

دوپلیکاتورهای دستگاه گوارش

دکتر منوچهر امیرفیض *

ENTEROGENOUS CYSTS (PONCHER 1933)

و GASTRO-ENTERIC-CYSTS (OBBEN 1940)

کیستهای معدی (SCHWARZ و همکاران 1924)، دوتائی‌های

ازوفاژ (LADD ۱۹۴۴).

ENTERO CYSTOM (LIND QWIST 1947)

GASTROGENOUS CYSTS (DAVIDSON 194,

GASTROGENIC CYSTS (VEENEKLUS 1952)

را بخود گرفتند.

DUCTUS-OMPHALO ENTERICUS وقفه در از بین رفتن

که باعث بوجود آمدن MICKEL'S DIVERTIKEL میشود جزو

این دوپلیکاتورها به شمار نمی‌آید به جهت اینکه دوپلیکاتورها

بیشتر در پایه MESENTRIUM قرار دارند.

(۵۵) P. SCHOSTK دوپلیکاتورها را از نظر فرم و محل ضایعه

بصورت زیر تقسیم بندی میکند.

۱- فرمهای دهانی LINGUAL دوپلیکاتورها که در

ناحیه FORAMEN COECUM پیش می‌آیند و بوسیله LADD و

GROSS شناخته شده اند.

۲- فرم گردنی Pharyngo Esophageal دو تائی‌ها

که توسط BISHOP و KOOP (۳) گزارش شده است.

۳- فرم سینه‌ای یا صدري (ESOPHAGEAL یا

MEDIASTINAL) دوتائی‌ها که تقریباً "در درجه دوم اهمیت

قرار دارند.

۴- فرم THORAKO-ABDOMINAL یا ABDOMINAL

THORAKAL این نوع دوتائی‌ها که بصورت آنومالی لوله‌ای شکل

قفسه سینه مبدا می‌گیرند و پس از گذشتن از دیافراگم توسط

سوراخ بخصوصی یا اینکه از HIATUS ESOPHAGIE در قسمت

فوقانی شکم انتها پیدا میکند. (۳) BISHOP و KOOP

STOCKMANN (۱۵) REITTER و DERRA

هم گزارشی مبنی بر دوتائی دعودنوم داده اند که بصورت آنومالی

۱- تعریف:

دوپلیکاتورهای DUPLICATION دستگاه‌ها ضمه

عبارتند از فرمهای توخالی که بشکل کیستیک یا لوله‌ای پیش

می‌آیند. ساختمان آنها را میتوان بصورت زیر تقسیم نمود.

۱- دارای یک طبقه ماهیچه صاف میباشند.

۲- توسط یک طبقه از MUCOSA پوشیده میشوند که

بعضی از قسمتهای آن شبیه دستگاه‌ها ضمه می‌باشند.

۳- متصل به قسمتهای مختلفه دستگاه گوارش می‌باشند

یا اینکه متصل به قسمتهائی هستند که خود دستگاه‌ها ضمه به

آنها وصل می‌شود.

۴- فرمهای شکمی - این نوع دوتائی‌ها بیشتر اوقات در

پایه مزنتر قرار می‌گیرند.

کیستهای انتروگن ENTEROGENOUS CYSTS میتوانند از

ناحیه زیر زبان گرفته تا قسمت آنوس پیش بی‌آیند. ولی اکثراً " روده

باریک بیشتر از همه قسمتهای دستگاه‌ها ضمه از این دوتائی‌ها

برخوردار است. در دعودنوم پیش آمدن این نوع کیستها

خیلی نادر است (۶- ۸- ۱۲- ۱۴- ۲۱- ۲۲- ۲۳- ۳۶-

۳۹ و ۵۸).

محتوی دوپلیکاتورهای انتروگن، اگر رابطه‌ای با دستگاه

جهازها ضمه نداشته باشند SEROS می‌باشند. این محتوی

می‌تواند مخلوط با خون و یا حتی عفونی باشند (۱۴)

دوپلیکاتورها GASTRO ENTEROGENOUS CYSTS

قبلاً " به نام KERR (1928) TERATOM CYSTS یا کیستهای

درموئید نامیده میشدند که بعدها با در نظر گرفتن محل، علت

بوجود آمدن و ساختمان هیستولوژی آنها نامهای دقیقتری مانند

اپیتل آن هنوز تکامل نیافته است (۱۰۴۲). تکامل این اپیتل البته بعلی که هنوز معلوم نیست دیرتر صورت میگیرد. بدین جهت وجود اپیتل مزه دار حتی اگر در کیستی که در مדיاستن قرار میگیرد موجود باشد دلیل این نیست که این یک BRONCHOGENOUS CYSTS باشد.

بعضی اوقات هم کیستهای (دوتائی های) معده ای بغیر از مخاط خود معده دارای سلولهای کامل پانکراس می باشند. (۳۵) LANCHE معتقد است که این سلولها بجهت تغییر مکان جنینی اپیتل EPITHELIUM میباشد و به همین جهت این نوع کیستهارا DYSTONTHOGENIC HETEROPOPIC نامیده است.

طبقه ماهیچه ای دوتائی ها خیلی ضخیم و قوی است. بیشتر از دو طبقه تشکیل میشود (ماهیچه های طولی و حلقوی). بعضی اوقات قسمت فوقانی دوتائی توسط یک تار ماهیچه ای با پیوندی بامهره ها اتصال دارد و گاهی بجهت عفونتی که داخل کیست بوقوع پیوسته، تشخیص صحیح و دقیق لایه های مختلفه با دشواری روبرو میگردد.

