مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۴ ، شماره ۱ ، بهار ۱۳۸۷، ۵۷-۶۰

گزارش مورد

معرفی یک مورد نادر دوپلیکاسیون روده دوازدهه در توراکس

دکتر صلاح الدین دلشاد*

* فوق تخصص جراحی کودکان و نوزادان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

مقدمه: دوپلیکاسیون روده یک ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش و عبارت از دوتایی شدن قسمتی از لوله گوارشی است که در دو شکل کیسه‌ای(cystic) و لوله‌ای (Tubular) دیده می‌شود. به تناسب محل و حجم و عوارض آن، علایم بالینی نیز متفاوت است. مهم‌ترین علایم دوپلیکاسیون دوازدهه توراسیک، تهوع، استفراغ، دردهای کولیکی، کاهش وزن، تنگی نفس و سرفه می‌باشند و در صورتی که زخم پپتیک پدید آید علایم خونریزی ناشی از آن نیز اضافه می‌شود.

معرفی مورد: کودک ۲ ساله، با علایم تنگی نفس، دردهای کولیکی شکمی، به همراه تهوع، استفراغ بصورت متناوب و گاه تب بالا، تحت بررسی قرار گرفت. در عکس ریه، تصویر کیست در همی توراکس راست دیده شد. در آزمایشات علایمی به نفع کیست هیداتیک یا آبسه مشاهده نشد. در عمل جراحی با برش (انسزیون) توراکوتومی راست مشخص شد، کیست فوق الذکر در همی توراکس راست، تا دیافراگم امتداد داشته و از درون سوراخ دیافراگم به شکم راه یافته و به روده دوازدهه متصل است. ادامه عمل با برش خط وسط (midline) انجام و کیست دوپلیکاسیون از روده دوازدهه جدا گردید. بیمار در روز هشتم با بهبودی مرخصی گردید اما دو هفته بعد با عارضه تجمع مایع در پلور (pleural effusion) مراجعه نمود که با گذاشتن لوله سینه‌ای (chest tube) درمان شد.

نتیجه گیری: کیست دوپلیکاسیون دوازدهه نوع توراکوابدومینال کم شیوع‌ترین نوع دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارش را تشکیل می‌دهد و اغلب علاوه بر دردهای شکمی، تهوع و استفراغ با علایم تنفسی همراه بوده و تشخیص قطعی آنها قبل از عمل به سختی ممکن می‌شود. درمان این مورد جراحی است، با بُرش توراکوتومی و لاپاراتومی کیست برداشته می‌شود. در دراز مدت، مهم‌ترین عوارض این کیست‌ها در صورت دارا بودن سلول‌های مخاط معده، پیدایش زخم، خونریزی و سوراخ شدن روده (perforation) است که به علت درمان جراحی به موقع، خوشبختانه بیمار این مقاله دچار این عارضه نشد. در بررسی پاتولوژی مخاط کیست دوپلیکاسیون بیمار، علاوه بر سلول‌های روده، معده، لنفوید، حاوی سلول‌های حالب نیز مشاهده شد.

واژگان کلیدی: دوپلیکاسیون روده، توراکوآبدومینال، زخم پپتیک، کیست توراکس.

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۶/۲۱ تأیید مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲۶

نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شهید دستگردی(ظفر)، مرکز آموزش، درمانی حضرت علی اصغر(ع) drdelshad@gmail.com

مقدمه

دوپلیکاسیون روده، ناشی از دوتایی شدن قسمتی از لوله گوارش، یک ناهنجاری مادرزادی است و می‌تواند در هر نقطه از دستگاه گوارش در دو شکل کیسه ای(cystic) و لوله ای (tubular) دیده شود. به تناسب محل، حجم و عوارض آن، علایم بالینی این ناهنجاری متفاوت است. در صورتی که دوپلیکاسیون، حاوی نسج نابجای (ectopic) مخاط معده باشد، منجر به زخم پپتیک گشته و عوارضی همچون خونریزی و سوراخ شدن (perforation) به همراه خواهد داشت. دوپلیکاسیون روده دوازدهه ۵٪ و نوع سینه‌ای شکمی (thoracoabdominal) ۴ ٪ دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارشی را تشکیل می‌دهد (۴-۱).

مهم‌ترین علایم بالینی دوپلیکاسیون دوازدهه شکمی، تهوع، استفراغ، دردهای کولیکی شکمی و کاهش وزن است. در نوع توراکوابدومینال، علاوه برعلایم یاد شده به تناسب حجم آن، تنگی نفس و سرفه نیز اضافه می‌شود (۵-۱).

