

ورم زائده مکمل (۱) در دوران آبستنی

نگارش

دکتر ناصر برادران
دستیار بیمارستان
زنان

دکتر جهان شاه صالح
استاد کرسی و رئیس بخش جراحی
بیمارستان زنان

تعریف: کانال ویتلو وانتستینال (۲) در جنین در هفته های اول بوجود می آید و در حقیقت ارتباط بین روده وسطی (۳) جنین و حفره زرده ای (۴) میباشد. چنانچه این رابطه محفوظ بماند پس از تولد تشکیل زائده ای بنام زائده مکمل میدهد که برای اولین مرتبه در ۱۸۱۵ بوسیله مکمل توصیف شده است.

زائده مکمل استتاله کوچکی است که بر کنار آزاد روده نازک تقریباً در فاصله ۶۰-۵۰ سانتی متری دریچه ایلتوسکال قرار دارد. این زائده در ۲ الی ۴ درصد بچه ها دیده میشود.

آسیب شناسی: با وجود اینکه زائده مکمل ممکن است در طول زندگی بدون هیچ عارضه ای باشد گاهی اوقات تولید خطر آتی بشرح زیر مینماید.

۱- بعد از تولد رابطه آن باناف باقی میماند و حتی ممکن است سوراخی بیرون داشته باشد و تولید فیستول روده بنماید:

۲- ممکن است بناف متصل بوده ولی رابطه ای باخارج نداشته باشد.

۳- دیده شده است که زائده مکمل از ناف جدا شده و بطور آزاد در حفره شکم آویزان است. در آن صورت رأس آن ممکن است بمحل دیگری در صفاق چسبندگی پیدا کند و تولید انسداد روده بنماید.

۴- این زائده ممکن است دچار تورم حاد شده و ایجاد دیورتیکولیت بنماید.

۵- در اغلب موارد در زائده قره ای پیدا شده تولید خونریزی مینماید و یا سوراخ میگردد و با آپاندیسیت سوراخ شده اشتباه میشود.

۶- در بعضی موارد دیگر زائده در حفره ایلتون فرو رفته و مقدمه انواژیناسیون را ایجاد مینماید.

۱-Meckel's diverticulum.

۲-Mid-gut

۳-Vitello-intestinal

۴-Yolk-Sac.

علائم: علامت بیماری بر حسب نوع آن متفاوت است چنانچه بخارج رابطه داشته باشد همانطور که گفته شد تولید فیستول مدفوعی نموده و اطراف پوست را تحریک و زخم شدیدی ایجاد میکند. نوع دوم که بخارج رابطه ندارد ولی بناف متصل است تولید دردهای متناوبی که نسبتاً ملایم و در اطراف ناف پراکنده است مینماید. گاهی اوقات این درد با استفراغ و نفخ شکم همراه و منتهی به علامت انسداد روده میگردد.

نوع سوم که بناف بستگی ندارد نظر باینکه باطراف چسبندگی پیدا میکند بیشتر یکی از حلقه های روده اتصال پیدا کرده و باعث انسداد میگردد.

در نوع چهارم که زائده دچار التهاب میشود علامت آن شبیه با پانديست حاد است و این اشتباه اغلب در تشخیص رخ میدهد.

نوع پنجم که تولید قره و خونریزی مینماید با علامت خونریزی از مقعد توأم است و این موضوع باید همیشه مدنظر باشد و هر آئینه قره سوراخ شود علامت پريتونیت ظاهر میگردد و اغلب پیش از ظهور پريتونیت در مدفوع خون دیده میشود و بالاخره چنانچه در روده کوچک فرورفتگی پیدا کند و مقدمه انواژیناسیون (۱) فراهم گردد علامت و مشخصات انواژیناسیون دیده خواهد شد

اصولاً درمان بیماری زائده مکل جراحی و مرفع نمودن عوارضی که ایجاد نموده است میباشد. در کلیه اعمال جراحی مربوط باین بیماری باید حتی الامکان زائده را برداشت بدین تیب که در روی ایلئون در قائده دیورتیکول شکاف عرضی دارد و طوری دوخت که تنگی روده ایجاد ننماید. بعضی بازائده دیورتیکول مانند آپاندیست رفتار مینمایند بدین معنی که قاعده آنرا بسته و بریده و بایک بورس دفن مینمایند این روش اشتباه است چه ممکن است منجر به انسداد روده گردد.

این بیماری گذشته از اینکه در نوع خود نادر است کمتر در زنان حامله مشاهده شده و در بیست و سه سال اخیر در بیمارستان زنان فقط یک مورد دیده شده است و آنهم بیماری است که ذیلا گزارش چگونگی آن تشریح میشود نوع زائده این بیمار بطوری که ملاحظه خواهد شد نوع سوم از اقسام زائده است که در بالا توضیح داده شده بدین معنی که بناف بستگی نداشته و در شکم آزاد بوده و در نتیجه چسبندگی به روده تولید انسداد نموده است.

شرح حال بیمار- خانم-م- ۲۰ ساله- اهل رشت- شغل خانه‌دار بعلت درد شدید و نفخ شکم و حاملگی ۷ ماهه در ساعت ۱۱/۵ صبح روز ۱۳۳۷/۱۱/۶ بیمارستان زنان مراجعه مینماید. مدت درد ۵ روز یکتواخت و تقریباً مداوم بوده و در موقع لباس نشستن شروع شده و در تمام شکم منتشر گردیده است بیمار حامله شش ماهه- شکم اول و تا روز مراجعه هیچگونه ناراحتی نداشته است.

