

گزارش یک مورد فاشیئت نکروزان دیواره شکم به دنبال دیورتیکولیت کولون سیگموئید و نحوه درمان آن

دکتر داوود رمزی*، دکتر سید هادی میرهاشمی**، دکتر بهادر اشیدری**، دکتر فریبرز رشنو**

دکتر محسن سوری*، دکتر حسن پیوندی***، دکتر روح ا... یگانه****، دکتر اسماعیل حاجی نصراله*****

چکیده:

فاشیئت نکروزان یک تظاهر بسیار نادر هنگام مراجعه در دیورتیکولیت سیگموئید می‌باشد. بیمار مرد ۸۰ ساله، با شکایت قرمزی و تورم در نواحی تحتانی شکم همراه با تب و لرز مراجعه کرده بود. در معاینه شکم آمفیزم زیرجلدی و کرپیتاسیون و اریتم در نواحی تحتانی شکم وجود داشت. در سی تی اسکن دیورتیکولوز کولون با ارجحیت سیگموئید به همراه رشته رشته شدن چربی و دانسیته هوای وسیع در نسج نرم زیر جلدی قدام شکم مشاهده گردید که بیمار با تشخیص فاشیئت نکروزان شکم ثانویه به دیورتیکولیت سیگموئید تحت درمان آنتی‌بیوتیکی و دبریدمان وسیع بافت‌های عفونی در اتاق عمل قرار گرفت. دو ماه پس از ترخیص زخم بیمار از طریق بی حسی موضعی با فلپ بسته شد و سه ماه بعد پس از درمان مشکلات ریوی تحت سیگموئیدکتومی الکتیو قرار گرفت. با وجود نادر بودن این موارد باید همواره در بیمارانی که با فاشیئت نکروزان دیواره شکم مراجعه می‌نمایند، پاتولوژی‌های مربوط به دستگاه گوارش را مد نظر داشته و بیماران را از نظر اینگونه اختلالات ارزیابی نماییم.

واژه‌های کلیدی: فاشیئت نکروزان، دیورتیکولیت سیگموئید، فیستول کولوکوتانه

زمینه و هدف

فاشیئت نکروزان یک نوع عفونت بافت نرم است که با پیشرفت سریع و گسترده نکروز بافت نرم شناخته می‌شود. این عفونت معمولاً فاشیای عضلات و بافت زیرپوستی را درگیر می‌نماید اما ممکن است به پوست و یا عضله نیز

نویسنده پاسخگو: دکتر داوود رمزی

تلفن: ۵۱۰۲۵۰۰۰

E-mail: davood.ramzi@yahoo.com

* دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش جراحی عمومی

** استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش جراحی عمومی

*** دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش جراحی عمومی

**** استاد گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم

***** استاد گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش جراحی عمومی

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۲/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۲۰

قلبی را داشته و در بررسی‌ها سه رگ کرونر بیمار درگیر بوده است که کاندید بازسازی عروق کرونری بوده است. ابتلا به دیابت از ۲۰ سال قبل را نیز ذکر می‌نمود که دارویی مصرف نکرده است. سابقه فشار خون و آسم از حدود ۳۰ سال قبل که تحت درمان بوده را نیز ذکر می‌کرد. حدود ۴۰ سال قبل با تشخیص سل ریوی تحت درمان قرار گرفته بود و در حال حاضر نیز به علت ابتلا به هایپرپلازی خوش خیم پروستات تحت درمان بود. بیمار ۲۰ سال قبل تحت هرنیورافی اینگوینال قرار گرفته بود که بعد از چند سال عود کرده بود. داروهای مصرفی وی شامل اسپری سالبوتامول، اسپری بکلومتازون، شربت تئوفیلین، کپسول فیناستراید، قرص متورال، قرص آسپیرین و قرص پنتازول بود.

