

۷۰۸۲

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای اخذ درجه تخصصی در رشته رادیولوژی

موضوع

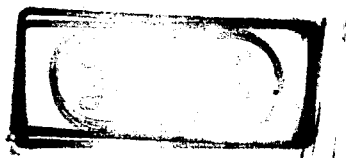
ضایعات مادرزادی مری و هرنی‌های دیافراگماتیک

براهنغاشی استاد ارجمند جناب آقای دکتر ذبیح‌اله ارنواز

نگارش

دکتر علی اکبر عامری

سال تحصیلی ۳۶-۲۵۳۵



تقدیم به

استادان و عزیزانی که در آموزشم نقشی داشته‌اند

موفقیتم را مرهون زحمات و صبورتحمل آنان

میدانم .

۷۰۸۴

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	آترزی ازوفاژ
۲	انواع آترزی ازوفاژ
۱۱	امتحان راد یولژیک پس از عمل - جراحی آترزی ازوفاژ
۱۳	استنوز ازوفاژ
۱۶	علائم کلینیکی و تشخیص راد یولژیک
۱۸	دیورتیکولهای مادرزادی مری
۱۹	آنومالیهای عروقی
۲۰	انواع آنومالیهای عروقی
۲۱	عدم تطابق فارنگو - ازوفاژیال
۲۲	فیلم ساده شکم
	انواع سایه های هوایی در فیلم ساده شکم - گاز داخل جداری -
۲۵	خارج جداری وانترالومینال
۳۴	گاز در سیستم پرت
۳۶	مایع آزاد داخل شکم

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۳۸	کلسیفیکاسیونهای داخل شکم
۴۰	آشالازی
۴۱	شالازی
۴۲	رفلوی ازوفاز
۴۷	هرنی هیاتال
۵۰	جنین شناسی تشکیل دیافراگم
۵۲	هرنی باک دالک
۵۵	هرنی مرگانی
۵۶	اوانتراسیون دیافراگم

ضایعات مری وهرنی های دیا فراگماتیک

آترزی ازوفاژ - فیسستولهای تراکتو ازوفاژ

آترزی مهمترین و شایعترین آنومالی مادرزادی ازوفاژ است و شیوع آن

تقریبا " یک نفر به ازاء هر سه هزار تولد است ولی احتیالا " این آنومالی شایعتر

از نسبت فوق است زیرا بسیاری از این بیماران بدون اینکه تشخیص صحیح

بیماری شان داده شود به علت پنومونی فوت میکنند . این مالفورماسیون

در ناحیه پروکزیمال مری اتفاق میافتد . (تقریبا " ۳-۱ سانتیمتر زیر عضله

Superior Constrictor که تقریبا " در محازات دومین مهره پشتی

است و عبارتی ۹ تا ۱۲ سانتی متری از خط دندانانی فوقانی است) آترزی در

۹۰٪ موارد با فیسستول تراکتو ازوفاژیال همراه است که معمولا " با سگمان

تحتانی ازوفاژ ارتباط دارد ولی ممکن است این ارتباط فیسستولی فوقانی

یا تحتانی و یا هر دو باشد .

فیسستولهای ناحیه دیستال معمولا " در ۱-۵ / سانتی متری بالای کارینا با تراشه

مربوط میگردد (ندرتا " ۲ سانتیمتر یا حتی بیشتر) و یا خیلی دورتر یعنی

یک سانتی متری هر کدم از برونشها .

ندرتا " ممکن است آترزی بدون فیسستول وجود داشته باشد

از نظر آناتومیک طبقه بندیهای متعددی وجود دارد ولی تقسیم بندی زیر
 امروزه بیشتر کار می رود .

۱- Atresia without Fistula (۱۰٪)

که سگمان بالائی طویل تر از انواعی است که با فیستول توأم میباشند و سگمان
 تحتانی معمولاً کوتاه است و فاصله نسبتاً زیادی بین دو سگمان از فوژ
 وجود دارد .

