گزارش یک مورد نادر فتق مورگانی همراه انسداد حاد معده (ولوولوس معده)

محمد جوانمردی[۱*]، مرضیه نقوی راوندی[۲]

خلاصه

سابقه و هدف: فتق مورگانی از فتق‌های مادرزادی نادر حجاب حاجز است و این ناهنجاری در طرف راست شایع می‌باشد و در طرف چپ بسیار نادر است. در این مقاله به معرفی یک مورد نادر فتق مورگانی طرف چپ در یک دختر ۱۵ ماهه که در بخش اطفال بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۸۲ با همین مشکل بستری و درمان شد اقدام گردیده است.

معرفی مورد : بیمار شیرخوار دختر ۱۵ ماهه‌ای است که با تب و استفراغ خونی مراجعه نموده و در تصویر قفسه صدری و تصویر مری و معده باماده حاجب، بیماری وی تشخیص داده شد. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در سلیوتومی، معده در شکم وجود نداشت که در بررسی معده از نقص قدام دیافراگم از پشت جناغ سینه وارد قفسه صدری سمت چپ و دچار پیچ‌خوردگی شده و به علت اختناق تغییر رنگ پیدا نموده بود. با برش شکمی سینه‌ای، قفسه صدری چپ باز شد، معده به داخل شکم برگردانده شد و در وضعیت آناتومی طبیعی قرار گرفت و حجاب حاجز ترمیم شد و کودک با بهبودی کامل مرخص گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه این فتق با علایم عفونت‌های مکرر ریوی، سرفه و استفراغ تظاهر می‌کند و پزشک را در تشخیص صحیح با مشکل مواجه می‌سازد و همچنین به علت گیر کردن احشای شکمی و نکروز آنها باعث مرگ و میر می‌شود، لذا اقدام تشخیصی به موقع و درمان سریع می‌تواند بیمار را از عوارض وخیم و مرگ نجات دهد. توصیه می‌شود در مواردی که تصویر ساده قفسه صدری در زاویه دنده‌ای ـ جناقی سایه کدری همراه با علایم گوارشی در کودکان نشان می‌دهد پیگیری برای تشخیص با تصویربرداری با ماده حاجب نقش تعیین‌کننده داشته و مانع از بروز عوارض و مرگ و میر به علت درمان دیررس می‌شود.

واژگان کلیدی: فتق مورگانی، شیرخواران، ترمیم جراحی

۱- استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.

۲- دستیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.

* **نویسنده مسوول:** محمد جوانمردی.

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، بیمارستان شهید بهشتی، بخش جراحی.

پست الکترونیک: gavanmardi_M@GaU.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳ ۱۶۱ ۷۳۴۷

دورنویس: ۰۲۱ ۸۸۳۶۷۲۳۱

تاریخ دریافت: ۸٤/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۵/۸/۲۵

مقدمه

فتق: حجاب حاجز زیردنده‌ای جناقی (subcostosternal) یک شکل غیر شایع از فتق حجاب حاجز است.در سال ۱۷۶۹ مورگانی برای اولین بار فتق زیر جناقی محتویات شکم به داخل حفره قفسه سینه را بر اساس مشاهدات خود در خلال بررسی‌های اتوپسی شرح داد [۱]. در سال ۱۸۲۸ Larrey یک روش جراحی دسترسی به حفره پریکارد از طریق نقص قسمت قدامی حجاب حاجز را تشریح کرد [۲]. نقص حجاب حاجز شرح داده شده توسط مورگانی و Larrey یک فضای مثلثی بین الیاف عضلانی حجاب حاجز است که از زایده گزیفوئید جناق و حاشیه دنده‌ای منشا گرفته و به تاندون مرکزی حجاب حاجز (central tendon) متصل می‌شوند، این فضای بالقوه به نام سوراخ مورگانی (morgagni) یا فضای Larrey شناخته می‌شود [۳، ٤]. اکثر فتق‌های مورگانی در سمت راست هستند و تنها در موارد نادری در طرف چپ رخ می‌دهند که این به علت محافظت پرده پریکارد (pericardial sac) می‌باشد [۵]. فتق‌های سوراخ مورگانی در جمعیت عمومی نادرند و بنابراین تنها تعداد اندکی مطالعه بالینی بر روی این موارد در مقالات پزشکی گزارش شده‌اند. اغلب گزارش‌ها بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۰ انتشار یافته‌اند [٦، ۷]. طی بررسی مقالات

