

C.P.C

گزارش کنفرانس کلسیکال پاتولوژی

بحث پاتولوژی: خانم دکتر میرید

تهیه و تنظیم: آقای دکتر علویان

همچنین بیمار از بی‌اشتهایی گهگاهی، سوزش سردل و تغییر رنگ مدفوع به رنگ سیاه یا قوام شل و بدبو، طپش قلب، تنگی نفس کوششی شکایت داشت.

وی سابقه بیماری قلبی - ریوی، دیابت قندی، هماتوزی، هاتمز، اسهال، تب و لرز، بیماری خونریزی دهنده، یرقان، مصرف آپیرین، قرصهای کنتراستپتیو، نوشیدن الکل، بیماری انگلی روده‌ای نداشته، همچنین سابقه فامیلی خونریزی گوارشی، بیماری خونریزی دهنده و یا بیماری مشابه را ذکر نکرده است. بیمار دارای دو فرزند سالم است و که در هنگام زایمان سابقه خونریزی غیر قابل کنترل نداشته است.

در معاینه: بیمار آرام در بستر دراز کشیده، ولی شدیداً رنگ پریده و بی‌حال می‌باشد. همکاری خوبی دارد و به نظر کاشکتیک نمی‌رسد.

در $PR = 92$ دقیقه - $BP = 80/50$ mmHg

حالت خوابیده

در $PR = 115$ دقیقه - $BP = 65$ mmHg

حالت نشسته

$RR=24$ / دقیقه - $T = 37/5$ C

ملتحمه و مخاط دهان رنگ پریده است. تلاتوکتازی، هیپرپیگماتاسیون صورت و لبها و مخاط، مشهور نیست. همچنین لنفادنویاتی ندارد.

بحث بالینی: آقای دکتر زالی

بحث رادیولوژی: آقای دکتر فرزانه

بیمار خانم ۲۶ ساله‌ای است که به علت ضعف، بی‌حالی، سردرد و سرگیجه شدید، به این مرکز مراجعه و بستری گردید. وی متأهل، خانه‌دار، اهل و ساکن تهران است.

شروع ناراحتی بیمار، از ۵ سال قبل با ضعف، سستی و سردرد شدید شروع شد که منجر به مراجعه به پزشک گردید. در آزمایشات به عمل آمده، متوجه آنمی فقر آهن بیمار شده و ایشان تحت درمان با ترکیبات خوراکی آهن، قرار می‌گیرد و سپس علائم وی فروکش می‌نماید. درمان فوق به مدت ۲ سال، بدون داشتن هیچ مشکلی ادامه می‌یابد ولی ظهور دوباره علائم فوق، سبب مراجعه مجدد ایشان به پزشک می‌شود. در آزمایشات به عمل آمده، آنمی بیمار محرز می‌گردد و جهت ردیابی علت آنمی نیز آزمایشاتی به عمل می‌آید، ولی منجر به تشخیص خاصی نمی‌گردد. بیمار قبل از مراجعه به این مرکز به علت آنمی شدید چندین مرتبه در بیمارستان‌های مختلف، خون دریافت نموده است. از ۲ ماه قبل از مراجعه مصرف ترکیبات خوراکی آهن توسط بیمار قطع می‌گردد. در هنگام مراجعه بیمار از ضعف، سستی، بی‌حالی مفرط، سردرد شدید، سرگیجه، خستگی زودرس، و رنگ پریدگی شکایت داشت. در طول کسالت اخیر، بیمار چندین بار استفراغ کرده که حاری مواد غذایی خورده شده بود ولی خون، در آن مشاهده نشده است.

- ۱۲- VDRL و CRP و PPD منفی است.
 ۱۳- آندوسکوپبی مری، معده و اثنی عشر نرمال است.
 ۱۴- رکتوسگمونیویدوسکوپبی بجز وجود یک پولیپ کوچک در ۵ سانتی متر در جانکشن رکتوسگمونیوید مسئله‌ای ندارد.

۱۵- باریوم انما و ترازیتر روده باریک نرمال است.
 ۱۶- کولونوسکوپبی نرمال است.

۱۷- سونوگرافی شکم، کبد و طحال و کلیه، نرمال و غده پارائورتیک طبیعی و توده‌ای مشاهده نشد.

۱۸- اسکن با RBC نشان‌دار نرمال است

در ضمن بستری در بیمارستان همچنان ملنا وجود داشت و در طی یک هفته افت واضحی در میزان هموگلوبین بوجود آمد و دو بار خون دریافت کرد. اقدام تشخیص انجام شد.

آقای دکتر زالی:

با بیمار جوانی مواجه هستیم که علت مراجعه وی خونریزی گوارشی بدون درد و به صورت راجعه می‌باشد و طی بررسی‌های اولیه علت آن مشخص نگردیده است. در کلینیک به طور روزمره با این بیماران زیاد برخورد می‌کنیم. پس در ابتدا نکاتی چند در مورد خونریزهای گوارشی را به عرضتان می‌رسانم.

هماتز (یا استفراغ خونی) معمولاً نشانه خونریزی در بالای لیگمان تریتر می‌باشد. اگر میزان خونریزی آنقدر زیاد باشد که موجب هماتز شود معمولاً ملنا (دفع مدفوع سیاه رنگ و قیری) هم تولید خواهد کرد.

