

گزارش یک مورد گره خوردن ایلئوسیگموئید

دکتر سیده‌ادی میرهاشمی*، دکتر اسماعیل حاجی نصرالله**، دکتر رضا حسین‌پور***

دکتر بهادر اشیدری***

چکیده:

گره خوردن ایلئوسیگموئید زمانی رخ می‌دهد که ایلئوم دور پایه بزرگ کولون سیگموئید پیچ می‌خورد. این امر موجب انسداد با لوپ بسته می‌شود که حاصل آن می‌تواند ایسکمی و نکروز سیگموئید، ایلئوم یا هر دو باشد. با توجه به شیوع کم بیماری و پیشرفت سریع به سمت گانگرن در اکثر موارد تشخیص با تأخیر صورت می‌گیرد. این بیماری در مردان بزرگسال شایع‌تر است و معمولاً اوج بروز آن در دهه چهارم زندگی است. بیمار آقای ۳۲ ساله به دلیل درد شکم ناگهانی از شب قبل از مراجعه با تابلوی پریتونیت کاندید لاپاراتومی شد. یافته حین عمل تورشن ایلئوم به دور کولون سیگموئید و گانگرن کامل سیگموئید و روده باریک در محل ایلئوم و نیمی از ژژنوم بود که با رزکسیون روده باریک و آناستوموز و سیگموئیدکتومی و کولوستومی انتهایی و هارتمن درمان شد. ۶ ماه بعد کولوستومی بسته شد. این بیمار نادر از این نظر که گانگرن همزمان دو ناحیه از دستگاه گوارش با خونگیری‌های متفاوت را تشریح می‌نماید، شایسته گزارش است.

واژه‌های کلیدی: ولولوس، ایلئوم، سیگموئید

زمینه و هدف

نکروز سیگموئید، ایلئوم یا هر دو باشد. این بیماری در آسیا و آفریقا و خاورمیانه شایع‌تر است. در اکثر موارد تشخیص با تأخیر صورت می‌گیرد و در نتیجه بیماران ممکن است با هیپوولمی، شوک، پریتونیت و توکسمی مراجعه کنند. ISK در بچه‌ها ناشایع است. این بیماری در مردان بزرگسال، در دهه چهارم زندگی شایع‌تر است. اگرچه علت بروز ISK معلوم نیست اما برخی از شرایط آناتومیک مستعدکننده آن عبارتند از:

گره خوردن ایلئوسیگموئید [Ileosigmoid Knotting (ISK)] زمانی رخ می‌دهد که ایلئوم دور پایه بزرگ کولون سیگموئید پیچ می‌خورد. بر اساس چرخش ایلئوم یا سیگموئید به دور همدیگر و جهت چرخش در راستای عقربه ساعت یا در خلاف جهت آن بیماری به شش دسته تقسیم می‌شود. این امر موجب انسداد با لوپ بسته (Closed loop) می‌شود که حاصل آن می‌تواند ایسکمی و

نویسنده پاسخگو: دکتر سیده‌ادی میرهاشمی

تلفن: ۵۵۴۱۹۳۹۰

E-mail: sh.mirhashemi@gmail.com

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

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

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

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۱۰

وزن بیمار از ۶۰ کیلوگرم به ۴۲ کیلوگرم رسید. با توجه به عدم توان جسمی بیمار و همزمان اقدام به ترک اپیوم و از طرفی نقش ناچیز رکتوم در جذب مواد غذایی، کلاستومی بیمار پس از فراهم شدن شرایط مطلوب، با تأخیر ۶ ماهه بسته شد و پس از گذشت ۲ سال پیگیری، بیمار زندگی طبیعی دارد. نکته جالب اینکه در این بیمار حدود ۵۰٪ از طول ژژنوم هم نکروز بود و برداشته شد و با توجه به اینکه ۱۰ سانتیمتر دیستال ایلئوم سالم بود، به آن آناستوموز شد. شاید حفظ دریچه ایلئوسکال کمک زیادی به جلوگیری از شدیدتر شدن سندرم روده کوتاه بیمار کرده باشد، اگرچه دریافت اینترالیپید و نمک‌های صفراوی و ویتامین B12 با فواصل طولانی‌تر جهت جلوگیری از بروز علائم کمبود مواد فوق به ویژه اسید چرب‌های ضروری ادامه دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

