

گزارش یک مورد انسداد روده باریک به علت هرنی پارادئودنال

دکتر زهرا اخوان^۱

خلاصه

هرنی داخلی در تعداد کمی از بیمارانی که با انسداد روده مراجعه می کنند دیده می شود با این حال ۵۰٪ از پارادئودنال هرنی به صورت انسداد حاد روده بروز می کند. بیمار گزارش شده یک مرد ۲۸ ساله است که با علائم انسداد کامل روده مراجعه نموده است. تشخیص بیماری بر اساس معاینه فیزیکی و علائم رادیوگرافیک داده شد. بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت و مشاهده گردید که تمام روده باریک در پشت مزوکولون چپ قرار دارد. برای بیمار تشخیص پارادئودنال هرنی چپ داده شد و هرنی توسط رداکشن و بستن نقص مزانتریک ترمیم گردید.

واژه های کلیدی: هرنی پارادئودنال، انسداد روده

۱- متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گیلان

مقدمه

هرنی پارادئودنال یکی از علل نادر انسداد روده باریک و ناشی از آنومالی در چرخش روده می‌باشد (۷،۹،۱۸). بر اساس متون اولین مورد بیماری در سال ۱۷۸۶ توسط Neubauer گزارش شده است و او معتقد بوده که این هرنی ناشی از نقص در شکل‌گیری پریتون است (۷). در سال ۱۹۰۶، Moynihan توضیح داد که هرنی داخلی ناشی از بزرگ شدن تدریجی حفرات موجود در شکم است و این نظریه تا سال ۱۹۲۳ مورد قبول بود (۷،۱۴). در آن سال نظریه Andrew مورد قبول واقع شد که هیچ اختلاف فشاری در پریتون وجود ندارد که عامل هرنی شود. به علاوه محتوی هرنی‌های پارادئودنال شامل روده باریک بدون وجود انتنوم است. لذا این هرنی متعاقب یک آنومالی مادرزادی در تشکیل پریتون است که در آن روده باریک در زیر کولون تکامل می‌یابد (۳،۷،۱۸).

علائم بالینی بیماری به صورت حملات درد مبهم و نامشخص شکمی است که با خوردن غذا تشدید می‌شود (۷،۱۵). در معاینه بالینی اگر هرنی بزرگ باشد به صورت توده قابل لمس است ولی اتساع شکمی یک یافته متغیر می‌باشد. در نیمی از موارد نیز بیماران با علائم انسداد روده باریک مراجعه می‌کنند (۲،۱۱،۱۸). هرنی پارادئودنال از نظر آناتومیک سه نوع راست، چپ و transverse دارد که شیوع طرف چپ سه برابر طرف راست است (۲،۵). نسبت ابتلاء مرد به زن ۳/۱ می‌باشد (۲). روش‌های تشخیص قبل از عمل شامل رادیوگرافی Upper GI series و CT اسکن است و در حال حاضر Spiral CT روش انتخابی می‌باشد. اما با این حال در بیشتر موارد تشخیص قبل از عمل مشکل بوده و در حین عمل مشخص می‌شود (۱۳،۱۸). مداخله سریع جراحی به دلیل عوارض بالای ناشی از عوارض گانگرن روده اهمیت زیادی دارد (۱۱).

معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۸ ساله ای می‌باشد که به علت دردهای کولیکی شکم و تهوع و استفراغ به اورژانس بیمارستان ۲۲ آبان لاهیجان مراجعه نموده است و با تشخیص اولیه renal colic تحت درمان قرار گرفته و به علت عدم پاسخ به درمان درخواست مشاوره جراحی شده است. در معاینه اولیه بیمار کمی آژیته بود و از دردهای متناوب شکمی که از حدود ۸ ساعت قبل از مراجعه شروع شده و با تهوع و استفراغ همراه بوده است شاکمی بود. همچنین بیمار

obstipation نیز داشته است. سابقه دردهای مشابه را از قبل ذکر نمی‌کرد. در معاینه فیزیکی علائم حیاتی نرمال بود. در معاینه شکم در مشاهده اتساع موضعی در حدود ناف داشت که در لمس حساس بوده و توده‌ای با حدود نامشخص در همین ناحیه لمس می‌شد. در بررسی آزمایشگاهی لکوسیتوز ($WBC=10160$) با ۷۹٪ پولی مرفونوکلئو داشت، $Na=140$ و $K=3/8$ میلی‌اکی والان در لیتر بود.

برای بیمار درخواست رادیوگرافی ایستاده و خوابیده شکم شد که سطوح متعدد مایع و هوا در قسمت میانی شکم مشهود بود و گاز در رکتوم وجود نداشت.

