

بررسی توده قابل لمس دیواره جلوئی شکم ناشی از هرنی اشیپگل با سی تی اسکن

دکتر هدایت دیبازر

متخصص رادیولوژی

مدیر گروه رادیولوژی و رادیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

خلاصه:

چهار بیمار دارای توده قابل لمس دیواره جلوئی شکم تحت بررسی سی تی اسکن قرار گرفتند. توده‌هایی که در دیواره شکم بعلت هرنی ایجاد شده‌اند، سی تی اسکن وسیله تشخیص اختصاصی برای تأیید آنها می‌باشد. هرنی‌های اشیپگل از فتق‌های نادر و غیر شایع دیواره جلوئی شکم است؛ که دارای علائم بالینی خفیف می‌باشند. در این مقاله، مطالعه با سی تی اسکن را در چهار بیمارانی که با درد مبهم و احساس توده در دیواره شکمی مراجعه کرده بودند؛ شرح می‌دهیم. قبل از اقدام به عمل جراحی سی تی اسکن تشخیص را مسجل می‌سازد.

مقدمه:

در تشخیص موارد فوق‌الذکر می‌باشد (۴). ولی در مورد هرنی‌ها، اختصاصی نمی‌باشد. سی تی اسکن در تشخیص هرنی‌ها، بخصوص هرنی اشیپگل که از نظر بالینی بصورت توده دیواره‌های شکم همراه با درد مبهم تظاهر می‌کند اختصاصی می‌باشد.

روش بررسی:

امتحان سی تی اسکن با دستگاههای Somatom DRG زیمنس و CX/Q فیلیپس، با زمان ۵ ثانیه پس از کنتراست‌های خوراکی و

ماهیت توده‌های دیواره جلوئی شکم، گاهی با امتحانات فیزیکی و بالینی تشخیص داده نمی‌شوند. مسئله مهم بالینی در این موارد تشخیص ماهیت، منشأ و نیز تعیین وسعت انتشار این ضایعات می‌باشد. در بین این توده‌ها، علاوه از انواع هرنی، می‌بایستی به هماتوم و آبسه و تومورهای اولیه و متاستاتیک نیز فکر کرد. از بین آنها هرنی بخوبی و بصورت اختصاصی با سی تی اسکن تشخیص داده می‌شود (۷).

سونوگرافی یکی از روشهای بررسی اولیه

مراجعه کرده [بود]، که در معاینه، توده‌ای با حدود نامشخص متحرک بقطر تقریبی ۱۵ سانتیمتر در جدار شکم لمس می‌شد. تشخیص بالینی یک توده لیپومی بود. پس از انجام سی‌تی‌اسکن، هرنی اشیپگل دیواره شکم تشخیص داده شد. (شکل ۲).

بیمار سوم:

آقائی [با اندام] چاق، ۴۵ ساله با سابقه آپاندکتومی، مجدداً با ایجاد تورم در قسمت پائینی راست شکم که تدریجاً بزرگ می‌شد، همراه با احساس دردهای متناوب مراجعه کرده بود. در توموگرافی کامپیوتری هرنی اشیپگل مشخص گردید. (اشکال ۳ و ۴ و ۵).

بیمار چهارم:

آقائی ۴۰ ساله با احساس دردهای متناوب همراه با احساس توده کوچک در قسمت پائینی چپ شکم، بدون حدود مشخص، مختصری متحرک در جایگاه خود مراجعه کرده بود که مدت زمان احساس آن را ۲ سال ذکر می‌کرد؛ که مراجعه به پزشکان مختلف، تشخیص قطعی داده نشده بود. در سی‌تی‌اسکن انجام شده هرنی اشیپگل کوچک در این ناحیه نمایان گردید. (شکل ۵).

تزریقی انجام گرفت. ضخامت برشها بین ۱۶-۱۰ میلی‌متر و فاصله بین برشها ۲۰ میلی‌متر و پشت سرهم (Contiguous) می‌باشند.