ISK نوعی ولولوس میان روده است که در آن ایلئوم دور پایه کولون سیگموئید پیچیده و نتیجه آن پیدایش دو لوپ بسته است که می‌توان آنرا ولولوس پیچیده یا دابل ولولوس نیز نامید. غالباً در بزرگسالان سالم، در دهه ۴ و ۵ زندگی بروز می‌کند.^۱ شیوع آن در مردان ۵ برابر زنان است.^۱ این بیماری، یکی از علل نادر انسداد روده بوده و حدود ۴۷٪ مرگ و میر دارد.^۲ اولین مورد ISK، به وسیله آقای Parker، در سال ۱۸۴۵ گزارش شد.^۳ در سال ۱۹۳۲، آقای Kallio مجموعه‌ای از ۱۶۱ بیمار را در دو کشور فنلاند و روسیه گزارش کرد.^۴ بورکیت (Burkitt) ۶ مورد را به عنوان دابل ولولوس در کشور اوگاندا در سال ۱۹۵۲ گزارش نمود.^۵ جدیدترین موارد از سه مرکز دانشگاهی در ترکیه گزارش شده است. در آمریکا از سه مورد گزارش شده، دو نفر آفریقایی - آمریکایی و یک مورد Caucasian بود. جوانترین مورد گزارش شده یک کودک ۶ ساله آفریقایی مهاجر به آمریکا بوده است.

اتیولوژی این بیماری دقیقاً شناخته شده نیست. فاکتورهای مستعدکننده بیماری عبارتند از: تحرک بیش از حد روده کوچک به همراه یک مزانتر بلند، سیگموئیدی با مزوی بلند و پایه باریک. علل کم اهمیت‌تر عبارتند از: باندهای چسبنده در زمینه جراحی قبلی، ماه‌های آخر حاملگی، فتق‌های داخلی، چرخش غیر طبیعی روده و ناهنجاری‌های امفالومزانتریک. بلع غذای حجیم در کسی که روده باریک خالی دارد نیز از عوامل مستعد کننده است.^۱

حرکت زیاد روده کوچک با مزانتر بلند، سیگموئید امگا شکل آویزان که با قاعده مزانتر باریک همراه است. گرافی ساده برای تشخیص اختصاصی نیست. درمان جراحی در اسرع وقت باید انجام گیرد.^۹

معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۲ ساله که به علت درد ناگهانی تمام شکم از ۱۴ ساعت قبل از مراجعه، تهوع و سه نوبت استفراغ صفراوی مراجعه کرده است. طی دو روز اخیر دفع مدفوع نداشته و از شب قبل، دفع گاز نیز نداشته است. درد بیمار ماهیت افزایش یابنده داشت. بیمار معتاد به تریاک استنشاقی از ۱۰ سال گذشته بوده و سابقه یبوست داشت.

در معاینه بیمار بی‌حال و مختصری توکسیک بود. علائم حیاتی در بدو مراجعه عبارت بودند از:

PR: 100/min, RR: 24/min, BP: 110/70 mmHg, OT:38/3°C .

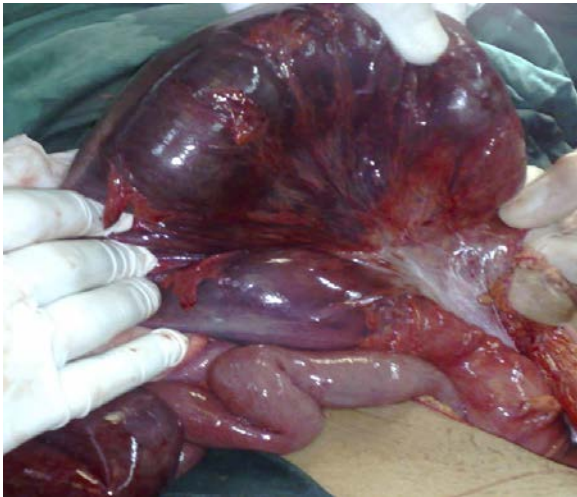
در معاینه مخاط دهان خشک بود. ملتحمه کمرنگ نبوده، معاینات سر و گردن، قفسه صدری و قلب نرمال بود. در معاینه شکم، اسکار جراحی و هرنی جداری مشهود نبود. شکم در حد متوسط متسع، صدای روده کاهش یافته، تندرینس و ریباند ژنرالیزه وجود داشت. در معاینه انگشتی مقعد، آمپول رکتوم خالی و بدون خون بود.