بیمار بعد از احیاء اولیه با تشخیص انسداد کامل روده باریک به اطاق عمل منتقل شده و تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. شکم حاوی مقدار کمی مایع زرد کهربائی بود و تمامی روده باریک در ساک نازکی که مزوی کولون چپ بود قرار داشت. با برش در سطح آواسکولار ساک تمامی روده باریک آزاد شد (انتنوم وجود نداشت). آپاندکتومی نیز انجام و مزو ترمیم شد. همچنین در بررسی روده باریک در فاصله ۴۰ cm ترمینال ایلئوم دیورتیکولی قرار داشت که اقدام به دیورتیکولکتومی شد. بیمار روز پنجم بعد از عمل بدون عارضه از بیمارستان مرخص شد.

بحث و نتیجه گیری

هرنی داخلی بیرون زدگی احشاء از میان یک سوراخ غیر طبیعی یا طبیعی در حفره شکمی است (۷). این بیماری در ۱/۹-۲/۰ درصد موارد به علت انسداد روده می‌باشد و هرنی پارادئودنال یک اینترنال هرنی است که ۵۳-۳۰ درصد موارد هرنی‌های داخل شکمی را شامل می‌شود (۷). هرنی پارادئودنال ناشی از چرخش ناکامل میدگات است که طی آن روده باریک به حفره پارادئودنال وارد می‌شود که در هرنی نوع چپ روده‌ها وارد حفره چپ می‌شوند و در پشت مزو کولون قرار می‌گیرند (۳،۷). هرنی پارادئودنال انواع راست و چپ و transverse دارد که از نظر ساختمان آناتومیک و منشأ جنینی متفاوت هستند (۵،۷). در بیمار مورد گزارش هرنی پارادئودنال از نوع طرف چپ بود که در سن ۲۸ سالگی بروز کرده بود. تظاهرات بالینی به صورت درد و شکایات مبهم در بخش فوقانی دستگاه گوارش است و تظاهر حاد آن به صورت علائم انسداد روده باریک می‌باشد (۱۵،۱۷،۱۸). در بیمار مورد نظر سابقه‌ای از شکایات مبهم شکمی از قبل وجود نداشت و بیمار با علائم انسداد روده باریک شامل تهوع، استفراغ و دردهای شکمی و obstipation

چنانچه در مطالعات دیگر هم اشاره شده اثبات تشخیص قطعی قبل از عمل جراحی ضروری نبوده و با توجه به عوارض بالای ناشی از استرانگولاسیون روده باریک تصمیم به جراحی فوری در درمان بیماری اهمیت فراوان دارد (۸،۹،۱۱) و گزارشاتی مبنی بر بهبودی سریع بیماری با تشخیص و درمان جراحی بموقع وجود دارد (۱۶). در حالی که گزارشاتی مبنی بر عوارض بسیار شدید ناشی از گانگرن روده نیز ارائه شده است (۱۰،۱۲). در گزارش دیگری از لاپاراسکوپي نیز به عنوان روش تشخیص و درمان استفاده شده است (۶).

ترمیم جراحی هرني پارادئودنال بسته به نوع آناتومیک آن متفاوت می باشد اما طور کلی شامل رداکشن هرني و بستن مزانتر بر حسب آناتومی آن بدون آسیب عروق مزانتریک است (۵،۷،۱۸). در بیمار مورد نظر با توجه به هرني پارادئودنال نوع چپ اقدام به باز کردن ساک و رداکشن هرني شد و سپس مزو با حفظ عروق مزانتریک ترمیم شد. بیمار در دوره پس از عمل مشکل خاصی نداشت و روز پنجم بعد از عمل از بیمارستان مرخص گردید.

مراجعه نموده بود. لذا در بیمارانی که با علایم انسداد روده مراجعه می نمایند حتی در بزرگسالان نیز تشخیص چرخش ناصحیح (malrotation) روده باید به عنوان علت بیماری مد نظر باشد (۴).

در بیمارانی که علایم آتپیک شکمی دارند اقدامات تشخیصی شامل گرافی های ساده شکم، upper GI series و CT اسکن می باشد و گاهی سونوگرافی نیز مفید است که از روش های فوق CT اسکن به خصوص Spiral CT با دقت بالا در تشخیص بیماری استفاده شده است (۱،۴،۵،۱۳). هرني پارادئودنال در CT شکم به صورت توده ای حاوی روده باریک است که در ساکی از پریتوان قرار گرفته و حول محور مزانتریک متحرک می باشد (۱۳).

