

## دیورتیکول مکل M.D. در بزرگسالان

دکتر رضا شمس

این نوع دیورتیکول را بیان نمود. در ۱۷۴۵ Littre این نوع دیورتیکول را در فتق مشاهده کرد. Morgagni در ۱۷۶۹ و Trautner در ۱۷۷۹ این عارضه را مورد تاءپید قرار دادند (۱).

اولین شرح کامل و توصیف آسیب شناسی و جنین شناسی این نوع دیورتیکول در سال ۱۸۰۸ توسط Meckel اولین کسی است که ارتباط بین این دیورتیکول را با Om/halomesasntic Duct بیان نموده است (۲) و بعلاوه مکل Hildomas و دیگران قبل از مکل پیدایش این نوع دیورتیکول را به علت بالا رفتن فشار داخل روده کوچک تصور می نمودند (۳).

دیورتیکول مکل M.D. شایع ترین آنومالیهای مادر-زادی روده کوچک می باشد (۴) این نوع دیورتیکول از انواع دیورتیکولهای حقیقی می باشد بنابراین تمام لایه های روده را دربر دارد و عموماً "در کنار آنتی مزانتریک روده واقع است (برخلاف سایر دیورتیکولهای روده کوچک که در کنار مزانتریک روده پیدا میشوند).

در مدت ده سال از ۱۳۵۵ تا آخر سال ۱۳۶۴ در بیمارستان ابن سینا - تهران جمعا "تعداد ۲۱ بیمار مورد عمل جراحی به علت ابتلاء به دیورتیکول مکل قرار گرفته اند. تعداد ۱۳ نفر مرد و ۸ نفر بیمار زن بوده اند و سن آنها بین ۱۹ سال تا ۴۳ سال بوده است. تمام بیماران با تابلوی شکم حاد تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. تنها دو مورد از این بیماران بعد از آنکه قبلاً " به علت آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته بودند بین ۸ تا ۱۱ روز پس از عمل جراحی اولیه با تشخیص انسداد روده کوچک مجدداً " تحت عمل جراحی قرار گرفته و در آنها دیورتیکول مکل M.D عامل انسداد بوده است. ۱۷ بیمار با تشخیص اولیه آپاندیسیت حاد و یا پیریتونیت متعاقب آپاندیسیت حاد و چهار بیمار با تشخیص انسداد روده کوچک تحت عمل جراحی قرار گرفته اند ولی در تمام این بیماران دیورتیکول مکل علت اصلی بیماری بوده است.

در ۱۵۹۸ Fabsicius Hilderma اولین مرتبه تحت عنوان (دیورتیکول غیر معمول روده کوچک) این عارضه را بیان نمود. در ۱۶۷۱ Lavater شکل دیگری از این بیماری را منتشر کرد. در ۱۷۰۷ Rrysch اولین توصیف

عوامل جنینی:

در اولین هفته های زندگی جنینی پوشش بزرگ شکمی کیسه زرد جنینی لایه پشتی روده اولیه را تشکیل می دهند. با رشد جنین روده اولیه از کیسه زرد جنینی جدا میگردد و ناحیه ارتباطی باریک و دراز شده مجرای ویتلین یا Om/hulomesamtric Duct را تشکیل میدهد. آتروفی و یا انسداد این مجرا معمولاً در پنجمین یا هفتمین هفته زندگی جنین، در زمانیکه جفت وظیفه و کار کیسه زرد جنینی را به عهده میگیرد و تغذیه جنین توسط آن انجام میگردد، به وقوع می پیوندد. این مجرا بطور طبیعی در هشتمین هفته زندگی جنین از بین میرود. شبکه عروقی که کیسه زرد جنینی را میپوشانند عروق وریدی و شریانی امفالومزانتریک را به وجود می آورد. وقتیکه این مجرا مسدود میشود تنها باقیمانده این عروق قسمت روده های شریان راست جنین را تشکیل میدهد که بعداً "به عنوان شریان مزانتریک فوقانی خوانده میشود و قسمتی از ورید چپ با ورید باب پیوسته می گردد. باقی ماندن کامل یا ناکامل این مجرا باعث ایجاد آنومالیهای زیر میشود.

