

دیورتیکولیت حاد

ترجمه از: دکتر سیدحسین میرمجلسی*

ایمنی دست‌نخورده نیست. علائم و نشانه‌های بیماری در این بیماران ممکن است خفیف‌تر و درمان طبیی کمتر موفقیت‌آمیز باشد. در این بیماران سوراخ‌شدگی آزاد دیورتیکول‌ها بیشتر اتفاق می‌افتد و مرگ و میر و نقاهت‌های بعد از عمل بیشتر است.

بیماری‌زائی

برای پیدایش دیورتیکول‌ها دو عامل اهمیت فراوان دارد: افزایش فشار داخل لومن روده و ضعیف شدن جدار آن. کاهش حجم مدفوع به علت مصرف ناکافی مواد غذایی رشته‌ای (Dietary fiber) باعث تغییرات در زمان گذر مواد در لوله گوارش و افزایش فشار جدار روده بزرگ می‌شود. در مطالعات اپیدمیولوژیک، رابطه مستقیمی بین رژیم غذایی غربی با مواد قندی صناعی فراوان و رشته‌های غذایی ناکافی به اثبات رسیده است. بعلاوه معمولاً درد، تهوع، استفراغ و نفخ شکم در بیمارانی که رشته‌های غذایی به اندازه کافی دریافت می‌کنند مرتفع می‌شوند.

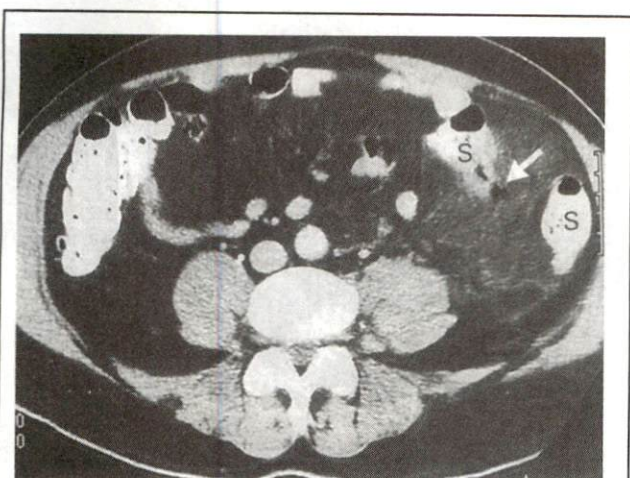
در بیماران دچار دیورتیکولوز، فشار در حال استراحت روده بزرگ بالا است و بیشتر از افراد سالم امواج با فشار بالا (High pressure-waves) دارند. در مورد افراد بدون علامت بالینی که دیورتیکول واضحی هم ندارند ولی اغلب داده‌های یافت شده در افراد دیورتیکول‌دار نظیر فشار داخل کولون بالا، جدار ضخیم و چین خورده سیگموئید و تنگی داخل لومن دارند گفته می‌شود که آنها در مرحله پیش‌دیورتیکولی (Prediverticular) هستند.

بخش بخش شدن فراوان (Hypresegmentation) و افزایش فشار داخل روده باعث فتق محاط کولون در نواحی‌ای از جدار کولون می‌شود. این نواحی منطبق است با نقاطی که شریان‌های جداری از لایه ماهیچه‌ای کولون گذر می‌کنند. در نتیجه دیورتیکول‌ها به صورت صفهائی بین Taenia های کولونی مزانتریک و جانبی قرار می‌گیرند. بعد از پیدایش دیورتیکول‌ها ممکن است تکه‌هائی از مدفوع وارد آنها شده، خشک و منجمد شوند. با بسته شدن راه ورودی دیورتیکول و ترشح مخاط از جدار و تجمع آن در دیورتیکول، اتساع دیورتیکول به دنبال می‌آید و باکتری‌ها رشد فراوان می‌یابند. در این دیورتیکول‌های نازک جداره‌ای که جدارشان فقط شامل لایه مخاطی کولون است به علت فشاری که بر شریان‌های جداری می‌آید اختلال در جریان خون و ایسکمی ایجاد می‌شود و تباهی و پارگی جدار به دنبال می‌آید. از آنجا که بسیاری از دیورتیکول‌ها یا مجاور و یا در داخل مزوکولون و یا زوائد اپی‌پلوئیک (Appendices epiploicae) هستند اغلب محصور و منفرد شدن سوراخ‌شدگی‌ها و در نتیجه تشکیل آبسه رخ می‌دهد. به نظر Fleischner و Ming دیورتیکولیت‌های با علائم واضح بالینی، همواره