۲- Atresia with fistula between proximal segment
 and trachea.

این نوع سیار ناد راست (۱-۵٪ موارد)

۳- آترزی توأم با وجود فیستول بین سگمان دو ایستال و تراشه .

که بسیار شایع است (۹۰٪ موارد) و فاصله بین سگمان دو ایستال و پروکسیمال

بین بیماران مختلف بسیار متفاوت است معمولاً " حد متوسط این فاصله ۲-۱

سانتی متر است . گاهی یک سگمان روی دیگری سوار میگردد . ندرتاً " لومن

فیستول بقدری باریک است که حتی هوای نمیتواند از آن عبور کند .

۴- آترزی با فیستول بین سگمانهای دو ایستال و پروکسیمال با تراشه

که این نوع نیز سیار ناد راست (۱٪ موارد)



α

انواع آترزیهای مری در شکل فوق نشان داده شده است .

۵- فیستول بدون آترزی H- Fistula تشخیص این نوع خیلی مشکل

استودر (تا ۳ درصد موارد دیده میشود . فیستول معمولاً "يكشكاف (سوراخ) بسیار ریز است . ندرتا "خیلی بالا درحدود کلاویکول یا حتی بالا تر قرار دارد . فیستول در ناحیه میانی تراشه یا تحتانی تر هم دیده میشود . ندرتا " ممکن است Double-H-Fistula وجود داشته باشد .

۶- استنوز مادرزادی ازوفاژ

علائم کلینیکی و تشخیص

همیدرآمینوس مادر

هرعاطمی که از بلع یا جذب مایع آمنیوتیک جلوگیری کند ممکن است سبب همیدرآمینوس شود بنابراین تمام آترزیهای دستگانه گوارش سبب افزایش وقوع همیدرآمینوس میگردد ، که این حالت مخصوصاً در آترزی ازوفاژ در نوع بدون فیستول شایعتر است (۸۵٪ موارد) در انواعی که با فیستول ناحیه دیستال همراه است این اتفاق به ۳۰٪ تنزل میکند . با دانستن این نسبت درصد باید در صورت وجود همیدرآمینوس احتمال آترزی ازوفاژ را در نظر داشته باشیم . و آرایش کود کمپرز تولد توسط لوله نازوگاستریک بایستی فوراً انجام گردد .

نارسی Prematurity

معمولا در حدود ۳۰٪ اطفال مبتلا به آترزی از وفاژ نارسی هستند . گرچه این يك یافته تشخیصی قاطع نیست ولی اهمیت زیادی در پیش آگهی بیماری خواهد داشت .

آنومالیهای مادرزادی توام با آترزی از وفاژ:

سایر آنومالیهای مادرزادی همراه با آترزی از وفاژ در ۵٪ اطفال ممکن است دیده شود و تقریباً "نیمی از این آنومالیها با زندگی متناقص است و حتی در بهترین شرایط و انجام عمل جراحی ترمیمی فقط انتظار محدودی به ادامه زندگی این اطفال میتوان داشت .

دستگاههاییکه بیشتر مبتلا میشوند عبارتند از:

کاردیوواسکولر ۲۵٪ رکتوم و آنوس ۱۰٪

بقیه دستگاه گوارش ۱٪ دستگاه ادراری تناسلی ۱۰٪

غالباً " آنومالیهای متعددی بایکدیگر وجود دارند که در ۱٪ موارد يك یافته

مهم و مشخص است یکی از همراهی های نسبتاً " شایع با آترزی از وفاژ آترزی

دئودنال و آترزی آنورکتال است که در صورت وجود هر يك از آنومالیهای فوق

بایستی احتمال وجود توام آترزی از وفاژ را در نظر داشت .

علائم و نشانه‌ها :

در صورت وجود علائم زیر بایستی هوشیار باشیم .