۱- دیورتیکول مکل

۲- فیستول کامل امفالومزانتریک

Om/hulomesamtric

۳- فیستول ناقص امفالومزانتریک

۴- Enterocystoma

۵- باند فیبروزی که ناف را به مزانتر روده کوچک متصل مینماید.

۶- تومور شبیه به توت فرنگی

۷- Mesodiverticular Bund

۸- Intessuception به علت این نسوع

آنومالی

از آنومالیهای ذکر شده اولین آنها نسبتاً "شایع و آخرین آنها نادر می باشد.

دیورتیکول مکل M.D در اکثریت موارد در ۹۰ الی ۱۰۰ سانتی متری دریچه ایلئوسکال قرار دارد. (۲) در اتویسیبها بین ۳/۵ تا ۴ درصد گزارش داده اند (۳) در موارد جراحی بین ۱۴/۵ تا ۴/۵ درصد ذکر شده است. در اتویسیبها تعداد موارد در زنان و مردان یکسان بوده است. قابل قبول ترین گزارشات منتشر شده دیورتیکول مکل را در ۲ درصد افسراد

بیان کرده اند (۴).

سایر انساج دستگاه گوارش ممکن است بطور نابجا در این دیورتیکول یافت شوند. اولین مرتبه در ۱۸۶۱ Zenker وجود نسج پانکراس را و در ۱۸۸۲ Tillamannus نسج معده را در دیورتیکول بیان نمودند (۲). در ۱۹۰۷ توسط Deetz ارتباط بین اولسر در دیورتیکول مکل و نسج نابجای معده موجود در این نوع دیورتیکول مطرح گردیده است و بعداً توسط سایر محققین نیز مورد تأیید قرار گرفته است. نسبت نسج ایلئون و نسج نابجای پانکراس در دیورتیکول به نسبت ۱۷۵ در ۱۰ بوده است (۲) نسبت نسج ایلئون به نسج معده که بصورت نابجا در دیورتیکول قرار میگیرد دو سوم به یک سوم گزارش داده اند. سایر نسوج نابجا که ممکن است در دیورتیکول قرار بگیرند: دوازدهه، ژژنوم، کولون، رکتوم، و مخاط آندومتر می باشد (۲).

اندازه دیورتیکول از یک تا ۵۶ سانتی و قطر آن از یک تا ۵۰ سانتی متر گزارش داده اند (۵). دیورتیکول مکل ممکن است باعث خونریزی، انسداد روده - التهاب - انواژنیاسیون و نئوپلاسم گردد. سایر عوارض بیماریزایی که در دیورتیکول مکل ممکن است به وجود آید عبارتست از: بیماری کرون، فتق، کلسی فیکاسیون، سل، اجسام خارجی، پارازیت ها، فیستول نافی، کارسینوئید (۲). اغلب این عوارض در دوران کودکی یافت میشوند. آقای مکل ایجاد عوارض را در ۲۵ درصد موارد در دیورتیکول ذکر کرده است ولی اکنون نسبت پیدایش عوارض بالاتر میباشد (۴).

Saltero و Bill در ۱۹۷۶ ۲۰۲ مورد دیورتیکول مکل را که با عارضه همراه بوده اند و اکثریت آنها در اطفال بوده است شرح داده اند (۶).

Hansel Debrater و همکاران ایشان در ۱۹۷۶، ۱۹۰ مورد از مایوکلینیک در مدت ۵۱ سال از ۱۹۲۱-۱۹۲۰ گزارش داده اند که آنها را در سه گروه مورد بررسی قرار داده اند ۳۹۰ مورد از آنها تصادفانه در موقع عمل جراحی دیگری مشاهده شده و دیورتیکول در عمل باقی گذاشته شده است ۵۱ مورد با تشخیص اولیه عوارض مختلف دیورتیکول مکل تحت عمل جراحی برداشتن دیورتیکول قرار گرفته اند و ۱۰۰ مورد از آنها در حین عمل جراحی دیگره دیورتیکول برخورد کرده و آنرا برداشته اند (۲).

