

گزارش یک مورد انفارکتوس امتوم در یک خانم جوان به همراه ترومبوز ورید پورت

دکتر محمد مظفر*، دکتر عطاء الله حیدری**، دکتر هاتف زیرک زاده**، دکتر محمد رضا صبحیه**

چکیده:

انفارکتوس امتوم یک علت نادر درد حاد شکم است که می‌تواند ثانویه به پیچش امتوم به دور پایه عروقی، ترومبوز، واسکولیت یا انسداد وریدی رخ دهد و می‌تواند علائم بیماری‌هایی مثل آپاندیسیت، کله‌سیستیت، دیورتیکولیت یا پارگی کیست تخمدان را تقلید کند. این گزارش به معرفی بیماری می‌پردازد که به دنبال مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی و با تشخیص هماتوکریت بالا با درد در سمت راست شکم مراجعه کرده بود و در طی بررسی‌ها مشخص شد که دچار ترومبوز در ورید پورت و نیز انفارکتوس قسمتی از امتوم شده است. بیمار تحت جراحی قرار گرفت و قسمت گانگرنه امتوم برداشته شد و سپس با حال عمومی خوب و تجویز درمان ضد انعقادی مرخص گردید.

واژه‌های کلیدی: انفارکتوس امتوم، ترومبوز ورید پورت، ترومبوز ورید مزانتریک

زمینه و هدف

کولیکی بوده و از یک هفته پیش شروع شده بود و انتشار به جای خاصی نداشت. بیمار سابقه چنین دردهایی را در گذشته نمی‌داد. درد بیمار از حدود ۱۵ ساعت قبل از مراجعه شدیدتر شده و از حالت کولیکی به حالت دائمی تبدیل شده بود. بیمار حالت تهوع و چند بار استفراغ را ذکر می‌کرد و اجابت مزاج نرمال داشت، همچنین تب و علائم ادراری نداشت. بجز سابقه سه بار سزارین، بیمار تاریخچه پزشکی دیگری را ذکر نکرد. وی همچنین مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی را در طول دو هفته اخیر ذکر کرد. خواهر بیمار نیز به علت ترومبوز ورید پورت در گذشته بود.

در معاینه شکم اسکار سزارین به صورت عرضی در قسمت تحتانی مشاهده می‌شد. تندرست بدون ریباند در نواحی فوقانی و به ویژه در سمت راست شکم وجود داشت، اما در ابتدای مراجعه شکم نرم و بدون گاردینگ بود.

امتوم استتالهای بزرگ از پریتون است که از معده و دئودنوم منشاء گرفته و سپس روی اکثر قسمت‌های روده را می‌پوشاند، به همین دلیل در صورت انفارکتوس آن ممکن است درد در هر قسمتی از شکم ایجاد شده و به اشتباه تشخیص آپاندیسیت، کوله‌سیستیت، دیورتیکولیت یا مسایل ژنیکولوژیک داده شود.^{۱،۲}

ما در این مقاله بیماری را معرفی می‌کنیم که با شکایت درد در قسمت راست و فوقانی شکم مراجعه کرده بود و در طی بررسی‌ها مشخص شد که دچار ترومبوز ورید پورت و انفارکتوس امتوم می‌باشد.

معرفی بیمار

خانمی ۳۵ ساله با شکایت درد شکم به اورژانس مراجعه کرد. درد در قسمت راست و فوقانی شکم و به صورت متناوب و

نویسنده پاسخگو: دکتر محمد مظفر

تلفن: ۲۲۷۲۱۱۴۴

E-mail: Mohamad_Mozafar@Yahoo.com

* دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تجریش، بخش جراحی عمومی

** متخصص جراحی عمومی، بیمارستان شهدای تجریش

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۰۹/۲۹

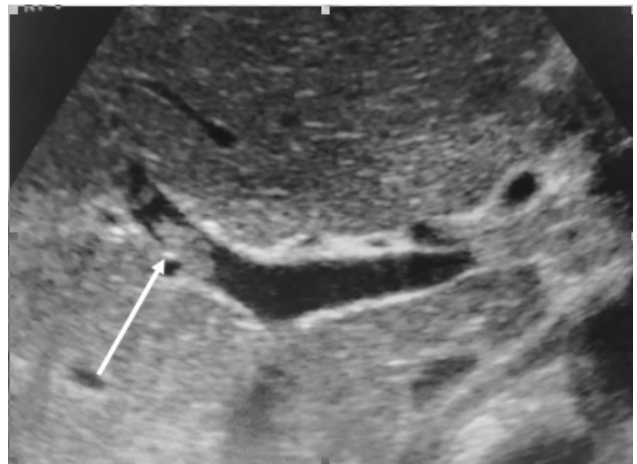
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۹/۱۸

دکتر محمد مظفر - گزارش یک مورد انفارکتوس امنتوم در یک ...



