

تشخیص قبل از تولد آترزی ژژنوم: گزارش یک مورد

دکتر اشرف جمال، استادیار گروه زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سپهر مصداق‌نیا، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

Prenatal Diagnosis of Small Bowel Atresia : A Case Report ABSTRACT

In this paper we report a case of jejunal atresia that was detected prenatally. Polyhydramnios and multiple dilated bowel loops in the lower part of fetal abdomen in ultrasonography helped us to diagnose this abnormality. Postnatal barium enema showed it and also it was confirmed by laparotomy confirmed it. Prenatal diagnosis is important in these cases to facilitate delivery in centers where expert team of specialists are available to allow optimal neonatal care.

Key Words: Polyhydramnios; Dilated bowel loops; Jejunal atresia

چکیده

یک مورد آترزی روده باریک که در طی حاملگی به علت پلی‌هیدرامنیوس مادر تشخیص داده شد، گزارش می‌شود. لویهای متسع متعدد در شکم جنین، راهنمای تشخیص این مورد در سونوگرافی بود که پس از تولد، تنقیه باریوم انسداد ژژنوم را مشخص و لاپاراتومی آن را تایید کرد. آگاهی قبل از تولد والدین و آمادگی آنها جهت هر گونه تصمیم و پیشنهاد، کمک به سزایی به پزشکان نمود. همچنین تشخیص قبل از تولد باعث شد که تیم متخصصین جهت هرگونه اقدام آمادگی کامل را داشته باشند.

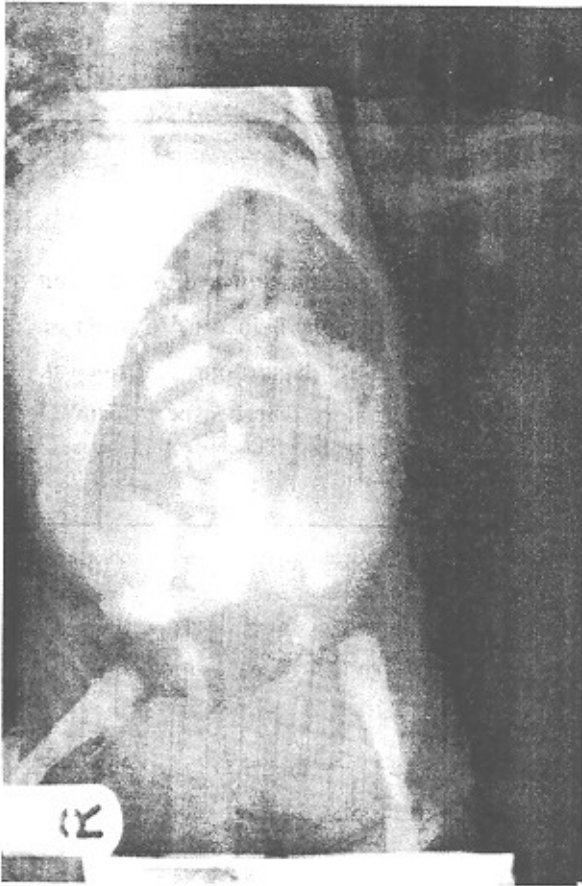
مقدمه

آترزی روده باریک شامل آترزی دئودنوم با شیوع $\frac{1}{۱۰۰۰۰}$ (یک در ده هزار) و آترزی ژژنوم ایلئوم $\frac{1}{۵۰۰۰}$ تولد است (۱). معمولاً انسداد آترزی لوله گوارش همراه پلی‌هیدرامنیوس می‌باشد که این پدیده می‌تواند مادر را به تشخیص برساند. اهمیت آترزی دئودنوم بیشتر به علت همراهی آن با تریزومی

۲۱ (در ۳۰٪ موارد) و ناهنجاری‌های دیگر مانند بیماریهای مادرزادی قلب (در ۲۰-۳۰٪ موارد) می‌باشد. اما در آترزی‌های ژژنوم و ایلئوم ناهنجاری‌های خارج روده‌ای و اختلالات کروموزومی کمتر مطرح می‌شود (۲). آترزی روده باریک پس از دئودنوم بیشتر در قسمت پروگزیمال ژژنوم و دیستال ایلئوم است. این آترزی‌ها به طور اسپورادیک اتفاق می‌افتد و در نتیجه حوادث عروقی و ایسکمی در جریان تکامل روده باریک می‌باشد (۳). وجود لوپ‌های متعدد متسع در قسمت پایین شکم جنین در سونوگرافی به همراه پلی‌هیدرامنیوس مادر، کلید تشخیصی قبل از تولد این ناهنجاری است (۴). تشخیص قبل از تولد ناهنجاری‌ها و در جریان قرار دادن والدین می‌تواند کمک بسزایی در تصمیم‌گیری و اقدامات جراحی مخصوصاً در موارد اورژانس بنماید.