در معاینه بیمار مرد مسن و هوشیاری بود که به سوالات پاسخ می‌داد ولی بدحال و توکسیک به نظر می‌رسید. علائم حیاتی وی در هنگام مراجعه عبارت بودند از فشار خون ۱۵۰/۷۰ میلی‌متر جیوه، تعداد ضربان قلب ۱۱۴ بار در دقیقه، تعداد تنفس ۲۲ بار در دقیقه و دمای بدن در اندازه‌گیری دهانی ۳۹/۱ درجه. مخاطات وی خشک و ملتحمه رنگ پریده بود. در بررسی ریه‌ها کراکل کورس دوطرفه با ارجحیت در نواحی تحتانی سمع می‌شد. در معاینه قلب وی نیز صداهای اول و دوم و سوم و سوفل دیاستولیک سمع می‌شد. در معاینه شکم اسکار جراحی هرنیورافی در سمت راست مشاهده می‌شد. در ناحیه اینگوینال راست توده‌ای به اندازه ۱۵×۱۵ سانتیمتر بدون تغییرات پوستی مشاهده می‌شد که در لمس تندرست نداشت. قرمزی در ربع تحتانی راست و چپ همراه با تورم تا ۵ سانتیمتر در زیر ناف وی وجود داشت که در لمس آمفیژم جلدی و کریپتاسیون داشت. شکم دیستانسیون نداشت ولی نیمه تحتانی شکم در لمس تندرست داشت.

با تشخیص اولیه فاشییت نکروزان جدار شکم برای بیماران آزمایشات مربوطه درخواست شد. جهت کنترل دریافت / برون ده بیمار برای وی کاتتر فولی تعبیه شد که ادرار تیره خارج گردید. با توجه به سن بالای بیمار و سابقه مشکلات قلبی کاتتر ورید مرکزی ژوگولر نیز جهت کنترل فشار ورید مرکزی به منظور هیدراتاسیون مناسب تعبیه شد. در آزمایشات بیمار $Na=141$ ، $Cr=1$ ، $Urea=40$ ، $BS=219$ ، $Hb=9$ ، $PMN=92.4\%$ ، $WBC=14200$ ، $K=3.8$ و $PLT=231000$ داشت.

گسترش یابد.^۱ سرعت پیشرفت این عفونت مستقیماً با ضخامت لایه زیر پوستی در ارتباط است و در راستای صفحه فاشیال حرکت می‌کند. باکتری عامل ایجاد فاشییت نکروزان ممکن است هوازی، بی هوازی و یا فلورای مخلوط باشد. بر این اساس ۳ دسته اصلی عامل بروز عفونت عبارتند از تیپ یک: پلی میکروبیال، تیپ دو: استرپتوکوکی گروه A و تیپ سه: میونکروز کلاستریدیال یا همان گانگرن گازی.^{۲،۳} با اینکه فاشییت نکروزان عارضه‌ای نسبتاً نادر است، ولی با مورتالیتی بالایی همراه می‌باشد، به ویژه در مواقعی که با تأخیر تشخیص داده می‌شود. میزان مورتالیتی گزارش شده در مطالعات مختلف از ۲۰ تا ۸۰ درصد متفاوت بوده است.^{۴-۶} نواحی معمول درگیری فاشییت نکروزان شامل اندام‌های تحتانی، زینتالیای خارجی و نواحی پری رکتال می‌باشند.^۲ در کمتر از ۲۵ درصد بیماران فاشییت نکروزان در دیواره قدامی شکم رخ می‌دهد که عموماً این موارد در اثر زخم‌های نافذ با منشا ایاتروژنیک یا تروماتیک ایجاد شده‌اند.^۷ در این گزارش موردی نادر از بروز فاشییت نکروزان با درگیری دیواره قدامی شکم ثانویه به دیورتیکولیت پرفوره در کولون سیگموئید را ارائه می‌نماییم.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۸۰ ساله‌ای بود که با شکایت تب و لرز و قرمزی و تورم نواحی تحتانی شکم با ارجحیت در سمت چپ مراجعه کرده بود. علائم بیمار ابتدا از ۴ روز قبل از مراجعه با درد شکم در نیمه تحتانی سمت چپ شکم به صورت تدریجی شروع شده بود که ماهیت کولیکی داشت. درد بیمار با غذا خوردن ارتباطی نداشته و با تحرک بدتر می‌شد. بیمار با توجه به سابقه فتق اینگوینال و دردهای مشابه که بهبود خود به خودی داشتند به پزشک مراجعه نکرده بود. از صبح روز قبل از مراجعه بیمار به تدریج دچار تورم جدار شکم با شروع از نیمه تحتانی چپ شده بود که در طی یک روز کل نیمه تحتانی شکم را در بر گرفته و همراه با قرمزی و حساسیت در لمس بود. بیمار تب و لرز و ضعف و بی حالی را نیز ذکر می‌نمود. آخرین نوبت دفع مدفوع وی صبح روز قبل از مراجعه بوده و دفع گاز نیز داشت. علائم ادراری و تهوع - استفراغ را ذکر نمی‌کرد.