تصویر ۲- ترومبوز شاخه راست ورید پورت

در آزمایشات انجام شده $HG=19$, $WBC=8500$ و $HCT=56/7$ و $PLT=113000$ بود و سایر آزمایشات روتین طبیعی بودند، گرافی های ساده شکم نیز نرمال بودند. در سونوگرافی که بیمار به همراه آورده بود، قطر ورید پورت ۱۵ میلیمتر بوده و یک ترومبوز اکوژنیک به اندازه ۲۷×۱۵ میلیمتر در محل دو شاخه شدن آن مشهود بود که به داخل شاخه راست آن گسترش یافته بود و جریان خون نیز در ورید پورت مشاهده نگردید (تصویر ۱).



تصویر ۱- ترومبوز در ورید پورت

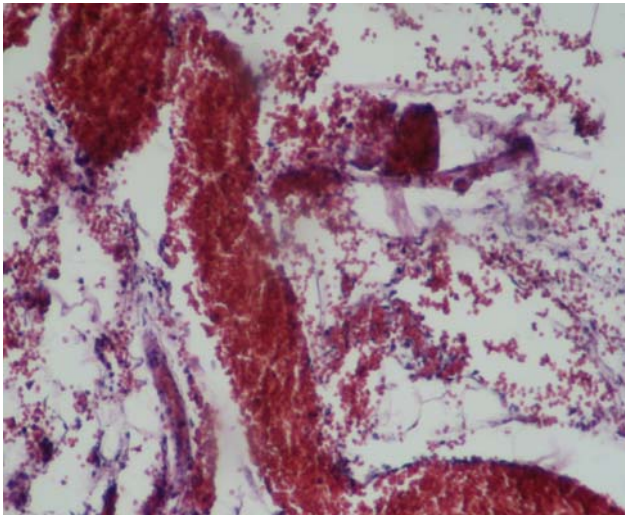


تصویر ۳- ترومبوز ورید مزانتریک فوقانی

همچنین ترومبوز در ورید مزانتریک فوقانی به اندازه ۳۸×۱۴ میلیمتر درست قبل از محل اتصال آن به ورید طحالی مشهود بود.

بیمار قبل از آمدن به این مرکز در مرکز دیگری تحت درمان با هپارین قرار گرفته بود. بعد از اقدامات اولیه احیاء بیمار تحت سی تی اسکن قرار گرفت. در سی تی اسکن ترومبوز در شاخه راست ورید پورت و ورید مزانتریک فوقانی مشهود بود و امنتوم به نظر **hazy** می رسید (تصاویر ۲ و ۳).

بیمار بستری شد و تحت درمان با هپارین قرار گرفت، اما پس از مدتی دچار ریباند تندرئس ژنرالیزه و گاردینگ شکم گردید، لذا کاندید لاپاراتومی شد.



تصویر ۵-نمایی از لام پاتولوژی

در طول بستری مشاوره هماتولوژی داده شد و تست‌های BCR-ABL, JAK-۲ چک شد که منفی بودند. Protein = ۷۷ و C و Antithrombin III = 35 و Protein S = ۷۲ بود.