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

از سال ۱۹٦۵ تا کنون ۸٦۷ مقاله در مورد فتق‌های حجاب حاجز در اطفال ارایه شده که ۹ مورد از مقالات به معرفی ۱۷ بیمار مبتلا به فتق حجاب حاجز که منجر به ولوولوس (پیچ خوردگی) معده شده‌اند پرداخته و موردی از فتق مورگانی طرف چپ همراه انسداد حاد معده گزارش نشده [۸]. با عنایت به این مطلب که شیرخوار معرفی شده دچار عارضه فتق مورگانی یعنی پیچ‌خوردگی معده و استفراغ همراه با خونریزی از معده بر اثر پیچ‌خوردگی شده بود، لذا علایم بالینی شیرخوار گمراه کننده بود، به طوری که تصویر قفسه صدری بیمار به جز یک منطقه کدورت در زاویه داخلی جنبی، تصویر معمول بیماری را نشان نداد و حتی در آندوسکوپی که انجام شد گزارشی از فتق حجاب حاجز وجود نداشت. با توجه به روند بالینی غیرمعمول و مشاهدات پاراکلینیک گمراه‌کننده و این مطلب که فتق مورگانی در طرف چپ بسیار نادر است [۷] و ما شاهد یک مورد مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۸۲ بوده، که به معرفی آن اقدام نموده تا نتیجه‌ای برای چگونگی تشخیص و تصمیم‌گیری در این بیماری در موارد مشابه باشد.

معرفی مورد

شرح حال: شیرخوار دختر ۱۵ ماهه که در تاریخ ۸۲/۱۲/۱۰ به علت تب و استفراغ به بخش اطفال بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه کرد. شیرخوار به دنبال خوردن هر مادهٔ غذایی دچار استفراغ می‌شده و به تدریج استفراغ خونی پیدا می‌کرده است. در معاینه شیرخوار بی‌حال بود. بیمار از شب قبل از مراجعه دفع مدفوع و گاز نداشته در روز اول بستری بیمار تحت درمان با سفتریاکسون قرار گرفته بود. لوله NG برای بیمار گذاشته و شست و شو داده شده بود. بیمار مکررا دچار استفراغ‌های دانه قهوه‌ای شد که تحت درمان طبی قرار گرفت. وزن تولد این بیمار دختر که فرزند اول خانواده و حاصل سزارین (C/S) به دلیل دفع مکونیوم بود، ۲۵۰۰ گرم بوده است. وزن موقع مراجعه= ۸۵۰۰، گرم قد= ۷٤ سانتیمتر، دور سر= ٤٦.

علایم حیاتی: فشار خون= $\frac{۹}{\text{نبض}}$، درجه حرارت= ۳۸، تعداد نبض= ۱۷۰، تعداد تنفس= ٤۰

یافته‌های آزمایشگاهی

WBC=16400, PLT=365000, HB=12.8, PMN=%80

نوبت اول کشت خون پسودوموناس گزارش شد ولی نوبت‌های بعدی کشت خون منفی بود. در آندوسکوپی که از شیرخوار به عمل آمد: مخاط مری نرمال بود واریس نداشت، رفلاکس معده به مری مشهود نبود، در معده در قسمت Body یک ناحیه پرعروق وجود داشت، قرمزی و ادم خفیف در آنتروم مشهود بود در ساعت ۷ مخاط زخمی دیده شد. نمونه از آنتروم جهت هلیکوباکترپیلوری ارسال شد. در تصویر ساده قفسه صدری نکته‌ای به نفع فتق حجاب حاجز پیدا نشد، مگر سایه مشکوکی بین قلب و مدیاستن (شکل شماره ۱).



