

## موردنگاری

# انسداد تروماتیک دئودنوم: گزارش دو مورد

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۱۵

### خلاصه

#### مقدمه

هماتوم دئودنوم بندرت در اثر ترومای بلانت و نافذ بوجود می آید. ممکن است باعث انسداد روده شود. پس از رد آسیب سایر احشاء درمان اساسا نگهدارنده است و به ندرت با لاپاروسکوپ یا جراحی باز هماتوم را تخلیه می کنیم.

#### معرفی بیماران

دو بیمار با سن ۱۶ و ۲۵ سال پس از ترومای غیرنافذ شکم با علائم درد شکمی، استفراغ و حساسیت نواحی فوقانی شکم مراجعه نمودند. تشخیص با سی تی اسکن و بررسی دستگاه گوارش با باریوم داده شد. بیمار اول پس از ده روز و بیمار دوم پس از ۶ روز از درمان نگهدارنده مرخص شدند.

#### نتیجه گیری

تروما علت شایعی برای انسداد دستگاه گوارش نمی باشد. در صورت بروز علائم انسداد بعد از تروما باید به فکر هماتوم روده باریک باشیم. پروتوکل درمان نگهدارنده هماتوم دئودنوم شامل ۱- تشخیص زود هنگام و رد هرگونه نشت ترشحات از دئودنوم به وسیله بررسی دستگاه گوارش با ماده حاجب ۲- تشخیص به موقع آسیب های همراه مثل آسیب پانکراس ۳- عدم تغذیه دهانی بیماران و تغذیه وریدی در صورت نیاز می باشد.

**کلمات کلیدی:** تروما، هماتوم، دئودنوم، درمان نگهدارنده

۱ علی جنگجو\*

۲ محمد قائمی

۳ عباس عبداللهی

۱،۲- استادیار جراحی عمومی، بیمارستان امام

رضا (ع)، مشهد، ایران

۳- استادیار جراحی عمومی، بیمارستان قائم

(عج)، مشهد، ایران

\*مشهد- بیمارستان امام رضا (ع) - بخش

جراحی عمومی، مشهد، ایران

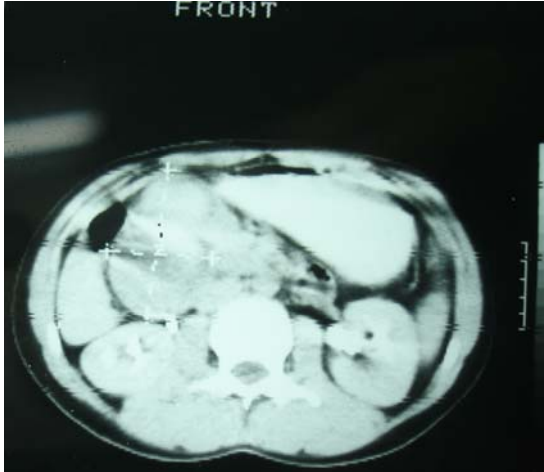
تلفن: \_\_\_\_\_س: ۸۵۲۵۲۵۵-۵۱۱-۹۸+

تلفن: ۰۹۱۵۵۱۱۱۴۹۳

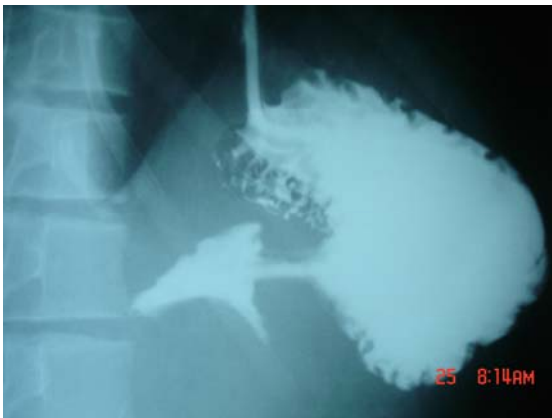
email: Jangjooa@mums.ac.ir

## مقدمه

داشت. بیمار تحت بررسی شکم با سی تی اسکن قرار گرفت که هماتوم قسمت دوم و سوم دئودنوم گزارش شد (شکل ۱). در سونوگرافی توده‌ای در اطراف دئودنوم همراه با مایع آزاد در شکم و تغییراتی در پانکراس دیده شد و در بررسی معده و دوازدهه با باریوم انسداد کامل دئودنوم گزارش گردید (شکل ۲). لیک ماده حاجب از دئودنوم دیده نشد.



شکل ۱- هماتوم قسمت دوم و سوم دئودنوم در سی تی اسکن



شکل ۲- انسداد کامل دئودنوم

در آزمایشات انجام شده تعداد گلبولهای سفید خون برابر با ۱۶۰۰۰ و آمیلاز و لیپاز سرم به ترتیب ۲۶۰ و ۹۰ واحد در لیتر بود. برای بیمار لوله معده ای گذاشته شد و تحت تغذیه وریدی قرار گرفت. بیمار سیر بهبودی پیدا کرده، از روز سوم درمان درد شکم کاهش یافته، دفع گاز و اجابت مزاج بیمار برقرار گردید. آزمایشات فوق یک نوبت تکرار گردید که همه طبیعی بودند. روز هفتم لوله معدی کشیده شده، از روز هشتم رژیم مایعات شروع شده و روز دهم بستری با حال عمومی خوب مرخص گردید.