ملنا غالباً نمایانگر خونریزی از مری، معده یا دودنوم است ولی در ضایعات ژوژنوم، ایلئوم و حتی کولون صعودی اگر مدت ترازیتر مواد در GI به اندازه کافی طولانی شود نیز ملنا ایجاد خواهد شد. ملنا بدون هماتز معمولاً نشانه بیماری‌های دستگاه گوارش بعد از پیلوپ می‌باشد.

در معاینه قلب تاکی کاردی و سوفل سیستولیک در آپکس قلب وجود داشت.

در معاینه ریه نکته پاتولوژیک یافت نشد. شکم نرم بوده، صداهای روده‌ای (BS) هیپراکتیو نبوده و تندرین در اپی گاستر و سایر نواحی شکم وجود نداشت. ارگانومگالی، توده در شکم، آسیت و کلاترال نیز وجود نداشت.

در معاینه رکتوم ملنا مشهود بود.

معاینه دستگاه ادراری، تناسلی، اندام‌ها، اعصاب و پوست طبیعی است. در بدو ورود برای بیمار NG tube گذاشته شد که در اسپیراسیون مایع شفافی خارج گردید. جهت بیمار سرم‌تراپی و ترانسفوزیون تا تثبیت علائم حیاتی به عمل آمد.

نتایج آزمایشگاهی:

۱- CBC: Hb=۷ HCT =%۲۱ MCV =۵۰

MCH =۲۲

WBC = ۱۰۲۰۰

(poly) lymph = %۷۸

PLT=۴۵۰۰۰۰

۲- BT= (%۱۰۰) ثانیه ۱۲

(نرمال) PTT= ۴۶

۳- ALK.P و SGPT SGOT در حد نرمال است

۴- P=۴ ، Ca= ۹/۵

۵- بیلی روبین توتال و مستقیم در حد نرمال است

۶- creatinin= ۰/۸ BUN=۱۲

۷- کامل ادرار نرمال، سدیم و پتاسیم و گلوکز ناشتا در حد نرمال است.

۸- سرعت سدیمنتاسیون ساعت اول = ۴۰

۹- کامل مدفوع از نظر خون مخفی = ++++

۱۰- serum Iron= ۶۴ TIBC = ۴۵۰

۱۱- نرمال = LDH سرم

در آندوسکوپی فوقانی بیمار، ضایعه‌ای دیده نشده است. بعضی از بیماران اولسرهائی در ۳ تا ۴ سانتی متر ناحیه کاربیا دارند و در این ناحیه ممکن است از دید آندوسکوپ مخفی بمانند.

خونریزی از واریس مری یا معده یک تظاهر هیپرتانسین پورت است ولی در خونریزیهای با منشأ واریس معمولاً یافته‌های فیزیکی سیروز وجود دارد که در بیمار ما وجود نداشته است.

برای تشخیص سندرم مالوری ریس معمولاً بیمار به سابقه استفراغهای فراوان دارد و داشتن چنین زمان آسپیراسیون منفی بوسیله یک لوله نازوگاستریک تشخیص خونریزی فعال دستگاه گوارش فوقانی را رد می‌کند ولی گاه ضایعات بعد از پیلور بدون ریفلاکس خون به معده خونریزی می‌کنند که این حالت را می‌توان با آندوسکوپی تشخیص داد.

بطور عمده علت خونریزی گوارشی را به دو دسته کلی فوقانی و تحتانی تقسیم می‌کنند. علل خونریزی از قسمت فوقانی دستگاه گوارش متعدد است ولی شایعترین آنها اولسرپپتیک، گاستریت اروزو، واریس مری، سندرم مالوری، ریس می‌باشند.

جدول شماره ۱: علل خونریزی دستگاه گوارش

Table No. 1: Causes of GASTROINTESTINAL BLEEDING

| upper GI | upper or lower GI | lower GI |
|---|--|--|
| Duodenal ulcer Marginal ulcer Cushing's ulcer Esophageal or gastric varices Mallory - weiss tear Gastritis Esophagitis Barrett's ulcer Hematemilia Menetrier's disease | Neoplasms carcinoma Hemangioma Lymphoma Melanoma polyps Arterial - enteric fistula Vascular anomalies Rendu - osler - Weber synd Blue rubber bleb nevus synd CRSF synd Arteriovenous Malformation Angiodysplasia Hematologic diseases Elastic tissue disorders Pseudoxanthomo elasticum Ehlers - Danlos synd Vasculitis synd Amyloidosis | Hemorrhoids Anal fissure small intestinal or clonic diverticula Meckel's diverticulum Ischemic bowel disease Inflammatory bowel disease Solitary colonic ulcer Intussuception |

احتمالاً شایعترین علت خونریزی از UGI را زخم طولانی نیز برعکس این تشخیص است.

خونریزی مداوم و شدید از تظاهرات ناشی از فرفاریت است در این موارد خونریزی معمولاً خفیف است و سابقه پپتیک تشکیل می‌دهد، حتی خونریزی گوارشی می‌تواند اولین تظاهر اولسرپپتیک باشد.

با در نظر گرفتن به وجود ملنا در معاینه رکتال به این نتیجه می‌رسیم که ضایعه مسئول خونریزی بین لیگمان تریتر (Treitz) و میدکولون است.