گزارش موارد و نتیجه:

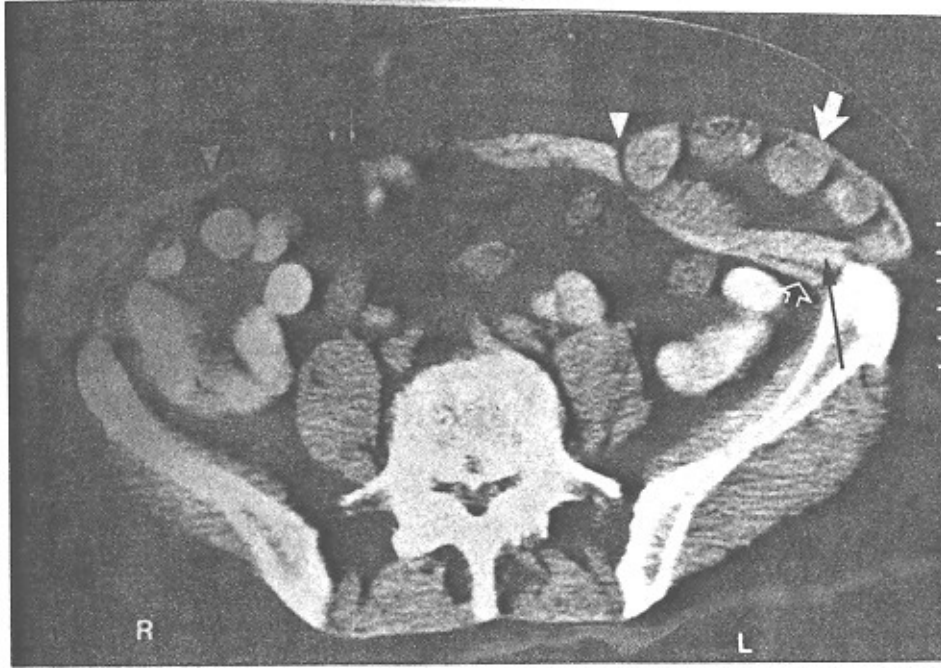
چهار بیمار بین سنین ۴۰ تا ۷۵، (۳ مرد و یک زن)، که قبلاً با امتحان بالینی توده دردناک دیواره جلویی شکم تشخیص داده شده بودند، تحت سی‌تی‌اسکن قرار گرفتند.

بیمار اول:

آقائی ۷۵ ساله، بدنبال سه هفته درد تورم در ربع تحتانی چپ شکم، با ۱۰ کیلو کاهش وزن مراجعه کرده بود. در امتحان بالینی، توده‌ای با قوام نرم در ربع تحتانی چپ لمس می‌شد. نتیجه سونوگرافی نامشخص بوده و سی‌گموئیدوسکوپی منفی بود. در سی‌تی‌اسکن، هرنی اشیپگل [در] قسمت تحتانی چپ دیواره جلویی شکم نمایان گردید (شکل یک).

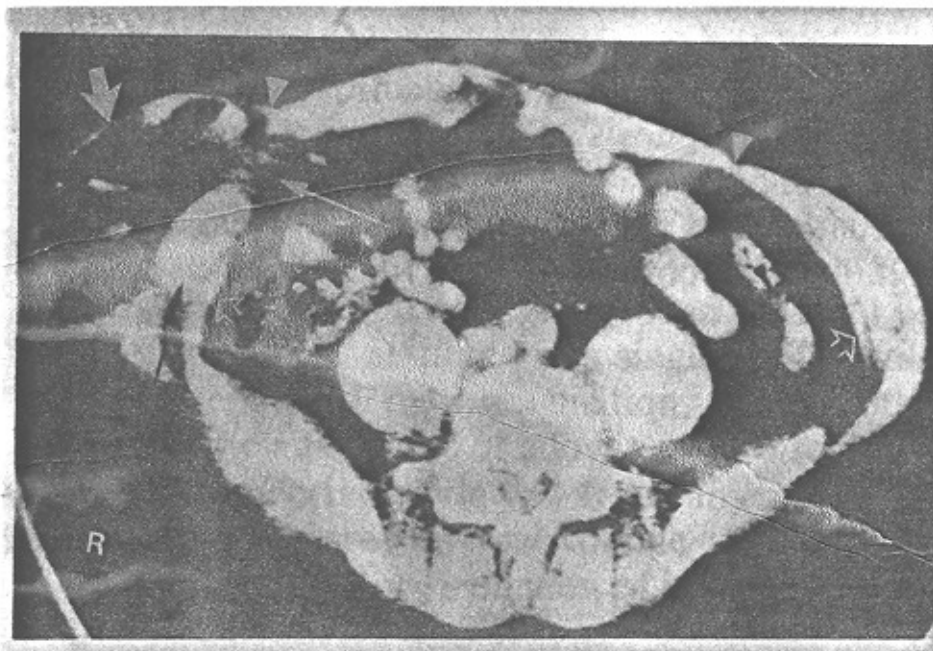
بیمار دوم:

