Archive of SID

گزارش یک مورد
انواژیناسیون ایلئوایلئال به علت دیورتیکول مکل
در یک دختر ۳/۵ ساله

علیرضا صاحبپورعلم (M.D.)* کوروش وحیدشاهی (M.D.)**

چکیده

انواژیناسیون (Intussusception) شایع‌ترین علت انسداد روده در اطفال می‌باشد. بیماری در فرم تیپیک با دردهای کولیکی و استفراغ به صورت حمله‌ای، همراه با مدفوع خونی تظاهر می‌یابد. در انواع ایلئوایلئال، ممکن است علایم و نشانه‌ها، تیپیک نباشد. تشخیص با استفاده از یافته‌های بالینی و به کمک باریم انما یا سونوگرافی انجام می‌شود. درمان به روش غیر جراحی و در مواردی که ممنوع باشد، به روش جراحی انجام می‌گردد. بیمار ما دختر ۳/۵ ساله‌ای بود که با حال عمومی بسیار بد و کاهش سطح هوشیاری، به اورژانس آورده شد. بنابر اظهار والدین، بیمار از ۴ روز قبل از مراجعه، دچار درد، مداوم و غیر کولیکی در ناحیه شکم، همراه با استفراغ شد که درابتدا غیر صفراوی و سپس صفراوی بوده است. بیمار در هنگام معاینه، دچار افت شدید فشارخون بوده و در حالت نیمه شوک به سر می‌برد و همچنین علایم شکم حاد را نشان می‌داد. بعد از تثبیت شدن وضعیت، بیمار به اتاق عمل منتقل شد که انواژیناسیون ایلئوایلئال به علت دیورتیکول مکل، مشاهده شد. پس از استحاله (reduction) برای بیمار دیورتیکولکتومی انجام شد؛ در نهایت بعد از طی دوره نقاهت پس از عمل، بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

واژه های کلیدی : انواژیناسیون، دیورتیکول مکل، تهی روده

مقدمه

انواژیناسیون یکی از بیماری‌های مهم اطفال می‌باشد که به عنوان شایع‌ترین علت انسداد روده در اطفال شناخته می‌شود.(۳،۲،۱) بیماری در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب، منجر به عواقب وخیم و مرگ بار می‌شود. در بین انواع مختلف و علل گوناگون این بیماری، نوع ایلئوایلئال به علت دیورتیکول مکل بسیار نادر می‌باشد که ما در این گزارش به معرفی بیماری می‌پردازیم که مشکل وی در مراجعات متعدد، تشخیص داده نشد و با حال عمومی بسیار بد به اورژانس آورده شد.

معرفی بیمار

بیمار دختری ۳/۵ ساله اهل و ساکن حومه ساری است که به علت استفراغ و بی حالی شدید به این مرکز آورده شد. بنابر اظهار والدین، مشکل بیمار از ۴ روز پیش از مراجعه، با استفراغ و درد شکم شروع شد.

* فوق تخصص جراحی اطفال، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** متخصص اطفال
✉ ساری- بلوار پاسداران- مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

تاریخ دریافت: ۸۱/۵/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۱/۱۱/۲۷ تاریخ تصویب: ۸۲/۳/۷