۳- جنین شناسی

تاکنون شرح رضایت بخشی که دلیل بوجود آمدن دوپلیکاتورهارا روشن سازد موجود نیست ولی تئوریهای مختلفی موجود می باشد که از لحاظ جنینی درباره بوجود آمدن دوپلیکاتورها بحث میکنند.

۱- تئوری اول معتقد به این است که ایجاد کیست ENTEROGENOUS به جهت وقفه در تکامل نرمال یا از بین رفتن Ductus Omphalo Enterious میباشد (۵۸، ۵۰، ۴۵). این تئوری برای اولین بار توسط (۲۳) FITZ گزارش داده شد. با این تئوری می توان تاحدی به دلیل بوجود آمدن دوپلیکاتورها در روده باریک، چه با و چه بدون رابطه با روده معمولی نزدیک شد (شکل شماره ۱). ولی علت بوجود آمدن دوپلیکاتورهای ناحیه زبان، ازوفاژ، معده، دوازدهه و کولون را نمیتوان به این ترتیب شرح داد.

از آنجائیکه در تعریف دوپلیکاتورها - آنها میبایستی در پایه مزانترا قرار بگیرند - این تئوری میتواند فقط از نظر هیستولوژی حائز اهمیت باشد.

۲- LEWIS و THYNG (۳۸)، در سال ۱۹۰۷ درباره بوجود آمدن دیورتیکول هائی در سطح های مختلفه جنینی و جهاز هاضمه خوک و خوکچه هندی و نیز در انسان گزارش داده اند. بنا بگفته آنها این دیورتیکول ها از غده های کوچک اپیتل بوجود می آید و در جنین ۲۰ تا ۳۰ میلی متری (هفته ۹ و ۸

لوله ای شکل که از مابین FORAMEN مخصوص بخود از دیافراگم گذشته و وارد قفسه سینه میشود.

۵- فرم شکمی دوتائی ها که اکثرا "در زاویه ایلئوسکال پیش می آید.

۶- و بالاخره فرم RECTAL و PERINEAL دوتائی، دوتائی های رکتوم و کولون، بیشتر لوله ای شکل می باشند و خیلی نادر هستند. همچنین دوتائی های PERINEAL که فرم کیستیک دارند و با رکتوم رابطه ای ندارند خیلی نادر هستند (GROSS 26)

این دوتائی ها تا ۸۰٪ اتصالی (رابطه ای) با لومن روده ندارند و ۲۰٪ آنها با کانال جهاز هاضمه توسط راهی مربوط میشوند (۳۶، ۱۴، ۶).

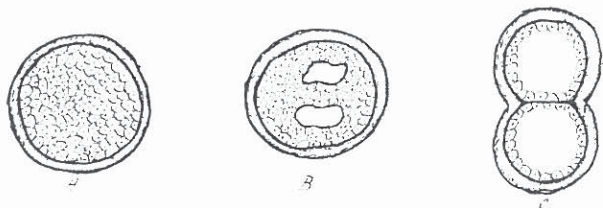
فرمهای کیستیک به بزرگی فندق تا مشت بسته پیش می آیند و فرمهای لوله ای شکل بعضی اوقات بطول یکمتر میرسند (۳۹). دوتائی هائی که در مدياستن قرار میگیرند (THORAKO-ABDOMINAL) همچنین (THORAKAL) بیشتر همراه با آنومالیهای دیگر پیش می آید. در این باره (۶۰) STOCKMANN در باره بیماری گزارش میدهد که علاوه بر داشتن دوتائی THORAKA-ABDOMINAL مبتلا به یک NONROTATION نیز بوده است.

دوتائی های ناحیه مدياستن بیشتر همراه با آنومالیهای مهره میباشد که اکثرا "در ناحیه مهره های گردن و مهره های فوقانی سینه پیش می آید (۶۰-۵۶-۱۴ و ۱۰). پیش آمدن توام این دو نوع آنومالی اول بار توسط (9) BUDDE گزارش شده است. این آنومالی در ناحیه مهره بیشتر بفرم سندرم کلیپل فایل می باشد. حتی (۳۲) CZAİKA و KOTHE گزارشی درباره دوپلیکاتورهای می دهند که ۴۱٪ آنها همراه آنومالی مهره می باشند.

۲- هیستولوژی

ساختمان دیواره ENTEROGENOUS CYSTS با ساختمان هیستولوژی قسمت های مختلفه جهاز هاضمه مطابقت می کند اما مخاط آنها نمی بایستی همیشه با مخاط ارگان همسایه تطابق داشته باشند. مثلا "اغلب در داخل دوتائی ها مخاط EKTOP معده پیدا می شود که در پایه این مخاط معده حتی زخم یا خونریزی شدید و یا حتی PERFORATION بوجود می آید (مریض شخصی و ۳۱، ۸). یا اینکه (۵۳) ROTH در یک کیست که بسته بمحل آن یک دوپلیکاتور داخل شکمی بوده در بین EPITHEL جنینی و معمولی قسمت هائی از اپیتل مزه دار یافته است که معمولا "متعلق به دستگاه تنفسی می باشد. علت آن این است که هنگام ایجاد ENTEROGENOUS CYSTS

پیدا کردند کانال روده بوجود می آید. بعضی اوقات تعدادی از این حبابها که به یکدیگر پیوسته اند با کانال اصلی بدون رابطه می ماند و لوله جدای دیگری رامی سازند. (شکل شماره ۳).