تروما علت شایعی برای انسداد روده نمی باشد. هماتوم اینترامورال روده باریک آسیب شناخته شده ای است که معمولاً بدنبال تروما و به طور ناشایع در اختلالات انعقادی مثل مصرف آنتی کوآگولانها دیده می شود. انواع تروماهای نافذ و غیر نافذ، ترومای ایاتروژنیک حین آندوسکوپی می توانند ایجاد هماتوم کنند. هماتوم اینترامورال دئودنوم شایع نبوده، در نیمی از بیماران بعد از ۴۸ ساعت از تروما علامت دار می شوند (۱). بیماران با عدم تحمل رژیم غذایی، تهوع، استفراغ، اختلال دفع گاز و مدفوع، علائم درد شکم در ناحیه اپیگاستر و قسمت های فوقانی شکم مراجعه می کنند. ممکن است در معاینه حساسیت نواحی فوقانی شکم نیز داشته باشند (۲، ۱).

تشخیص با رد آسیب سایر احشای شکمی، سی تی اسکن، سونوگرافی و بررسی دستگاه گوارش فوقانی با باریوم تأیید می شود (۲، ۳).

درمان هماتوم اینترامورال دئودنوم در قدم اول غیر جراحی بوده شامل گذاشتن لوله معده ای، عدم تغذیه دهانی بیمار، سرم درمانی و در موارد طول کشیده تغذیه وریدی است (۳-۶). نکته مهم رد آسیب سایر احشا است. مداخله جراحی در موارد عدم پاسخ به درمان نگهدارنده بعد از ۲ هفته پیشنهاد می شود. در جراحی با استفاده از لاپاروسکوپ یا با جراحی باز سرور روی دئودنوم باز شده هماتوم تخیه شده سرور به هم دوخته می شود. در موارد نادر ممکن است به علت تنگی فیرووتیک روده رزکسیون و آناستوموز یا بای پس کردن قسمت تنگ شده لازم شود (۲).

## معرفی بیماران

**بیمار اول:** مرد ۱۶ ساله ای با سابقه ترومای بلانت شکم در دو روز قبل در ناحیه اپیگاستر به علت درد شکمی و استفراغ به اورژانس جراحی بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه نمود. در این دو روز شکایت خاصی نداشت. درد بیمار در ناحیه اپیگاستر حالت ثابت داشته با استفراغ بهتر می شد. درد به جایی انتشار نداشت. علائم حیاتی بیمار در بدو مراجعه در محدوده طبیعی بود. تاکی پنه و دیسترس تنفسی نداشت. در معاینه شکم حساسیت و گاردینگ در ناحیه اپی گاستر و قسمت فوقانی راست شکم

تست های سرولوژیک مناسب مثل آمیلاز یا بررسی های رادیولوژیک مطمئن مثل سی تی اسکن یا سونوگرافی یا لاپاراتومی تجسسی امکان پذیر است (۲، ۵).

اساس درمان این بیماران شامل قطع تغذیه دهانی بیمار، گذاشتن سوند معده، سرم درمانی و در صورت نیاز تغذیه وریدی است. توصیه شده است این کار به مدت ۱۴ روز ادامه یافته، در صورت عدم جواب به درمان لاپاروسکوپی یا جراحی مد نظر قرار گیرد (۲، ۵، ۷).

در مطالعه سزیرکو<sup>۱</sup> و همکاران در بیمارستان اطفال فیلادلفیا ۶ کودک با تشخیص هماتوم دئودنوم تحت درمان قرار گرفتند که ۵ مورد به درمان نگهدارنده جواب داده به طور متوسط ۱۶ روز بستری بودند. بیمار ششم پس از ۱۸ روز به دلیل عدم جواب به درمان تحت جراحی قرار گرفت که انسداد فیروزه روده داشت که درمان شد (۵).

در مطالعه وینتروپ<sup>۲</sup> بیست کودک با هماتوم تروماتیک دئودنوم تحت بررسی قرار گرفتند. در ۱۰ مورد هماتوم ایزوله بوده و در بقیه مورد با شک به آسیب سایر احشاء لاپاراتومی شدند. این ده بیمار تحت درمان نگهدارنده قرار گرفتند. در ۱۰ بیمار دیگر لاپاراتومی انجام شد که در ۴ مورد هماتوم ایزوله بوده که آنرا تخلیه کردند. متوسط زمان بستری در گروه با درمان نگهدارنده ۶ روز و در گروه جراحی شده ۱۷ روز بود. وجود آسیب های همراه و نیاز به جراحی باعث طولانی شدن مدت بستری و تأخیر در بازگشت فعالیت دستگاه گوارش می شود (۲). در صورت کشف اتفاقی هماتوم در موقع لاپاراتومی ابتدا باید با مانور کوخر وسیع از پاره نبودن دئودنوم مطمئن شد و سپس با باز کردن سروز هماتوم را تخلیه کرده در آخر لبه های سروز به هم دوخته شود.