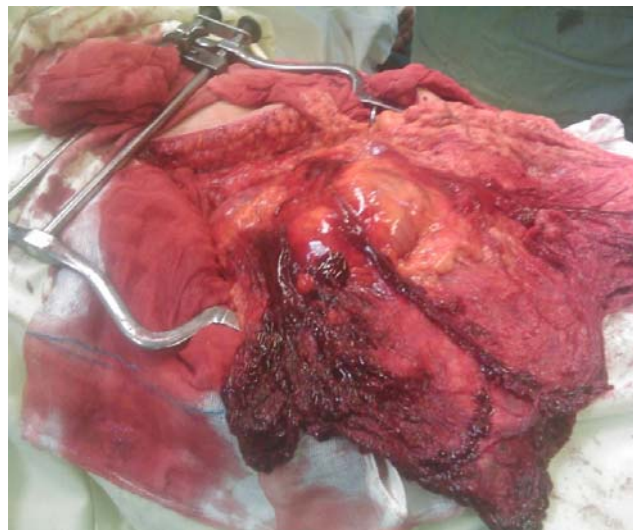
بحث و نتیجه‌گیری

انفارکتوس امنتوم از علل نادر درد شکم است که مقلد بسیاری از بیماری‌های با درد حاد شکمی است و تشخیص آن به راحتی امکان‌پذیر نمی‌باشد. بیماران اغلب با درد حاد لوکالیزه در سمت راست شکم همراه با تهوع و استفراغ مراجعه می‌کنند. در معاینه شکم گاهی تندرns همراه با گاردینگ و ریپاند تندرns دیده می‌شود.^۱ در حدود ۸۵٪ از موارد انفارکتوس امنتوم در بالغین مشاهده می‌شود. انفارکتوس امنتوم در مردان شایعتر است و بیشترین شیوع آن در سنین ۴۰ تا ۵۰ سالگی می‌باشد.^۴

بر اساس طبقه‌بندی که توسط Leitner انجام شده، علل انفارکتوس امنتوم به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم شده‌اند.^۵ در مواردی که انفارکتوس امنتوم به دنبال پیچ خوردن آن نمی‌باشد، ممکن است افزایش انعقادپذیری خون، واسکولیت یا احتقان ورید مزانتریک عامل ایجاد کننده انفارکتوس باشند.^۶

یافته‌های لاپاراتومی

شکم با برش از خط وسط باز شد که در حدود ۵۰۰ سی‌سی خون تیره در آن مشاهده گردید. در مسیر درناژ وریدی سمت راست امنتوم، ترومبوز وجود داشت و به خصوص ورید گاسترواپیپیلوئیک راست سفت و مانند طناب لمس می‌شد. قسمت‌هایی از سمت راست امنتوم دچار گانگرن شده بودند که برداشته شدند (تصویر ۴) امنتوم به محل جراحی قبلی چسبندگی نداشت. ورید پورت از طریق سوراخ Winslow لمس شد که قابل فشرده شدن نبود و به نظر ترومبوزه می‌رسید. روده‌ها کاملاً سالم بودند. یک دیورتیکول مکل نیز در ۶۰ سانتیمتر از دریچه ایلئوسکال به صورت اتفاقی مشاهده گردید.



تصویر ۴- مناطق گانگرنه در امنتوم

پس از جراحی بیمار مجدداً تحت درمان با هپارین وریدی قرار گرفت و وارفارین نیز از روز بعد شروع شد. فصد خون نیز جهت کاهش هماتوکریت انجام گرفت. نهایتاً بیمار با INR=2.5 مرخص شد. گزارش پاتولوژی احتقان وریدی امنتوم همراه با نکروز قسمت‌هایی از آن (تصویر ۵).

درمان انفارکتوس امنتوم ممکن است با جراحی و یا به صورت محافظه کارانه انجام شود. برخی از مقالات درمان جراحی را به دلیل بهبودی سریعتر علایم بیمار و کوتاه تر شدن طول مدت بستری ارجح می‌پندارند.^{۱۰،۹} اما دیگران عقیده دارند که به دلیل ماهیت خود محدود شونده بیماری باید از انجام جراحی اجتناب نمود.^{۱۱-۱۳} به هر حال انجام جراحی در بیمارانی که تشخیص در آنها قطعی نیست و یا وضعیت عمومیشان در حال بدتر شدن است اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. در مواردی که تصمیم به جراحی گرفته می‌شود روش لاپاراسکوپیک را باید همواره به عنوان روشی تشخیصی و درمانی که عوارض کمی نیز به همراه دارد در نظر داشت.^{۱۵ و ۱۴}

در اکثر موارد سمت راست امنتوم درگیر می‌شود که علت این امر احتمالاً طول بلندتر آن در سمت راست است.^۸ انفارکتوس امنتوم چه اولیه باشد یا ثانویه باعث احتقان وریدی و نکروز خونریزی دهنده خواهد شد. به نظر می‌رسد که در بیمار ما وجود هماتوکریت بالا و مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی دو عامل مستعد کننده ایجاد لخته بوده‌اند. همچنین وجود ترومبوز در ورید پورت و در نتیجه ایجاد احتقان در ورید مزانتریک نیز خود می‌تواند عاملی در جهت ایجاد انفارکتوس امنتوم باشد.