نوع اکتسابی بیماری دیورتیکولی روده بزرگ در کشورهای غربی بسیار شایع است و ۵ تا ۶۰ درصد از افراد بالای ۴۵ سال و تقریباً ۸۰ درصد از افراد بالای ۸۵ سال دچار آن هستند. به نظر می‌رسد که فقط حدود بیست درصد از افراد دارای دیورتیکولوز دچار دیورتیکولیت فعال شوند. اصطلاحات «دیورتیکولوز» و «بیماری دیورتیکولی روده بزرگ» فقط به وجود دیورتیکول‌های غیرملتهب اشاره دارند. امروزه برای بررسی انواع مسائل التهابی مربوط به دیورتیکولوز روده بزرگ از تقسیم‌بندی Hinchey و همکارانش استفاده می‌شود در مرحله اول I آبسه‌های کوچک محصور دور کولون (Confined pericolic abscesses) پیدا می‌شوند. در مرحله دوم II آبسه‌های بزرگ‌تر پدیدار می‌گردند و در مرحله سوم III بیمار دچار پریتونیت چرکی منتشر می‌شود و بالاخره در مرحله چهارم IV پریتونیت همراه با آلودگی فضای صفاقی با مدفوع، به وجود می‌آید. از آنجا که بر حسب تعریف در دیورتیکولیت همواره باید حداقل ریزپارگی‌های (Microperforation) دیورتیکول را داشته باشیم اصطلاحاتی نظیر دیورتیکولیت عارضه‌دار (Complicated)، و یا دیورتیکولیت سوراخ شده (Perforated) باید متروک شوند.

اصطلاح دیورتیکولیت همراه با سوراخ‌شدگی (Perforated) باید برای مواردی به کار رود که در آنها آبسه دور دیورتیکولی در فضای صفاقی باز شده و پریتونیت چرکی (مرحله III) را به وجود آورده است. در موقعیت نادرتری که دیورتیکول غیرملتهب و غیرمسدود، سوراخ می‌شود و به فضای صفاقی باز می‌گردد و پریتونیت همراه با مدفوع را در فضای صفاقی به وجود آورد در حقیقت در مرحله IV هستیم و باید از اصطلاح سوراخ‌شدگی آزاد (Free perforation) دیورتیکول استفاده کنیم و اصطلاح دیورتیکولیت همراه با سوراخ‌شدگی را بکار نبریم.

تا بیست درصد از بیمارانی که دچار دیورتیکولیت حاد هستند سنی کمتر از پنجاه سال دارند. ظاهراً شدت بیماری در بیماران جوانتر بیشتر است ولی این حالت فقط ممکن است ناشی از تأخیر در تشخیص بیماری در این بیماران باشد. در مطالعات اخیر ثابت شده است که حدود دو سوم از این بیماران جوان که تا ۹ سال پیگیری شده‌اند با درمان محافظه‌کارانه دچار عود بیماری نشده‌اند. در سال ۱۹۶۹، در گزارش Parks اشاره به وقوع دیورتیکولیت در زنان به میزان بیشتر از مردان شده بود ولی در مطالعات اخیر، وقوع دیورتیکولیت در زن و مرد یکسان بوده است. موفقیت گسترده در پیوند اعضا، اپیدمی بیماری نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) و تجویز درازمدت کورتیکوستروئیدها برای بیماری‌های مختلف، گروه کثیری از بیماران با سیستم ایمنی منکوب شده به وجود آورده است. در این بیماران عوارض و عواقب دیورتیکولیت وخیم‌تر است، البته وقوع دیورتیکولیت در این گروه بیشتر از افراد با



شکل ۱ - سی تی اسکن شکم مرد ۶۷ ساله با درد ناحیه تحتانی چپ شکم و تب برای سه روز. سی تی اسکن التهاب چربی دور کولون را نشان می دهد که به صورت افزایش Attenuation و stranding مزوکولون سیگموئید که بین دو لوپ سیگموئید (S) ظاهر شده است درآمده است. گاز خارج لومن روده (فلش) مجاور دیورتیکول با جدار ضخیم، نشان دهنده محل سوراخ شدگی است.