معرفی مورد

کودک (ع د)، پسر ۲ ساله، با علایم تنگی نفس، دردهای کولیکی در ناحیه فوقانی شکم بهمراه تهوع، استفراغ متناوب و گاه تب بالا، در شهر زنجان به پزشک مراجعه می‌کند. پزشک معاینه کننده در سمع ریه‌ها متوجه کاهش صدای ریه راست شده و درخواست عکس

[Downloaded from mail.sjfm.ir on 2026-08-03]

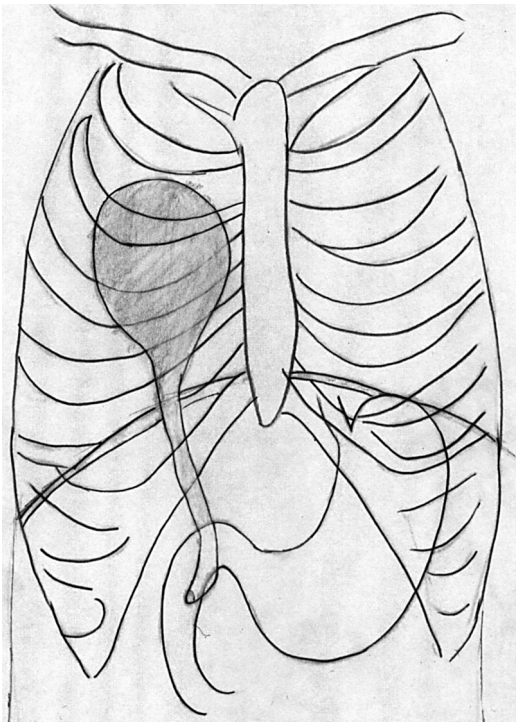
سینه می‌کند. در عکس قفسه سینه (chest) در همی‌توراکس راست یک کیست حاوی سطح مایع – هوا (air-fluid Level) با حدود واضح در قاعده ریه راست همراه با کیست‌های متعدد درون آن مشاهده می‌شود. پزشک معالج با شک به کیست هیداتیک یا آبسه ریه راست بیمار را به این مرکز (بیمارستان حضرت علی اصغر(ع)) ارجاع نمود.

در آزمایشات انجام گرفته در بیمارستان حضرت علی‌اصغر(ع) این نتایج به دست آمد: تست casoni منفی، WBC: ۸۹۰۰/ml (Neut ۵۲٪ , Lymph ۴۲٪ , Eos ۲٪)، در سونوگرافی، در بالای دیافراگم راست و در کنار دهلیز راست قلب توده‌ای کیستیک با دیواره بندی (septation) به ابعاد ۵۰× ۸۲ میلی‌متر دیده شد. سی‌تی اسکن، وجود یک کیست با دیواره نسبتاً ضخیم درهمی توراکس راست را تأیید نمود که امتداد آن تا دیافراگم ادامه داشت. بیمار با تشخیص اولیه کیست همی توراکس راست تحت عمل جراحی قرار گرفت.