شکل ۳ - دیاگرامی از تکامل دوپلیکاتورهای شکمی

A) EPITHELHYPERPLASIE B) VACUOLISATION
C) DUPLIKATUR

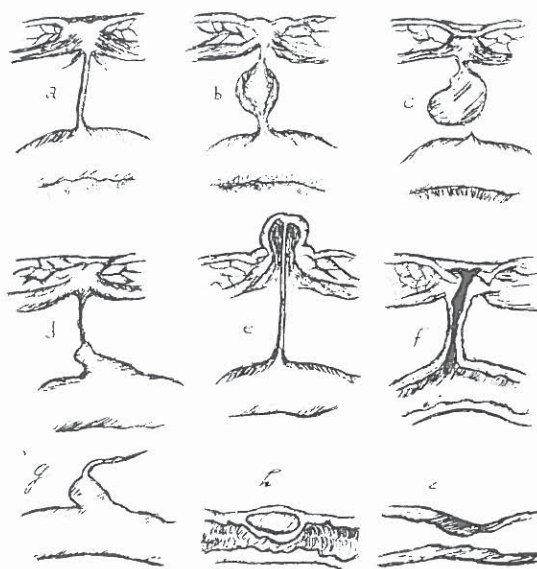
این دوپلیکاتورها که به این طرز تشکیل میشوند می تواند فرم کیستیک یا لوله ای بخود بگیرند. آنها میتوانند در داخل دیواره روده و یا کاملاً جدا از روده تشکیل شوند.

۴ - بالاخره (۲۵) GROB تئوری دیگری دارد که توسط خود او بوجود آمده، او معتقد است که ایجاد دوپلیکاتورهای جهازهاضمه بجهت اشکال درنکامل CHORDA DORSALIS میباشد. بدین معنی که هنگام شکاف در آندودرم پشت روده زائده هائی به شکل دیورتیکول بوجود می آیند که سرانجام بصورت کیست ظاهر میشوند. شکاف در ستون فقرات بجهت وجود زائده هائی می باشد که CHORDA DORSALIS را به این کیستها متصل میکند و مانع بهم پیوستن قسمت مزودرم از دو طرف میشود.

این HYPOTHES بیشتر دلیل بوجود آمدن آنومالیهای ستون فقرات را همراه با دوپلیکاتور روشن میکند. (شکل شماره ۴). ۴ - علائم و تشخیص

آنچه که درباره علائم و تشخیص دوپلیکاتورها (ENTEROGENOUS CYSTS) قابل گفتگو است این است که اصولاً "علائم تیپیک که بوسیله آن میتوان قبل از عمل تشخیص قاطع داد، وجود ندارد. خیلی از دوپلیکاتورها هنگامی شناخته شده و بوجود آنها پی برده اند که بجهت ناراحتیهای حاد شکمی (مثلاً "OBSTRUKTION و یا خونریزی روده ای) جراح مجبور به لاپاراتومی شده است.

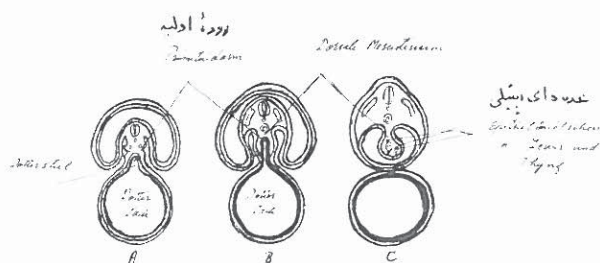
این ناراحتیهای حاد شکمی را بیشتر میتوان در شیرخوارگان و کودکان ملاحظه کرد. در بزرگسالان ایجاد یک چنین علائم



شکل ۱ - انواع مختلفه آنومالیهای که از باقیمانده

DUCTUS OMPHALOENTERICUS میتوانند بوجود بیایند.

جنین دیده شده اند. این غده ها در حالت طبیعی از بین میروند ولی باقی ماندن آنها باعث بوجود آمدن دیورتیکول یا دوپلیکاتورها میشود. (شکل شماره ۲).



شکل ۲ - مقطعی از یک جنین ۳ تا ۵ میلی متری C = محل غده های اپیتلی که توسط LEWIS و THYNG کشف شده اند

۳ - (BERMER) تئوری دیگری را بازگو می نماید. او معتقد است که تئوری LEWIS و THYNG بیشتر دلیل بوجود آمدن دوپلیکاتورهای فرم کیستی می باشد و دلیل کافی برای بوجود آمدن فرمهای لوله ای این دوتائی ها نیست. او معتقد است که در هفته ششم جنینی (جنین ۱۰ میلی متری) در همان وقتی که دستگاه جهازهاضمه به سرعت رشد طولی می نماید یک EPITHELHYPERPLASIE بوجود می آید و با این دلیل از قطر کانال روده کاسته میگردد. این تکامل در تمام قسمت های جهازهاضمه انجام میگردد. سپس در بین این سلولها حبابهای کوچک که داخل آنها را مایع پر میکند بوجود می آید (VAKUOL). وقتی که این حبابها با یکدیگر تماس

باردوم بجهت باقی ماندن ناراحتیهای بیمار عمل لاپاراتومی انجام شده که با پیدا کردن دویلیکاتوری - مثلاً " در ناحیه معده - همراه بوده است (۲۷ و ۲) .