از آنجائیکه در رکتوسگمیدویدوسکوپی و باریوم‌انما و کولونوسکوپی بیمار ضایعه فعال خونریزی دهنده دیده نشده است احتمالاً علت خونریزی در کولون نمی‌باشد. کولونوسکوپی نرمال می‌تواند. علت التهابی، اولسراتیو، نئوپلاستیک و ایسکمیک کولون را تا حد زیادی رد نماید. پس احتمالاً روده باریک مسئول خونریزی گوارشی بیمار است. معمولاً در بررسی روده کوچک بعنوان علت خونریزیهای گوارشی به دلیل طول زیاد و وجود ارگانهای متعدد در ساختمان آن، با اشکال مواجه هستیم.

در این گروه سه دسته بیماری وجود دارند:

- ۱- اولسراسیون های روده‌ای
- ۲- تومورهای خوش خیم و بدخیم
- ۳- مالفورماسیون های عروقی

علل عفونی و انگلی و غیر اختصاصی فراوانی در محیط زندگی ما می‌توانند باعث اولسراسیون های گوارش شوند که برخی کم علامت هستند و برخی با خون ریزی

Pyrosis یا سایر تظاهرات ریفلاکسی مشاهده می‌شود که در بیمار ما وجود نداشته است.

کارسینوم معده، لیومیوسارکوم معده می‌توانند علت خونریزی دستگاه گوارش فوقانی باشند. خونریزی گوارشی در لنفوم اولیه معده غیرمعمول نیست. این تشخیص‌ها با توجه به سیر چند ساله بیماری مطرح نمی‌باشند. علل نادر خونریزی UGI عبارتند از نئوپلاسم، مالفورماسیون عروقی اولسر ازوزفاژ، دنودنیت، هموبیلی و فستول آئورت به روده.

و اما علل خونریزی LGI که در ۴۰٪ موارد آنژیودیسیلازی، ۴۰٪ موارد دیورتیکولوزیس و ۲۰٪ موارد متفرقه از جمله نئوپلاسم، کولیت ایسکمیک، کولیت به هر علت، واریس ایئال و کولون و دیورتیکول مکل و هموروئید مطرح می‌باشند.

بیمار مورد بحث با توجه به شرح حال و اقدامات انجام شده بیمار مورد بحث مثل آندوسکوپی فوقانی و عدم وجود خون در اسپیراسیون بوسیله NG tube به این نتیجه می‌رسیم که قسمت فوقانی گوارش، مسئول خونریزی در این بیمار نمی‌باشد.

Less common causes of bleeding from the gastrointestinal tract (Balint et al 1977)

| Disease | Cardinal features | Age (years) |
|---|---|-------------|
| DISEASES USUALLY AMENABLE TO SURGICAL TREATMENT | | |
| Stress ulcers | Follow burns, surgery, head injury or sepsis | Any |
| Aortic aneurysm | Massive bleeding, but can be recurrent | Over 40 |
| Haemobilia | Biliary colic, jaundice and bleeding | Any |
| Pancreatitis and cancer of pancreas | Other features of pancreatic disease | Any |
| Benign and malignant small bowel tumours | Painless recurrent bleeding, may have cramping pain | Any |
| Small bowel ulceration | Painless recurrent bleeding | Any |
| Meckel's diverticulum | Usually painless | Under 25 |
| Mesenteric occlusion | Bleeding/acute abdomen | Over 40 |
| Angiodysplasia | Isolated episodes of haemorrhage | Over 55 |
| Other vascular lesions | Isolated episodes of haemorrhage | Any |
| DISEASES USUALLY AMENABLE TO MEDICAL TREATMENT | | |
| Hereditary haemorrhagic telangiectasia | Often familial, nose bleeds | Any |
| Pseudoxanthoma elasticum | Retinal changes | Under 50 |
| Ehlers-Danlos syndrome | Lax joints and skin | Under 50 |
| Also: bleeding from duodenal and jejunal diverticula, excessive anticoagulation, thrombocytopenia, disseminated intravascular coagulation, haemophilia and von Willebrand's disease | | |

سنین قبل از ۳۰ سالگی و در جوامع شرقی بسیار نادر است. تومور کارسینوئید نیز به دلیل نادر بودن خونریزی گوارش و فقدان علائم سندرم کارسینوئید مطرح نمی‌باشد. اصولاً تومور کارسینوئید تومور عروقی نیست و بندرت دچار خونریزی می‌شود. از تومورهای خوش خیم روده باریک می‌توان از آدنوم، لیومیوم، لیپوم و با شیوع کمتر، از هامارتوم، فیبروم، آئزیوم و تومورهای نوروزئیک نام برد. آدنوم شایعترین تومور خوش خیم روده باریک است و بیشتر با انسداد و انواژیناسیون تظاهر می‌کند.

لیومیوم، در ژوئنوم بیشتر شیوع دارد و تظاهر بیماری بیشتر بصورت خونریزی است.

جدول شماره ۲:

BENIGN NEOPLASMS OF THE LARGE AND SMALL INTESTIN

ADENOMAS
LEIOMYOMAS
LIPOMAS
HAMARTOMAS
FIBROMAS
ANGIOMAS

NEURLOGENIC TUMORS
NEURILEMONAS
GANGLIONEUROMAS
NEUROFIBROMAS

PSEUDOTUMOR
INFLAMMATORY PSEUDOTUMORS
(FIBROID POLYPS)
HELMINTHIC PSEUDOTUMORS
ENDOMETRIOMA
AMYLOIDOSIS

خونریزی گوارش در همانژیوم‌های روده باریک شایع است و بیشتر بصورت راجعه دیده می‌شود. این تومورها

تظاهر می‌کنند. این خونریزها گاهی دردناک بوده که در مریض ما صدق نمی‌کند و زمانی ممکن است بدون درد باشد. از علل عفونی می‌توان تویرکولوز و سیتومگالوویروس را نام برد و از علل التهابی بیماری کرون، بیماری سلیاک و واسکولیت‌ها را نام برد. بیمار، داورهائی از جمله ایندومتاسین، فنیل بوتازون یا پتاسیم کلراید را دریافت نکرده است. این عوامل می‌توانند در محل‌های نامعلوم روده ایلسر ایجاد نموده و احتمال خونریزی از این اوسرها وجود دارد.

