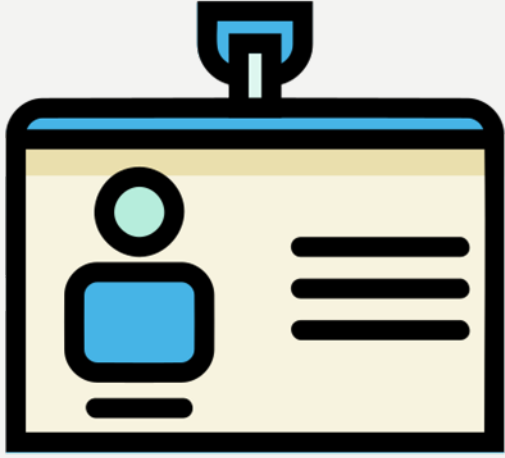


An unusual case of acute abdomen

DR. NADA AL-SHALABI

28-11-2024



- السيد: را
- العمر: ٤٧ سنة
- الحالة الاجتماعية: متزوج ولديه ٣ أولاد
- السكن: دير الزور
- المهنة: سائق شاحنة
- العادات الشخصية: مدخن ٣٠ باكيت/سنة – لا يتناول الكحول



الشكاية الرئيسة : ألم بطني

القصة المرضية:



- بدأت شكاية المريض قبل القبول بيومين بألم بطني مستمر معمم أشده حول السرة لا علاقة له بالطعام أو بالتغوط يوقظ من النوم و يتحسن بالانحناء إلى الامام و يزداد بالسعال .
- ترافق مع غثيان وترفع حروري مقيس ٣٩ .



- يذكر المريض منذ ٦ أشهر قصة اسهال مائي بتواتر أربع إلى خمس مرات يوميا موقظ من النوم ولا يتحسن بالصيام مع كبر بحجم البطن ووذمات طرفين سفليين حيث تم تشخيص داء زلاقي لدى المريض (مثبت مصليا ونسيجيا) ووضع على حمية دون تحسن بالأعراض.



استعراض باقي الأجهزة:

- العصبي: لا صداع_ لا اختلاجات
- القلبي الوعائي: لا ألم صدري_ خفقان، زلة تنفسية جهدية درجة ثانية.
- التنفسي: لا سعال_ لا نفث دم.
- الحركي: لا آلام مفصليّة_ لا يبوسة صباحية.
- البولي لا حرقة بولية_ لا تعدد بيلات_ لا تراجع بالصادر البولي.



السوابق

- المرضية: -قصور درق منذ ٣ أشهر.
- داء زلاقي منذ ٦ أشهر.
- الجراحية والتحسسية والعائلية: لا يوجد.
- الدوائية:

Levothyroxine 50 mcg QD

Furosemide 20 mg QD



الفحص السريري:

واعي متجاوب متوجه للزمان والمكان والأشخاص.

BP= ١١٠/٦٠ mmHg

HR= ١١٠ bpm

RR= ٢٢ bpm

Temp= ٣٨.٨ oral

O₂ Sat= ٩٥%



فحص البطن:

التأمل: متناظر، متنفس، كبير بحجم البطن مع تبارز بالسرة..

الجس:

– الجس السطحي: مقوية جدار البطن الطبيعية، حرارة بالجس، لا كتل سطحية مجسوسة .

– الجس العميق: مضض معمم .

القرع: أصمية شاملة .



- الرأس والعنق: لا لون يرقاني في الصلبة، شحوب مخاطيات، لا احتقان وداجي.
- الصدر: صاف متناظر، لا خراخر أو وزيز.
- القلب: أصوات القلب مسموعة منتظمة متسعة، لا نفخات مسموعة.
- الأطراف والأوعية المحيطية: الشرايين مجسوسة في الطرفين العلويين، النبض فيها متناظر ومنتظم وممتلئ، الشريان ظهر القدم غير مجسوس بسبب وذمات طرفيين سفليين انطباعية متناظرة درجة ثانية عمق وامتداد، الشريانين المأبضيين مجسوسين .
- الجلد والأظافر: أظافر بيضاء، تبقرط أصابع، لا كدمات أو فرفريات .
- العقد اللمفاوية: لا ضخامات عقدية مجسوسة.



WBC = 23x 10⁶/dL	CRP = 16.8 mg/dL	LDH = 300 IU/L
L/N = 17/70	Urea = 36 mg/dL	TB = 1.1 mg/dL
RBC = 3.2x10 ⁹ /dL	Cr = 0.8 mg/dL	DB = 0.7 mg/dL
Hb = 9.9g/dL	Na = 135 mg/dL	ALP = 88 IU/L
Hct = 29%	K = 3.8 mg/dL	TP = 3.6 g/dL
MCV = 95 fL	Ca = 6.5 mg/dL	Alb = 1.5 g/dL
MCH = 32 pg	cCa = 8.5 mg/dL	PT = 53%
Plt = 625x 10⁶/dL	ALT = 22 U/L	INR = 1.4
Glu = 106 mg/dL	AST = 34 IU/L	

إيكو البطن:



- الكبد: متجانس الصدى، منتظم الحواف، لا آفات بؤرية أو كيسية على حسابه، يقيس الفص الأيمن على الخط الموازي للكلية ١٢ سم.
- وريد الباب سالك يقيس ١٠ ملم.
- الأوردة فوق الكبد سالكة غير متوسعة.
- لا توسع طرق صفراوية داخل أو خارج الكبد.
- المرارة: متسمكة الجدار يقيس جدارها ٧ ملم رائقة المحتوى .
- البنكرياس: طبيعي بالرأس والجسم.
- الطحال: متجانس يقيس عبر الخط المار من السرة ٨ سم.
- الكليتان طبيعيتا الشكل والحجم والأبعاد والموقع، تمايز قشري لبي جيد، لا حصيات، لا استسقاء.
- **سائل حرغزير الكميّة في البطن والحوض عكربشدة مع ملاحظة حجب ضمنه .**