بیمار سیگاری بوده و مصرفی معادل ۶۰ پاکت سال داشته است. بیمار در سابقه بیماری‌های خود بیماری ایسکمی قلبی و سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

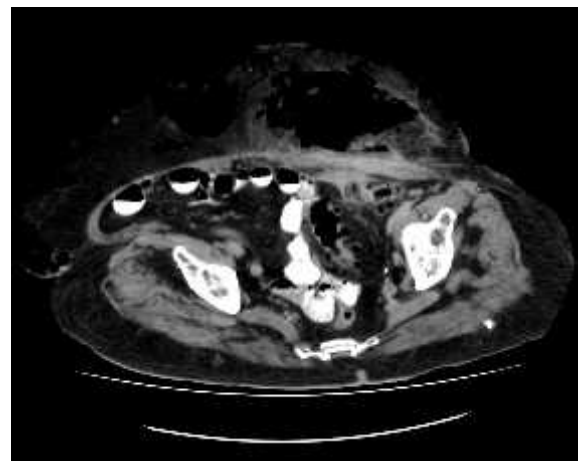
بیمار پس از انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه و هیدراتاسیون مناسب با کنترل فشار ورید مرکزی و برقراری دیورز مطلوب و همچنین کنترل قند خون و شروع درمان آنتی‌بیوتیکی به اتاق عمل منتقل شد. در اتاق عمل شکم بیمار تحت بیهوشی جنرال و در یوزیشن سوپاین پس از پرپ و درپ با برش عرضی در محاذات چین تحتانی شکم باز شد و تحت دبریدمان وسیع بافت‌های نکروزه جدار شکم تا ۴ سانتیمتر زیر ناف و تا سطح فاشیا قرار گرفت و زخم بیمار باز گذاشته شد. یک سوراخ کوچک به قطر ۳ میلی‌متر در ربع تحتانی چپ بر روی فاشیا وجود داشت که مختصری ترشحات مدفوعی از آن خارج می‌شد. پس از انتقال بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه درمان آنتی‌بیوتیکی وریدی برای بیمار ادامه یافت و زخم وی روزانه دو مرتبه تحت شستشو قرار گرفت. با توجه به عدم وجود آبسه در شکم و وجود فیستول کولون به پوست با برون ده کم، بیمار بر روی رژیم با رزیدوی اندک قرار گرفت که فیستول وی پس از ۳ روز بسته شد. بیمار در روز هفتم بر روی رژیم دیابتی قرار گرفت که تحمل نمود و بدون ترشح مجدد از فیستول، دفع پیدا کرد (تصویر ۲). بیمار در روز نهم بستری بدون درد شکم به دنبال دفع و بدون ترشح از محل زخم ترخیص شد.