معرفی مورد

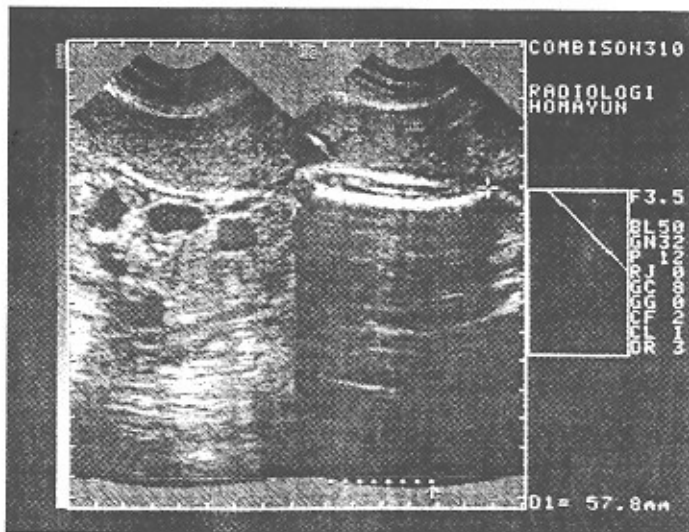
خانمی ۳۴ ساله دارای سه فرزند زنده و سالم بدون سابقه خاصی از بیماری و مصرف دارو در حاملگی چهارم از اوایل



شکل ۲- تصویر رادیوگرافیک نوزاد



شکل ۳- نمای رادیوگرافیک پس از تنقیه باریم



شکل ۴- نمای سونوگرافیک لوبهای متعدد

سه ماهه سوم مبتلا به پلی هیدرامنیوس شد. پس از رد دیابت در بررسی سونوگرافی که جهت تشخیص علت پلی هیدرامنیوس انجام گردید وجود لوبهای متسع متعدد در قسمت تحتانی شکم احتمال انسداد روده باریک را مطرح نمود (شکل ۱).

پس از تایید این عارضه توسط سونولوژیست دیگر، حاملگی در هفته ۳۹ به علت اتساع شکم جنین و احتمال ضربه زایمانی توسط سزارین خاتمه یافت. نوزاد پسر با آپگار ۹ در دقیقه اول و ۱۰ در دقیقه دوم با وزن ۳ کیلوگرم و به ظاهر سالم متولد شد. مایع آمنیوتیک بیش از حد طبیعی، زرد رنگ و دارای ذرات کوچک نیمه جامد سبز رنگ بود. شکم نوزاد کمی متسع (شکل ۲) و ترشحات سبز رنگ از دهان خارج می شد. ۷ ساعت پس از تولد به علت استفراغ صفاوی و عدم دفع مکنونیوم مشاوره با جراح اطفال انجام و تشخیص انسداد یا آنژی روده روز بعد با انجام تنقیه باریم مسجل شد (شکل ۳) و روز سوم نوزاد در بخش جراحی اطفال تحت عمل لاپاروتومی قرار گرفت. آنژی ژنوم و نقص مزاتر در قسمت آنژی روده وجود داشت. تزریق سرم فیزیولوژیک از قسمت دیستال و خروج آن از رکتوم باز بودن قسمت دیستال روده تا مقعد را تایید کرد. ابتدا در قسمت متسع آنژی روده رزکسیون به عمل آمد و پس از آماده سازی به قسمت دیستال آناستوموز گردید. نوزاد دوران پس از عمل را به خوبی گذرانده و با حال عمومی خوب روانه منزل شد.

بحث

یکی از راههای کنترل حجم مایع آمنیوتیک بلع جنین است. بنابراین هر زمان که اشکال در بلع بعلت تشکیل نشدن و یا انسداد لوله گزارش باشد حجم مایع آمنیوتیک افزایش می یابد و هرچه انسداد در قسمت بالاتری از لوله گزارش باشد پلی هیدرامنیوس شدیدتر است و زودتر ظاهر می شود. مؤید این مطلب وجود پلی هیدرامنیوس در همه موارد آنژی مری است، در حالی که آنژی مقعد و انسداد در روده بزرگ با هیدرامنیوس همراه نمی باشد (۵).