پولیپ: انواع پولیپ‌ها کم نیست ولی خوشبختانه این بیماری نادر است.

بعضی از پولیپ‌ها منحصر در کولون هستند و بعضی سرتاسر دستگاه گوارش را درگیر کرده و بعضی در روده باریک هستند. پولیپ‌ها به دو دسته بزرگ الف) نئوپلاستیک (آدنوم یا کارسینوم) ب) غیرنئوپلاستیک (هیپرپلاستیک، انفلاماتواری، Juvenile، و هامارتوما) تقسیم بندی می‌شوند. پولیپ‌های آدنوماتوز ۸۰٪ موارد در رکتوسیکمونیید قرار دارند. پولیپ‌های Juvenile که گاهی در بچه‌ها سبب خونریزی می‌شوند از نوع هامارتوم هستند.

شایعترین تابلوی کلینیکی بصورت وجود خون در مدفوع بوده و معمولاً خون مخفی (occult blood) مثبت است. پولیپ‌ها بطور کلی، در مردان شایعتر است. پولیپوزهای فامیلیال که مطرح نمی‌باشند ولی رد کردن وجود پولیپ در روده باریک مشکل است و احتمال وجود فرم هامارتومی پولیپ‌ها در روده باریک وجود دارد.

تومورهای روده باریک: اصولاً تومورهای روده باریک نادر هستند و تومورهای خوش خیم روده باریک شایعتر از تومورهای بدخیم می‌باشند.

از تومورهای بدخیم اولیه روده باریک آدنوکارسینوم در

آندومتزیوز (endometriosis) روده ای :
 این بیماری در خانم‌ها در ۳۰ تا ۴۰ سالگی اکثر موارد در رکتوسیگموئید دیده می‌شود.
 علامت بیماری بیشتر بصورت درد کرامپی شکمی، تهوع و استفراغ و بروز انسداد روده بروز می‌کند و احتمال خونریزی نیز وجود دارد.
 چون این ضایعه در میان مخاط قرار دارد با باریوم انما دیده نمی‌شود و با کولونوسکوپ به شرط وجود خونریزی مشاهده می‌گردد.
مانفورماسیون‌های عروقی: با توجه به شرایط فوق احتمال آنومالیهای عروقی در بیمار وجود دارد. تظاهرات

جدول شماره ۴:

| Vascular anomalies of the small intestine |
|---|
| 1. Vascular ectasias (including angiodysplasia and telangiectasias) a. Associated with inherited or congenital diseases Osler - Rendu - Weber disease von Willebrand's disease Turner's syndrome b. Associated with acquired diseases Systemic sclerosis (especially CRST variant) Haemodialysis for renal failure (?) Aortic stenosis (?) c. Sporadic |
| 2. Venous ectasia (phlebectasia) |
| 3. Haemangiomas a. Associated with cutaneous abnormalities Blue rubber bleb naevus syndrome Klippel - Treunaunay - Weber syndrome Peutz - Jeghers' variant b. Sporadic |
| 4. Arterio - venous malformations |

اغلب متعددند و ممکن است در سرتاسر لوله گوارش از دئودنوم تا رکتوم وجود داشته باشند. وجود ضایعات مشابه پوستی احتمال خونریزی گوارش از منشأ ضایعات مشابه در دستگاه گوارش را مطرح می‌کند. همانژیوم روده باریک در خانم‌ها شایعتر است. تومورهای روده باریک می‌توانند در رادیوگرافی‌های با باریوم دیده نشوند.
پسودو نئوموز: یکی از تظاهرات پسودوتومورها خونریزی گوارش است. سابقه بیماری حاد است و تومور در معاینه شکم حساس و دردناک می‌باشد. با این اوصاف در این بیمار پسودو تومور مطرح نمی‌باشد.

جدول شماره ۳:

| CAUSES OF INTESTINAL ULCERATION AND/OR STRICTURES | |
|--|---|
| Isolated Intestinal Ulceration and/or Stricture | Stricture |
| Infections: Tuberculosis Syphilis Cytomegalovirus Inflammatory: Crohn's disease Behcet's syndrome Celiac disease Ulcerative enteritis Ischemis Vasculitis Radiation enteritis Drug - induced: Potassium Indomethacin Phenylbutazone Salicyl Salicylate Neoplastic: Lymphoma Adenocarcinoma Melanoma | Mechanical congenital stenosis Intussusception Infections: tuberculosis Inflammatory: Crohn's disease Celiac disease and ulcerations Ulcerative enteritis Ischemia Radiation enteritis Drug - induced: Potassium Neoplastic Lymphoma Adenocarcinoma |

