

معرفی یک مورد نادر: بیمار با آبسه جدار معده

دکتر سیدمحمد کاظم حسینی / * دکتر حشمت‌الله قربانی / ** دکتر بهنام دیبائی نیا / *** دکتر سعید خطیب ****

همه طبیعی هستند.

Stool Exam: Normal

Urine Culture: Negative

Blood Culture: Negative در دو نوبت

PT PTT: Normal

Bilirubin Total: Normal

ALK Phosphatase, SGPT, SGOT در ابتدا همگی در حد طبیعی بودند ولی بعد از گذشت دو روز SGOT=78 IU/L و ALK Phosphatase در حد طبیعی بود.

عکس قفسه صدری و عکس ساده شکم در حالت ایستاده و خوابیده طبیعی بود.

ESG و اکوکاردیوگرافی طبیعی.

برای بیمار آنتی‌بیوتیک شروع شد (سفتی‌زوکسیم، جنتامایسین، مترونیدازول)

در سونوگرافی شکم کیسه صفرا قدری ضخیم و دارای دو لایه بود همچنین یک منظره Hypochoic مربوط به ادماتو شدن با قطر ۱۲ میلی‌متر دیده شد. (۱/۱۱) مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی و سایر احشای شکم طبیعی گزارش شد. (شکل شماره ۱)

در سی‌تی‌اسکن شکم ضخیم شدن شدید Submucosa در ناحیه آنتروم به گونه‌ای که منجر به تنگی فضای معده شده است و با توجه به سن بیمار احتمال ضایعات انفیلاسیون از جمله لنفوم مطرح شد. (شکل شماره ۲)

در آزمایش رادیولوژی معده یک Filling Defect واضح در ناحیه آنتر

بیمار آقای ۲۴ ساله، ساکن یکی از روستاهای حومه شهر کرد که از پنج ماه پیش به طور متناوب دچار درد ناحیه اپی‌گاستر و استفراغ می‌شده است که گهگاه درد اپی‌گاستر همراه با تب و لرز بوده است. ولی بیمار از میزان تب اطلاعی نداشت. حملات درد اپی‌گاستر و استفراغ بین ۳-۵ روز طول کشیده که با مراجعه به پزشکان مختلف و درمان‌های سرپایی که شامل داروهای H2 Bloker، آنتی‌کلینترژیک و آنتی‌اسید بهبودی می‌یافته است. در طول این مدت از بی‌اشتهایی و کاهش وزن مختصر نیز شاکی بوده، بیمار اجابت مزاج طبیعی داشته، و علایمی مثل تعریق، سرفه، اسهال و یا شکایتی از سایر اندام‌ها نداشت. در معاینه بیمار فردی جوان، لاغر اندام، و مرتباً استفراغ می‌کرد. ولی حالت توکسیک نداشت، یافته‌های مثبت در معاینه شامل تب ۳۸ درجه از راه دهان و حساسیت شدید ناحیه اپی‌گاستر بود. شدت درد اجازه نمی‌داد که از بیمار rebound tenderness به عمل آید. به جز ناحیه اپی‌گاستر جدار شکم، در سایر نواحی نرم بود. هیچ ارگانومگالی و یا توده داخل شکمی یافت نگردید. سطح قلب و ریه طبیعی بود. نتایج آزمایش‌ها به شرح زیر می‌باشد:

ESR= 50/1st hour

WBC: 17000 POLY 91%

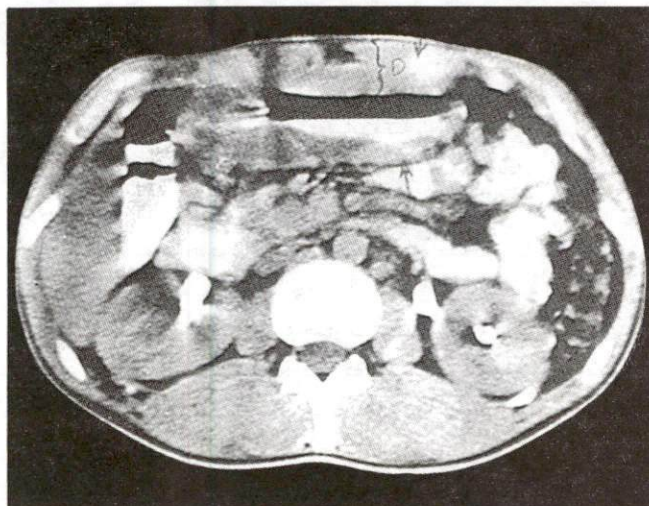
لام خون محیطی shift to the left را نشان می‌داد.