مکل باشد و در این نوع زمانی تصمیم به عمل جراحی گرفته میشود که اولاً "چندین مرتبه خونریزی انجام گرفته و ثانیاً" توسط وسایل تشخیصی نظیر تنقیه باریوم - اسکن و آنژیوگرافی انتخابی تشخیص مسلم گردیده باشد. عارضه خونریزی در ۵۰ درصد بیماران دارای دیورتیکول مکل ممکن است اتفاق بیافتد.

اولین عارضه شایع انسداد روده است علت انسداد روده ممکن است: برید، ولولوس روده کوچک، اثر انواژیناسیون و یا بطور نادر خفت افتادان Incarceration دیورتیکول در داخل فتق (فتق Littre) باشد، در مورد آخر انسداد بصورت حاد و مکانیکی میباشد ولی اگر این حالت بمدت طولانی ادامه داشته باشد اختناق روده اتفاق خواهد افتاد. انواژیناسیون ممکن است بصورت ایلتوایلئال و یا ایلتوکولیک تظاهر نماید و باعث پیدایش علائم کلاسیک انواژیناسیون بشود. این نوع انواژیناسیون ممکن است با تنقیه باریوم از بین برود و اگر با تنقیه باریوم دیورتیکول مکل در این گروه بیماران مسجل گردید بایستی بیمار حتماً تحت عمل جراحی قرار بگیرد. انواع انسداد هادر ۱۵ درصد بیماران سری‌های مختلف منتشر شده گزارش گردیده است.

یکی دیگر از عوارض شایع دیورتیکول مکل که در ۲۰ درصد موارد دیده میشود دیورتیکولیت است در اکثریت موارد علائم این نوع دیورتیکولیت شبیه علائم آپاندیست حاد می‌باشد ولی درد در آنها ممکن است وضعیت ثابت نداشته باشد در این نوع دیورتیکولها تاءخبر در تشخیص باعث سوراخ شدن و پرنیونیت و سرانجام مرگ خواهد بود. برای اینکه برای بیماران بعداً مشکلاتی بوجود نیاید لازم است در هر بیماری که با تشخیص آپاندیست حاد تحت عمل جراحی قرار میگیرد و آپاندیس عارضه چندانی ندارد که بتواند علائم بالینی بیمار را توجیه نماید بایستی حتماً ۱۰۰ سانتی متری انتهائی ایلتون مورد بررسی قرار گیرد که اگر به دیورتیکول مکل برخورد گردد بایستی حتماً برداشته شود. مطلبی که همیشه بایستی به خاطر بماند گفته Williams است که همراه بودن آپاندیست حاد با دیورتیکولیت مکل خیلی نادر میباشد. (۷)

در آخرین آماری که منتشر شده است (۴) و مربوط به سال ۱۹۸۶ می‌باشد ۲۶۰ مورد دیورتیکول مکل مسود بررسی قرار گرفته است. این بیماران را به دو دسته بدون علامت و یا با علامت مشخص بیماری تقسیم بندی کرده اند ۱۱۲ بیمار دارای علائم واضح عوارض بیماریزائی دیورتیکول مکل بوده‌اند که از آنها ۴۰ بیمار عوارض انسدادی روده کوچک داشته و ۳۴ بیمار دیگر مبتلا به دیورتیکولیت بدون سوراخ شدن بوده‌اند و ۲۱ بیمار دیگر مبتلا به دیورتیکولیت همراه با سوراخ شدن اولسریتیک و ۲ مورد دیگر به علت سوراخ شدن وجود اجسام خارجی بوده است. بیمارانی که به علت خونریزی گوارشی تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند ۱۲ مورد بوده است. علائم خونریزی گوارشی در آنها از یک خونریزی ناپیدایی مزمن که باعث کم خونی شده تا خونریزی شدیدی که ایجاد شوک هیپوولمیک نموده است، گزارش داده اند.