الف - يك نوزاد مرطوب بدن علت *amoisit neonate*

باد همان مرطوب و خروج مواد حباب مانند ، نوزاد قادر به بلع نیست لذا مقدار زیادی موکوس و بزاق از دهان خارج می‌گردد . تجمع بزاق سبب سرفه و شوک شود و با رگورژیتاسیون ، دیسپنه و سیانوز ایجاد شود این علائم بیشتر هنگام شیر دادن ظاهر می‌گردد و در وقت ادامه یابد پنومونیهای مکرر در اثر آسپیراسیون مواد غذایی سبب مرگ نوزاد می‌شود .

ب - پنومونی مد اوم و یا برجا :

تعداد قابل ملاحظه ای از نوزادان اشکالات تنفسی بعد از پنومونی را نشان می‌دهند و علائم پنومونی ظاهر می‌گردد که ممکن است منتشر و یا نقطه در لب فوقانی باشد . مخصوصاً " لب فوقانی راست که اختصاصاً " تمایل زیادی به آتلکتازی و عفونت دارد وقتی مشکوک بوجود آتری ازوفاز هستیم این تشخیص را بکمک وارد نمودن يك کاتترلاستیکی ضخیم (شماره ۱۲ - ۱۰ فرانسوی) از طریق بینی به ازوفاز بایستی ثابت شود .

اگر کاتترانسدادی را در ۱۲ - ۹ سانتیمتری سوراخهای بینی (از قسمت قد اسی)

نشان داد تشخیص قذیمی است ، گرچه ممکن است تا تتر دراز و فاژ بسم تبالا

بچرخد و این امکان پیش آید که داخل معده شده است .

آسپیراسیون کاتتر و خروج ترشحات از داخل قسمت بسته سبب وضوح تشخیص

نخواهد شد . اگر مواد آسپیره شده صفرآوی رنگ یا محتوی مواد صفرآوی باشد

ممکن است بعدت رگورژیتاسیون از راه فیستول باشد و یا کاتتر داخل تراشه شده

و از راه فیستول به قسمت دیستال از وفاژ و معده وارد شده است . اگر نوك کاتتر

با محل انسداد تماس پیدا کرد بایستی بایک کاتتر و مجرایی تعویض شود و سر

آن بیک آسپیراتور متصل گردد تا سگمان مسدود فوقانی کاملاً تخلیه شود ،

و در این موقع است که میتوان آزمایشات راد یولژیک راد رنوزاد شروع نمود .

تشخیص راد یولژیک :

فیلم ساده شکم و سینه :

اگر نوزاد علائم کلینیکی آترزی را نشان نداد و جهت آزمایشات راد یولژیک مصرفی

شد فیلم ساده شکم و سینه بایستی تهیه شود . که علائم زیر را ممکن است

نشان دهد .

۱- سایه گاز غیر طبیعی - یک شکم بدون گاز میتواند نشانه آترزی از وفاژ باشد .

که این نشانه معمولاً در نوزاد و نوزادان فیستول دیده میشود و یاد همان فیستول در ناحیه

پروکسیمال یاد یستال بسته شده است .

اگر هوا وجود داشته باشد آن موقع ممکن است به آترزی از وفاژ یعنی همان نوع با

فیستول در ناحیه یستال مشکوک شد .

مقدار نوا ی داخل روده های بسیار زیاد است ولی اگر سطوح مایع هوا وجود

نداشته باشد بایستی بسایر آترزیهای توأم هم مشکوک شد .

۲- وجود پ نومونیت مخصوصاً در رلب فوقانی ریه راست .

۳- آنومالیهای قلبی ۴- آنومالیهای اسکلتی

فیلم ساده با گذاردن کاتتر:

فیلم ترال و روبروی سینه جهت مشخص کردن محل کاتتر با ارزش است . استعمال

کاتتر Replug بهتر است زیرا با خاطر وجود یک نوار رادیوایک طولی

در بعد آن بوضوح در فیلم لاترال سینه دیده میشود .