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

Archive of SID

استفراغ حاوی موادغذایی بوده و سپس ماهیت صفراوی پیدا کرد ولی حاوی خون نبوده است. به تدریج میزان استفراغ افزایش یافته، به طوری که بیمار قادر نبود هیچ چیزی از راه دهان دریافت کند. درد شکم نیز وجود داشته که بنابه اظهار والدین ابتدا در ناحیه اپی‌گاستر بوده و سپس به طور ژنرالیزه در کل شکم احساس می‌شده است. درد، مداوم و غیر کولیکی بوده و شدت یا ضعف خاصی نداشته است؛ ولی متعاقب استفراغ، اندکی بهبود می‌یافته است. طی ۴ روز قبل از مراجعه، ۲ بار دفع مدفوع داشته که حاوی خون نبوده است. در خلال این مدت، به پزشکان مختلف مراجعه می‌نماید. که داروهای متفاوتی شامل کوتریموکسازول، دیفن‌هیدرامین، دی‌سیکلومین، ویتامین ب‌کمپلکس و آمپول ویتامین C برایش تجویز می‌شود که موثر واقع نمی‌شود و شدت بیماری افزایش می‌یابد. بیمار بی‌حال شده و سطح هوشیاریش نیز شروع به کاهش می‌کند. در تاریخچه قبلی و سابقه خانوادگی، نکته مثبتی وجود نداشت. از نظر معاینات بالینی در بدو ورود، T=37.8، تاکی‌پنه، تاکی‌کاردی،BP=3/P، حال‌عمومی بسیار بد و لتارژیک و پوست لکه لکه[1] وجود داشت. مخاط، کاملاً خشک و تنفس‌های بیمار عمیق و تند بود. شکم، نسبت به لمس حساس بوده و در ناحیه بین ناف و ربع تحتانی راست،[2] توده‌ای به ابعاد تقریبی ۵×۵ سانتیمتر لمس می‌شد. انتهاها سرد و سیانوتیک، و نبض‌ها ضعیف و نحی[3] بوده و در توشه رکتال، مدفوع زرد بدون خون به دست می‌خورد. علایم جانبی نورولوژیک، وجود نداشت. برای بیمار اقدامات‌تشخیصی- درمانی‌ضروری شامل ارسال نمونه‌ها و مایع درمانی مناسب، انجام شد که وضعیت عمومی بیمار، بهتر شد و فشارخون، افزایش یافت و وضعیت هوشیاری نیر بهبود یافت. پس از گذاشتن سوند معده، ترشحات صفراوی با حجم زیاد خارج شد (بیش از ۸۰۰ میلی‌لیتر در عرض ۳ ساعت). در یافته‌های پاراکلینیک، بیمار آنمی خفیف داشت. لکوسیتوز با شیفت به چپ وجود نداشت، ESR و الکترولیت‌ها طبیعی بوده و در گازهای خون شریانی، آلکالوز متابولیک وجود داشت. در رادیوگرافی شکم، سطوح مایع- هوا وجود داشت وکولون فاقد گاز بود. برای بیمار تشخیص‌های افتراقی انسداد شکم شامل انواژیناسیون، ولولوس، فتق مختنق، انسداد پارازیتی و... مطرح شد. پس از تثبیت وضعیت اولیه با توجه به شکم حاد و ترشحات صفراوی، بیمار لاپاراتومی شد که یافته حین جراحی، انواژیناسیون ایلئوایئال به علت دیورتیکول مکل را تأیید کرد. ابتدا انواژیناسیون استحاله (Reduced) و سپس رزکسیون دیورتیکول مکل انجام شد. بیمار دوره‌ی پس از عمل جراحی (Post op) را به خوبی پشت سر گذاشته و با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث

انواژیناسیون عبارت است از فرورفتگی‌تلسکوپیک قسمتی از روده در سگمان مجاور خود(۱،۲،۳،۴). این بیماری اولین بار در حدود ۳۰۰ سال پیش شرح داده شد. در قرن نوزدهم درمان‌های جراحی و غیر جراحی مورد توجه قرار گرفت. اولین گزارش از تعدادی بیمار توسط Hirshprong در ۱۸۷۶ در کپنهاک ارایه شد(۳)

1. Mottling
2. RLQ
3. Filliform

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

Archive of SID

انسیدانس بیماری در مطالعات مختلف بین ۱تا۴ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده و بیشتر درسنین ۴ ماهگی تا ۶ سالگی دیده می‌شود. بیماری در جنس مرد شایع‌تر است(۳،۱). تنها در ۲تا ۸ درصد موارد، یک علت مشخص برای انواژیناسیون پیدا می‌شود که به عنوان «عامل اصلی[1]» یا نقش اول برای روده عمل می‌کند که برخی از آنها شامل موارد زیر است:

دیورتیکول مکل، پولیپ، آدنوم، ندول هیپرتروفیک پانکراس، نورو فیبروماتوز، دوپیلکاسیون همانژیوم، خونریزی اینترامورال در جریان هنوخ، جسم خارجی. احتمال وجود «عامل اصلی» در سنین بالا یا خیلی پایین بیشتر است(۳،۲،۱). در اغلب موارد انواژیناسیون، به صورت ایلئوکولیک یا ایلئوسکوکولیک و با شیوع بسیار کمتری، ایلئوایلئال می‌باشد: اگر دیورتیکول مکل را به عنوان اتیولوژی آن در نظر بگیریم، شیوع آن بسیار کم بوده و در حد موارد نادر،گزارش گردیده‌است(۱،۳)؛ چنان که Peeker R. و همکاران (۱۹۹۸) یک مورد انواژیناسیون ایلئوایلئال را به علت دیورتیکول مکل، گزارش نمودند(۷). همچنین Dujardin M. و همکاران (۲۰۰۲) و Hennberg و همکاران (۲۰۰۳) گزارشاتی از انواژیناسیون ایلئوایلئال را به علت دیورتیکول مکل معکوس(Inverted) ارایه نمودند(۹،٦). البته چند گزارش از انواژیناسیون ایلئوایئال به علل دیگر مثل پانکراس هتروتروپیک یا پولیپ فیبروئید التهابی نیز قابل ذکر می‌باشد(۱۱،۱۰). همچنین برخی محققین، موارد گذرای انواژیناسیون ایلئوایلئال و جنبه‌های دیگر آن را مورد بررسی قرار دادند(۱۳،۱۲،۸). پس از ایجاد انواژیناسیون، در اثر احتقان عروق مزانتر، ادم و ایسکمی، نکروز و خونریزی بوجود می‌آید. علایم بالینی در فرم شایع به صورت حملات درد شکم، گریه شدید، و جمع کردن دست و پا در شکم می‌باشد. استفراغ که ممکن است خونی باشد نیز در برخی موارد وجود دارد. حملات در ابتدای بیماری با استحاله خود به خودی، بهبود می‌یابد. ولی با پیشرفت بیماری، طول حملات بیشتر و فواصل آنها کمتر می‌شود و بیمار به سمت شوک و کاهش سطح هوشیاری پیش می‌رود. دفع مدفوع خونی در ۶۰ درصد موارد وجود دارد(۱،۲،۳). درنوع ایلئوایلئال، تظاهر بیماری تیپیک نبوده، خود را به صورت درد مداوم و تابلوی انسداد روده نشان می‌دهد(۴،۳،۲،۱). نکته قابل توجه این است که در ۱۳درصد موارد درد، وجود ندارد؛ در۲۴درصد موارد، بیمار استفراغ نمی‌کند؛ در ۳۸ درصد موارد، خونریزی گوارشی وجود ندارد و در ۳۶ درصد موارد نیز توده‌ای لمس نمی‌شود(۳). تشخیص عمدتاً بر اساس تاریخچه و معاینه‌بوده و درعکس‌ساده شکم،یافته‌های غیراختصاصی و گاهی علایم انسداد روده ممکن است وجود داشته باشد. در باریم انما، ضایعات پر با «تصاویر فنر مانند»[2] دیده می‌شود. سونوگرافی از حساسیت بالایی برخوردار است(۳،۱). درمان در نوع ایلئوایلئال و مواردی که تحریک صفاق و عدم پاسخ به درمان جراحی و علایم شوک یا کاهش سطح هوشیاری وجود دارد، به صورت جراحی انجام می‌شود در صورت عدم درمان مناسب، بیماری منجر به مرگ می‌شود و هرچه طول دوام علایم بیشتر باشد، پیش‌آگهی بدتر است. میزان عود بعد از روش‌های غیرجراحی، ۱۰ درصد و بعد از جراحی، ۵ درصد است.