و سندرم blue rubber bleb nevus این ضایعات بیشتر بصورت خون ریزیهای بدون درد است.
 CREST اکتسابی صدق می کند. و در این سندرم ها این ضایعات بدو دسته تقسیم می شوند:
 ۱- آنژیودیسیپلازی (اکتازی عروقی)
 ۲- تلائنکتازی ها

این ضایعات بیشتر بصورت خون ریزیهای بدون درد است.
 این ضایعات بدو دسته تقسیم می شوند:
 ۱- آنژیودیسیپلازی (اکتازی عروقی)
 ۲- تلائنکتازی ها

Comparative frequency and clinical importance of the upper gastrointestinal vascular abnormalities

| | Oesophagus | Stomach | Intestine |
|----------------------|------------|---------|-----------|
| Genetic conditions | 0 | ++ | + |
| Varices | ++ | + | 0 |
| External compression | + | 0 | + |
| Angiodysplasias | 0 | ++ | ++ |
| Dieulafoy's disease | 0 | + | 0 |
| Infarction | 0 | + | ++ |
| Vasculitis | 0 | + | + |
| Phlebectasia | + | 0 | + |

* 0 = very rare

+ = only very occasional occurrence, or clinically unimportant

++ = not infrequent, or may present serious clinical problems

شریانی، وریدی موسوم به Dieulafoy's ulcer اشاره کرد که به صورت منفرد، کوچک و سطحی متشکل از یک شریان ساب موزکوزال اکتاتیک دیده می شود.
دیورتیکولوزیس: این ضایعات که عامل ۵۰٪ موارد خونریزهای قسمت تحتانی دستگاه گوارش است خونریزی معمولاً با شروع حاد و بدون درد و ماسیو است. بنفرت خونریزی مزمن و خفیف و مداوم در دیورتیکولوزیس غیر شایع است و گاهی در کولونوسکپی به این ضایعه توجه نمی شود. این بیماری بیشتر در سن بالا مطرح است.

دیورتیکول مکل (Meckel's diverticulum):

خونریزی از علائم دیورتیکول مکل است و ۱۵٪ موارد حادی یافت اکتیویک مخاط معده است.

فرم معمول آنژیودیسیپلازی منحصرأ در افراد بالای ۵۰ سال دیده می شود و به قسمت راست کولون و سکوم محدود می گردد. فرم دیگر در افراد زیر ۲۰ سال دیده می شود که به علت اسپاسم های متعدد کولون، در تخلیه ورودی اختلال ایجاد شده و شبکه وریدی زیر مخاط برجسته می شود.

در کولونوسکوپ اگر دقت نشود ممکن است این ضایعات عروقی از نظر دور بمانند.
 آنژیودیسیپلازی، یکی از علل خونریزی در بیماران با نارسانی مزمن کلیه است. همچنین همراهی آنژیودیسیپلازی با تنگی دریچه آئورت ذکر شده است. این آئومالی های عروقی گاهی با ضایعات پوستی همراه هستند که در تلائنکتازی همورائیک ارثی (Rendu-osler syndrome)

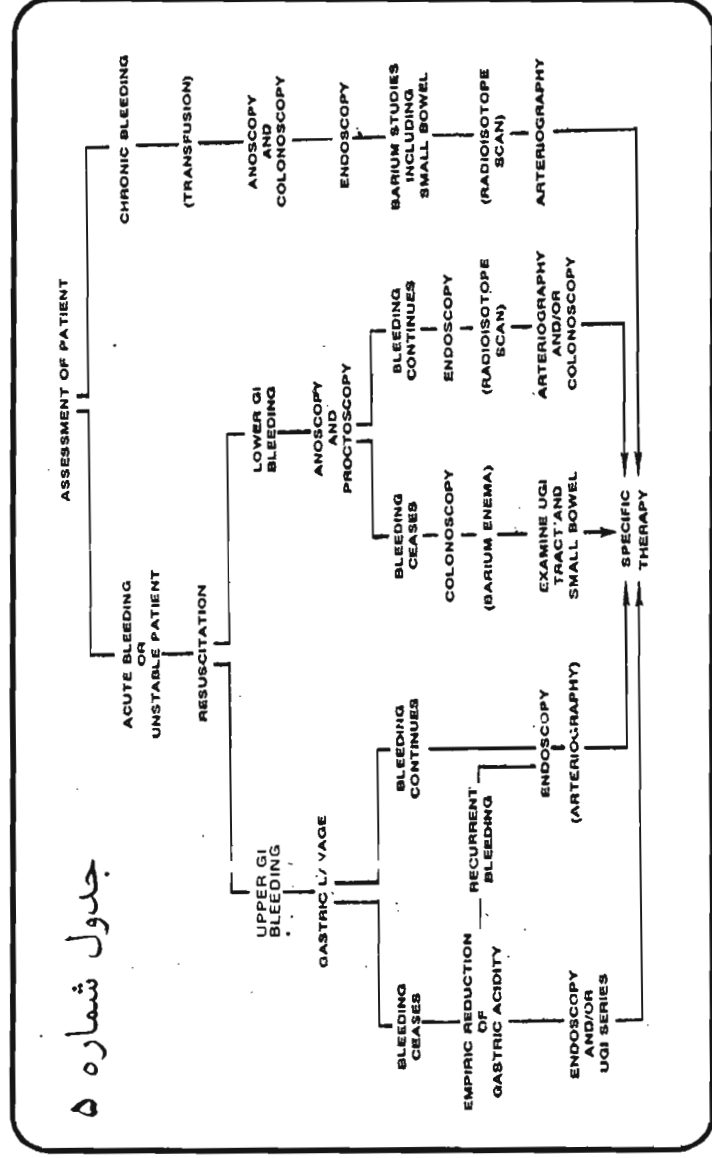
می توانند ملنا ایجاد کنند که در مورد بیمار ما قابل طرح نمی باشند.