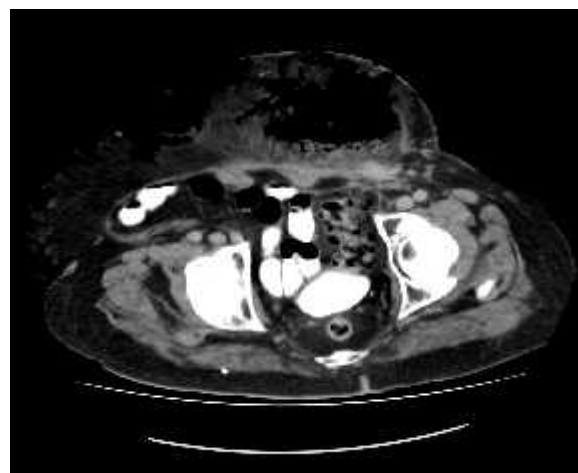
تصویر ۲- زخم بیمار یک هفته پس از عمل جراحی که نشان‌دهنده محل خروجی فیستول کولون به پوست بیمار است

بیمار ۲ ماه پس از ترخیص در حالی که زخم وی کاملاً با بافت گرانولاسیون پر شده بود تحت کولونوسکوپی قرار گرفت که دیورتیکولوز کولون با ارجحیت سیگموئید بدون

با توجه به عدم هرگونه وجود ترومای خفیف یا شدید اخیر و همچنین دردهای شکمی بیمار در چند روز گذشته و نیز هرنی اینکارسره مزمن عود کرده و احتمال وجود پاتولوژی داخل شکمی به عنوان عامل مسبب فاشییت نکروزان جدار شکم برای بیمار سی تی اسکن شکم و لگن با ماده حاجب خوراکی و وریدی درخواست شد که در آن دیورتیکولوز کولون با ارجحیت سیگموئید به همراه رشته رشته شدن چربی در اطراف آن، دانسیته هوای وسیع در نسج نرم زیر جلدی قدام شکم با افزایش ضخامت فاشیا، سنگ کیسه صفرا ۸ میلی‌متری و هرنی اینگوینال وسیع حاوی لوپ‌های روده باریک بدون شواهد انسداد مشاهده گردید (تصویر ۱ الف و ب).



تصویر ۱ الف



تصویر ۱ ب- سی تی اسکن بیمار

مورد مشابه گزارش شده است^{۸-۱۵} که تقریباً در تمامی این موارد اتیولوژی پرفوراسیون و یا فیستولی از سگمان کولون درگیر بوده است. در این بیماران باید اقدامات شدیدی علیه سپسیس انجام گیرد که شامل تجویز آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف و دبریدمان وسیع بافت‌های عفونی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این گزارش، موردی نادر از فاشئیت نکروزان دیواره شکم که به دنبال دیورتیکولیت پرفوره کولون به همراه فیستول کولون به پوست ایجاد شده بود معرفی گردید. با وجود آن که فاشئیت نکروزان متعاقب پاتولوژی‌های داخل شکمی با شیوع کمتری نسبت به علل خارج حفره شکم رخ می‌دهند و به ویژه آن که بروز آن به عنوان شکایت هنگام مراجعه در موارد وجود این پاتولوژی‌ها بسیار نادر است، اما با این وجود، در مواردی که علت مشخصی برای بروز فاشئیت نکروزان جدار شکم وجود ندارد بهتر است پاتولوژی‌های مربوط به دستگاه گوارش را مد نظر داشته و بیماران را از نظر اینگونه اختلالات ارزیابی نماییم. انجام سی‌تی اسکن شکم و لگن در طی دوره احیا بیمار پیش از انتقال به اتاق عمل نه تنها به تشخیص پیش از عمل چنین پاتولوژی‌های داخل شکمی کمک می‌کند، بلکه به عنوان راهنما در انتخاب درمان‌های بعدی بیمار جهت رویکرد به عامل مسبب اولیه مفید است.