خانمی [با اندام] چاق، ۵۴ ساله با سابقه دو سال درد متناوب در سمت راست شکم



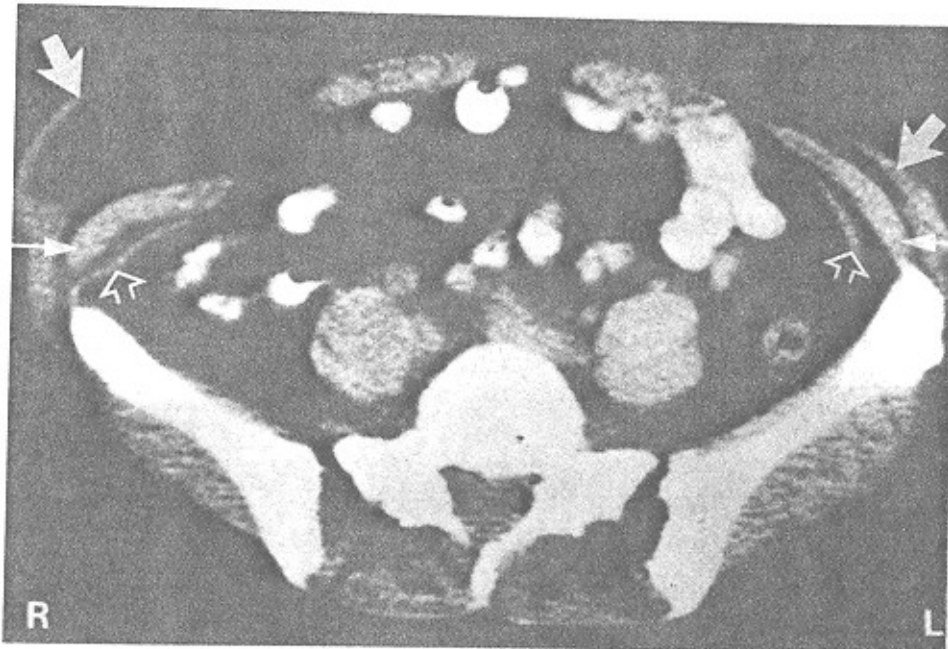
شکل (۱):

سی تی اسکن حلقه‌های روده باریک را که دارای ماده حاجب خوراکی هستند ، در دیواره چپ شکم در داخل ساک هرنی نشان می‌دهد . محل ورود هرنی از خط *Semilunaris*، در کنار خارجی عضله رکتوس چپ صورت گرفته ، و ساک هرنی بین عضلات مایل خارجی در جلو که آتروفیه گشته و مجموعه عضلات مایل داخلی و ترانسورس شکمی در عقب واقع شده است . عضله رکتوس سمت راست نیز آتروفیه می‌باشد. عضلات مایل خارجی و داخلی و ترانسورس شکمی ، به ترتیب از سطح به عمق در ساختمان قسمتی از دیواره جلوئی شکم ، خارج تر از عضله رکتوس شرکت می‌کنند.



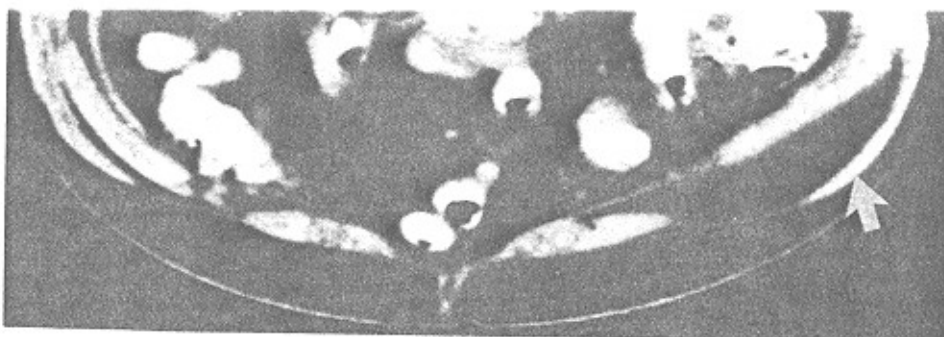
شکل (۲):