علائم کلینیکی دویلیکاتورها را میتوان طبق نظریه Grob

به این ترتیب تقسیم بندی نمود .

۱- ایلئوس

۲- پریتونیت

۳- تومورهای شکمی

۴- دردهای شکمی نامعلوم با و یا بدون تومور قابل لمس در داخل شکم .

۵- خونریزی و آنمی

قبل از اینکه دویلیکاتوری در ناحیه مدیاستن، ناراحتی محسوسی ایجاد کند بجهت رشد آهسته آن و رسیدن به اندازه خیلی بزرگ (۴۵×۱۷×۵۶) m باعث ایجاد تورم سیاهرگها، در قسمت گردن، DYSPHAGI، DYSPTNOI، سرفه و فلج دیافراگم و گاهی اوقات هم سندرم Horner میشود که از علائم وجود چنین توموری در مدیاستن می باشد .

اصولاً " دو نوع دویلیکاتور وجود دارد (۶۲) .

۱- آنهائیکه دارای مخاط فعال می باشند و از خود اسید

ترشح میکنند .

۲- آنهائیکه دارای مخاط غیر فعال می باشند .

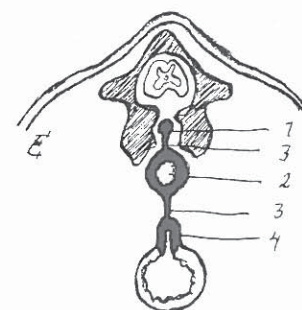
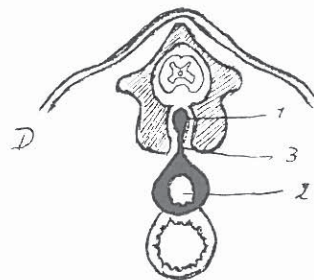
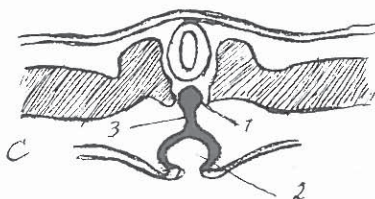
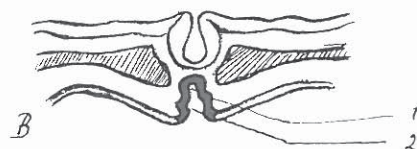
دویلیکاتورهایی که دارای مخاط فعال می باشند بیشتر همراه با خونریزی های شدید و ULCERATION می باشند (بیمار شماره ۶ از سری بیماران شخصی) . از این رو میتوان نتیجه گرفت که فرمهای فعال دویلیکاتورها بیشتر در کودکان نمایان می شوند در صورتیکه فرمهای غیر فعال در بزرگسالان و مثلاً " توسط یک رادیوگرافی بطور اتفاقی تشخیص داده می شوند .

J.S. BATTERSBY و T.C. MOORE (۴۵)

معتقدند که دویلیکاتورهای لوله ای شکل بیشتر در ناحیه فوقانی روده باریک پیش می آیند و دارای مخاط معده می باشند و بوسیله راهی به روده اصلی متصل می شوند . به این جهت آنها بیشتر با ناراحتیهای شکمی شدید، خونریزی و آنمی همراه میباشند . دویلیکاتورهای کیستیک کمتر دارای مخاط معده می باشند و بیشتر در ناحیه ILEUM TERMINAL پیش می آیند و کمتر دارای رابطه با روده اصلی می باشند . اینها بیشتر باعث ایجاد انسداد می شوند .

H.W. MAYO و E. E. MCKEE (۴۰) در باره زن ۴۶ ساله ای

گزارش می کنند که بجهت خونریزی و آنمی مورد عمل جراحی قرار گرفته و هنگام عمل متوجه میشوند که در قسمت



شکل ۴- ترتیب بوجود آمدن دویلیکاتورها به نظر

GROB

A - جدائی سه قسمت آندودرم، مزودرم و اکتودرم و شکاف

CHORDA DORSALIS

B - کمبود قطع رابطه بین روده اولیه و ایجاد کیسه ای به

شکل دیورتیکول (۲)

C - باقیمانده یک زائده فیبروز بین CHORDA DORSALIS

و دیورتیکول که زائده CHORDA نامیده میشود (۳) .

D - مسدود شدن یک دیورتیکول بشکل یک دویلیکاتور (۲) .

باقیمانده زائده CHORDA مانع بهم پیوستن مزودرم

بهم میشود که نتیجه اش شکافی در ناحیه ستون فقرات میباشد .

E - ایجاد دویلیکاتورهای متعدد (۲) جلوی ستون فقرات

دیورتیکول که همراه کانالی بروده اصلی مربوط میشود (۴) .

حادثه در اثر دویلیکاتور خیلی نادر است . وجود دویلیکاتور در

بزرگسالان بیشتر همراه با وجود تومورهای کیستیک یا نامعلوم

بودن علت آن می باشد . این دویلیکاتورها در بزرگسالان بیشتر

مدت زیادی بدون علامت باقی میمانند تا اینکه بعلت رشد

آنها و فشار بر روی اعضاء مجاور باعث ناراحتی بیمار بشوند .