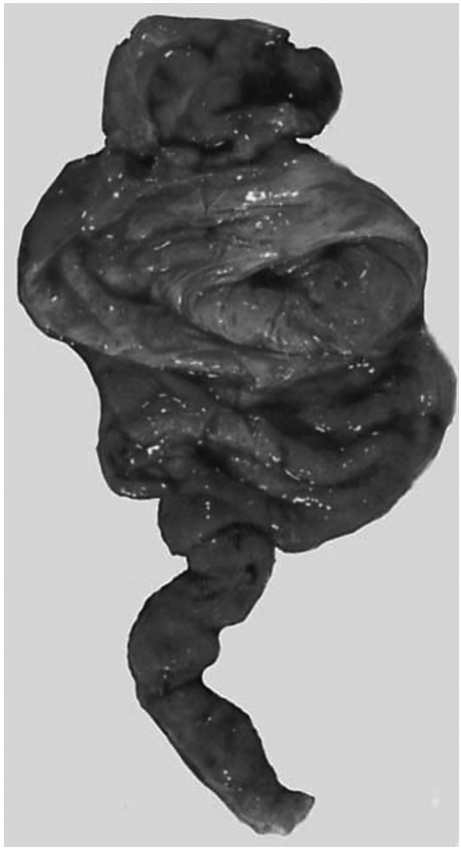
یافته‌ها

با برش توراکوتومی راست از بین دنده‌های هفتم و هشتم، قفسه سینه باز شد. در اکسپلوراسیون همی توراکس راست، کیست بزرگ که تقریباً یک سوم فضای همی توراکس را اشغال کرده بود مشاهده شد. کیست از نسج ریه مجزا ولی به آن چسبیده بود. به هنگام جدا نمودن آن از چسبندگی‌های اطراف، مشخص شد تا نزدیکی مری ادامه دارد، اما با مری ارتباط نداشت. قطر کیست در وسیع‌ترین قسمت آن حدود ۱۵ سانتی‌متر بود. کیست به سمت دیافراگم ادامه پیدا می‌کرد و در این مسیر از قطر آن کاسته می‌شد. کمترین قطر آن در نزدیکی دیافراگم ۳/۵ سانتی‌متر بود. کیست از سوراخی در قسمت خلفی دیافراگم وارد حفره شکم می‌شد. دیواره کیست ضخیم و گوشتی بود با باز کردن قسمت فوقانی کیست، مایع تیره رنگ مایل به سبز از داخل آن تخلیه شد.

با توجه به اینکه مشخص شد منشأ کیست در حفره شکم می‌باشد، بیمار در وضعیتSupine قرارداده شد و با برش خط وسط (midline)، شکم باز گردید. در ادامه جستجو داخل شکمی، مشخص شد که کیست از پشت کبد به پایین ادامه داشته و به قطعه دوم روده دوازدهه (دئودنوم) متصل می‌شود. با مانور کوهر (Kocher)، دوازدهه آزاد و دوپلیکاسیون از محل اتصال به روده جدا گردید (تصاویر ۱ و۲). دیواره روده اثناعشر در دو لایه با کرومیک ۳/۰ و ویکریل ۳/۰ دوخته شد. پس از کنترل هموستاز و گذاشتن درن شکمی و بستن شکم، دوپلیکاسیون که به طول ۲۵ سانتی‌متر بود از محل برش توراکوتومی خارج گردید. پس از بستن سوراخ دیافراگم با نخ سیلک و گذاشتن لوله سینه‌ای (Chest tube) در همی توراکس راست، برش توراکوتومی بسته شد.



تصویر ۱ – تصویر شماتیک موقعیت کیست درهمی توراکس راست و ارتباط آن با روده دوازدهه



تصویر ۲ – کیست دوپلیکاسیون خارج شده از قفسه سینه و شکم پس از عمل جراحی

[Downloaded from mail.sjfm.ir on 2026-08-03]

اقدامات درمانی

در روز سوم بعد از عمل، برای بیمار رژیم غذایی مایعات شروع شد، در روز چهارم درن و لوله سینه‌ای (chest tube) خارج گردید و در روز هشتم، بیمار با بهبودی مرخص شد.

جواب بررسی آسیب‌شناسی بدین شرح بود: نسج تراتویید لوله گوارش به همراه سلول‌های دستگاه تنفسی، معده و حالب و از لحاظ بالینی به نفع دوپلیکاسیون می‌باشد.

بیمار دو هفته پس از ترخیص با تنگی نفس مراجعه نمود. در عکس ریه، تجمع مایع در پلور مشاهده و بیمار بستری گردید. Chest tube گذاشته شد از مایع تخلیه شده نمونه جهت کشت ارسال شد و سه روز بعد پاسخ برای رشد باکتری منفی اعلام شد. ۱۲ روز بعد و پس از اطمینان از تخلیه کامل مایع توراکس، chest tube خارج گردید و بیمار مرخص شد.

در پیگیری بیمار تا یک سال پس از عمل هیچ‌گونه مشکلی مشاهده نشد. در این تاریخ به علت انسداد روده ناشی از انواژیناسیون ایلئوایلئال بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفت و یک هفته بعد مرخص گردید. در پیگیری چهارساله عارضه دیگری مشاهده نشد.