بیماریهای سیستمیک: از بیماریهای سیستمیک مثل آمیلوئیدوز، گاسترو آنتروکولیت اورمیک در این بیمار مطرح نمی باشند. اختلالات اولیه خونی نظیر ترومبوسیتروپنی بیماری ون ویلبراند (VWD) نیز می توانند خونریزی گوارش بدهند ولی به دلیل آزمایشات خونی و فقدان علائم دیگر و سیر بیماری مطرح نمی باشند. در بررسی بیمار مبتلا به خونریزی گوارشی باید طبق الگوریتم رفتار کرد تا به تشخیص رسید. در مورد این بیمار نیز بررسی صحیح صورت گرفته است. وقتی با یک خونریزی دستگاه گوارش تحتانی روبرو هستیم قبل از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی تر ابتدا باید بوسیله آسپیراسیون نازوگاستریک خونریزی فوقانی را رد کرد.

خونریزی از اولسراسیون های پپتیک در دیورتیکول مکل معمولاً راجعه است و با مدفوع قیری اغلب مخلوط با خون قرمز مشخص می گردد. خونریزی اغلب در بچه ها دیده می شود. و در افراد بالغ گاهی قبل از دفع خون از رکتوم درد وجود دارد. در تشخیص دیورتیکول مکل از اسکن رادیونوکلئوئید گرفته می شود.

دوپلیکاسیون روده: این ضایعه در هر جایی از دستگاه گوارش رخ می دهد. معمولاً در اطفال رخ می دهد و در مردان و روده باریک شایعتر است. گاهی در آن مخاط معده دیده شود و گاهی کیست هایی بدون ارتباط با لومن روده ای ایجاد می نماید. این بافت با ایجاد اولسراسیون پپتیک بافت روده ای موجب خونریزی می شود. از تظاهرات دیگر دوپلیکاسیون روده ای توده شکمی و انسداد روده است.

جدول شماره ۵



بیماری ارگان های مجاور از جمله پاره شدن آئورت در پس در ابتدا رکتوسیکمگنوسیدوسکوبی و سپس آندوسکوبی فوقانی GI را، انجام می دهیم، آنگاه از مدخل دئودنوم، هموفیلی و بیماری های پانکراس

به چهار دلیل ممکن است علت خونریزی مشخص نشود

۱- با پیدا کردن یک ضایعه دنبال ضایعه اصلی نگردیم. مثلاً بیمار مبتلا به دیورتیکول کولون ممکن است از آنژیودیسیپلازی خونریزی کند.

۲- ضایعه خونریزی دهنده در محلی است که بوسیله وسایل تشخیصی استاندارد دسترسی به آن مشکل است (به طورمثال، روده باریک).

۳- پرتشک با ضایعات مسؤل خونریزی ناآشنا باشد.

۴- ضایعات ممکن است فقط در مواقع خونریزی فعال دیده شوند.

و اما نکات موجود در بیمار مورد بحث: ترانسفوزیون های متعدد در این مدت در بیمار دلالت

اسکن با RBC نشاندار و بعد کولونوسکوپی بهره می گیریم. در صورت تداوم خونریزی آنژیوگرافی انجام می دهیم البته برای مشاهده خونریزی توسط آنژیوگرافی باید میزان خونریزی و حداقل ۰.۵ سی سی در دقیقه باشد. اسکن با RBC نشاندار از آنژیوگرافی حساس تر است و خونریزی تا ۰.۱ سی سی در دقیقه را نیز نشان می دهد. آرتریوگرافی در نشان دادن محل خونریزی و گاهی اوقات در مشخص کردن ضایعه (مثلاً دیورتیکول، آنژیومالی عروقی) به ما کمک می کند. برخی از اطباء از اسکن با RBC نشان دار و Tc قبل از آنژیوگرافی استفاده می کنند و در صورتی که توسط اسکن خونریزی دیده نشود ارزش آنژیوگرافی پایین خواهد آمد.

Polyps and Polyposis Syndroms

| Type | Site | Number | Pathology | Usual age at presentation | Major symptoms | Malignant potential | Familial incidence | Treatment |
|---|----------|----------------------|---|---------------------------|--|-------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Juvenile polypos | Colon | Usually single | Inflammatory stroma | 1st decade | Minor PR bleeding prolapse | Nil | Nil | Removed at endoscopy |
| Multiple juvenile polyposis | GI tract | Multiple | ? Hamartoma Inflammatory stroma ? Hamartoma | 1st decade | GI bleeding Anemia Protein-losing enteropathy | Nil | Autosomal recessive | Colectomy |
| Familial juvenile adenomatous polyposis | GI tract | Multiple and diffuse | 1. Inflammatory stroma 2. Adenoma | 1st to 2nd decades | PR bleeding Anemia Protein-losing enteropathy | 2. Occasionally pre-malignant | Autosomal dominant | Colectomy for adenomatous |
| Adenomatous polypos | Colon | Single or multiple | Adenoma | > 4th decade | PK bleeding Abdo. pain | Premalignant | Nil | Excision |
| Familial polyposis | Colon | Multiple | Adenoma | 2nd to 3rd decade | Diarrhoea PK bleeding Mucocutaneous pigmentation | Premalignant | Autosomal dominant | Colectomy |
| Pearl-Tepper's syndrome | GI tract | Multiple | Hamartoma | 3rd decade | Abdo. pain Anemia PK bleeding | Occasional | Autosomal dominant | Treat complications |
| Metaplastic polypos | Colon | Multiple | Focal "normal" nodule | Adults | Rectal prolapse Abdo. pain Anemia | Nil | Nil | Endoscopic distal resection |
| Lymphoid polyposis | Colon | Multiple | Hyperplastic lymphoid follicles | 3rd to 4th decade | PK bleeding Abdo. pain | Nil | Nil | Treat complications |

