

● مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هجدهم، شماره ۱، ص ۹۲-۸۹، ۱۳۸۹

مقاله موردی

گزارش یک مورد نادر از انسداد روده ناشی از تنیا ساژیناتا

محمد رضا لشکری زاده*، بهرام پورسیدی^۱، میترا ثمره فکری^۲، محمود آقایی افشار^۱

خلاصه

انسداد روده می‌تواند علل مکانیکی یا عملکردی داشته باشد. یکی از علل انسداد مکانیکی روده کرم‌ها بوده و شایع‌ترین مورد توسط کرم‌های روده‌ای آسکاریس ایجاد می‌شود. تنیا ساژیناتا (کرم کدو) یکی از علل نادر انسداد روده می‌باشد. در این مقاله یک مورد از انسداد روده توسط این انگل گزارش می‌شود. بیمار مرد ۳۰ ساله‌ای است که به دلیل انسداد روده تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. در بررسی اولیه قوس‌های روده کوچک متسع و روده بزرگ روی هم خوابیده بود ولی علتی برای انسداد یافت نشد. با توجه به اتساع روده کوچک جهت تسهیل در بستن جدار شکم تصمیم به تخلیه محتویات روده گرفته شد که تخلیه محتویات روده از طریق لوله معده همراه با ساکشن در ابتدا به راحتی انجام می‌شد ولی به دلیل مسدود شدن لوله تصمیم به تعویض آن گرفته شد که در حین تعویض لوله معده یک کرم کدوی بزرگ در داخل آن یافت شد و علت انسداد روده به‌طور اتفاقی مشخص شد. **واژه‌های کلیدی:** انسداد روده، تنیا ساژیناتا، عمل جراحی

مقدمه

علت انسداد می‌باشد و انسداد به دنبال کرم کدو نادر می‌باشد. در این مقاله یک مورد از انسداد روده توسط تنیا ساژیناتا (کرم کدو) گزارش می‌شود که در آن علت انسداد به‌طور اتفاقی کشف شد.

انسداد روده می‌تواند ناشی از علل مکانیکی یا عملکردی باشد. یکی از علل انسداد مکانیکی کرم‌های انگلی می‌باشد (۱). در میان کرم‌های انگلی آسکاریس شایع‌ترین

۱- استادیار گروه جراحی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- استادیار، مرکز تحقیقات فیزیولوژی و گروه داخلی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نویسنده مسؤول، آدرس: کرمان، انتهای بلوار ۲۲ بهمن، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، گروه جراحی • آدرس پست الکترونیک: lashkarizadeh@kmu.ac.ir

گزارش مورد

بیمار مرد ۳۰ ساله‌ای بود که به دلیل درد شکمی به اورژانس بیمارستان افضل‌پور دانشگاه علوم پزشکی کرمان مراجعه کرده بود. درد وی از حدود ۴۸ ساعت قبل از مراجعه شروع شده بود، ماهیت کولیکی داشت، به جایی انتشار نداشت و همراه با استفراغ‌های صفراوی بود. در معاینه علائم حیاتی وی پایدار و مخاط‌ها مختصری خشک بود. صداهای قلبی و ریوی طبیعی بودند. شکم متسع و صداهای روده‌ای افزایش یافته بودند. در لمس تندر نس منتشر در سطح شکم وجود داشت ولی ریباند تندر نس وجود نداشت. در معاینه رکتال آمپول رکتوم خالی از مدفوع بود. با توجه به وجود دردهای کولیکی، عدم دفع گاز و مدفوع و استفراغ‌های صفراوی مکرر، اولین تشخیصی که مطرح شد انسداد روده بود. در رادیوگرافی خوابیده شکم پرهوایی روده باریک مشخص بود و هوایی در رکتوم وجود نداشت (شکل ۱) و در رادیوگرافی ایستاده شکم سطوح متعدد مایع هوا یافت شد (شکل ۲) که این، یافته‌های رادیولوژیک انسداد روده را تأیید کرد. با توجه به اینکه بیمار سابقه عمل جراحی نداشت و احتمال انسداد روده به دنبال باندهای