مثلاً " در باره بیمارانی گزارش شده که به جهت علائم شبیه

به آپاندیسیت عمل APPENDIKTOMIE انجام گرفته و برای

۶- پیش آگهی

محتملاً " تعداد نامعلومی از دویلیکاتورها در طول زندگی بدون علامت باقی میمانند .

در گذشته دویلیکاتورهای که با علائم کلینیکی خود منجر به عمل جراحی میگرددند مسئله بغرنجی را تشکیل می دادند . ولی در سالهای اخیر با پیشرفت پزشکی اشکالاتی موجود بود که تا حدی از بین رفته است . حتی تا سال ۱۹۳۴ مرگ و میر بعد از عمل جراحی اینگونه آنومالیها را تا ۷۹٪ ذکر کرده اند (۸ ، ۱۲ ، ۳۰) .

(۱۵) GROSS بین سالهای ۱۹۵۰ - ۱۹۴۰ در بیمارستان کودکان بوستون با مرگ و میری برابر ۸٪ روبرو می شود . درباره اولین عمل جراحی که با موفقیت انجام شده (برداشت یک دویلیکاتور روده باریک) . (۵۹) SPRENGEL در سال ۱۹۰۰ گزارش کرده است .

۷- بیماران شخصی

۱۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که به ترتیب دارای

- ۱- ENTEROCYSTOM ناحیه ILEUM TERMINALE
- ۲- DUODENALDUPLICATUR
- ۳- ENTEROCYSTOM
- ۴- دویلیکاتور روده باریک
- ۵- ENTEROCYSTOM
- ۶- دویلیکاتور معده
- ۷- دویلیکاتور معده
- ۸- ENTEROCYSTOM
- ۹- دویلیکاتور آپاندیس
- ۱۰- دویلیکاتور دئودنوم بودند .

ما در اینجا به شرح حال کامل ۳ بیمار اکتفا می کنیم .

بیمار ۱- کودک بریزیت م . در سن یازده ماهگی به بیمارستان اطفال دانشگاه توینکن مراجعه می کند . قبل از آوردن کودک به بیمارستان والدین طفل متوجه یک برآمدگی در قسمت راست فوقانی شکم می شوند . کودک در سن ۱۱ ماهگی باقد ۶۸ سانتی مترو وزن ۶/۴ کیلوگرم هم کوچک بود و هم کم وزن . حالت عمومی رضایتبخش بنظر می رسید . هنگام معاینه و هنگام لمس دیواره شکمی تومور واضحی در قسمت راست فوقانی شکم قابل لمس بود که حالت کیستیک CYSTIC داشت . آزمایش I.V.P. رابطه این تومور را با کلیه رد کرد .

مخاط دویلیکاتور معده ای که موجود بوده کانسری به اندازه سکه ۲ تومانی تکامل پیدا کرده بود .

همچنین (۴۶) J.B. LEE و J.I. NOLAN درباره استحاله سرطانی دویلیکاتور لوله ای شکلی در ناحیه SIGMA گزارش داده اند .

خیلی کم اتفاق می افتد که تشخیص قبل از عمل دویلیکاتور مسلم باشد . ولی با شرح علائمی که در بالا داده شد می توان اقلاً " بوجود دویلیکاتوری در قسمت امعاء و احشاء شک برد و اندیکاسیون کیستیک عمل جراحی را مورد بررسی قرار داد . هنگام لمس کردن یک تومور کیستیک در شکم برای تشخیص افتراقی دویلیکاتور باید به فکرو وجود

DERMOID, MESENTERIAL CYSTS
یا ترائوم ، کیست پانکراس MICKEL'S, DIVERTIKEL
و حتی کیست عمدان بود .

۵- معالجه

به جهت خطرهای موجود توسط این دویلیکاتورها بهترین نوع معالجه آنها همانا عمل جراحی می باشد البته با تشخیص صحیح قبل از عمل . البته بیشتر مواقع تشخیص در هنگام لاپاراتومی تجسسی و یا هنگام THORAKOTOMIE صورت میگیرد . برداشتن کامل دویلیکاتور هنگام عمل جراحی بیشتر اوقات بجهت اشتراک رگهای خونی دویلیکاتور و قسمت نرمال روده ، امکان پذیر نیست . بیشتر اوقات می بایستی قسمتی از روده که در مجاورت دویلیکاتور قرار دارد همراه دویلیکاتور برداشته شود . ولی این امر فقط در نواحی روده باریک و روده بزرگ امکان پذیر است .

در مواقعی که دویلیکاتور فرم لوله ای و طویلی را داراست و باروده مجاور خود رابطه دارد و یا فرمهای کیستیک آن مثلاً " در ناحیه دئودنوم قرار دارد نمی توان این دویلیکاتور را همراه عضو (روده) مجاور بکلی برداشت به جهت اینکه در صورت اول باعث از بین رفتن مقداری از روده سالم میگردد و در صورت آخر به جهت همجواری این آنومالی با دئودنوم و پانکراس و اشتراک رگهای خونی آنها برداشتن کلی این دویلیکاتورها عملی نیست . در اینگونه مواقع عمل جراحی محدود بانجام پیوند نسبتاً " پهن مابین دویلیکاتور و روده مجاور می گردد .