شکل ۱ - تصویر قفسه صدری

در سونوگرافی، معده پر از ترشحات در قفسه سینه دیده شد و احتمال پیچ‌خوردگی معده مطرح گردید. تصویر مری و معده با ماده حاجب انجام شد. باریم تحت فلوروسکوپی تزریق شد که مری به صورت آشالازی کاذب گشاد بود و باریم از انتهای مری رد نشد و ماده حاجب در انتهای گشاد شده مری ،قطع گردیده بود و معده دیده نشد. (شکل شماره ۲)



شکل ۲- تصویر مری با ماده حاجب

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

با توجه به این تصویر که تشخیص پیچ‌خوردگی معده و فتق حجاب حاجز را مطرح می‌کرد شیرخوار به سرویس جراحی منتقل شد.



شکل ۳ـ تصویر ساده قفسه صدری با شیفت مدیاستن

در آخرین تصویر ساده قفسه صدری که قبل از عمل جراحی گرفته شد تغییر محل مدیاستن به طرف راست که همراه با تنگی نفس و سیانوز بود مشاهده گردید (شکل شماره ۳). موقع انتقال به اتاق عمل وزن شیرخوار نسبت به زمان مراجعه کاهش داشت. لب‌های بیمار سیانوزه و بیمار دیسترس تنفسی داشت و ریه چپ بیمار تهویه کافی نداشت.کودک با بیهوشی عمومی و گذاشتن لوله تراشه تحت عمل جراحی قرار گرفت،که ابتدا برش لاپاراتومی از زیر جناغ سینه تا بالای ناف داده شد. صفاق باز شد ، داخل شکم مایع و ترشح وجود نداشت و شکم بررسی شد که نکته غیر طبیعی به جز نبودن معده در شکم دیده نشد. Malrotation دیده نشد. روده‌ها، کبد، طحال نرمال بودند. معده در شکم وجود نداشت که در بررسی از نقص قدام حجاب حاجز از پشت جناغ سینه وارد قفسه صدری شده بود که با آزادسازی اطراف آن امکان بازگرداندن معده وجود نداشت. معده به علت پیچ‌خوردگی تغییر رنگ داشت و خطر سوراخ شدن داشت، لذا با برش به شکل T و برش شکمی ـ سینه‌ای، قفسه صدری چپ باز شد معده به صورت پیچ‌خورده متسع و همراه با تغییر رنگ و چسبندگی شدید در قفسه سینه بود. چسبندگی‌ها آزاد شد و معده به داخل شکم برگردانده و کیسه فتق برداشته شد حدود ۲۰۰ سی‌سی ترشح خونی که داخل قفسه سینه بود تخلیه شد و شست و شو با محلول نمکی گرم انجام گرفت که پس از ترمیم نقص حجاب حاجز برای بیمار لوله قفسه سینه گذاشته شد و به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شد. در این شیرخوار، بیماری همراه وجود نداشت. ABG، هر ٦ ساعت انجام شده و روز سوم پس از عمل لوله قفسه سینه خارج شد. در روز چهارم لوله معده خارج و تغذیه با مایعات شروع و روز ۷ پس از عمل بیمار با حال عمومی خوب و کنترل تصویر ریه مرخص شد. در پیگیری، بیمار مشکل خاصی نداشت و علایمی از عود و رفلکس وجود نداشت. بیمار هر ماه ویزیت گردیده و تا تاریخ ۸٤/۹/۱۰ یعنی حدود ۲ سال پس از عمل جراحی کنترل عملکرد قفسه سینه پیگیری گردید که هیچ گونه مشکلی نداشت. شکل شماره ٤ تصویر قفسه صدری بیمار در آخرین مراجعه را نشان می‌دهد.