دهد اتساع حاد سکوم (بیشتر از ۱۰ سانتیمتر)، وجود علائم تباهی (نگروز) در جدار سکوم (مثلاً وجود هوا در آن) در عکس ساده شکم و یا دردناکی فاحش ناحیه تحتانی راست شکم در حضور یک سکوم نسبتاً متسع از موارد تجویز فوری عمل جراحی است. انسداد روده باریک بیشتر از انسداد کولون رخ می دهد بخصوص اگر آبسه دور کولونی دارای ابعاد بزرگ باشد. التهاب ورید باب (Pylephlebitis) یکی از عوارض خطرناک دیورتیکولیت است که باید همواره در مواردی که دیورتیکولیت حاد با زردی و یا آبسه کبدی همراه می شود در نظر گرفته شود.

گرچه ۸۵ درصد از موارد دیورتیکولیت در سیگموئید و کولون نزولی پیدا می شود دیورتیکولها ممکن است در سرتاسر جدار کولون منتشر باشند. دیورتیکولیت طرف راست کولون بیشتر در آسیائی ها دیده می شود و نسبت به دیورتیکولیت طرف چپ دارای سیر بالینی کمتر خطرناکی است. دیورتیکولیت طرف راست کولون معمولاً با آپاندیسیت حاد اشتباه می شود بخصوص که این بیماری در افراد جوانتر پیدا می شود. دیورتیکولیت ناحیه سیگموئید نیز اگر کولون پرپیچ و خم بوده و سیگموئید در ناحیه بالای عانه و یا در قسمت تحتانی راست شکم قرار داشته باشد ممکن است با آپاندیسیت حاد اشتباه شود.

بررسی های تصویری

دیورتیکولها در کسانی با باریم انما نمایان می شوند ولی وجود یا غیاب آنها در باریم انما به تنهایی تشخیص دیورتیکولیت حاد را اثبات یا نفی نمی کند. دیورتیکولهای متعدد همراه با تنگی موضعی سیگموئید و با

نتیجه سوراخ شدن های کوچک جدار دیورتیکول است و بعلاوه نشان داده اند که باوجود التهاب فراوان نسج دور کولون، جدار کولون به طور ماکروسکوپی و میکروسکوپی طبیعی است.

پاره شدن آبسه محصور دور دیورتیکولی به داخل فضای صفاقی (مرحله III) معمولاً با آلودگی فضای صفاقی با مدفوع همراه نیست و علت آن احتمالاً این است که گردن دیورتیکول به وسیله توده مدفوع مسدود شده است. در موارد نادر که سوراخ شدن آزاد جدار دیورتیکول به فضای صفاقی (مرحله IV) رخ می دهد دیورتیکولیت واضحی وجود ندارد و یک سوراخ جدار بدون التهاب در جدار دیورتیکول سبب ایجاد این معضل خطرناک می شود. در هر دو حال، پریتونیت چرکی و یا پریتونیت با آلودگی همراه با مدفوع، بیشتر در سالخوردگان و افراد با نقص ایمنی اتفاق می افتد و با مرگ و میر بالائی همراه است.

اگر اعضای مجاور درگیر این التهاب شوند و یا آبسه به درون اعضای مجاور باز شود ممکن است یک فیستول به وجود آید. فیستول بین کولون و مثانه شایع ترین فیستولها است و بیشتر در مردان رخ می دهد تا زنان، شاید بدین جهت که در زنان، رحم بین مثانه و سیگموئید حائل قرار می گیرد. فیستول بین کولون و مهبل و یا بین کولون و پوست کمتر شایع است.