در بعضی از مواقع انجام یک عمل کیسه سازی ضروری است و در مواقعی که این قسمت از روده که روی دیواره شکمی قرار گرفته است مسدود نگردد با یک عمل جراحی ثانویه فیستول باقیمانده را باید بایک قسمت از روده بصورت پیوند ربط داد .

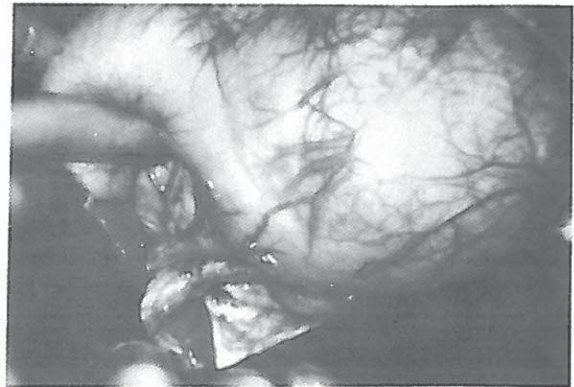
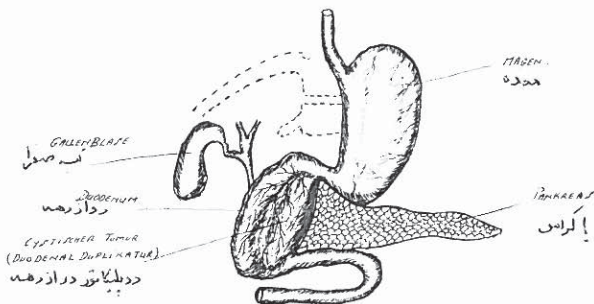
کوچک گردید و بدیواره شکم بطرف خارج دوخته شد .

" نتیجه هیستولوژی "

میکروسکوپی ساختمان هیستولوژی قطعه مورد آزمایش شباهت بسیاری نسبت به ساختمان دیواره جهاز هاضمه دارا می باشد . در قسمت خارجی از چندین لایه MUSCULARIS تشکیل شده است . سپس MUCOSA, SUBMUCOSA MUSCULARIS و مخاط روده که در بیشتر قسمتها از بین رفته است و سلولهای گرانولاسیون جایگزین آنها گردیده است . رویه مرته این قسمت از لحاظ هیستولوژی میتوان گفت که قسمتی از روده باریک (دوازدهه) می باشد (HEIRZEL)

هنگام لاپوروتومی به توموری برخورد شد که RETROPERITONEAL و بین معده و دئودنوم قرار داشت . هنگام کلانژیوگرافی در حین عمل معلوم می شود که هیچ گونه انسداد و یا ناراحتی در ناحیه کولدوک وجود ندارد . و نیز دوازدهه بر روی این تومور قرار داشت . هیچگونه سرحدی بین این تومور و دئودنوم وجود نداشت . سیر دوازدهه کاملاً نرمال بنظر می رسید و هیچگونه رابطه ای بین این تومور و پانکراس موجود نبود .

هنگام پونکسیون این کیست مایع روشن و بدون وجود صفرا در آن آسپیره شد . با وجود این علائم در حین عمل شکم بوجود یک دوتائی DUPLICATUR دوازدهه برده شد . بجهت عدم اطمینان که تا چه حد عروق این تومور کیستیک و دوازدهه وجه اشتراک دارند برداشتن کامل این تومور صحیح بنظر نرسید . دیواره این تومور کیستیک تا حد یک تخم مرغ



شکل شماره ۵a - دوپلیکاتور دئودنوم

بیماردوم

(شکل ۵)

و از چهار روز پیش هیچگونه مدفوع نداشته است . هنگام معاینه تمامی دیواره شکم دردناک و حساس بود و حرکات روده ای خیلی به ندرت شنیده میشد . هنگام توشه رکتال یک برجستگی مقاوم قابل لمس بود . W.B.C. = 15.000 رادیوگرافی ساده شکم در حال ایستاده نشان دهنده مقدار زیادی سطح مایع FLUID LEVEL در روده باریک بوده و بهمین جهت فوراً " تصمیم به عمل جراحی گرفته میشود . بوسیله یک برش پارارکتال شکم باز شده و بلافاصله بعد از بازکردن پریتوئن مقدار زیادی ERGUSS از داخل حفره

کودک **کارین - گ** در سن ۲/۵ سالگی با تشخیص آپاندیس پرفوزه شده در بیمارستان اطفال دانشگاه توبینگن بستری میگردد . مادر کودک توضیح میدهد که کودک از بدو تولد هنگام اجابت مزاج دچار ناراحتی میشود ولی هیچگونه بیماری دیگری نداشته است .

این علائم که منجر به بستری شدن کودک در بیمارستان گردید ۴ روز قبل از بستری شدن در بیمارستان شروع گردیده که با استفراغهای شدید همراه بوده است بطوریکه وضع عمومی کودک هنگام معاینه در بیمارستان وخیم بود ، درجه حرارت ۳۸

مخاط دوپلیکاتور بجهت عفونت بطوری از بین می‌رود که تشخیص هیستولوژی آن با اشکال روبرو می‌شود .