شکل ٤- تصویر قفسه صدری

بحث

فتق‌های پشت جناقی (retro sternal) به دو فرم هستند که مهمترین آنها فتق مورگانی یا فتق پاراسترنال است که ٤ تا ٦ درصد از نقص‌های مادرزادی حجاب حاجز را تشکیل می‌دهند. فتق مورگانی ممکن است ۱ یا ۲ طرفه باشد که ۹۰٪ موارد فقط در طرف راست است و ۷٪ دوطرفه می‌باشد، فتق پشت جناقی اغلب به صورت یک نقص در خط وسط در برش لاپاراتومی ظاهر می‌شود که به خوبی کیسه فتق دیده می‌شود اکثر این ضایعات بی‌علامت هستند و در بیماران بزرگسال با رادیوگرافی‌هایی که برای مشکلات ریوی درخواست می‌شود کشف می‌شوند. فتق مورگانی می‌تواند همراه با بیماریهای مادرزادی، که شامل نقص‌های مادرزادی قلبی و تریزومی ۲۱ است باشد. در یک مطالعه ۱٤٪ از ۲۲ کودک با فتق مورگانی، سندرم داون داشتند. بیماریهای مادرزادی قلب در بیش از ۵۸٪ کودکان با فتق مورگانی ممکن است ظاهر شوند. تامپوناد قلبی تظاهر بسیار نادر فتق مورگانی است. کودکان با فتق مورگانی، علایم بیشتری نسبت به بزرگسالان دارند و اغلب با علایمی مثل عفونت‌های مکرر تنفسی، سرفه،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

تهوع یا دیسترس تظاهر پیدا می‌کنند. در فتق مورگانی انسداد روده و ایسکمی روده با نکروز ممکن است ایجاد شود [۸]، اعضای هرنیه شده در این فتق اغلب شامل کولون عرضی، امنتوم، کبد، روده باریک، معده یا طحال است [۹]. علایم معدی ـ روده‌ای ممکن است به صورت متناوب باشند زیرا فتق مورگانی یک عامل خطر برای گیرافتادن فتق و اختناق است. این نقص باید به محض این که تشخیص داده شد، ترمیم شود. رادیوگرافی قفسه صدری در نوزادان با فتق مورگانی اغلب به خوبی سطح مایع هوایی را که نشان‌دهنده ساختمان‌هایی که پشت جناق قرار گرفته‌اند را مشخص می‌کند. رادیوگرافی قفسه صدری نیم‌رخ می‌تواند محل فضای پشت جناق را که با اعضای شکمی پر شده مشخص کند. مطالعات با ماده حاجب برای ارزیابی علایم معدی ـ روده‌ای به کار می‌رود که روده کوچک، کولون و به ویژه معده درون حفره قفسه صدری را نشان می‌دهد [۳، ۹]. ترمیم جراحی می‌تواند ترجیحا از طریق شکم انجام شود [۱]. گزارش‌های موردی از ترمیم توراکوسکوپیک [۱۰] و لاپاراسکوپیک بیماران با فتق‌های سوراخ مورگانی با استفاده از شیوه‌های بستن اولیه (Primary closure) [۱۱، ۱۲، ۱۳] و ترمیم با patch [۱٤، ۱۵، ۱٦] نیز ارایه شده‌اند. در مورد گزارش شده علایم بالینی شیرخوار گمراه‌کننده بود چون شیرخوار دچار عارضه فتق مورگانی یعنی پیچ‌خوردگی معده بود و با علایم استفراغ خونی مراجعه کرده بود به علاوه، در تصویر قفسه صدری فقط یک منطقه کدورت در زاویه داخلی جنبی دیده شد و شکل کلاسیک بیماری را نشان نداد.