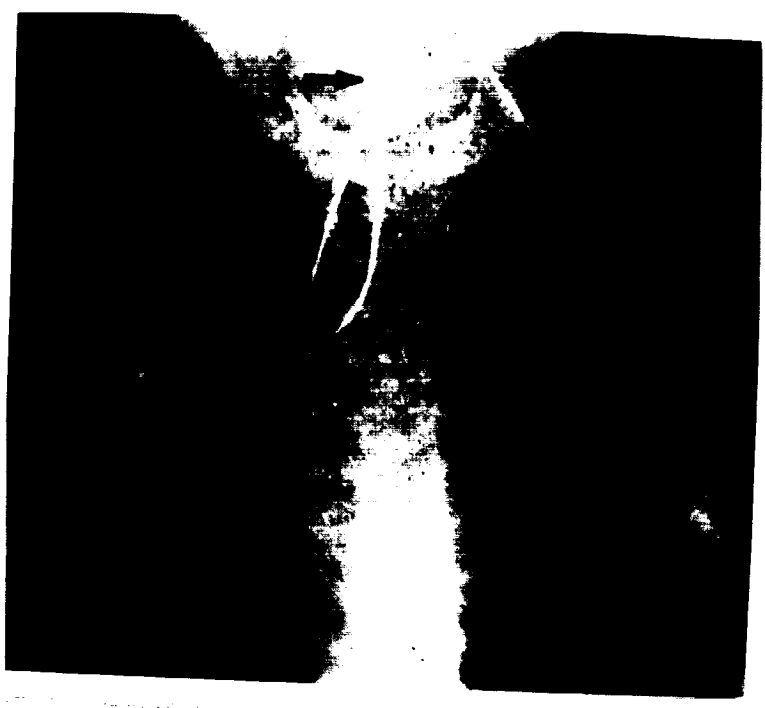
یک لحظه قبل از انجام رادیوگرافی ۲۵-۵۰ سانتی متر مکعب هوا بایستی

داخل کاتتر وارد نمود تا حدود کیسه فوقانی بعبوی دیده شود .

استعمال ماده حاجب السزاسی نیست ولی اگر عاقلانه و صحیح بکار رود احتمال بروز

عارضه ای وجود ندارد . تکنیک انجام آزمایش بمراتب مهمتر از نوع ماده حاجب است

فقط یک سی سی ماده حاجب بایستی داخل سرنگ کشیده شود و فقط یک قطره



1950
1951
1952

1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025



- کانتیراد یو او ویاک د ریوش پروکزیمال ازوفاژکه بسمتبالا چرخیده است

- ماده حاجب آنرزی را مشخص کرده است . این روش خوب انجام نشده و فقط

بایستی یک قطره تزریق شود .

از آن رازیرکنترل راد یواسکیی بد اخل پوش بسته و ارد مینمائیم (د رحالیکه نوزاد د ریوزیسیون نیم رخ است) . وقتی آترزی مری ثابت شد وفیلم لکالیزه تهیه شد بایستی ماده حاجب را اسپیره نمود .

اگر این تکنیک بکار رود چیرا از باریم استفاده ننمائیم زیرا حتی اگر قطره ای از آن رگورژینته شود و بد اخل ریه وارد شود بسرعت توسط سرفه بد ون هیچگونه راکسیونی خارج خواهد شد . بعضی از راد یولژیستها از دیانوزیل یا مواد محلول در آب مثل گاستروگرافین استفاده مینمایند ولی لازم به یاد آوری است که گاستروگرافین یک ماده دسپرتونیفیهوده و اگر اسپیره شود سبب تحریک خواهد شد .

تعیین نوع فیستول :

فیستولهای نوع H که معمولا " در سنین بعد از طفولیت وجود دارند و سبب حملات عودکننده پنومونی میشوند تعیین نوع فیستول لازم است دهانه فیستول باریک و بصورت یک شکاف محلولی است که دیدن آن حتی توسط آندوسکپی مشکل است ولی اگر ماده آبی رنگ بکار رود عبور این ماده را میتوان از محل فیستول بد اخل تراشه توسط برونکوسکپی دید . مشخص کردن فیستول توسط راد یولژی