ث - علائم

از علائم وجود دوپلیکاتور میتوان خونریزی مکرر روده‌ای - که باعث کم خونی ثانویه میشوند - دردهای شکم و استفراغ را نام برد (۴۵ - ۲۷ - ۱۲ - ۸ - ۲) . با اینگونه علائم بیشتر در مواقعی روبرو می‌شویم که این دوپلیکاتورهای مخاط معده باشد . (۴۶) NOLAN گزارشی در باره یک دوپلیکاتور معده می‌دهد که باعث خونریزیهای مکرر روده‌ای شده (۲۲) و همچنین FERRARE شبیه این حالت را شرح می‌دهد . همچنین در دو تن از بیماران شخصی خود ما خونریزی روده از علامتهای درجه اول دوپلیکاتور معده بوده است .

SEIFERT (57) گزارشی درباره یک دوپلیکاتور معده و ازوفاژ می‌دهد که بجهت سوراخ شدن دیواره پشتی ازوفاژ توسط زخم و راه یافتن به آشورت در قسمت قفسه سینه چنان خونریزی رخ داده که باعث مرگ بیمار می‌شود . یکی دیگر از اشکالات و ناراحتیهای که دوپلیکاتورهای شکم بیار می‌آورند .

زخم در قسمت دوپلیکاتور است که باعث پریتونیت شدید می‌شود . (۲۷) GROSS, H, یک مورد پریتونیت حاد را گزارش می‌دهد که بجهت پرفوره شدن یک دوپلیکاتور معده بوجود آمده است . در یکی از بیماران ما به جهت سوراخ شدن یک دوپلیکاتور روده ای لوله ای بشکل بجهت زخم در یکی دیگر از بیماران ما در یک دوپلیکاتور معده که دارای زخم بوده است پرفوراسیون ایجاد شده بود که البته پریتونیت نکرد بلکه باعث بوجود آمدن یک آبسه SUBPHRENIC طرف راست شده بود .

بغیر از وجود زخم در دوپلیکاتور دلیل دیگری نیز باعث خونریزی در دوپلیکاتورهای می‌شود که همانا ایجاد انواژیناسیون می‌باشد . بدینمعنی که بعضی اوقات دوپلیکاتور بصورت یک کیست در داخل دیواره روده بوجود می‌آید که باعث انواژیناسیون می‌شود . اولین گزارش در باره انواژیناسیون توسط دوپلیکاتور بوسیله (۵۹) SPRENGEL داده شد که در سال ۱۹۰۰ بچاپ رسیده است . این انواژیناسیون در ناحیه ایلئوسکال بوده است . حتی در یکی از مریضهای خود ما ایجاد یک انواژیناسیون در ناحیه ایلئوم شده بود .

(۲۶) GROSS از ۶۸ بیمار معرفی شده فقط ۳۹ تن از آنها دارای دوپلیکاتورهای روده باریک بوده اند . یا مثلا" (۴۵) MOORE و همکاران در باره ۱۱ بیمار گزارش کرده‌اند که هر ۱۱ تن دارای دوپلیکاتورهای روده باریک بوده‌اند . (۱۴) DENES از ۷ بیمار صحبت کرده که ۳ تن از آنها دارای دوپلیکاتور روده باریک بوده‌اند .

در ۱۰ بیمار خودمان ۸ بیمار دارای دوپلیکاتور روده باریک و دو بیمار دوپلیکاتور دغدونوم داشتند . خیلی بندرت دوتائی معده پیدا می‌شود (۲۶) GROSS دارای دو دوپلیکاتور معده بوده . (۱۴) DENES هم از دو دوپلیکاتور معده و بیماران شخصی خودمان نیز دارای ۲ دوپلیکاتور معده بودند .

البته قابل ذکر است که در بیماران شخصی ما هیچ یک از بیماران دارای آنومالی ستون فقرات نبودند و این حتما باین جهت است که دوپلیکاتورهای مورد بحث ما فرمهای INTRABDOMINAL بودند چون همانطور که قبلا" بحث شد بیشتر ، فرمهای INTRATHORAKAL می‌باشند که با آنومالی ستون فقرات همراه هستند (۶۰ - ۵۶ - ۱۴ - ۱۰) . همچنین در بیماران شخصی خودمان دوپلیکاتور روده بزرگ وجود نداشت .

ت - هیستولوژی

دیواره دوپلیکاتور بیشتر از چندین لایه ماهیچه (۱ تا ۳ لایه) تشکیل می‌شود . بدین جهت دیواره آنها ضخامت قابل ملاحظه‌ای را (تا چندین میلیمتر) بخود می‌گیرد . این ضخامت دیواره یکی از تشخیصهای افتراقی دوپلیکاتورها با کیستهای مزتر می‌باشد زیرا این کیستها دارای دیواره بسیار نازکی می‌باشند . همانطور که سایر نویسندگان در گزارشهای خود شرح داده‌اند آزمایش هیستولوژی دیواره بعضی از دوپلیکاتورهای شخصی ما نیز یک هیپرپلازی ماهیچه دیواره را نشان میداد . میتوان حدس زد که علت این هیپرپلازی فعالیت این نوع از دوپلیکاتورها در مقابل ازدیاد فشار CYST یا دوپلیکاتور می‌باشد . مخاط دوپلیکاتورهای قسمت روده با مخاط خود روده مطابقت می‌کند و یا اینکه شباهت وافری دارد ولی احتیاج نیست که با مخاط ارگان همسایه یکی باشد . مثلا کیست زیر زبانی که توسط (۳۳) LADD & GROSS گزارش شده پوشیده از مخاط دغدونوم بوده است . یا اینکه دوپلیکاتورهایی که در این مדיاستن قرار دارند دارای مخاط معده هستند و یا دوپلیکاتورهای روده باریک همچنین دارای مخاط معده هستند . بعضی اوقات