نتایج آزمایش شمارش سلول‌های خون عبارت بودند از:

CBC; WBC: 23.000 (PMN: 80%), Hb: 16.0, Plt: 298.000

Na= 143, K= 3.9, BUN=20, Cr= 1.1

بیمار پس از دریافت مایعات وریدی کافی و هیدراتاسیون و برقراری برونده ادراری مطلوب و دریافت آنتی‌بیوتیک وریدی (سفترایکسون + مترونیدازول) با تشخیص پریتونیت ژنرالیزه کاندید لاپاراتومی شد. یافته حین عمل شامل ولولوس مزوی روده باریک در محل ایلئوم به دور کولون سیگموئید در جهت عقربه‌های ساعت بود که منجر به گانگرن سیگموئید و تقریباً تمام طول ایلئوم و حدود ۵۰٪ از طول ژژنوم شده بود (تصویر ۲). رزکسیون کولون سیگموئید و کلاستومی انتهایی و هارتمن همراه با رزکسیون قسمت گانگرنه روده باریک و آناستوموز ژژنوم به ۱۰ سانتیمتر ایلئوم ترمینال انجام شد. روز دهم بعد از عمل، بیمار با حال عمومی خوب و علائم سندرم روده کوتاه، با دستور دارویی دیفنوکسیلات و امپرازول خوراکی مرخص شد. جهت پیشگیری از بروز سوء تغذیه، تحت درمان حمایتی با تغذیه وریدی انجام شد. علیرغم درمان‌های فوق پس از ترخیص



تصویر ۲ الف - نمای سیگموئید گانگرن شده که روده باریک به دور آن ولولوس یافته و دتورت شد



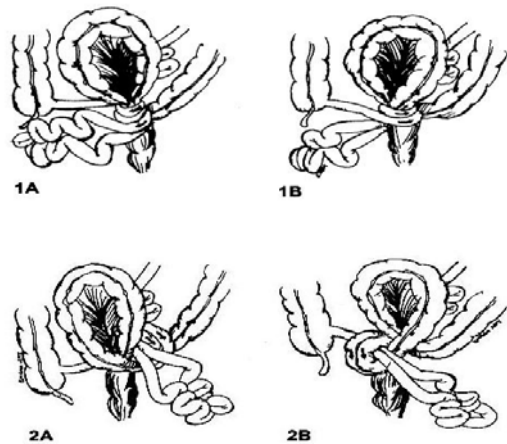
تصویر ۲ ب - گانگرن روده باریک در همان بیمار

آقای Alver، بیماری را به ۶ تایپ (جدول ۱ و تصویر ۱) تقسیم نمود که نوع II، شایعترین فرم است.^{۱۳} بیمار گزارش شده تیپ IA بود.

جدول ۱ - تایپ های مختلف ISK

نوع	توضیحات
IA	ایلئوم به دور سیگموئید می چرخد - در جهت عقربه های ساعت
IB	ایلئوم به دور سیگموئید می چرخد - در خلاف جهت عقربه های ساعت
IIA	سیگموئید به دور ایلئوم می چرخد - در جهت عقربه های ساعت
IIB	سیگموئید به دور ایلئوم می چرخد - در خلاف جهت عقربه های ساعت
III	ایلئو سکوم به دور سیگموئید می چرخد

--- غیر قابل اندازه گیری



تصویر ۱ - انواع ISK (طبقه بندی Alver)

و احیاء کافی در مراحل قبل، حین و بعد از عمل در بقاء بیمار نقش به سزایی دارد.

جدول ۲ - انواع اعمال جراحی مورد استفاده در برخورد با بیمار مبتلا به ISK

<p>۱ - اگر تمامی روده‌ها قابل حیات باشد:</p> <p>الف - دتورشن ب - فیکس کردن سیگموئید ج - سیگموئیدکتومی و هارتمن</p>	<p>۲ - اگر فقط روده کوچک گانگرن باشد:</p> <p>الف - انترکتومی و انتروانتروستومی ب - انترکتومی، همی کولکتومی راست، انتروترانسوروستومی ج - انترکتومی انتروستومی سیگموئیدکتومی + هارتمن</p>
<p>۳ - اگر فقط کولون سیگموئید گانگرن باشد:</p> <p>الف - انترکتومی، انتروانتروستومی، سیگموئیدکتومی، هارتمن ب - انترکتومی، همی کولکتومی راست، انتروترانسوروستومی، سیگموئیدکتومی، هارتمن ج - انترکتومی، انتروستومی، سیگموئیدکتومی، هارتمن</p>	<p>۴ - اگر هم روده کوچک و هم روده بزرگ گانگرن باشد:</p>