Wright-Widal: Negative

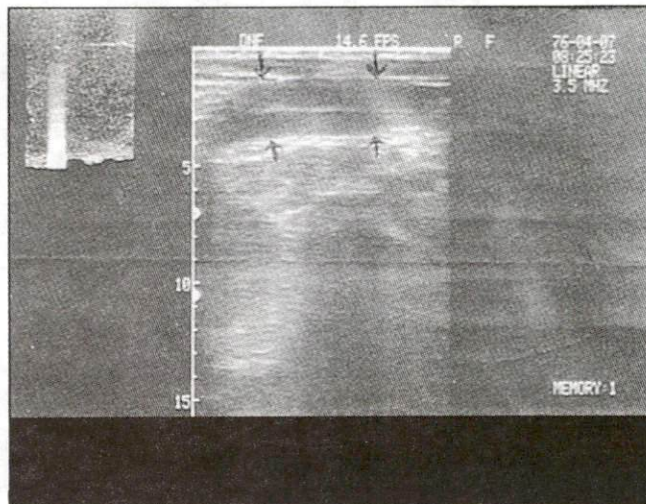
BUN, Creatinine, Na, K: Arterial blood goes, Urine analysis. +1,

Stool exam Blood and Urine Culture, Bilirubin, PT, PTT

شکل شماره ۲



شکل شماره ۱



لنفوم جدار معده یا لیومیوماگاسترکتومی subtotal انجام گرفت و فوندوس باقی مانده معده به ژژنوم آناستوموز گردید و عمل ژژنوستومی (Roux) انجام شد.

شد. پس از خاتمه عمل جدار معده در محل موتور باز شد که قطر جداره عمل در این محل حدود ۴ سانتی متر بود و در درون آن آبسه های متعدد در اندازه های مختلف وجود داشت.

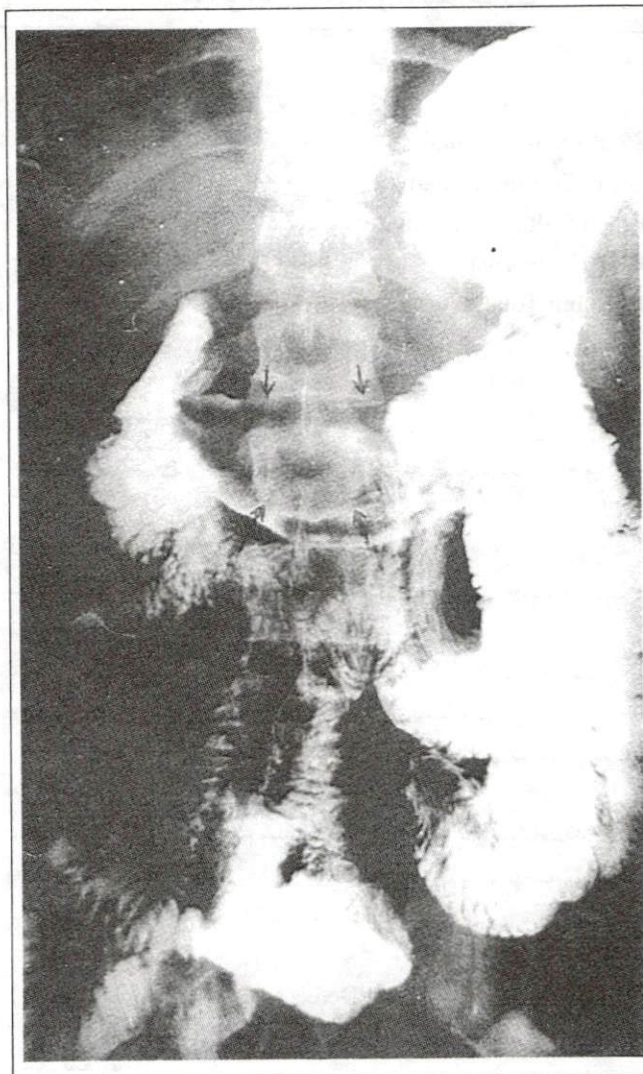
در بررسی میکروسکوپی بافت معده، مخاط دارای نمای نسبتاً طبیعی و در زیر مخاط و لایه های عضلانی جدار انفیلتراسیون شدید لوکوسیت های نوتروفیل و به تعداد کمتر ایوزینوفیل مشاهده گردیده و در زیر مخاط نکروز وجود داشته که تشکیل آبسه را داده است تغییرات تومورال و بدخیمی مشاهده نشد. (شکل شماره ۴)