Abstract:

A Case Report of Omental Infarction in a Young Woman with Portal Thrombosis

Mozafar M. MD^{}, Heidari A. MD^{**}, Zirakzadeh H. MD^{**}, Sobhiyeh M.R. MD^{**}*

(Received: 20 Nov 2010

Accepted: 8 Dec 2010)

Omental infarction is a rare cause of acute abdomen which can be secondary to torsion around its vascular pedicle, thrombosis, vasculitis of omental vessels or omental venous outflow obstruction. The symptoms may mimic acute appendicitis, cholecystitis, diverticulitis or ovarian cyst rupture. In this report we will present a patient who was admitted with right side abdominal pain after taking oral contraceptive pills and was diagnosed to have high hematocrit level, portal vein thrombosis and omental infarction. She underwent surgery and the gangrenous part of the omentum was resected. The patient's postoperative recovery was uneventful and she was discharged with anticoagulant.

Key Words: Omental Infarction, Portal Vein Thrombosis, Mesenteric Thrombosis

* Associate Professor of General and Vascular Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Shohadaye Tajrish Hospital, Tehran, Iran

** General Surgeon, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Shohadaye Tajrish Hospital, Tehran, Iran

References:

1. Van Breda Vriesman AC, Lohle PN, Coerkamp EG et al. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur Radiol* 1999; 9: 1886-1892.
2. Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction: pitfalls and look-alikes. *Abdom Imaging* 2002; 27: 20-28.
3. Nubi A, McBride W, Stringel G. Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J Pediatr Surg*. 2009 May; 44(5): 953-6.
4. Paroz A, Halkic N, Pezzetta E et al. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum: a rare cause of acute abdomen. *J Gastrointest Surg* 2003; 7(6): 805-808.
5. Leitner MJ. Torsion, infarction and hemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress. *Ann Surg* 1952; 135: 103-110.
6. Paroz A, Halkic N, Pezzetta E et al. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum: a rare cause of acute abdomen. *J Gastrointest Surg* 2003; 7(6): 805-808.
7. Wiesner W, Kaplan V, Bongartz G. Omental infarction associated with right-sided heart failure. *Eur Radiol* 2000; 10(7): 1130-1132.
8. Karayiannakis AJ, Polychronidis A, Chatzigianni E et al. Primary torsion of the greater omentum: report of a case. *Surg Today* 2002; 32: 913-915.
9. E. Itenberg, J. Mariadason, J. Khersonsky, and M. Wallack, "Modern management of omental torsion and omental infarction: a surgeon's perspective," *J Surg Educ*. 2010 Jan-Feb; 67(1): 44-7.
10. J. S´anchez, R. Rosado, D. Ram´irez, P. Medina, S. Mezquita, and A. Gallardo, "Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2002 Dec; 12(6): 443-5.
11. B. K. Goh and H.-N. Koong, "Non-operative management of idiopathic segmental infarction of the greater omentum successfully diagnosed by computed tomography, *J Gastroenterol Hepatol*. 2006 Oct; 21(10): 1638-9.
12. A. Nubi, W. McBride, and G. Stringel, Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J Pediatr Surg*. 2009 May; 44(5): 953-6.
13. G. N. Bachar, G. Shafir, V. Postnikov, A. Belenky, and O. Benjaminov, Sonographic diagnosis of right segmental omental infarction. *J Clin Ultrasound*. 2005 Feb; 33(2): 76-9.
14. A. J. Kavalakat and C. J. Varghese, Laparoscopic management of an uncommon cause of right lower quadrant pain: a case report. *Cases J*. 2008 Sep 19; 1(1): 164.
15. P. K. Sasmal, O. Tantia, N. Patle, and S. Khanna. Omental torsion and infarction: a diagnostic dilemma and its laparoscopic management. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010 Apr; 20(3): 225-9.