تشخیص

علائم بالینی

تشخیص بالینی دیورتیکولیت بر مبنای درد شکمی ای که معمولاً از هیپوگاستر شروع شده و سپس در ناحیه تحتانی چپ شکم متمرکز می شود صورت می گیرد. ممکن است اختلال در نظم اجابت مزاج رخ دهد در این صورت اسهال بیشتر از یبوست شایع است. ناراحتی در ادرار کردن و تکرر ادراری در مواردی که کولون ملتهب به مثانه چسبیده است پیدا می شود و اعصاب احشائی برنده که از جدار ملتهب کولون سرچشمه می گیرند از طریق شبکه عصبی ساکرال ممکن است درد ارجاعی را در آلت، اسکروتوم و ناحیه بالای عانه ببرند. در صورت پیدایش فیستول بین کولون و مثانه، بیمار از هوا - ادراری (Pneumaturia)، و مدفوع - ادراری (Fecaluria) و یا عفونت ادراری مقاوم و عودکننده شاکی خواهد بود.

در معاینه بالینی، معمولاً دردناکی ناحیه تحتانی چپ شکم وجود دارد. گاهی ممکن است توده ای در قسمت تحتانی شکم و یا در رکتوم با دست لمس شود. در این حال امکان وجود سرطان همواره باید در نظر گرفته شود. خون به مقدار بسیار کم (trace) ممکن است وجود داشته باشد ولی خونریزی فاحش بسیار غیرمعمول است و در تشخیص دیورتیکولیت حاد اگر این علامت وجود داشته باشد همواره باید در تشخیص تردید داشت. وجود پریتونیت منتشر، نشان دهنده پاره شدن آبسه دور کولون و یا سوراخ شدگی آزاد یک دیورتیکول غیرملتهب است. انسداد کولون گرچه غیرشایع است ولی ممکن است بعد از عود مکرر دیورتیکولیت رخ

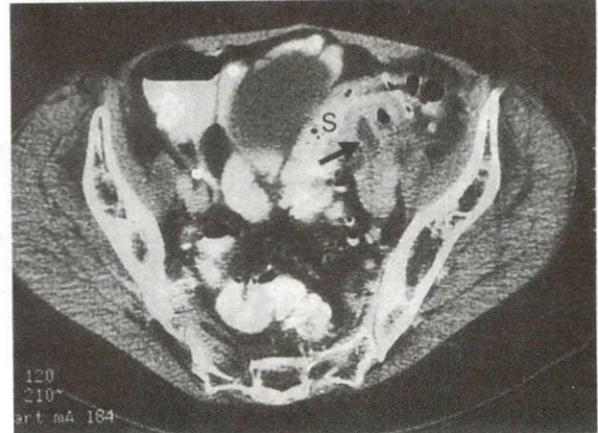
کولون و بافت‌های دور کولون (شکل‌های ۲ و ۳) و امکان نفی تشخیص سایر بیماری‌های شکمی. درناژ از راه پوست که به وسیله سی تی اسکن هدایت شده انجام گیرد باعث مهار علائم سیستمیک عفونت و حذف و یا کوچکتر شدن آبسه می‌شود و رزکسیون یک مرحله‌ای را ممکن ساخته از خطرات و هزینه‌های گزاف اعمال چند مرحله‌ای جلوگیری می‌کند.

در ۲ تا ۲۱ درصد از موارد بررسی با سی تی اسکن به طور کاذب منفی بوده است. عواملی که می‌توانند در نرسیدن به تشخیص قطعی دیورتیکولیت با سی تی اسکن دخالت داشته باشند عبارتند از ۱ - مواردی که تشخیص سرطان را نمی‌شود رد کرد. ۲ - مواردی که دیواره کولون به طور چشمگیری ضخیم شده است. ۳ - این نکته که سی تی اسکن حساسیت کافی برای نمایاندن آبسه‌های کوچک داخل دیواره کولون و یا مزوکولون ندارد. با وجود همه این محدودیت‌ها سی تی اسکن روش انتخابی در تشخیص دیورتیکولیت حاد است.