پس از دوروز دل‌درد و استفراغ او شدیدتر شده و در عرض این مدت گاز دفع نکرده و مزاج اجابت ننموده است.

سابقه بیمار- یکسال قبل ازدواج کرده و هیچگونه اختلال قاعدگی قبل و بعد از ازدواج نداشته است.

معاینه عمومی- بیمار بظاهر مضطرب و زهیدراته (۱) تنفس اوسطحی نبض سریع فشارخون $\frac{1}{4}$ و درجه حرارت ۳۷٫۵ در ۳۷ شکم نفاخ و حدود رحم مشخص نبود و صدای قلب چنین شنیده نمیشد سایر دستگاہها طبیعی بنظر رسید.

آزمایش خون- اندازه هموگلوبین ۸۰٪ گویچه قرمز ۴/۳۰۰/۰۰۰ گویچه سفید ۱۰۲۰۰ سگمانته ۹۴ و لنفوسیت ۶.

بیمار با تشخیص انسداد روده تحت معالجه قرار گرفت و قبل از عمل بمناسبت اینکه چهار روز مزاج اجابت نکرده و استفراغ شدید داشت ترشحات معده و روده از بالا بوسیله اسباب وانگیشترین (۲) خارج و از پائین تنقیه نمکی انجام شد و برای توازن الکترولیت‌های بدن بوسیله سرم و غیره اقدام لازم بعمل آمد و پس از دو ساعت تحت عمل جراحی قرار گرفت.

در باز کردن شکم ملاحظه شد که در فاصله ۶۰ سانتی متری دریچه ایلئوسکال در روی روده باریک در دوجا تنگی (۳) وجود دارد که بشکل حلقوی روده باریک را تنگ کرده است و دریکی از این دو محل از ضخامت روده فقط سرو زر باقی مانده است و نیز در فاصله بین این دو قسمت زائده‌ای که همان دیورتیکول مکل بود ملاحظه میشود که دو قسمت تنگ شده را بهم مربوط کرده است. نظر باینکه دستکاری در روی روده‌ها با وضع حاملگی

و نفخ شدید غیر ممکن بنظر می‌آمد و از طرفی قلب جنین شنیده نمی‌شد تصمیم به هیسترئوتومی (۱) گرفته شد و جنین خارج و رحم طبق معمول دوخته شد بعداً پس از تشریح اطراف دیورتیکول و رفع چسبندگی‌ها در حدود بیست سانتیمتر از روده بازآمده رزکسیون گردید و روده سر بر سر دوخته شد (۲). قسمت بالای محل تنگی متسع و محققین بود و بلافاصله بعد از آن استوموز بیمار گاز دفع کرد و از لوله رکتال مدفوع آبکی زیادی خارج گردید.

بعد از عمل مواظبت‌های لازم بعمل آمد و تا شش روز با تزریقات داخل وریدی و تجویز آنتی بیوتیک‌های لازم و آسپیراسیون دائم بیمار عمل را بخوبی تحمل کرد و روز دهم با بهبودی کامل از بیمارستان مرخص گردید.

گزارش آزمایشگاه آسیب‌شناسی

الف- آزمایش ما کرو سکویک زائده - قطعه ارسالی يك قسمت از روده باریک است که در جدار داخلی آن قرصه‌های حلقوی مشاهده می‌شود که مشابه با ضایعات سلی است. از قسمت‌های مختلف زخم بافت برداری شد و از بند روده نیز بیوپسی بعمل آمد.

ب- آزمایش ریز بیمنی - در بافت ارسالی ساختمان روده جلب نظر می‌کند. قسمت مخاط و تحت مخاط سالم و (موسکولاریس موکوزه) طبیعی است. در قسمت عضلانی و سرور ارتشاح شدید سلولهای آماسی مخصوصاً لنفوسیت و پلاسموسیت و سلولهای تک هسته‌ای که دارای پروتوپلاسمی قرمز و هسته‌ای گرد که در یک طرف سلول قرار دارد فراوان است. رگهای بافت گشاده و پر از گلبول قرمز و در اطراف آنها نیز گلبولهای قرمز همراه با ارتشاح سلولهای آماسی مشهود است.

تشخیص - (استاز) شدید رگهای جدار قسمت ارسالی روده و زائده همراه با سلولهای آماسی که محتملاً در اثر یک انسداد تولید شده است.

نتیجه

۱- زن حامله شش ماهه با علائم انسداد روده بیمارستان زنان مراجعه و با تشخیص

انسداد عمل شده است.

۲- در باز کردن شکم مشاهده گردید که زائده مکمل دچار التهاب و در نتیجه تولید

انسداد نموده است.

۳- برای تسهیل و دسترسی بضایعه و دستکاری لازم در روده‌ها قبلاً جنین مرده

بوسیله هیستروتومی خارج و سپس زائده با مقداری از روده کوچک در حدود بیست سانتیمتر

برداشته و آنراستوموز بعمل آمد.

۴- بیمار پس از ده روز بستری در بیمارستان با بهبودی کامل مرخص گردید.