سونوگرافی دقیق در موارد پلی هیدرامنیوس می تواند اکثر

آنومالی های احتمالی لوله گوارش را تشخیص دهد، زیرا بیشتر این آنومالی ها به سبب انسداد قسمت پروگزیمال آنها تشخیص داده می شوند؛ مثلاً آنژی دئودنوم به علت وجود علامت Double-Bobble که نشان دهنده اتساع معده و قسمت اول دئودنوم است تشخیص داده می شود، البته وجود کانالی بین این دو حفره سبب افتراق آن از سایر ساختمانهای کیستیک قسمت فوقانی شکم می گردد (۶). انسداد روده باریک بعد از دئودنوم سبب لوب های متسع متعدد شده که عدم ارتباط آنها با معده تشخیص انسداد روده را مسجل می کند، به علاوه افزایش پرستالتیسم روده که با سونوگرافی Real-time قابل تشخیص است می تواند به تشخیص کمک کند. معمولاً پرستالتیسم روده باریک پس از هفته ۲۷ حاملگی در جنین مشهود شده و با افزایش سن حاملگی بر شدت آن افزوده می شود. علل دیگر لوب های متسع در نتیجه انسداد روده باریک شامل چرخش غیر طبیعی قوسهای روده، پیچش روده، باندهای پریتونئال و بیماری فیروکیستیک است که معمولاً در ۱/۴ موارد علت آنژی روده می تواند پیچش، چرخش و گاستروشیزی (نقص دیواره قدامی شکم) باشد (۷). معتقدند آنژی ژنوم در اثر حوادث عروقی و ایسکمی در جریان تکامل آن ایجاد می شود. بدین ترتیب که خونرسانی بخشی از روده مختل شده و آن قسمت یا از بین رفته یا تنگ می شود و در ۲۰٪ موارد هم یک بند فیبری باقی می ماند. نوعی از آنژی پروگزیمال ژنوم، آنژی پوسته سیبی (Appel - peel syndrome) نامیده می شود که بخش باقیمانده روده پس از ضایعه به دور محور عروقی مزاتر می پیچد (۳، ۸). البته در گزارش ما این مورد مشاهده نشده است. انسداد روده بزرگ و آنژی مقعد معمولاً قبل از تولد به علت اینکه با پلی هیدرامنیوس و اتساع همراه نمی باشد، تشخیص داده نمی گردد (۵). پیش آگهی جراحی در مورد انسداد یا آنژی روده بستگی به مالفور ماسیونهای همراه آن دارد (۷).

تکنولوژی سونوگرافی و تشخیص قبل از تولد ناهنجاری ها توسط آن سبب می شود که اولاً والدین در جریان مسأله قرار گرفته و آمادگی کامل را جهت هر پیشنهادی از طرف پزشکان داشته باشند، ثانیاً تیم مجرب متخصص اطفال، جراح اطفال و متخصص بیهوشی جهت هرگونه اقدام و جراحی اورژانس آماده باشند.

منابع

- 1- Callen P W. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. 1th ed Philadelphia. W.B. Saunders company. 1998; 359-60
- 2- Guttman F M. Multiple atresia and a new syndrom of hereditary multiple atresia involving the gastrointestinal tract from stomach to jejunal atresia and stenosis, J, Pediatr. Surg. 1973. 8;633-40.
- 3- Sadler T W. Langmean' Medical Embryology. 7^{ed} Baltimore Williams & wilkins, 1995, 266-267.
- 4- Louw J H. Jejuoileal atresia and stenosis. J. pediatr. surg. 1996.4; 77-84
- 5- Reed G B, Claireaux A E. Diseases of the Fetus and Newborn. 2th ed. chapman & hall, London, 1995, 596-97.
- 6- Romero R, Ghidini A. Prenatal dianosis of duodenal atresia, Does it make any difference? Obstet Gynecol. 1988,71; 739-43
- 7- Santalli T V, Blanc W A Congenital atresia of the nterstine: pathogenesis and treatment. Annm surg. 1991, 151;939-48.
- 8- Weitzmann J J. Vanderhoof R S. Jejunal atresia with agenesis of the dorsal mesentery. Am.J.Surg, 1996.111; 433-49.