از طرف دیگر تعدادی از پژوهشگران، اولتراسونوگرافی را برای تشخیص و درمان این بیماری توصیه کرده‌اند. علائم مثبت عبارتند از: قسمت‌های هیپو اکوئیک ضخیم جدار کولون، وجود دیورتیکول، درد در فشار ناحیه مبتلا، و یک ناحیه اکوژنیک که روده بیمار را محصور کرده باشد. این روش نسبتاً ارزان، غیرتهاجمی و همه جا در دسترس است و می‌تواند برای درمان هم مورد استفاده قرار گیرد. محدودیت‌ها عبارتند از این که سونوگرافی بیش از سی تی اسکن به مهارت انجام دهنده بستگی دارد و دردناکی ناحیه ممکن است مانع از انجام مطلوب سونوگرافی و اعمال فشار مناسب برای بررسی لازم شکم شود. بعلاوه، در بیماران چاق کیفیت تصویر ممکن است رضایت‌بخش نباشد. همچنان که در مورد سی تی اسکن گفته شد سونوگرافی هم ممکن است نتواند بین توده‌های التهابی و نئوپلاستیک افتراق قائل شود.

درمان دیورتیکولیت حاد

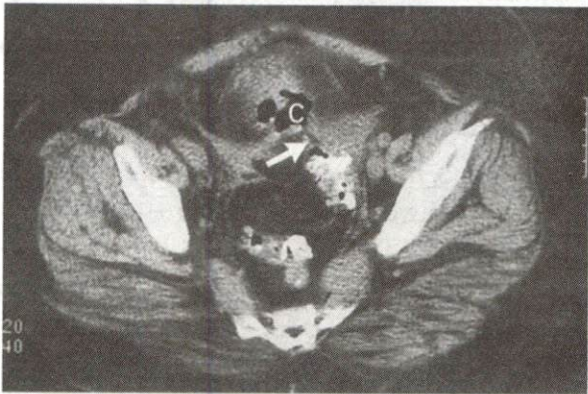
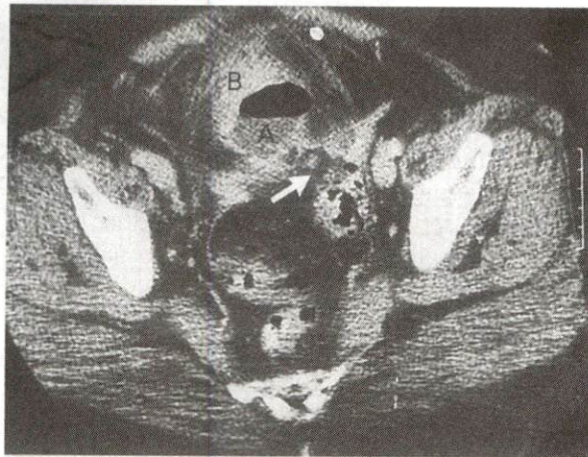
اگر به طور معقول از تشخیص بالینی دیورتیکولیت حاد مطمئن باشیم می‌توانیم بلافاصله درمان طبی آن را شروع کنیم. در بیمارانی که برای اولین بار دچار بیماری شده‌اند و شدت بیماری چندان زیاد نیست و بیمار قادر به خوردن مایعات است ممکن است درمان به طور سرپائی شروع شود: درمان عبارتست از: تجویز مایعات از راه دهان و ۷ تا ۱۰ روز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف خوراکی، برای این منظور باید میکروب‌های بیهوازی را از نظر درمانی مورد پوشش قرار داد. درمان با سیپروفلوکساسین و مترونیدازول و از آن بهتر درمان با مترونیدازول و Trimethoprim - Sulfamethoxazole درمان مناسبی است. بعد از التیام مرحله حاد، باید به بیمار توصیه کرد که رژیم غذایی حاوی رشته‌های گیاهی فراوان مصرف کند و بعلاوه انجام کولونوسکوپی برای رد تشخیص سرطان توصیه می‌شود. بعد از درمان طبی اولین حمله، در یک مطالعه طی دو سال پیگیری ۵ درصد از بیماران دچار حمله دوم شدند. در مطالعه دیگر درصد عود بیماری بیشتر بود.



شکل ۲ - سی تی اسکن نشان‌دهنده آبسه دور دیورتیکول در مرد ۷۴ ساله با درد لگن و تب.

سیگموئید در این تصویر دارای جدار ضخیمی است (S). یک تجمع کوچک مایع (فلش) نشان‌دهنده آبسه داخل جدار است که منجر به محل یک سوراخ شدگی محصور خارج لومن و یک واکنش التهابی خلفی گسترش یافته است. بعلاوه دیورتیکول‌های متعددی نیز دیده می‌شوند.