1. Leading point

2. Coiledspring

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

Archive of SID

فهرست منابع

1- Richard E. Behranman, Robert m. Kliegman, Hal. B. jenson, ***nelson Textbook of pediarics***, 16 th edition, Philadelphia: W.B. saunders Company; 2000: 513- 517.

2- Julia A. McMillan; Catherire D. DeAngelid, Ralph D. Feigin, Joseph B. Warshaw, Oski,s ***pediatrics***. 3rd edition, Philadelphia: Lippincott Williams; & Wilkins, 1999, 1652-1654, 1644-1645.

3- James A. Oneill, Jr. Marcel Rowe, jayl. Grosfeld Eric w. Fonkalarad Arnold G Coran, ***Pediatric Surgery*** 5th edition, st lauis: Mosby; 1998: 1185-1195, 1173-1180.

4- H. William Taeusch- Roberta A. Ballard- Mary Ellen Avery, ***Diseases of the newborn***. 6th. Edition- Philadelphia: W. B. saunders;(1998) 744-762.

5- Seymow I. Schwartz, G. Tom shires, frank C. Spencer, John M. Daly, Josef E. Fischer, Aub regc Galloway, ***Principles*** of ***Surgery***, 7th edition, New york: McGraw-Hill; 1999: 1239-1242.

6- Robert Wyllie, Jefrys. Hyoms, ***pediatric gaster intest. Dis***, 2 edition, Philadelphia: W.B. saunders; 1999: 483-485.

7- Dugardin M, de Beeck Bo, osteauxM. Inverted Meckel,s diverticulum asaleading point for ileoileal intussusception, ***Abdom Imaging*** 2002 Sep-Oct; 27(5): 563-5.

8- Peeker R, HjalmasK, Ileoileal intussu sception with a leading. Meckel,s diverticulum. ***Amfam physician,*** 1998, Sep 58(3): 659-60.

9- Van Hee R, Brewaeys P, Buyssens N. Ileal intussusception due to invagination of Meckel's direrticulum, ***Acta chir Belg.*** 1999 Jan-Feb 92(1): 55-9.

10- Hennberg J, et al. inverted Meckel,S diverticulum masquerading crohn disease in the small intestine. ***Scand Jgastroenterot,*** 2003 Feb; 28(2): 225-7.

11- Savargaonkar P, Morgenstrn N, bhuiyat. Inflammatory fibroid polyp of the ileum Causing intussusception: Report of two cases with emphasis on. Cytologic diagnosis. ***Diagn. Cyto pathol***. 2003 Apr; 28(4): 217-21.

12- Able R, keen CE, Binagham JB, Maynard J, Agrawal MR, ramachandra S. Heterotopic pancreas as lead point in intussuseption pediart Dev ***pathol***, 1999 Jul. Aug; 2(4): 367-70.

13- Strouse PJ, Dipietro MA, Saezf, Transient small bowel intussuseption in children on CT. ***Pediatr Radiol***. 2003 May. 2003 May; 43(12) 645- 8.

14- Kim MC, Strous PJ, Pehwc, clinics indiagnostic imaging (80). Ileocolic intussusception. ***Singapore Med J.*** 2002 Dec; 43(12): 645-8.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

www.SID.ir