بحث

شیوع دوپلیکاسیون دستگاه گوارشی یک در ۴۵۰۰ تولد زنده گزارش شده است (۳). شایع‌ترین محل دوپلیکاسیون دستگاه گوارش در ناحیه ایلئوم (۴۴٪ تا ۶۰٪) و کمترین شیوع (۴-۲ ٪) در نوع سینه‌ای شکمی (توراکوابدومینال) است (۳، ۱). در نوع توراکوآبدومینال، منشأ دوپلیکاسیون روده دوازدهه (دئودنوم) بوده ولی امتداد آن از هیاتوس مری یا سورا خی در دیافراگم به سمت توراکس و مدیاستن می‌باشد در بیمار موضوع این مقاله، دوپلیکاسیون از سوراخی در قسمت خلفی دیافراگم جدا از هیاتوس قرار داشت. آمار منتشر شده نشان می‌دهد که در هر کدام از مراکز جراحی اطفال، سالانه ۲ تا ۴ مورد دوپلیکاسیون دستگاه گوارش پذیرش می‌شود (۷، ۸) دوپلیکاسیون‌ها به دو نوع کیسه‌ای و لوله‌ای دیده می‌شوند که اکثر موارد آن (۸۶٪) از نوع کیسه‌ای است (۳). شیوع این اختلال در سفیدپوستان بیش از سیاهپوستان بوده و در ۷۰٪ موارد قبل از سن یک سالگی و در ۸۵٪ قبل از سن ۲ سالگی تشخیص داده می‌شود (۵، ۳، ۲، ۱). دوپلیکاسیون‌ها به تناسب محل قرارگیری، حجم و عوارض احتمالی، علایم بالینی متفاوت نشان می‌دهند. دوپلیکاسیون دوازدهه نوع توراکوابدومینال به علت فشار روی ریه و قلب و ایجاد تنگی نفس با کیست‌های ریه اشتباه می‌شوند (۵).

در حالی که دوپلیکاسیون‌های دوازدهه داخل شکمی به علت فشار روی دهانه خروجی معده و ایجاد استفراغ‌های جهنده با استنوز هیپرتروفیک پیلور اشتباه می‌شوند (۵، ۳، ۲). دردهای کولیکی، تهوع، استفراغ و کاهش وزن در هر دو نوع دیده می‌شود. مشاهده ایکتر، نشانه درگیری مجاری صفراوی و یا فشار روی آنها می‌باشد (۵، ۲، ۱).

کیست‌های دوپلیکاسیون توراکوابدومینال گاه بدون علامت بوده و در موقع گرفتن عکس ریه به طور اتفاقی و به شکل یک توده یا کیست کشف می‌شوند (۵، ۴، ۲، ۱). با انجام سی‌تی اسکن و رادیوگرافی دستگاه گوارشی فوقانی (GI Upper) با ماده حاجب، تشخیص قطعی می‌گردد. در ۵۰٪ دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارش، سلول‌های اکتوپیک مخاط معده دیده می‌شود که منجر به زخم گشته و ایجاد خونریزی و کم‌خونی می‌نماید. (۵، ۳، ۱).

در ۱۵٪ دوپلیکاسیون‌های دوازدهه، خونریزی ناشی از زخم پپتیک و کم خونی گزارش شده است (۱،۳،۵). در صورت عدم درمان دوپلیکاسیون، ممکن است در دراز مدت به سرطان منجر گردد که اغلب پس از سن ۳۰ سالگی مشاهده می‌شود (۵). یکی دیگر از عوارض دوپلیکاسیون روده دوازدهه، پانکراتیت است (۶، ۵).

در تشخیص افتراقی دوپلیکاسیون توراکوابدومینال، کیست هیداتیک، آبسه ریوی و کیست آنتریک مطرح است. عکس ساده توراکس، سونوگرافی و سی‌تی اسکن در تشخیص کیست دوپلیکاسیون کمک به سزایی می‌کند، اما MRI دقیق‌تر بوده و آنومالی مهره‌ها را بهتر نشان می‌دهد (۷، ۲، ۱). در موارد خونریزی‌دهنده می‌توان از لاپاراسکوپی جهت تشخیص دوپلیکاسیون استفاده نمود (۲).

در صورت شک به دوپلیکاسیون روده دوازدهه، عکس رادیولوژی دستگاه فوقانی گوارش با ماده حاجب (Upper GI Study) در قطعی نمودن تشخیص نقش مهمی دارد (۵، ۱).

یکی از ناهنجاری‌های همراه دوپلیکاسیون، آنومالی مربوط به مهره ها (Fuse vertebra, hemivertebra, Spina Bifida)، و میلومننگوسل می‌باشد که در عکس ساده و MRI قابل تشخیص است (۵، ۴) به دست افراد با تجربه تشخیص دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارش در دوران جنینی با استفاده از سونوگرافی امکان‌پذیر می‌باشد (۳).