ورود باریم به خارج از لومن کولون تشخیص دیورتیکولیت را مطرح می‌کند گرچه همین تغییرات ممکن است در بیماری کرون هم دیده شوند. وجود تنگی یا علائم فشار خارج از لومن، گاهی تشخیص افتراقی با سرطان کولون را مطرح می‌کند. ولی معمولاً تشخیص افتراقی بین دیورتیکولیت حاد و سرطان سوراخ نشده کولون چندان مشکل نیست. Parks و همکارانش در مطالعه‌ای پس‌نگر، نه تنها تشخیص دیورتیکولیت توسط رادیولوژیست‌های مختلف را متغیر یافتند بلکه بین علائم پرتونگاری و ظواهر آسیب‌شناسی دیورتیکولیت هم چندان همخوانی نیافتند. از آنجا که تزریق هوا با جابه‌جا کردن تکه مدفوع مسدود کننده ممکن است سبب سوراخ شدن دیورتیکول شود و نیز به علت محدودیت در امکان تشخیص، استفاده از پرتونگاری با باریم تا حدود زیادی با اسکن کامپیوتری (CT) و سونوگرافی جایگزین شده است. سیگموئیدوسکوپی برای تشخیص سرطان و یا بیماری کرون ارزنده است ولی برای اثبات تشخیص دیورتیکولیت چندان ارزشی ندارد زیرا تقریباً همیشه این بیماری خارج از لومن روده قرار دارد. سی تی اسکن بی‌خطرترین و از نظر اقتصادی باصرفه‌ترین روش تشخیصی است. بعلاوه ممکن است از نظر درمانی هم مورد استفاده قرار گیرد. علائم توموگرافیک دیورتیکولیت حاد عبارتند از: التهاب بافت چربی دور کولون، وجود دیورتیکول‌های واحد یا متعدد، ضخیم شدن جدار کولون بیش از چهار میلیمتر، و یا آبسه دور دیورتیکولی (شکل ۱). امتیازات این روش عبارتند از غیرتهاجمی بودن نسبی آن، امکان پدیدار کردن جدار



شکل ۳ - دیورتیکولیت با آبسه در زن ۷۶ ساله با تب و تکرر ادراری

قسمت A نشان دهنده یک آبسه ۵ سانتیمتری با سطح هوا - مایع (A) است. آبسه جسیبیده به مقطع فوقانی مثانه (B) است و از راه یک تجمع مایع نامنظم به سیگموئید وصل شده است. (فلش). دیورتیکولهای متعددی نیز وجود دارند. قسمت B سی تی اسکنی است که شش ساعت بعد گرفته شده است. این تصویر یک حفره نامنظم کوچکتر (۴ سانتیمتر) (C) و درناژ خودبه خود مایع را که احتمالاً از طریق فیستول (فلش) به داخل سیگموئید انجام گرفته است نشان می دهد. این تغییرات با بهبود علائم بالینی بیمار همراه بوده است.

لاپاروسکوپی استفاده شده است که معمولاً به صورت Elective صورت گرفته است. در این موارد، درمان لاپاراسکوپیک همچون روش جراحی باز، بی خطر و مؤثر است و با بهبود سریعتر و ترخیص زودتر بیمار از بیمارستان همراه بوده است.

موارد جراحی فوری عبارتند از: پریتونیت منتشر، عفونت غیرکنترل شده، سوراخ شدگی های احشائی، و بدتر شدن حال عمومی بیمار. بعلاوه، در بیماران با نقص ایمنی و در آنهایی که تشخیص افتراقی

اگر بیمار قادر به خوردن مایعات از راه دهان نباشد یا درد شدید باشد و نیاز به تجویز مواد مخدر داشته باشد و یا اگر بعد از درمان سرپائی علائم بیماری زایل نشوند باید او را بستری کرد. چون متعاقب خوردن غذا فشار کولون افزایش می یابد بیمار باید ناشتا نگه داشته شود. درمان با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف لازم و درمان سه گانه با آمپی سیلین، جنتامایسین و مترونیدازول مناسب است. درمان تک آنتی بیوتیکی با آنتی بیوتیک های جدیدتر نظیر پپراسیلین و تازوباکتام هم مؤثر است. برای تسکین درد Meperidine مناسبتر است. احتمالاً از سولفات مورفین باید اجتناب شود چون باعث افزایش اسپاسم کولون می شود و سگمانتاسیون کولون را می افزاید. اگر بعد از ۲ تا ۳ روز درد زایل نشود و یا تب و لوکوسیتوز رفع نشوند و یا معاینات متعاقب، وجود علائم صفاقی جدیدی را آشکار کنند مطالعات تصویری باید انجام شوند.

