً بین ۱ تا ۳ سانتیمتر قطر داشته و ندرتاً به اندازه های خیلی بزرگ می رسند، که در چنین صورتی مرکز آنها دچار نکروز و زخم شده و می توانند باعث خونریزی شدید دستگاه گوارش شوند در حالیکه لیومیوم های کوچکتر می توانند باعث انواژیناسیون شوند (1,2,3).

شرح حال

مردی ۴۳ ساله، کارگر ساختمان با علائم درد اطراف ناف، عدم دفع گاز و مدفوع و اتساع شکم به اورژانس مراجعه کرده است، درد ماهیت کولیکی داشته که از ۴ روز قبل شروع شده و تدریجاً بر شدت آن افزوده شده است. بیمار در طی مدت ۴ سال گذشته ۲ بار دیگر نیز بستری شده است، علت بستری در دفعات گذشته دفع مدفوع قیری و سیاهرنگ، ضعف عمومی و گاهی درد مبهم شکمی اطراف ناف بوده است. بیمار در خلال این مدت ۲ بار آندوسکپی شده که هر دو بار گاسترو دودنوسکپی نرمال بوده است. بیمار نهایتاً با تشخیص انسداد روده تحت عمل جراحی قرار گرفت (شکل های شماره ۱ و ۲).

1-Enteroclysis

2-Peroral pneumocolon

3-Smooth defect filling

4-Manual Reduction

تقسیم بندی و تشخیص افتراقی انسداد روده

- ۱- ایلئوس فلجی
- ۲- تنگی کانستریک (الف) بیماری کرون (ب) بدخیمی (لنفوم، آدنوکارسینوما و غیره)
- ج) التهاب دیورتیکول
- د) ایسکمیک بهبود یافته
- ۳- تا شدن قوس روده (الف) انسداد بعد از عمل جراحی (ب) فتق گیرافتاده
- ۴- پیچ خوردگی قوس روده (الف) ولولوس سکوم (ب) ولولوس سیگموئید (ج) ولولوس میان روده
- ۵- انواژیناسیون (الف) انسداد خود بخود (ب) انسداد ثانویه به پولیپ یا تومور
- ۶- جسم خارجی (الف) بلع شده (ب) انسداد ناشی از سنگ

درد شکمی غالباً مبهم و متناوب بوده و گاهی مدتهای طولانی ادامه یافته و از نظر مخفی می ماند. خونریزی گوارشی همیشه برای بیمار نگران کننده بوده و کشف محل خونریزی یک دغدغه خاطر برای پزشک محسوب می شود.

لیومیومها معمولاً در دهه پنجم زندگی تشخیص داده شده و غالباً در ناحیه ژوژنوالیبالی و بصورت اکسترومینال واقع می شوند (۶۵٪). در کتب جراحی به دو ضایعه در ژوژنوم اشاره شده که هر کدامشان می توانند دامی برای پزشک بی احتیاط باشند (A trap for the unwary) یکی از این ضایعات، لیومیوم روده باریک است که می تواند باعث خونریزی شود، و حتی تعدادی از بیماران نیز سابقه لاپاراتومی های منفی مکرر متعاقب خونریزی های بخشهای فوقانی گوارش دارند. لذا توصیه می شود در موارد مشکوک قسمت های سوم

قسمتی شکل با منشاء از جدار روده و که از جدار روده منشاء گرفته بود بدون بزرگی غدد لنفاوی مزانتر، در ناحیه ایلئوم انتهایی و با قطر ۴×۵ سانتیمتر که باعث انواژیناسیون و انسداد کامل روده باریک شده بود، نمودار شد، تومور یا قسمتی از روده در دو طرف رزکسیون و آناستوموز روده انجام شد. تشخیص پاتولوژیک عبارت بود از:

- ۱- لیومیوم خوش خیم روده انتهایی
- ۲- التهاب واکنشی و غیر بدخیم غده لنفاوی مزانتر

بحث و نتیجه گیری

با آنکه روده باریک ۹۰٪ سطح مخاطی دستگاه گوارش را شامل می شود ولی محل نادری برای خونریزی گوارشی تلقی می شود.

اصولاً بررسی خونریزی با منشاء روده باریک (به استثنای دودنوم) مشکل بوده و بخاطر نادر بودنش ممکنست در پی گیری بیماران سابقه ای از خونریزی مزمن گوارشی تحتانی، GIB^(۱) را ارائه دهند (۷). دیورتیکولیت مکل بیش از ۸۰٪ خونریزیهای گوارشی افراد جوان را شامل می شود.

در حالیکه خونریزی فیستول آئورت^(۲) به روده معمولاً در بیمارانی دیده می شود که قبلاً جراحی ترمیمی روی آئورت داشته اند (۴) (جدول ۱).