سی تی اسکن از شکم، توده هرنی را که شامل حلقه‌های روده باریک، خارج تر از خط *Semilunar* سمت راست است نشان می‌دهد. نقص دیواره‌ای که هرنی از آنجا صورت گرفته بخوبی مشخص می‌باشد. در تصویر خطوط *Semilunaris* دو طرف و عضله مایل خارجی راست که آتروفیه گشته است، همراه با عضلات مایل داخلی و ترانسورس آبدومینال مشخص می‌باشند.



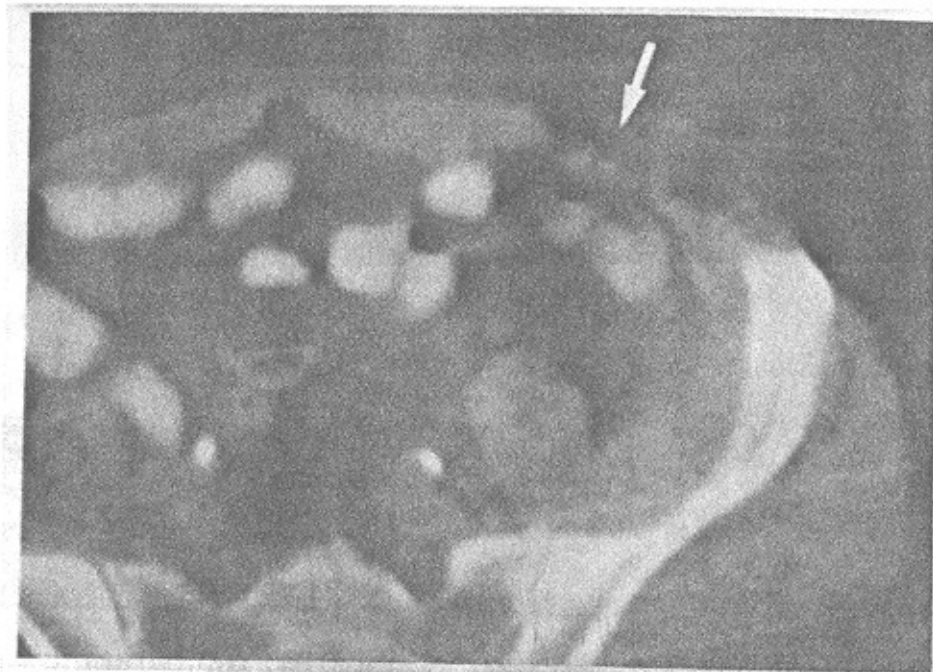
شکل (۳):

نقص دیواره‌ای که باعث هرنی اسپیگل شده است، در خارج از خط *Semilunaris* سمت راست مشخص می‌باشد، توده هرنی بین عضلات مایل خارجی در جلو و مایل داخلی و ترانسورس شکمی در عقب جایگزین شده است. توده هرنی، کلاً از چربی مزائتريک تشکیل شده است. عضلات مایل داخلی و ترانسورس و مستقیم دو طرف در تصویر مشخص می‌باشد.



شکل (۴):

این تصویر، برش بالاتر از نظر محل نسبت به شکل شماره ۳ از مریض سوم می باشد. توده چربی مزانتریک که هرنی اشپیگل را تشکیل می دهد، بعلت نمایان نبودن محل نقص دیواره ای، شباهت به توده لیپوم در ضخامت و بین عضلات دیواره جلوئی شکم را پیدا نموده است. عضلات مایل داخلی و ترانسورس آبدومینال و رکتوس بخوبی نمایان می باشند.



شکل ۵-

ساک هرنی کوچک اشپیگل در مسیر خط **Semilunar**، در دیواره چپ شکم در پائین، بین عضله مایل خارجی آتروفیه شده است در جلو، مجموعه عضلات مایل داخلی و ترانسورس آبدومینال در عقب واقع شده است.