درمان دوپلیکاسیون، جراحی است (۵، ۴). از لاپاراسکوپی نیز برای تشخیص و درمان استفاده می‌شود (۸). در نوع توراکوابدومینال ابتدا با برش توراکوتومی، توراکس باز می‌گردد. پس از جدا کردن کیست از چسبندگی‌های ریه و مدیاستن با انسزیون لاپاراتومی ادامه آن آزاد و از روده جدا می‌گردد. پس از بستن دیواره روده، روده دوپلیکه از شکم و یا از راه توراکس خارج می‌شود. در صورت داشتن تشخیص قطعی قبل از عمل، می‌توان با لاپاراتومی عمل را شروع کرد (۵، ۴).

در بیمار موضوع این مقاله به علت نداشتن تشخیص قطعی قبل از عمل، جراحی با توراکوتومی شروع شد. ادامه عمل با لاپاراتومی بوده و در یک مرحله رزکسیون کامل دوپلیکاسیون میسر شد. تجمع مایع در پلور یکی از عوارض شایع جراحی کیست‌های توراکس و مدیاستن است، همچنانکه انواژیناسیون روده باریک متعاقب بسیاری از عمل‌های جراحی شکمی رخ می‌دهد. اقدام به موقع برای درمان این دو عارضه،

[Downloaded from mail.sjfm.ir on 2026-08-03]

مانع پیدایش عوارض بعدی گردید.

در بررسی آسیب‌شناسی نسوج مخاطی اکتوپیک دو پلیکاسیون، سلول‌های مختلف از جمله: معده، روده، تنفسی، پانکراس و لنفویید دیده می‌شود در بیمار ما علاوه بر سلول‌های فوق‌الذکر، سلول‌های مجرای حالب نیز مشاهده شده که در موارد گزارش شده تاکنون سابقه نداشته است (۶).

نتیجه‌گیری

کیست دوپلیکاسیون دوازدهه نوع توراکوابدومینال، کم شیوع‌ترین نوع دوپلیکاسیون‌های دستگاه گوارشی را تشکیل می‌دهد و اکثراً علاوه بر دردهای شکمی، تهوع و استفراغ با علایم تنفسی همراه بوده، تشخیص قطعی آن به سختی گذاشته می‌شود. درمان این ناهنجاری جراحی بوده و با دو برش توراکوتومی و لاپاراتومی برداشته می‌شود. در دراز مدت، مهم‌ترین عوارض این کیست‌ها در صورت دارابودن سلول‌های مخاط معده، پیدایش اولسر، خونریزی و پرفوراسیون است که خوشبختانه بیمار موضوع این مقاله دچار عارضه فوق‌الذکر نشده است. در بررسی آسیب‌شناسی مخاط کیست دوپلیکاسیون بیمار علاوه بر سلول‌های روده، معده و لنفوییید که غالباً دیده می‌شود، حاوی سلول‌های حالب نیز بوده است.

منابع

1- Bond SJ, Groff DB. Gastrointestinal Duplications. In: ONeill A, eds. Pediatric Surgery. Mosby- year book; 1998:1257-67.

2- Michalsky M, Besner GE, Hilfiker ML, Windle ML, Caty MG, et, al. Alimentary tract duplications: e medicine specialties- pediatric- surgery. 2004 June 29: 1-10.

3- Puligandla PS, Nguyen LT, St-Vil D, Flageole H, Bensoussan AL, Nguyen VH, et al. Gastrointestinal Duplications. J pediatr surg. 2003 May; 38 (5): 740-4.

4- Wrenn EL. Alimentary Tract duplications. In: Holder TM, eds. Pediatric Surgery. Philadelphia: Saunder Co; 2000. 421-33.

5- Wrenn EL. Alimentary Tract duplications. In: ONeill A, eds. pediatric Surgery. WB Saunders CO; 2002: 527-44.

6- Williams WH,Hendren WH Intrapancreatic duodenal duplication causing pancreatitis. Surgery. 1971 May; 69(5): 708-15.

7- Vijayaragham SB, Manonmani K, Rajamani G. Sonographic features of tubular duplication of the small bowel. J ultrasound Med. 2002; 21:1319-22.

8- Lee KH,Young CK,Tam YH. Laparoscopy for definitive diagnosis and treatment of gastrointestinal bleeding of obscure origin in children. J pediatr Surg. 2000. Sep; 35 (9): 1291-3.

[Downloaded from mail.sjfm.ir on 2026-08-03]