تومورهای خوش خیم و بدخیم روده باریک گاهی با خونریزیهای سریع و برق آسای گوارشی^(۳) جلوه می کنند ولی در اکثر موارد با خون مخفی در مدفوع و آنمی همراه می شوند، که بویژه در نوع بدخیم شیوع بیشتری دارد. تقریباً نیمی از تومورهای روده باریک دچار خونریزی می شوند (۴)، از میان این تومورها، لیومیوم شایعترین تومور خوش خیم و علامتدار روده باریک است، این تومور برتری جنسی نداشته و ممکن است در هر سنی با یکی از علائم: ملنا، آنمی، درد شکمی، خونریزی شدید گوارشی و یا انسداد روده بروز نماید.

1-Lower GI bleeding

2-Aorto-Enteric Fistula

3-Briak lower-GI bleeding

REFERENCES:

- 1-Greenfield,H., Mul holland,M., Oldham, S., et al., Surgery scientific principles & practice, 1th ed. , philadelphi Lippincott, 1993,PP: 755.
- 2-Alexander, R., Margulis H., Joachim, Burthenne, Alimentary tract radiology, Missouri, Mosby , 1989, 1, 4th ed. PP: 818.
- 3-Moss, H., Gamsu, M., Genant, R., Computed tomography of the body, Saunders, 1992 , 3, Philadelphia, 2th ed., PP: 680.
- 4-Schwartz, M., Shires, B., spencer, H., Principles of surgery 6th ed., New York, Mc-Graw Hill, 1994, 3, PP: 1173.
- 5-D.C. Sabiston, Lyerly H.K., Textbook of surgery, 15th ed, Philadelphia, Saunders 1997, 15th ed, PP: 883.
- 6-Zinner. M.J., Seymourl S., Ellis.H., Maingot's abdominal operations, 10th ed, PP: 87-96.
- 7-Hamilton Baileys's, Emergency surgery, john wright & sons, Bristol, 1979, 10th ed, PP:404.
- 8-Robbins R., Cotran V., Pathologic basis of disease 1997, 5th ed.,PP: 554-562.
- 9-Emanuel R., Jehnl, F., Essential Pathology, Lippincott, Philadelphia 1990, 4th ed, PP: 375.
- 10-Ritchie.Ac., Boyd's textbook of pathology, edition, Lea & Febiger Malvern Pennsylvania, 1990 ,9th, 2, PP: 1089-1090
- 11-Darid J.C., Shearman N.D.C., Finlay son diseases of the gasro intestinal tract & liver Churchill Livingstone, NewYork, 2th ed, 1989, PP: 294-439.

و چهارم دودنوم و پروکسیمال ژوژنوم مورد لمس و معاینه دقیق قرار گیرد.

ضایعه دیگر آنوریسم زیر مخاطی ژوژنوم بوده که از لیومیوم کمیاب تر است و کشف این ضایعه نیز نیاز به دقت زیاد جراح حین بررسی روده دارد و در صورت بروز خونریزیهای سیل آسا بهترین راه جهت کشف محل دقیق ضایعه، کلامپ سگمنتال روده و سپس رزکسیون آنوریسم است.

گاهی همانژیوم روده باریک مسئول خونریزی پایدار دستگاه گوارش می شود. علت خونریزی پایدار بدون نشانه اغلب تومور خوش خیم است تا بدخیم. بررسی قسمت چهارم دوازدهه جز با آزادسازی کامل از زیر پدیکول مزانتر یک فوقانی میسر نمی شود و تعجب آور نخواهد بود اگر گاهی یک تومور بزرگ در این ناحیه در طی لاپاراتومی های مکرر از نظر دور بماند. گاهی با انجام انترتومی در ۲ تا ۳ ناحیه روده باریک و داخل کردن منبع نور درون آن مثل اندوسکوپ فیبر نوری، ضایعاتی مانند لیومیوم و یا همانژیوم قابل کشف خواهند بود. از علل نادرتر خونریزیهای شدید روده باریک واریس های بالقوه کشنده دودنوم و ژوژنوم است، گرچه بروز این واریس هادرکولون و رکتوم شیوع بیشتری دارد. نهایتاً آنکه در صورتیکه با انجام آندوسکوپی، سیگموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی و کنتراست روده باریک خونریزی گوارشی همچنان ادامه داشته باشد، بعد از انجام تست تورنیکست و تست مویرگی His.T که برای ارزیابی شکنندگی مویرگی بکار میرود بشرطی که منفی باشد و در صورت طبیعی بودن زمان پروترومبین، زمان سیلان، زمان انعقاد، تکنسیوم اسکن انجام خواهد شد، در صورتی که لیومیوم روده باریک مسبب خونریزیهای مکرر دستگاه گوارش باشد به بهترین وجهی با تکنیک های رادیونوکلاید آنژیوگرافی یا لمس دقیق روده حین عمل جراحی قابل تشخیص خواهد بود.