### نتیجه گیری

پروتوکل درمان غیر جراحی هماتوم انسداد دهنده دئودنوم به ترتیب زیر پیشنهاد می شود:

۱- تشخیص زود هنگام و رد هر گونه نشت از دئودنوم به وسیله بررسی دستگاه گوارش با ماده حاجب و تکرار آن در فواصل ۵-۷ روز.

**بیمار دوم:** مرد ۲۵ ساله با سابقه تروما با موتورسیکلت در یک هفته قبل با شکایت درد شکم، تهوع و استفراغ از ۴ روز قبل به بخش جراحی بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرد. درد بیمار ثابت بوده، به جایی انتشار نداشت. از ۳ روز قبل دفع گاز و اجابت مزاج نداشت. تب ولرز نداشت، هیاتمز و ملنا را نیز ذکر نمی کند. علائم حیاتی بیمار در محدوده طبیعی بود. در معاینه شکم حساسیت و گاردینگ ناحیه اپیگاستر داشت. آزمایشات بیمار شامل  $Hct = 48/9\%$ ،  $WBC = 7700$ ،  $173 = \text{Amilaz}$  بود.

۱- سونوگرافی توده ای با اکوی مخلوط در ناحیه فوقانی و راست شکم گزارش کرد که با سی تی اسکن نیز با عنوان هماتوم دئودنوم تایید شد. بیمار مورد بررسی دستگاه گوارش فوقانی با باریوم قرار گرفته که انسداد دئودنوم و نمای فنر ماریچ در دئودنوم گزارش شد.

در بدو مراجعه بیمار، تغذیه دهانی قطع شد و برای وی لوله معدی گذاشته شد و تحت درمان با سرم وریدی قرار گرفت. روز پنجم پس از بستری برگشت مواد از لوله معدی کم شده بیمار اجابت مزاج پیدا کرد. لوله معدی کشیده شده روز ششم پس از تحمل رژیم و بهبود علائم بیمار مرخص گردید.

### بحث

ترومای منفرد دئودنوم و هماتوم آن نادر بوده، بایستی در موارد ترومای غیرنافذ شکم که بیمار دچار تهوع و استفراغ می شود به فکر آن بود. در ۱/۳ موارد علائم بالینی پس از ۴۸ ساعت شروع می شود که احتمالاً به دلیل پیشرفت هماتوم و شیفت مایع به داخل هماتوم هیپراسموتیک می باشد. سونوگرافی شکم به عنوان یک اقدام معمول در خیلی از مراکز تروما در بیماران ترومای شکم که کاندید جراحی فوری نیستند انجام می شود. اطلاعات سونوگرافی بیشتر شامل یافتن مایع آزاد در شکم یا وجود آسیب احشاء توپر می باشد. در مورد هماتوم دئودنوم نیز سونوگرافی می تواند کمک کننده باشد. تایید تشخیص با سی تی اسکن و بررسی دستگاه گوارش با باریوم است (۳، ۴). در سی تی اسکن هماتوم دئودنوم ایزوله یا همراه با هماتوم خلف صفاق دیده می شود. در بررسی با باریوم انسداد دئودنوم و علامت فنر ماریچ تشخیصی هستند (۲، ۳). مسئله مهم در این بیماران رد آسیب سایر احشاء شکمی است که با انجام

<sup>1</sup> Czyrko

<sup>2</sup> Winthrop

۲- تشخیص به موقع آسیب های همراه مثل استفاده از سونوگرافی و اندازه گیری آمیلاز و لیپاز برای رد آسیب پانکراس.

۳- قطع تغذیه دهانی بیماران و در صورت نیاز شروع تغذیه وریدی.

### References:

- 1- Neubertova K, Kotrnock J, Beranova Z. Traumatic obstruction of the duodenum. *Rozhl Chir* 1990; 69: 551-555.
- 2- Winthrop AL, Wesson DE, Filler RM. Traumatic duodenal hematoma in the pediatric patient. *J Pediatric Surg* 1986; 21: 757-760.
- 3- Aphinives C, Chaiyacum J, Laopaiboon V. Intramural duodenal hematoma: a case report and review of the literature. *J Med Assoc Thai* 2003; 86:585-590.
- 4- Mahboubi S, Kaufmann JH. Intramural duodenal hematoma in children. The role of the radiologist in its conservative management. *Gastrointest Radiol* 1976; 1:167-171.
- 5- Czyrko C, Weltz CR, Markowitz RI, O Neill JA. Blunt abdominal trauma resulting in intestinal obstruction: when to operate? *J trauma* 1990; 30:1567-1571.
- 6- De Bree E, Schoretsanitis G, Melissas J, Tsiftsis D. Intramural hematoma of the duodenum : a rare cause of duodenal obstruction. *Acta Gastroenterol Belg* 1998; 61: 485-487.
- 7- Touloukian RJ. Protocol for the nonoperative treatment of obstructing intramural duodenal hematoma during childhood. *Am J Surg* 1983; 145: 330-334.