چسبیده برای وی منتفی بود وی کاندید عمل جراحی شد. پس از گذاشتن لوله معده، سوند فولی و احیاء از نظر آب و الکترولیت‌ها بیمار به اتاق عمل منتقل شد و تحت لاپاراتومی قرار گرفت. در بررسی که در داخل شکم انجام شد روده کوچک متسع و روده بزرگ روی هم خوابیده بود. معده و سایر اعضای داخل شکمی سالم بودند. با توجه به اینکه علتی برای انسداد روده یافت نشد، تصمیم گرفته شد که برای تسهیل بستن شکم محتویات روده باریک تخلیه شوند. که با فشار آوردن به قسمت دیستال روده و راندن محتویات آن به سمت معده سعی به تخلیه محتویات از طریق لوله معده شد. در ابتدا تخلیه محتویات دستگاه گوارش از طریق لوله معده به راحتی قابل انجام بود ولی در ادامه به دلیل انسداد لومن لوله تخلیه این امر امکان پذیر نبود. استفاده از ساکشن از طریق لوله نیز مؤثر واقع نشد و در نهایت تصمیم به تعویض لوله گرفته شد. هنگام تعویض لوله معده به طور غیرمنتظره‌ای یک کرم کدوی بزرگ در لوله یافت شد که باعث انسداد شده بود (شکل ۳). در نهایت لوله معده بیمار تعویض، محتویات داخل روده تخلیه و جدار شکم بسته شد.



شکل ۳: کرم کدو داخل لوله معده



شکل ۲: رادیوگرافی ایستاده شکم



شکل ۱: رادیوگرافی خوابیده شکم

الکترولیت‌ها و نارسایی کلیه تصمیم به عمل جراحی زودتر گرفته می‌شود (۳). در بیمار مورد نظر نیز به دلیل این که سابقه عمل جراحی وجود نداشت پس از احیا از نظر آب و الکترولیت‌ها و تجویز آنتی‌بیوتیک وریدی تصمیم به عمل جراحی گرفته شد. در حین عمل ابتدا علت انسداد مشخص نبود ولی به‌طور اتفاقی کرم کدو در لوله معده بیمار یافت شد و اگر این واقعه اتفاق نمی‌افتاد علت انسداد روده مشخص نمی‌شد.

در بررسی متون چند مورد انسداد روده به دنبال انگل‌ها یافت شد که در اکثر آن‌ها علت انسداد روده کرم آسکاریس بود (۸-۴). یکی از این گزارش‌ها در سال ۲۰۰۰ به چاپ رسیده است که در آن بیماری با سایکوز شدید گزارش شده که دچار انسداد روده به علت تنیاساژیناتا بوده است (۹). گزارش دیگری مربوط به سال ۱۹۹۲ می‌شود که در آن گزارش شده که به دنبال تجمع حجم زیادی از کرم کدو در ناحیه دریچه ایلیوسکال انسداد حاد روده ایجاد شده است (۲). در گزارش دیگر در سال ۲۰۰۷ دو بیمار معرفی شده‌اند که به دنبال ابتلا به کرم روده دچار عارضه شده بودند. در یک مورد ابتلا به کرم کدو سبب نکروز روده و در دیگری نیز باعث ولولوس روده شده بود (۱۰). همان‌طور که ملاحظه می‌شود کرم تنیاساژیناتا کمتر باعث انسداد روده می‌شود و در بررسی منابع موارد نادری به چشم می‌خورد.

بیمار گزارش شده در مقاله حاضر از دو سو قابل توجه است. از یک طرف کرم کدو باعث انسداد روده شده بود که این نادر است از طرف دیگر نحوه تشخیص آن می‌باشد که به‌طور اتفاقی کرم کدو در لوله معده بیمار یافت شد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود در مواردی که علت انسداد روده در هنگام عمل جراحی مشخص نیست، به فکر انسداد به علت کرم‌های روده‌ای از جمله کرم کدو بود.

کرم یافت شده به آزمایشگاه فرستاده شد که در بررسی انگل‌شناسی یک کرم پهن با چهار عدد sucker بدون rostellum و hooklet بود. بعد از اسکالکس کردن و به دنبال کردن proglottids کرم وجود داشت که بر اساس یافته‌های فوق کرم خارج شده تنیاساژیناتا بود. بیمار به بخش جراحی منتقل شد رژیم غذایی را تحمل کرد و پنج روز پس از عمل با حال عمومی خوب و با تجویز قرص نیکلوز آمید مرخص شد.