جدول شماره ۶

بر تداوم خونریزی گوارشی می کند و دریافت قرص آهن
 خوراکی ممکن است خونریزی گوارشی را ماسکه کرده باشد.
 به طور خلاصه در این خانم با سابقه چند ساله خونریزی گوارش بدون کاهش وزن بارز و یا وجود دیگر علائم روده ای یا خارج روده ای، به احتمال قوی ضایعه در

اگر اسکن با RBC نشاندار نتواند محل خونریزی را نشان دهد، و خونریزی ادامه یابد این ضایعات که اکثراً در کولون راست قرار دارند، با آنژیوگرافی شریان مزانتیریک فوقانی نشان داده خواهد شد.
 در صورت ادامه خونریزی شدید از لاپاراتومی تجسسی استفاده می کنیم.

جهت بیمار آنژیوگرافی انجام شده است که در کلیشه‌های مربوط به فاز وریدی آنژیوگرافی ضایعه‌ای به طور سریال دیده می‌شود. این ضایعه به صورت منفرد بوده و قسمت زیادی از جریان خون شریان را به خود اختصاص داده است. ضایعات پر عروق، شامل همانژیوم، تومور کارسینوئید، تومورهای نوروزئیک و پولیپ‌های آدنوماتوز هستند. لیومیوما و بعضی از اشکال کارسینوما نیز می‌توانند ضایعات هیپرواسکولر در روده ایجاد کنند. از نظر رادیولوژیکی در درجه اول مالفورم‌اسیون‌های عروقی و ضایعات آنژیوماتوز مطرح‌اند. برگزار کننده CPC: در این بیمار آنژیوگرافی انجام شد و به علت عدم تشخیص قطعی، لاپاراتومی انجام شد. بعد از باز شدن شکم، توده‌های پر عروق متعدد که تعدادی از آنها نیز خیلی بزرگ بود مشاهده شد و یکی از این توده‌های پر عروق برداشته شد. در تمام پریتون و سطوح روده باریک ضایعات عروقی بسیار ریز به اندازه ته سنجاق وجود داشت. در ناحیه رکتوسیگموئید نیز یک پولیپ وجود داشت که برداشته و به پاتولوژی ارجاع شد.

روده باریک تا قسمت میانی کولون وجود دارد. با توجه به کولونوسکوپی شمال احتمالاً ضایعه در روده باریک است.

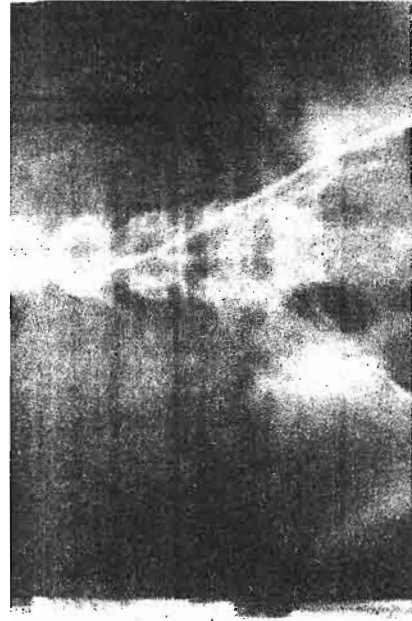
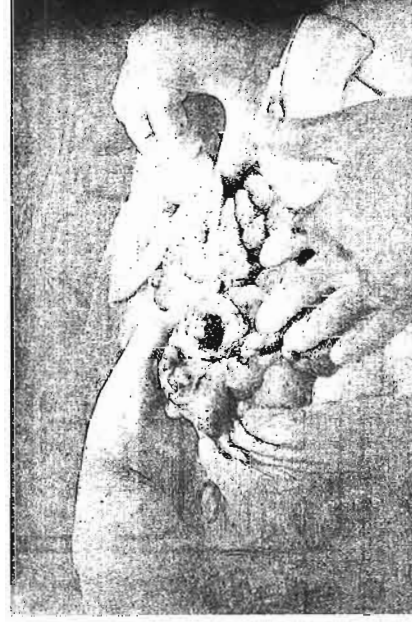
در مورد خونریزی GI با علت نامعلوم تشخیص‌هایی مانند آنومالی‌های عروقی، نشویل‌اسم روده باریک، سندرم‌های واسکولیتی، و آمیلوئیدوز مطرح می‌باشند. در آنومالی‌های عروقی همانژیوم‌های شایع‌ترین علت خونریزی GI با علت نامعلوم می‌باشند.