بحث:

دیواره جلوئی شکم را تشکیل می دهد:

هرنی های دیگر، شامل هرنی خط وسط

شکم در ناحیه **Linea alba** و هرنی اپی گاستر

هرنی اشپیگل، کمتر از ۲ درصد کل هرنی های

رادیوگرافی‌های ساده شکم و با با ماده حاجب دستگاه گوارش و نیز سونوگرافی استفاده می‌شود. ولی سی‌تی‌اسکن وسیله تشخیص بسیار ارزشمند و کمک‌کننده می‌باشد (۳-۶). لذا بیمارانی که دارای دردهای مبهم، همراه با لمس توده دیواره جلوتی شکم می‌باشند، توموگرافی کامپیوتری در تشخیص نسبتاً دقیق هرنی و تفکیک آنها از سایر علل ایجاد توده دیواره‌ای اختصاصی می‌باشد. با سی‌تی‌اسکن لایه‌های عضلات دیواره شکم و چربیهای بین آنها بسیار خوب از هم تفکیک شده، لذا وجود کیسه‌های هرنی احشاء و چربی پریتون در بین این لایه‌ها بخوبی تشخیص داده می‌شوند (شکل ۱)، و بدینوسیله ضایعات مختلف دیواره شکم مثل انواع هرنی و همانوم و آپسه و تومورهای اولیه و متاستازها از هم تفکیک داده می‌شوند، جهت تشخیص افتراقی چربی اومنوم و مزانتریک موجود در کیسه هرنی اشپیگل، از توده لیپوم بین عضلات شکمی، می‌بایستی برشهای سی‌تی‌اسکن از محل نقص دیواره‌ای شکم عبور داده شود (شکل ۳ و ۷).

و هرنی‌های فمورال و اینگوینال و نافی و نیز هرنی در محل عمل جراحی قبلی (incisional-hernia)، بقیه، ۹۸ درصد هرنی‌های دیواره جلوتی شکم را تشکیل می‌دهند. (۲ و ۱)

هرنی اشپیگل از نقطه ضعف در مسیر خط نیمه هلالی (Semi lunaris)، یا خط اشپیگل در محل اتصال کناره خارجی عضلات رکتوس و مجموعه عضلات مایل خارجی و داخلی و ترانسورس آبدومینال بوجود می‌آید. این هرنی معمولاً در روی خط اشپیگل در حد فاصل بین ناف و سمفیز پوبیس تشکیل می‌شود. ساک هرنی از آپونوروز مشترک عضلات ترانسورس و مایل داخل شکم که معمولاً بصورت پرده نازک درآمده وارد شده و با جداکردن عضلات مایل خارجی و داخلی در بین این دو عضله قرار می‌گیرد. تدریجاً ساک هرنی در زیر عضله قوی مایل خارجی بطرف خارج جابازکرده و لذا در معاینه بصورت توده‌ای متحرک و نسبتاً لغزان در بستر خود لمس می‌گردد.

تشخیص قبل از عمل هرنی اشپیگل بعلت نادر و ضعیف و غیراختصاصی بودن علائم مشکل می‌باشد. جهت تشخیص هرنی از

REFERENCES:

- 1-Bertelsen S.The surgical treatment of Spigelian Hernia .Surg Gynecol obstet 1966;122:567-72.
- 2-Holder LE,Schneider HJ.Spigelian hernias:anatomy and roentgenographic manifestations.Radiology 1974;112:309-13.
- 3-Hunter TB,Freundlich IM,Zukoski CF.Preoperative radiographic diagnosis of a Spigelian hernia containing larg and small bowel.Gastrointest Radiol 1977;1:379-81.
- 4-Deitch EA,Engel JM.Spigelian hernia:an ultrasonic diagnosis.Arch Surg 1980;115:93.
- 5-Spiers T,Rosenbloom MB,Palayew MJ.Spigelian hernia:plain film giagnosis.J Can Assoc Radiol 1980;31:147-8.
- 6-Balthazar EJ,Subramanyam BR,Magibow A.Spigelian hernia.CT and ultrasonography diagnosis,Gastrointest Radiol 1984;9:81-4.
- 7-Fisch AE,Brodey PA.Computed tomography of the anterior abdominal wall:normal anatomy and pathology .J Comput Assist Tomogr 1981;5:728-33.