تشکر و قدردانی

تقدیر و تشکر از مرکز توسعه و تحقیقات بالینی لقمان حکیم که در تهیه این اثر پشتیبان و راهنما بوده‌اند.

وجود شواهد سرطان در پاتولوژی و نمای ظاهری گزارش شد. بیمار کاندید کولکتومی شد که سرویس ریه برای وی ۲ ماه درمان دارویی درخواست نمود، لذا به شکل لوکال زخم بیمار با فلپ موضعی بسته شد. ۳ ماه بعد در یک عمل جراحی یک مرحله‌ای بیمار تحت ترمیم فتق اینگوینال به همراه سیگموئید کولکتومی با آناستوموز اولیه قرار گرفت و پس از ۶ روز با حال عمومی مناسب مرخص شد.

بحث

تشخیص زود هنگام و دبریدمان وسیع بافت‌های مرده مهمترین اقدامات در درمان فاشئیت نکروزان می‌باشند، وضعیتی که معمولاً با دیابت، ترومای موضعی، جراحی و یا رادیوتراپی همراهی دارد. بیماران دچار نقص سیستم ایمنی و یا پرفیوژن ضعیف بافت‌ها نیز در ریسک بالاتری برای ابتلا به فاشئیت نکروزان قرار دارند. همانطور که ذکر شد کمتر از ۲۵ درصد بیماران فاشئیت نکروزان دچار درگیری دیواره قدیمی شکم نیز می‌شوند که عموماً این موارد در اثر زخم‌های نافذ با منشا ایاتروژنیک یا تروماتیک ایجاد شده‌اند.^۷ با این حال مواردی از این عفونت به دنبال انواع مختلفی از مشکلات دستگاه گوارش نیز گزارش شده‌اند که عبارتند از دیورتیکولیت کولونی که دچار پرفوراسیون یا فیستول کولون به پوست شده است،^{۸-۱۵} سرطان کولون پرفوره،^{۱۱و۱۶} زخم دئودنال پرفوره^{۱۷} و آپاندیس پرفوره.^{۱۸و۱۳}

اولین مورد مشابه این بیمار را Galbut و همکارانش در سال ۱۹۷۷ گزارش نمودند که خانمی ۷۱ ساله با دیورتیکولیت بود که دچار فاشئیت نکروزان در سمت چپ دیواره شکمی شده و تحت دبریدمان وسیع قرار گرفته بود.^۸ علت بروز این مشکل در بیمار وجود فیستولی در کولون سیگموئید گزارش شد. ۱۸ روز پس از بستری بیمار به علت سپسیس جنرالیزه درگذشت. از آن زمان تاکنون کمتر از ۳۰

Abstract:**Abdominal Wall Necrotizing Fasciitis Secondary to Sigmoid Colon Diverticulitis; A Case Report**

*Ramzi D. MD**, *Mirhashemi S. H. MD***, *Oshidari B. MD***, *Rashno F. MD***, *Souri M. MD***
*Peyvandi H. MD****, *Yeganeh R. MD*****, *Hajinasrollah E. MD******

(Received: 19 May 2016 Accepted: 10 Sep 2016)

Necrotizing fasciitis is a very rare presentation of sigmoid colon diverticulitis. An 80 year-old male presented with an abdominal pain that started 4 days ago and was accompanied by fever, chills, distention and erythema in the lower quadrants of the abdomen. On examination erythema, subcutaneous emphysema and crepitation were present over his lower regions of the abdomen. CT scan revealed sigmoid colon diverticulitis with stranding fat tissue and extended density of free air in the subcutaneous soft tissue of anterior abdominal wall. The patient was started on antibiotics and underwent an aggressive debridement of devitalized tissues. The wound closed by advancement flap with local anesthesia 2 months after surgery and the patient underwent sigmoid colectomy 3 month later. Despite the rarity of such cases, gastrointestinal pathologies should always be considered in patients presenting with abdominal wall necrotizing fasciitis.