در مطالعات متعددی که اخیراً انجام شده اند درناژ از راه پوست برای مواردی که آبسه دور دیورتیکولی بیش از پنج سانتیمتر قطر داشته باشد توصیه شده است. آبسه های کوچکتر احتیاج به این درمان تهاجمی ندارند چون بیشتر آنها با درمان آنتی بیوتیکی بهبود می یابند و درمان یک مرحله ای را میسر می کنند. درناژ هدایت شده به وسیله سی تی اسکن همراه با درمان آنتی بیوتیکی معمولاً در کمتر از ۷۲ ساعت منجر به رفع تب، کاهش درد و برگشت تعداد گلبول های سفید به میزان طبیعی می شود و بیمار ممکن است تا ۲۹ ماه بعد از این درمان بدون هرگونه علائم بیماری باقی بماند. در بیمارانی که آبسه آنها حاوی تکه های مدفوع است درناژ از راه پوست معمولاً قادر به کنترل عفونت نیست و جراحی فوری مناسب تر است.

تقریباً بیست درصد از بیماران مبتلا به دیورتیکولیت حاد نیاز به جراحی پیدا می کنند. جراحی انتخابی (Elective) رزکسیون سیگموئید معمولاً در مواردی است که با پیدایش فیستول ها و یا عود مکرر دیورتیکولیت همراه باشد. برخی از پژوهشگران درمان جراحی را برای بیماران جوانتر از ۳۵ سال هم توصیه می کنند ولی این توصیه مورد قبول همه نیست. در بیمارانی که بعد از درمان طبی رضایت بخش جراحی می شوند و یا بیمارانی که در آنها درناژ آبسه ها از راه پوست به کنترل بیماری منجر می شود رزکسیون با آناستوموز اولیه روش انتخابی است. اگر حال عمومی بیمار خوب باشد و دو سر بریده شده کولون سالم و غیرمتورم باشند و آمادگی های لازم قبل و یا حین جراحی کولون انجام گرفته باشد یک جراحی یک مرحله ای قابل انجام و با موربیدیت ناچیز و مرگ و میر کمتر از یک درصد همراه است. در یک مطالعه پس نگر ۲۲۷ بیمار که برای درمان دیورتیکولیت مورد جراحی قرار گرفته بودند، ۸۸ درصدشان رزکسیون اولیه و آناستوموز بلافاصله داشته اند. در این بیماران گروهی که بیماری شان خفیف (mild) بود مرگ و میری نداشتند. و در ۲ درصد پارگی آناستوموز به وقوع پیوست. در بیمارانی که آبسه لگنی و یا پریتونیت منتشر داشتند عوارض بعد از عمل بیشتر و مرگ و میر ۷/۷ درصد بود. در بررسی های اخیر، از روش رزکسیون سیگموئید از راه

اورژانس تحت عمل قرار می‌گیرند عدم آمادگی کولون از نظر ضد عفونی شدن مشکل زیادی ایجاد می‌کند. اخیراً شستشوی کولون در حین عمل به عنوان روشی بی‌خطر و سریع که باعث آماده شدن کولون برای انجام عمل یک مرحله‌ای و آناستوموز اولیه می‌شود مورد استفاده قرار گرفته است ولی به نظر می‌رسد که این روش بیشتر برای بیمارانی که دچار انسداد شده باشند مناسب است. در بیمارانی که دچار پرتونیت باشند عمل دومرحله‌ای معتبرترین روش درمان است.

متأسفانه حتی با وجود تجویز رشته‌های گیاهی ۲۷ درصد از بیماران حتی بعد از عمل جراحی همچنان علائم بالینی دارند. به طور کلی برای بیمارانی که رزکسیون سیگموئید داشته‌اند و یا آنانی که حملات حادشان با درمان طبی بهبود یافته است رژیم حاوی رشته‌های غذائی فراوان توصیه می‌شود.