بیماران بدون علامت که تصادفاً در موقع اعمال جراحی دیگری به دیورتیکول مکل در آنها برخورد کرده‌اند ۱۴۸ مورد بوده است که ۱۲۲ مورد در آنها دیورتیکول راموقع عمل برداشته اند و ۲۶ مورد دیگر را در محل باقی گذاشته‌اند. در ۲۳۰ مورد برداشتن دیورتیکول چهار مورد نئوپلاسم مشاهده شده است که یک لیومیوم، یک آدنوکارسینوم نسج نابجای (هتروتوپیک) - یک لمفوم و یک مورد کارسینوئید بوده است. گفته دکتر چارلمیو Ch. Mayo واقعیتی است که: (دیورتیکول مکل اغلب حدس زده میشود بعد ممکن است مورد بررسی بیشتری قرار گرفته ولی کمتر یافت میشود).

تظاهرات بالینی بیشتر در سنین کودکی است ولی بیماریهای مکل ممکن است در تمام سنین تظاهر نمایند، شایع ترین مشکل بالینی که دیورتیکول مکل ممکن است به وجود بیاورد خونریزی میباشد که اغلب بصورت ملنا یا دفع خون قرمز روشن از مقعد می‌باشد مهمترین دلیل خونریزی، وجود اولسر در نسج ایلتون همراه با اولسر نسج نابجای معده که در داخل دیورتیکول قرار دارد می‌باشد. خونریزی دستگاه گوارش به علت دیورتیکول مکل در اطفال شیوع بیشتری دارد بدین علت در مواردیکه حدس آن زده میشود بایستی مورد بررسی قرار گرفته و در صورت تاءبید در زمان کودکی تحت عمل جراحی قرار گیرند ولی در بزرگسالان نیز استیجادی ندارد که خونریزی گوارشی به علت دیورتیکول

نیست .

۲- در مواردیکه بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار میگیرد ولی در عمل آپاندیسیت، عارضه التهابی، که بتواند علائم بالینی را توجیه نماید، نداشته باشد بایستی دیورتیکول مکل مورد بررسی قرار گیرد. و اگر دیورتیکول مکل وجود داشته باشد بایستی هم دیورتیکولکتومی و هم آپاندکتومی شود.

۳- در اطفال و نوجوانان اگر در حین عمل جراحی دیگری به دیورتیکول برخورد شود اگر حال عمومی بیمار اجازه عمل اضافی را بدهد و هم چنین عمل اولیه مناسب جهت برداشتن دیورتیکول باشد بایستی حتماً "دیورتیکولکتومی انجام گیرد مخصوصاً" اگر گردن دیورتیکول تنگ شده باشد.

۴- اگر در موقع عمل جراحی دیگری به بانندی برخورد شود که دیورتیکول را به جدار قدامی شکم متصل می‌نماید و هیچ گونه التهابی و عارضه‌ای در دیورتیکول نباشد بایستی باند قطع شده و حتماً "دیورتیکولکتومی انجام گیرد.

۵- در بیماران بالای ۴۰ سالگی اگر تصادفاً در موقع عمل جراحی دیگری به دیورتیکول مکل برخورد شود و هیچ گونه عارضه‌ای در آن نباشد بایستی در محل باقی گذاشته شود.

### خلاصه

در این مقاله مروری کوتاه به مبحث دیورتیکول مکل شده و آمار این گونه بیماران در مدت ۱۰ سال در بیمارستان ابن سینا - تهران مورد بررسی قرار گرفته است مخصوصاً " توجه داده شده است که در بیمارانی که با تشخیص شکم حاد، جراحی میشوند مخصوصاً " اگر به علت آپاندیسیت حاد باشند اگر آپاندیسیت در این گونه بیماران مسلم نگردد حتماً "جهت دیورتیکول مکل بایستی بررسی بیشتری انجام گیرد. بیمارانی که به علت ملنا و خونریزی قسمت تحتانی دستگاه گوارش مراجعه میکنند و علل خونریزی مورد بررسی میباشد حتماً " خونریزی به علت دیورتیکول مکل را نیز بایستی در نظر داشت.