در بیمار معرفی شده با توجه به علایم انسداد کامل روده باریک ابتدا اقدام به انجام رادیوگرافی های ساده شکمی شد که با توجه به سطوح متعدد مایع و هوا در قسمت میانی و عدم وجود گاز در رکتوم و حساسیت شکمی در معاینه بالینی اقدام تشخیصی بیشتری انجام نشد و بیمار کاندید عمل لاپاراتومی گردید.

Summary

Paraduodenal Hernia as a Reason for Small Intestine Obstruction: Report of a Case

Akhavan Z, MD¹.

1. General Surgerist, Gilan University of Medical Sciences and Health Services, Gilan, Iran

Internal hernia represents only a small fraction of the patients with intestinal obstruction, however 50% of paraduodenal hernia present as an acute intestinal obstruction. The case is a 28-year old man with presentation of complete bowel obstruction. Diagnosis confirmed through physical examination and abdominal radiography. Laparotomy was performed during which total herniation of small intestine into a retroperitoneal space through a defect on left mesocolon was noted. A left paraduodenal hernia was diagnosed. The hernia was repaired by reduction and closure of the mesentric defect.

Key Words: Paraduodenal hernia, Intestinal obstruction.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2003; 10(4): 251-254.

References

1. Blachar A, Sagie B, Brietman Y, Levine C and Graif M. Left paraduodenal hernia: a report of a case and a review of clinical and diagnostic CT findings. *Harefuah* 2003;142(2): 91-3, 160.
2. Dengler WC and Reddy PP. Right paraduodenal hernia in childhood :a case report. *J Pediatr Surg* 1989; 24(11): 1153-4.
3. Dia A, Sakho A, Fall B and Diop A. A left paraduodenal hernia--a case report. *Dakar Med* 1998; 43(2): 245-7.

4. Dietz DW, Walsh RM, Grundfest-Broniatowski S, Lavery IC, Fazio VW and Vogt DP. Intestinal malrotation: a rare but important cause of bowel obstruction in adults. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(10): 1381-6.
5. Dritsas ER, Ruiz OR, Kennedy GM, Blackford J and Hasl D. Paraduodenal hernia: a report of two cases. *Am Surg* 2001; 67(8): 733-6.
6. Finck CM, Barker S, Simon H and Marx W. A novel diagnosis of left paraduodenal hernia through laparoscopy. *Surg Endosc* 2000; 14(1): 87.
7. Fitagibbons RJ and Greenburg AG: Hernia. Lippincott Williams & Wilkins, 5th ed., 2002; P: 453-9.
8. Gargouri F, Frikha F, Amrou H, Ammous H, Abid M, Ghorbel A and Beyrouti MI. Internal abdominal hernias. Report of 8 cases. *Tunis Med* 2001; 79(6-7): 366-9.
9. Genovese AM, Taranto F, Fiore D, Segreto M, Giardinelli A and Cavallaro G. Internal abdominal hernia. Unusual cause of intestinal occlusion. *Minerva Chir* 2000; 55(3): 177-80.
10. Hirasaki S, Koide N, Shima Y et al. Unusual variant of left paraduodenal hernia herniated into the mesocolic fossa leading to jejunal strangulation. *J Gastroenterol* 1998; 33(5): 734-8.
11. Huang YC, Chen HL, Hsu WM, Chen SJ, Lai MW and Chang MH. Left paraduodenal hernia presenting as intestinal obstruction: report of one case. *Acta Paediatr Taiwan* 2001; 42(3): 172-4.
12. Khan MA, Lo AY, Vande Maele DM. Paraduodenal Hernia. *Am Surg* 1998; 64(12): 1218-22.
13. Mnif N, Salem A, Bouzaidi S, Rajhi H, Trabelsi O, Najjar T, Zaouch A and Hamza R. Left paraduodenal internal hernia: a new case report. *Tunis Med* 2002; 80(30): 142-145.
14. Moynihan BGA. On retroperitoneal hernia. New York, William Wood Co., 1906
15. Patil R, Smith C and Brown MD. Paraduodenal hernia presenting as unexplained recurrent abdominal pain. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(12): 3614-5.
16. Quain. Case of internal strangulation of a large portion of the ileum. *Trans Pathol Soc Lond* 1861; 7: 103.
17. Toppins AC and Ford KL. Aunt Minnie's corner. Left paraduodenal internal hernia. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22(5): 844.
18. Yoo HY, Mergelas J and Seibert DG. Paraduodenal hernia: a treatable cause of upper gastrointestinal tract symptoms. *J Clin Gastroenterol* 2000; 31(3): 226-9.