بعد از عمل برای بیمار بررسی سرولوژیک برای HIV انجام شد که منفی بود. میزان ایمنوگلوبولین های IgG و IgM و IgA نیز طبیعی بودند. سرانجام بیمار یک هفته بعد از عمل جراحی با حال عمومی خوب مرخص شد و تا زمان گزارش فوق سه بار جهت follow-up مراجعه داشته است که تاکنون مشکل خاصی نداشته است.

آبسه جدار معده از التهابات نادری است که در پانزده سال اخیر تنها پنج مورد گزارش شده است ولی گزارش های دیگری هم وجود دارد که مربوط به سال های قبل از ۱۹۶۰ می باشد^(۱) محل التهاب بیشتر در آنتروم معده است ولی التهاب منتشره در تمام قسمت های معده به صورت فلگمون هم (Phlegmonous gastritis) دیده شده است^(۱) سن بیماران معمولاً بین ۳۰ تا ۶۰ سال بوده و اغلب آنها مرد هستند.

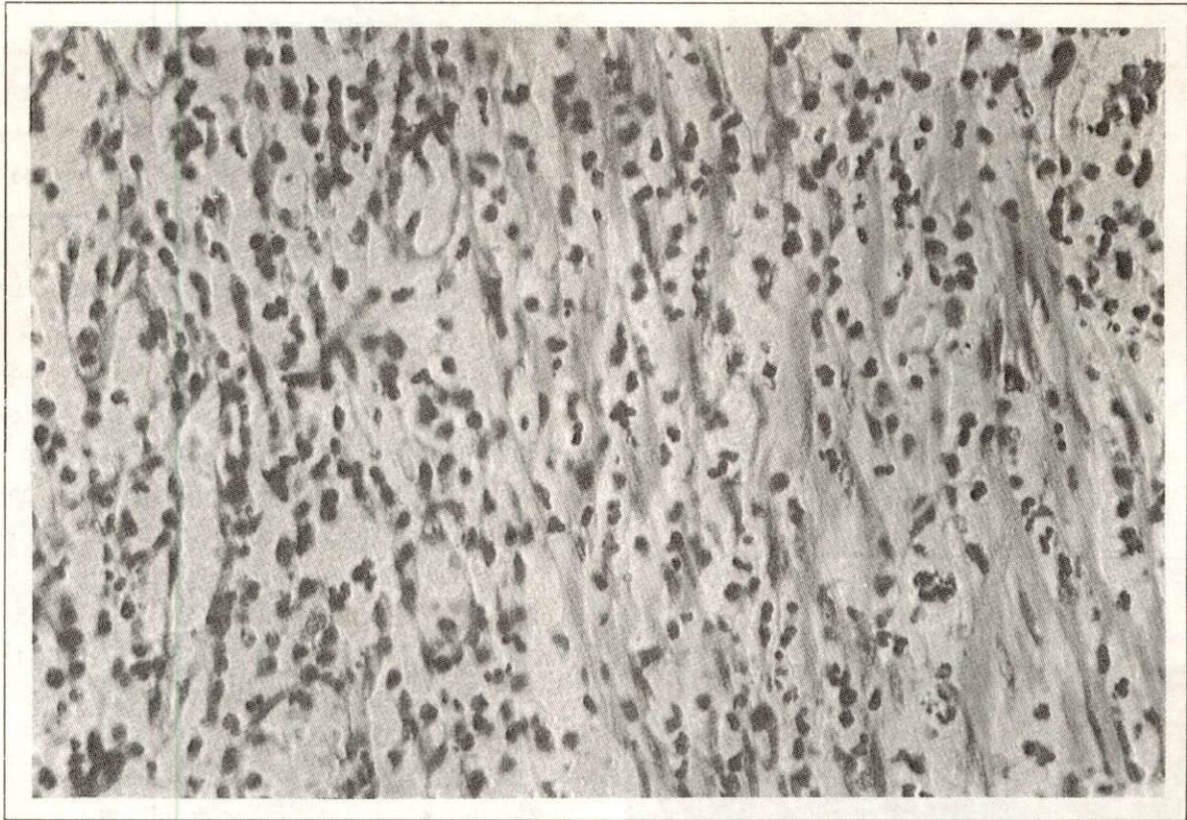
علائم این بیماری غیر اختصاصی می باشند ولی اغلب آنها با دل درد و تب و گاهی استفراغ مراجعه می کردند. گاهی بیماریان فقط از درد محدود به بالای شکم و یا شدیدتر هنگام فشار نواحی اپی گاستر تا علائم شکم حاد شکایت می کنند. بیماران یاد شده یا با تشخیص اولیه لیومیومای معده^(۲) یا کانسر^(۵) معده تحت عمل لاپاراتومی قرار می گرفته اند و تشخیص آبسه جدار معده بعد از بررسی پاتولوژیک گذاشته شده است. ولی با آندوسونوگرافی امروزه می توان همانطور که در یک تحقیق گزارش شده است به تشخیص رسید که در یک بیمار، درمان از راه تخلیه آبسه به وسیله آندوسکوپی انجام گردید.^(۶)