بحث

تنیاساژیناتا شایع‌ترین کرم پهن بزرگ انسان است و عمدتاً توسط گوشت گاو که به‌طور کامل طبخ نشده باشد منتقل می‌شود. به همین دلیل این بیماری در کشورهای نظیر آرژانتین و ایتالی که از گوشت نپخته استفاده می‌کنند بیشتر یافت می‌شود. کرم‌های بزرگ ممکن است روزانه ده تا سی سانتی‌متر رشد کنند و ده بند از آنها دفع شود (۱). تشخیص این انگل از طریق یافتن این بندها در مدفوع است. این انگل باعث علائمی نظیر تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، درد شکمی در اطراف ناف و کاهش وزن می‌شود (۱) و در موارد نادری باعث انسداد روده می‌شود (۲).

انسداد روده علل متفاوتی دارد (۳) و در درمان بیماری که دچار انسداد روده شده‌اند توجه به سابقه عمل جراحی خیلی مهم است زیرا شایع‌ترین علت انسداد در این بیماران باندهای چسبیده است. در بیماری که به دنبال باندهای چسبیده دچار انسداد روده می‌شوند می‌توان از درمان حمایتی استفاده کرد و زود تصمیم به عمل جراحی نگرفت زیرا ممکن است با درمان‌های مراقبتی انسداد برطرف شود و نیاز به عمل جراحی نباشد (۳). در بیماری که سابقه عمل جراحی ندارند و دچار علائم انسداد حاد روده می‌شوند نیاز به عمل جراحی خیلی بیشتر است (۳). در این بیماران به‌طور معمول انسداد خودبه‌خود برطرف نمی‌شود و به دلیل عوارضی نظیر اختناق روده‌ها، از دست دادن آب و

A Rare Case of Intestinal Obstruction due to Taenia Saginata

Lashkarizadeh M.R., M.D.^{1*}, Poor Seyedi B., M.D.¹, Samare Fekri M., M.D.², Aghaee Afshar M., M.D.¹

1. Assistant Professor of Surgery, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Assistant Professor of Internal Medicine, Physiology Research Center & Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author, e-mail: lashkarizadeh@kmu.ac.ir

(Received: 11 August 2009

Accepted: 23 June 2010)

Abstract

Intestinal obstruction may be due to various mechanical or functional reasons. Worms, especially Ascaris worms are one of the mechanical reasons of intestinal obstruction. Obstruction due to Taenia saginata is a rare phenomenon.

Here we report a case of intestinal obstruction due to Taenia saginata infection in a 30 year-old male patient undergoing laparotomy with the diagnosis of intestinal obstruction. The cause of intestinal obstruction was unknown initially, but during milking of intestinal contents through naso-gastric tube a Taenia saginata worm was accidentally detected in the tube.

Keywords: Intestinal obstruction, Taenia saginata

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2011; 18(1): 89-92

References

1. Baron S. Medical microbiology 4th ed., The University of Texas Medical Branch at Galveston, 1996.
2. Bordon LM. Intestinal obstruction due to Taenia saginata infection: a case report. *J Trop Med Hyg* 1992; 95(5): 352-3.
3. Shelton B.K. Intestinal obstruction. *AACN Clinical Issues* 1999; 10(4): 478-91.
4. Akgun Y. Intestinal obstruction caused by Ascaris lumbricoides. *Dis Colon Rec* 1996; 39(10): 1159-63.
5. Egea Valenzuela J, Sanchez Torres A, Carballo Alvarez F. Bowel subocclusion by Ascaris. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100(9): 579-80.
6. Rodriguez EJ, Gama MA, Ornstein SM, Anderson WD. Ascariasis causing small bowel volvulus. *Radiographics* 2003; 23(5): 1291-3.
7. Rodriguez-Garcia AJ, Belmares-Taboada J, Hernandez-Sierra J. Ascaris lumbricoides-caused risk factors for intestinal occlusion and subocclusion. *Cir Cir* 2004; 72(1): 37-40.
8. Villamizar E, Mendez M, Bonilla E, Varon H, de Onatra S. Ascaris lumbricoides infestation as a cause of intestinal obstruction in children: experience with 87 cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31(1): 201-4.
9. Amoake E, Agwe E. Heavy tapeworm infestation causing occlusive bowel syndrome in a severely psychiatrically disturbed man. *Trop Doct* 2000; 30(2): 113.
10. Karanikas ID, Sakellaridis TE, Alexiou CP, Siaperas PA, Fotopoulos AC, Antsaklis GI. Taenia saginata: a rare cause of bowel obstruction. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2007; 101(5): 527-8.