Key Words: Necrotizing Fasciitis, Sigmoid Colon Diverticulitis, Colocutaneous Fistula

* *Resident of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

** *Assistant Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

*** *Associate Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

**** *Professor of Plastic Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

***** *Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Young MH, Aronoff DM, Engleberg NC. Necrotizing fasciitis: pathogenesis and treatment. Expert review of anti-infective therapy. 2014.
2. Lancerotto L, Tocco I, Salmaso R, Vindigni V, Bassetto F. Necrotizing fasciitis: classification, diagnosis, and management. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2012; 72(3): 560-6.
3. Goh T, Goh L, Ang C, Wong C. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. British Journal of Surgery. 2014; 101(1): e119-e25.
4. Rouse TM, Malangoni MA, Schulte WJ. Necrotizing fasciitis: a preventable disaster. Surgery. 1982; 92(4): 765-70.
5. McHenry CR, Piotrowski JJ, Petrinic D, Malangoni MA. Determinants of mortality for necrotizing soft-tissue infections. Annals of surgery. 1995; 221(5): 558.
6. Simsek Celik A, Erdem H, Guzey D, Celebi F, Birol S, Erosgen F, et al. Fournier's gangrene: series of twenty patients. European Surgical Research. 2010; 46(2): 82-6.
7. Kawamoto S, Horton KM, Fishman EK. Necrotizing fasciitis secondary to perforated sigmoid colon diverticulitis: Computed tomographic demonstration. Emergency Radiology. 5(5): 353-5.
8. Galbut DL, Gerber DL, Belgraiier AH. Spontaneous necrotizing fasciitis: Occurrence secondary to occult diverticulitis. JAMA. 1977; 238(21): 2302-.
9. Harrison B. Perforated sigmoid diverticulum with necrotizing fasciitis of the abdominal wall. Journal of the Royal Society of Medicine. 1981; 74(8): 625.
10. Lipsit ER, Lewicki AM. Subcutaneous emphysema of the abdominal wall from diverticulitis with necrotizing fasciitis. Gastrointestinal radiology. 1979; 4(1): 89-92.
11. Walshaw C, Deans H. CT findings in necrotising fasciitis-a report of four cases. Clinical radiology. 1996; 51(6): 429-32.
12. Klutke C, Miles BJ, Obeid F. Unusual presentation of sigmoid diverticulitis as an acute scrotum. The Journal of urology. 1988; 139(2): 380-1.
13. Gerber GS, Guss SP, Pielet RW. Fournier's gangrene secondary to intra-abdominal processes. Urology. 1994; 44(5): 779-82.
14. Jacques RA, Fischer UM, Yaakovian MD, Walker PA, Shah SK. Necrotizing Fasciitis of the Abdominal Wall in a Patient with Diverticulitis. Panamerican Journal of Trauma, Critical Care and Emergency Surgery. 2014; 3(1): 37.
15. Kawamoto S, Horton KM, Fishman EK. Necrotizing fasciitis secondary to perforated sigmoid colon diverticulitis: Computed tomographic demonstration. Emergency Radiology. 1998; 5(5): 353-5.
16. Mulholland C, Diamond T, Ritchie A, Harvey C, Hanna W. Fournier's gangrene: two unusual cases. The Ulster medical journal. 1990; 59(1): 90.
17. Dewire D, Bergstein J. Carcinoma of the sigmoid colon: an unusual cause of Fournier's gangrene. The Journal of urology. 1992; 147(3): 711-2.
18. Gaeta M, Volta S, Minutoli A, Bartiromo G, Pandolfo I. Fournier gangrene caused by a perforated retroperitoneal appendix: CT demonstration. AJR American journal of roentgenology. 1991; 156(2): 341-2.