نتیجه گیری

در کودکان، فتق مورگانی می‌تواند با علایم غیر اختصاصی و مشاهدات پاراکلینیک گمراه‌کننده همراه باشد، لذا اقدام تشخیصی به موقع و درمان سریع می‌تواند بیمار را از عوارض وخیم و مرگ نجات دهد.

References:

[1] Morgagni G. Seats and conses of dieases In: Condell Ama T, ed. London: 1769. p. 205. Cited In: Minneci PC Deans KJ. Kim P. Mathisen DJ. Foramen of Morgagni Hernia: changes in Diagnosis and treatment. ***Ann Thorac Surg*** 2004; 77: 1956-1959.

[2] Larrey D. De plaies du peri carde et du coeur clinique chirugicale. In: Gubon p, ed paris: 1828: 284. Cited In: Minneci PC Deans KJ, Kim P, Mathisen DJ. Foramen of Morgagni Hernia: changes in Diagnosis and treatment. ***Ann Thorac Surg*** 2004; 77: 1956-1959.

[3] Skandalakis JE. Skandalakis LJ. Colborn GL. Androulakis J. Mcclusky DA. Skandalakis PN. Anatomy of Hernial Rings. In: Baker RJ, Fischer JE, Mastery of Surgery. 4 th ed. Philadelphia: Lilppincott: 2001. p. 1894

[4] Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston Text book of Surgery. 17 th ed. Philadelphia: Elsevier: 2004.

[5] Hirshberg A. Kenneth L. Mattox K. Injuries to the Chest. In: Soubaw, Fink M, Jukhovich G, Kaiser L, Peaker W, Pemberton J, Soper N. Acs Surgery Principle & Practice. 4 th ed. New York: Web MD: 2004. p. 914.

[6] Thomas TV. Subcostosternal diaphragmatic hernia. ***J Thorac Cardiovasc Surg*** 1972; 63: 279-283.

[7] Comer TP. Clagett OT. Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. ***Thorac Cardiov asc Surg*** 1966; 52: 461-468

[8] Http: // gateway. Ut. Ovid. Com/g w1/ ovidweb. Cgi.

[9] Fagelman D. Caridi JG. CT diagnosis of hernia of Morgagni. ***Gastrointest Radiol*** 1984; 9: 153-155.

[10] Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar R, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz*'S* Principles of Surgery. 8 th ed. New York: MCGraw Hill: 2005.

[11] Behrman RE. Kliegman RM. Jenson HB. Nelson's Text book of Pediatrics. 17 th ed. Philadelphia: W.B. Sounders company: 2004

[12] Hssong RL Jr. Landreneau RJ. Cole FH Jr. diagnosis and repair of Morgagni hernia with videoassisted thoracic surgery. ***Ann Thorac surg*** 1997; 63: 1474-1475.

[13] Angrisani L. Lorenzo M. San toro T. Sodano A. Tesauro B. Hernia of formen of Morgagni in adult: case report of Laparoascopic repair. ***JSLS*** 2000; 4: 177-181.

[14] Greca G. Fisichella P. Grecol L. Stefano A. Russello D. Lattevi F. A new simple laparoscopic-extra corporeal technique for the repair of a Morgagni diaphrogmatic hernia. ***Surg Endosc*** 2001; 15: 99.

[15] Orita M. Okino M. Yamashita K. Morita N. Easto K. Laparoscopic repair of a diaphragmatic hernia through the formaen of Morgagni. ***Surg Endosc*** 1997; 11: 668-670.

[16] Hunting Ton TR. Laparoscopic trans abdominal preperitoneal repair of a hernia of Morgagni. ***J Laparoendosc surg*** 1996; 6: 131-133.

[17] Vanclooster P. Lefevre A. Nijs S. de Gheldere C Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. ***Acta Chir Belg*** 1997; 97: 84-85

[18] Rau HG. Schardey HM. Lange V. Laparoscopic repair of a Mogagni hernia. ***surg Endosc*** 1994; 8: 1439-1442.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]