یکی دیگر از عوارض نادر دیورتیکول مکل وجود سنگ و یا کلسی فیکاسیون در داخل آن میباشد (۸). در یکی از بیماران ما که قبلاً "باتشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته بوده است و بعد از ۸ روز مبتلا به انسداد مکانیکی روده کوچک می‌شود که در عمل جراحی مجدد دیورتیکولیت پیشرفته‌ای که عامل انسداد بوده است مشاهده میشود و بنابراین رزکسیون ایلئون انجام می‌گیرد.

شبه سایر عوارض نادر داخل شکمی مرگ و میر بیشتر به علت تأخیر در تشخیص و درمان مناسب آن میباشد بهمین جهت روش‌های مختلفی جهت تشخیص دیورتیکول مکل پیشنهاد گردیده است، بهره‌گیری از اسکِن Technetium و آنژیوگرافی انتخابی از قابل اعتمادترین روش‌های تشخیصی میباشد.

$^{99m}Tc$  Pertechnetate توسط مخاط معده جذب میشود و در مواردیکه نسج نابجای معده در داخل دیورتیکول باشد (در حدود ۵۰ درصد موارد) این روش تکنیک مفیدی خواهد بود ولی متأسفانه موارد متعدد مثبت کاذب و منفی کاذب گزارش گردیده است.

مرگ و میر در بیماران با دیورتیکول مکل که در آنها عارضه‌ای بوجود نیامده باشد، تقریباً " هیچ می‌باشد ولی میزان مرگ و میر در بیماران با عوارض مختلف دیورتیکول مکل در سری‌های مختلف که گزارش گردیده است در حدود ۶ درصد میباشد (۹ و ۴) در مواردی که عارضه مهمی در دیورتیکول مکل نباشد، عمل جراحی عبارتست از بستن ته دیورتیکول و قطع آن و دوختن عرضی ناحیه ایلئون می‌باشد (۱۰) در دیورتیکول هائی که در آنها عارضه‌ای به وجود آمده باشد بایستی حتماً " تحت عمل جراحی قرار گیرند ولی بحث تکنیکی این است که بایستی فقط دیورتیکولکتومی انجام گیرد یا همراه با آن رزکسیون ایلئون نیز انجام پذیرد. در بیمارانی که خونریزی به علت وجود دیورتیکول مکل می‌باشد تنها دیورتیکولکتومی مسئله را حل نخواهد کرد و حتماً باید همراه با رزکسیون ایلئون انجام گیرد (۱۱). اکثریت جراحان بر این عقیده هستند (۱۲)؛

۱- در مواردیکه بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار میگیرد و در عمل آپاندیسیت نیز تاءیبید می‌گردد هیچگونه بررسی از نظر دیورتیکول مکل الزامی

- 1- Morgagnic cited by curd.H.H. A Histologie study of Meckel,s Diver ticuler with special Reference to Hetero topic Tissue Arch surgery 32 506-523 1936.
- 2- HANSEL. M DEBARTOLO Meckel's Diver ticuler Annals of surgery 183 30-33 1976.
- 3- Johns T.N.P. anc co. Meckel,s Diver ticuler and Mickel,s Diverticuler disease A study of 154 cases Annals of surgery 150 241-256 1959.
- 4- C-E- CLEIJONMARCK and co. Meckel,s Diverticuler In Adults B.J. surgery 75.164-149 1986.
- 5- JAY.G.D. III and co Meckel's Diverticuler Arch surgery 61-158 1950.
- 6- SAL TERMJ, BILL A.M. the natural History of Diverticularm AM. J. of surgery 132 168-173, 1976.
- 7- Williams R.S. management of Meckel,s Diverticulum B.J. of surgery 68, 477-80-1981.
- 8- SAMEL B. VANLONDINGHAM Calcification of Meckels Diverticularm Arch surgery 117, 248 1982.
- 9- O-SOLLIVAN T.P.B. Problems associated with Meckel's Diverticularm B.J. Cl: pract. 23, 413-465 1969.
- 10-HABER.J.J. Mecke's Diverticularm Review of litrature Am. J. of surgery 73 468-485 1947.
- 11-DOWSE J.LA. Meckel's Diverticularm B.J. of surgery 48 392-399 1961.
- 12-Editorial Meckel's Diverticular surgical guidelimes at Last Lancet 438-9 1983.