یک مورد بیمار به دنبال هرنی هیانال معده که استرانگولیشن پیدا کرده تحت لاپاراتومی قرار گرفته و جواب پاتولوژی آبسه جدار معده بوده است.^(۳)



معده با حدود مشخص و اشباع پروگزیمال که احتمال ضایعات بدخیم مانند لنفوم را مطرح می کند ($\frac{1}{11}$) دیده شد. (شکل شماره ۳) در آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی، به طور کامل طبیعی بود و هیچ گونه تنگی در ناحیه آنتروم مشاهده نشد و آندوسکوپ به راحتی وارد دئودنوم گردید.

سرانجام بیمار به تشخیص احتمالی لنفوم جداره معده و یا یک ضایعه خوش خیم مانند لیومیوم معده، جهت لاپاراتومی تشخیصی نه اتاق عمل برده شده. با انسیزیون midline جدار شکم باز شد و در بررسی اولیه توده های در ناحیه آنتروم لمس گردید که چسبندگی به احشای مجاور نداشت. کبد وطحال و روده ها و غدد لنفاوی داخل شکم بررسی شد که طبیعی بودند. قطر توده حدود ۵ سانتی متر با جدار تقریباً مشخص و محدود که باعث تنگی لومن آنتر معده شده بود. لذا با تشخیص احتمالی



چرکی را از راه خون به داخل بافت معده را در نظر گرفت که بسته به کشف محل این کانون‌ها می‌تواند آندوکاردیت و استئومیلیت (Osteomyelitis) و یا سینوسیت باشد.^(۲)

REFERENCES:

- 1- Guzzetta P.C., Southwick H.W. "Acute Phlegmonous Gastritis" Surgery 1947;22:453-7
- 2- Benz-C ; Kohler. B ; Kaufmann .V and Riemann J.F."Der Magenwandabszess, Endoskopische Diagnose und Therapie moeglichkeit" Z.Gastroenterologie. 1992;30:264-7
- 3- Briggs - TP ; Tyler - XE ; Dowling - BL "Gastric Abscess - an Unusual Presentation. Case report" Eur-J-Surg. 1991;157:365-6
- 4- Davies - JP ; Billings - PJ ; Jones - MR "Intramural Gastric Abscess Mimicking Leiomyoma. Clinical , Radiologic , and Pathologic Features of an Unusual Gastric Lesion." Invest-Radiol. 1993 ; 28:175-6
- 5- Kukharuk - FE; Ianiuk-VS "Abscess of Gastric Wall Simulating Cancer" Klin-Kir.1989:73
- 6- Lantz-PE; Westerman-EL; Seifert-RW "Gastric Wall Abscess Drained at Endoscopy" Gastrointest-Endosc. 1989;35:272-4.

* - متخصص داخلی / فوق تخصص گوارش / استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
 ** - جراح / استادیار
 *** - رادیولوژیست / استادیار
 **** - انترن