تشخیص زودرس و لاپاراتومی به موقع نقش بسزایی در درمان دارد.^۹ علائم بیماری عبارتند از: درد شکم، عدم دفع گاز و مدفوع، دیستانسیون شکم، تندر نس شکم، استفراغ، هیپوکینزی - آکینزی یا هیپرکینزی روده، رکتوم خالی، ملنا.^۹ برای تشخیص می‌توان از تریادی شامل علائم بالینی انسداد به همراه شواهد رادیولوژیک انسداد (بخصوص روده بزرگ) و ناتوانی در عبور دادن رکتوسیگموئیدوسکوپ استفاده کرد که در یک مطالعه با افزایش قابلیت تشخیص قبل از عمل تا حد ۷۰٪ همراه بوده است.^۷ سی‌تی اسکن می‌تواند نمای گردبادی، نشانه‌های ایسکمی روده، انحراف سکوم و کولون نزولی و ساختمان‌های عروقی مزانتربیک به مدیال را نشان دهد.^{۹و۸} در اکثر موارد بیمار در مراحل پیشرفته مراجعه می‌نماید که در آن روده‌ها گانگرن می‌باشند، ولی نوع برخورد با روده‌ها در حین جراحی بستگی به وضعیت روده از جهت قابلیت حیات دارد. خلاصه‌ای از انواع اعمال جراحی انجام شده در این بیماری در جدول ذیل (جدول ۲) ذکر می‌شود.

نتیجه‌گیری

اگرچه بیماری ISK، نادر است اما فرم خطرناکی از انسداد است که می‌تواند بسیار مهلک باشد. با توجه به تظاهرات نامشخص، تشخیص بیماری در مراحل اول بسیار مشکل است. از این رو جراحی هر چه سریعتر با پوشش آنتی‌بیوتیکی مناسب

Abstract:

A Case Report of Ileosigmoid Knotting

Mirhashemi S. H. MD^{}, Hajinasrollah E MD^{**}, Hosseinpour R. MD^{***}, Oshidari B. MD^{***}*

(Received: 6 Aug 2011

Accepted: 2 Oct 2014)

Ileosigmoid knotting occurs when the ileum wraps around the base of an elongated sigmoid colon, thus producing two closed-loop obstructions, with the possibility of ischemia and necrosis of either the ileum or sigmoid colon. Because of low incidence of the disease and its rapid progression to bowel gangrene, the diagnosis of the disease occurs late for most patients. ISK is more common in adults, with peak of its occurrence in 4th decade of life. A 32 years male patient with sudden onset abdominal pain which lasted for 12 hours, was operated by provisional diagnosis of acute of abdomen. Exploratory laparotomy revealed torsion of ileum around the sigmoid colon along with the gangrene of both of them. Resection of small bowel, with primary anastomosis, sigmoidectomy with end colostomy plus Hartman pouch was performed. Finally colostomy closed after 6 months.

Key Words: Volvulus, Ileum, Sigmoid

^{*} *Assistant Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

^{**} *Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Loghman Hakim Hospital, Tehran, Iran*

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

References:

1. Alver A, Oren D, Tireli M, et al .Ileosigmoid knotting in Turkey. Review of 68 cases. *Dis Colon Rectum* (1993) 36: 1139-1147.
2. Gibney EJ, Mock CN Ileo-sigmoid knotting. *Dis Colon Rectum* (1993) 36: 855-857.
3. Parker E Case of intestinal obstruction. Sigmoid flexure strangulated by the ileum. *Edinb Med Surg J* (1845) 64: 306-308.
4. Kallio KE Intestinal knot formations. *Acta Chir Scand* (1932) 70 (Suppl21): 1-276.
5. Burkitt DP Acute abdomens - British and Baganda compared. *E Afr Med J*(1952) 29: 189-194.
6. Puthu D, Rajan N, Shenoy GM, Pai SU the ileosigmoid knot. *Dis colon Rectum* (1991) 34: 161-166.
7. V. Raveenthiran, M.Ch. The Ileosigmoid Knot: New Observations and Changing Trends. *Dis Colon Rectum*, (2001) Vol. 44(8): 1196-1200.
8. Y. Hirano, T. Hara, Y. Horichi, H. Nozawa, K. Nakada, K. Oyama, M. Hada, T. Takagi, M. Hirano, K. Kitagawa. Ileosigmoid knot: case report and CT findings. *Abdom Imaging* (2005) 30: 674-676.
9. Atamanalp SS. Iliosigmoid knotting: clinical appearance of 73 cases over 45.5 years. *ANZ J Surg* (2012) Aug 9 .doi.10.1111/j.1445-2197.
10. Norman O. Machado. Ileosigmoid knot: A case report and literature review of 280 cases. *Ann Saudi Med*. 2009 Sep-Oct; 29(5): 402-406.