" خلاصه "

۲- کودک ۱۱ ماهه (دختر با دوپلیکاتور دئودنوم) .
 ۳- کودک ۲/۵ ساله (دختر) با یک
 ENTEROGENOUS CYST
 ۴- کودک ۲ ساله (دختر) با دوپلیکاتور روده باریک
 و با ارتباط با روده اصلی (باریک) .
 ۵- کودک ۵ ماهه (پسر) با
 ENTEROGENOUS CYST
 ۶- کودک ۱۳ ساله (پسر) با دوپلیکاتور معده که در
 این معده زخم ایجاد شده بود که منجر به پرفوراسیون آن
 شده بود .
 ۷- کودک ۳ ماهه (دختر) با دوپلیکاتور معده که با زخم
 پرفوراسیون زخم معده در این دوپلیکاتور یک آبسه
 SUBPHRENIC ایجاد شده بود .
 ۸- کودک ۴ هفته ای (پسر) با یک
 ENTEROGENOUS CYST در ناحیه ایلئوسکال
 ۹- نوزاد (پسر) که همراه با آنومالیهای فراوان دیگر
 دارای دوپلیکاتور آپاندیس بود .
 ۱۰- مرد ۲۵ ساله ، کیست بسیار بزرگ در ناحیه دئودنوم
 که دوپلیکاتور دوازدهه را تشکیل میداد .
 این دوپلیکاتورها بیشتر یک مسئله جراحی کودکان بشمار
 میروند بجهت اینکه علائم آنها اکثرا " در سنین کودکی بروز
 میکنند . ولی جراح بزرگسالان نمی بایستی مسائلی که بوسیله
 یک دوپلیکاتور پیش میآیند از نظر دور بدارد و بدینجهت در
 تشخیصهای افتراقی چه در بیماریهای شکم و چه در بیماریهای
 قفسه صدی باین نوع بیماری فکر کند .

ENTERO CYSTOM (دوپلیکاتورهای روده ای و یا کیستهای
 روده ای) عبارتند از کیسه های مادرزادی که محتوی مایع میباشد ،
 دیواره آنها تقریبا " همان ساختمان هیستولوژی رادارامیباشد
 که خود روده دارد . بیشتر در حفره شکم پیش میآیند و در این
 قسمت نیز ۷۰ درصد آنها در ناحیه ایلئوسکال جایگزین
 میشوند .
 ۲۰ درصد آنها بوسیله راهی به روده متصل میشوند و
 بقیه بصورت کیستهای بسته میباشد . همراهی آنومالیهای دیگر
 با این آنومالی مثل آنومالی مهره های ستون فقرات در فرمهای
 از دوپلیکاتورها که در قفسه سینه قرار میگیرند بصورت سندرم
 MALROTATION یا اینکه آنومالیهای دیگر مانند
 مورد بحث قرار میگیرد .
 نظریه های مختلفی در باره چگونگی منشاء اینگونه دوپلیکاتورها
 مورد بحث مقایسه قرار گرفته اند .
 در قسمت SYMPTOMATOLOGIÉ علائم متفاوت و غیر
 تیپیک این دوپلیکاتورها مورد گفتگو قرار میگیرند ، و در ضمن
 در باره معالجه آنها که همیشه معالجه جراحی میباشد عمیقا "
 صحبت شده است .
 سپس در باره ۱۰ بیمار مبتلا به دوپلیکاتورهای جهاز هاضمه
 گزارش داده میشود که بشرح کامل سه تن از آنها اکتفا میشود .
 این ۱۰ بیمار بترتیب زیر شرح حالشان خلاصه میشود .
 ۱- زن ۲۸ ساله ای که دارای ENTEROGENOUS CYST
 در ناحیه انتهائی ایلئوم بوده است .

SUMMARY

These cases are:

1. A woman with 28 year-old who has a Enterogenous cyst in terminal ileum.
2. An infant with 11 month of age (female) who has duodenum duplication.
3. A child with 2½ year-old (female) who has enterogenous cyst.
4. A child with 2 year-old (female) with small intestine duplication which has an entrance to main intestine (small intestine).
5. An infant with 5 month of age (male) who has enterogenous cyst.
6. A child with 13 year old (male) who has a stomach duplication and within his stomach he has a ulcer which was perforated.
7. An infant with 3 month of age (female) who has a stomach duplication which again there was perforation of ulcer, and in addition subphrenic abscess had formed.

Entro Cystom. (Intestinal Duplications and/or intestinal Cysts). These are congenital cysts who contain liquid material and their wall has a same histologie pattern as intestinal wall, and they are common in abdominal cavity and 70% of them are located in ileocecal region.

Twenty percent (20%) of these cysts have an entrance to intestinal lumen and the rest of them are closed cysts. With duplications in thorax there are other abnormalities in vertebrates of column which together make Klipel-Feil. Syndrome, or we can discuss about other abnormality such as malrotation with these duplications.

There are different hypothesis about the origin and development of these cysts that need further investigations.

In symptomatologic section, different and a typical symptoms of duplications were discussed, and in addition of symptoms was their treatment which is always surgery.

Then there are reports about ten patients who have gastrointestinal duplicaton, which we discuss only three cases of them.