به نظر، من اولین تشخیص ضایعات عروقی، از جمله همانژیوم می‌باشد و بعد از آن لیومیوم و آدنوم روده باریک و پولیپ روده باریک مطرح‌اند.

اقدام تشخیصی انجام شده در درجه اول آنژیوگرافی و احتمالاً آندوسکوپی در تشخیص خونریزی گوارشی با علت نامعلوم کمک فراوانی می‌کند.

آقای دکتر فرزانه:

ترانزیت روده باریک و باریوم انمای بیمار طبیعی است، هر چند البته این رادیوگرافی‌ها به روش دوبل کنتراست انجام نشده است.

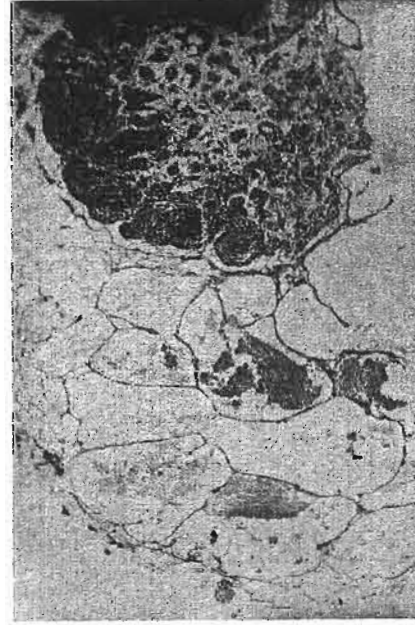


عروق کوچک و کاپیلری و در نقاط دیگر گشاد و مفروش از یک لایه ظریف سلول‌های آندوتلیالی و با نمای کارونو می‌باشد. در بافت همبندی چربی مزوی روده و در اطراف گانگلیون‌های لنفاوی مزانتر این عروق مشاهده می‌گردند.

این نمای میکروسکوپی آنژیوماتوز را مطرح می‌کند. آنژیوماتوز از تومورهای نادر عروقی است که بیشتر در انتهاها و تنه دیده می‌شوند و در ارگان‌های داخلی بسیار نادرند. در تومورهای خوش خیم مزانتر و پریتونوم امستوم که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند آنژیوماتوز بسیار کم دیده شده است.

خانم دکتر میرید:

از این بیمار دو نمونه جداگانه به بخش پاتولوژی ارسال شده است. یک پولیپ رکتوسیکمویید، که از نظر میکروسکوپی، بافت نمائی مشابه مخاط روده بزرگ را داشت و غدد آن هیپرپلاستیک بودند. بعضی از غدد متسع گشاد و محتوی مادهٔ موکوسی و سلولهای آماس بودند. پوشش مخاطی جا به جا از بین رفته و توسط نسج گرانولوسیون جانشین شده بود. در بین ساختمان‌های غددی عروق کاپیلری فراوان همراه با انفیلتراسیون آماسی وجود داشت. یافته‌های میکروسکوپی فوق Juvenile Polyp یا پولیپ آماسی را مطرح می‌نماید.



ماهیت آنژیوم‌ها مورد بحث است. بعضی، از آنها را تومور حقیقی فرض نموده‌اند ولی برخی هامارتوما و یا ضایعات مالفورماتیو می‌دانند.

به طور کلی اکثراً کورنژیتال هستند ولی گاهی در زمان بلوغ تظاهر می‌کنند. برای تقسیم بندی تومورهای عروقی، باید ماهیت آنها را کنار گذاشت.

نمونه دوم قطعه‌ای از روده بوده که شامل نقاط مختلف روده، مزانتر و گانگلیون لنفاوی می‌باشند.

در امتحان میکروسکوپی در برش‌های مختلف کرک‌های روده دیده می‌شوند که کاملاً طبیعی هستند. در زیر مخاط و در لابای عضلات و سررز روده تعداد زیادی عروق خونی دیده می‌شود که در بعضی نقاط،

References

- 1/ Gastroin testinal disease: puthophysiology. diagnosis edited by sleisenger. thed 1989
- 2/ Harrison's PRINCIPLES of INTERNAL MEDICINE 12 edition. 1991
- 3/ Barson, furnell. upper Gastroinal Hemorrhug Myoclinic 58.371.1983
- 4/ Spechler S.J. Schimmel EM. Gastrointestinal tract bleeding of unknown origin. Arch Intern. Med 1982. 142: 236.40
- 5/ Steer. Ml. silen w. Diagnvstic procedures in gastroin testial hemorrhage N.Engly. Med 1983:3098 646 - 50
- 6/ Barclay . THC . schapira Dr. Malignant tumors of small intestine. Cancer 198 3,51: 878 -81

بطور کلی به سه دسته تقسیم می شوند:

۱- آنژیوم‌ها که ضایعات خوش خیم و غیر رآکتیو بوده و از پرولیفراسیون ساختمان‌های عروقی با نمای طبیعی ایجاد می شوند و از نظر میکروسکوپی از نوع کاپیلر یا کاردنو می باشند.

۲- Hemangioperithelioma که در دسته حدود ط قزار می گیرند و مورفولوژی متغیری دارند.

پی گیری بیمار: بیمار تا ۲ سال پس از تشخیص به علت آنمی و تشدید ملنا مراجعه نموده و چند بار خون دریافت کرده است.

فضیلت دانش

قال علی (ع):

العلم یهدی الی الحق.

امیر مؤمنان علی (ع) فرموده است:

دانش انسان را بسوی حق هدایت می کند.