* - مؤسسه پزشکی ایرانیان

مأخذ:

Ferzoco LB, Raptopoulos V, And Silen W. Acute diverticulitis. N Engl J Med 1998;338:1521-1526

Ahmed A. Acute diverticulitis : letter to the Editor. N Engl J Med 1998;339:1082

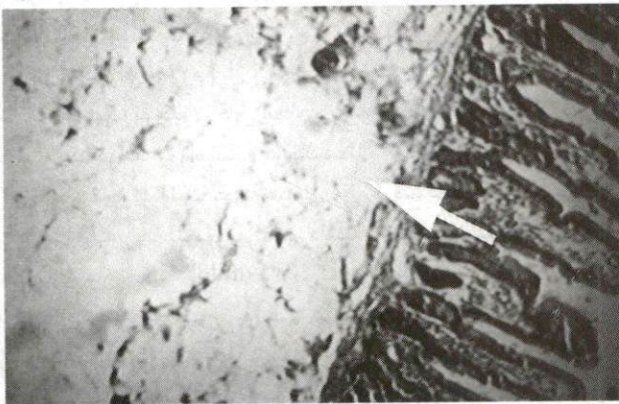
قطعی با سرطان میسر نیست درمان جراحی سریعتر و تهاجمی‌تر لازم است. در گذشته، در همه موارد آبسه دیورتیکولی با سوراخ‌شدگی و یا با آلودگی واضح صفاق با مدفوع و یا انسداد کولون جراحی سه مرحله‌ای به کار می‌رفت. در مرحله اول، درناژ آبسه و کولوستومی کولون عرضی انجام می‌گرفت. در مرحله دوم تکه مبتلای کولون بیمار برداشته می‌شد و بالاخره در مرحله سوم تداوم کولون برقرار می‌گردید و کولوستومی بسته می‌شد. این اعمال سه مرحله‌ای دارای مرگ و میر و عوارض زیادی بودند، شاید به علت این که اعمال جراحی مکرر بودند و کولون مبتلا در شکم باقی می‌ماند و منشأ عفونت مداوم بود. در سال‌های آغازین ۱۹۸۰ در موارد اورژانس عمل دو مرحله‌ای مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله اول قسمت بیمار کولون برداشته می‌شد. کولوستومی (end colostomy) برقرار می‌شد و کولون دیستال یا رکتوم باقی‌مانده به طریق روش هارتمان (Hartmann's procedure) دوخته می‌شد. در مرحله دوم تداوم کولون برقرار می‌شد. فقط ۳۰ تا ۷۵ درصد از بیمارانی که مرحله اول رزکسیون را دریافت کرده بودند به بستن کولوستومی می‌رسیدند. علت آن احتمالاً موربیدیته عمل بعدی و وضع عمومی بد بیماران بود. بعلاوه برگشت کولوستومی بعد از روش هارتمان از نظر تکنیکی مشکل است و موربیدیته قابل توجهی دارد که شامل باز شدن آناستوموز در ۱۶ درصد و مرگ و میر تا ۴ درصد است. انجام یک روش جراحی مرحله‌ای به هر حال در پرتونیت منتشر الزامی است. در بیمارانی که به علت سوراخ‌شدگی، انسداد و یا پرتونیت منتشر به طور

پاسخ تشخیص شما چیست؟ (در صفحه ۹۷)

پولیپ‌های کوچک و بزرگ متعدد دیده شد. تمام پولیپ‌ها از نوع لیپوم بود. و آزمایش بافت‌شناسی آن را تأیید کرد. تشخیص نهائی Lipomatosis of small intestine بود.

عکس شماره ۳:

هیستولوژی. سلول‌های چربی را نشان می‌دهد.



بیمار بعد از بررسی کامل تحت عمل جراحی قرار گرفت. در ژنوتیوم یک توده پولیپوئید به قطر پنج سانیمتر با سطح نکروز موجب Intussusception شده بود. حدود ۳۰ سانتیمتر از ژنوتیوم برداشته شد.

عکس شماره ۲: قسمتی از روده. یکی از ضایعات پولیپوئید باز شد و بافت چربی نمایان گشت.