تحليل سائل الحبن:



Color = Turbid yellow

WBC = 10.700

L\N = 7\94

RBC = 10.000

Protein = 1

ALB = 0.6

LDH = 1419

Glu = 11

**Secondary bacterial
peritonitis**



تصوير طبقي محوري للبطن مع الحقن:

انصباب جنبي مزدوج قليل المقدار.
حين غزير الكمية يملأ البطن والحوض.
عقد ملامتية حول الأبهـر البطني تقيس أكبرها ١٧ مم.
تسمك مع توذم العرى المعوية وخاصة الصائم مما يطرح الحدثية الالتهابية للربط مع
السريريات والفحوص المخبرية.
بقية الأعضاء البطنية والحوضية طبيعية دون كتل أو كيسات.



تم تشخيص التهاب بريتوان ثانوي ووضع المريض على تغطية انتانية

Tazocin 4.5g I*4

وتم إجراء استشارة جراحة عامة: تحسين حالة عامة-تغطية انتانية- لا شي اسعافي حاليا.
طور المريض في اليوم التالي اشتداد بالألم البطني مع بطن خشبي سريريا حيث تم إعادة
استشارة الجراحة العامة وتقرر إجراء تداخل جراحي اسعافي .

تقرير العمل الجراحي



- تم فتح طبقات جدار البطن وسحب كمية كبيرة من الحبن ٥ لتر
- بالاستقصاء تبين عدم وجود نقائل أو انزراعات بريوانية.
- وجد ثقب على بعد ١٠٠ سم من رباط ترايتز حيث تقرر بتر حواف الثقب وإخراج العروتين.
- تم إرسال العروة المبتورة للتشريح المرضي .



تقرير التشريح المرضي:

الفحص العياني قطعة نسيجية تقيس سم ٢ × ٠,٤ × ٠,٩
الخرعة المرسله تبدي تقرح في المخاطية مع مشاهدة رشاحة التهابية شديدة
مختلطة مزمنة وحادة دون علامات خباثة.



**ULCERATIVE
JEJUNOILEITIS**

- Ulcerative jejunoileitis [UJ] is a rare complication of celiac disease (CD) that is characterized by multiple chronic ulcers and scarring of the small bowel.
- It occurs predominantly in the jejunum, occasionally in the ileum, and rarely in the colon.
- Ulcerative jejunitis is typically found in adults in the 5th or 6th decade. It is usually associated with refractory celiac disease (RCD) and the possible development of enteropathy-associated T-cell lymphoma (EATL)

1. Elsing C, Placke J, Gross-Weege W. Ulcerative jejunoileitis and enteropathy-associated T-cell lymphoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2005;17(12):1401–1405. doi: 10.1097/00042737-200512000-00021.
2. Biagi F, Lorenzini P, Corazza CR. Literature review on the clinical relationship between ulcerative jejunoileitis, celiac disease, and enteropathy-associated T-cell lymphoma. *Scand J Gastroenterol.* 2000;35(8):785–790. doi: 10.1080/003655200750023129.

Causes of free perforation of the small bowel

- ✓ Immune-mediated or inflammatory: Crohn's disease (CD) - Celiac disease or gluten-sensitive enteropathy (GSE) - Collagenous sprue - Graft-vs-host disease (GVHD)
- ✓ Infections
 - Viral: Cytomegalovirus (CMV)
 - Bacteria: Salmonella paratyphi, mycobacterium tuberculosis
 - Parasites: Ascaris lumbricoides
 - Protozoa: Entameba histolytica
- ✓ Drugs and biological agents : NSAIDs – Steroids
- ✓ Vascular: Wegener's granulomatosis - Giant cell arteritis - Churg-Strauss syndrome - Henoch-schonlein purpura - Radiation-induced vascular injury
- ✓ Neoplasm: Primary (adenocarcinoma, EATCL, angiosarcoma) Secondary (melanoma, breast, mesothelioma, lung)

- Ulcerative jejunoileitis clinically presents with abdominal pain, diarrhea, weight loss and malnutrition despite a GFD.
- The symptoms of ulcerative jejunoileitis are similar to those of celiac disease complicated by a malignant neoplasm.
- It can result in gastrointestinal bleeding, bowel obstruction secondary to strictures and perforation in severe cases.

- Al- Bawardy, B., Codipilly, D.C., Rubio- Tapia, A. *et al.* Celiac disease: a clinical review. *Abdom Radiol* **42**, 351– 360 (2017).

- The diagnosis is made by deep enteroscopy, cross sectional enterography or video capsule endoscopy.
- Ulcerative jejunoileitis carries an increased risk of developing EATL and hence has a poor prognosis.

- **Strict gluten-free diet :**

Although it does not usually respond to the gluten-free diet, it has been hypothesized that the continuous immune stimulation by gliadin could favor the progression to lymphoma.

- **Steroids:**

Treatment with prednisone can be attempted, as cases with good clinical and histological response have been described. In these cases, it is usually necessary to continue treatment at low doses to keep patients asymptomatic with minimal side effects.

However, it has generally been reported that these patients do not usually respond to corticosteroid treatment and a high risk of perforation attributed to steroids has also been described.

- **Surgery:**

Surgical resection of the affected segments, in addition to ruling out the existence of lymphoma, can be curative in some cases, although most patients remain symptomatic after surgery.



Volume 2020, Issue 7
July 2020

Article Contents


Abstract

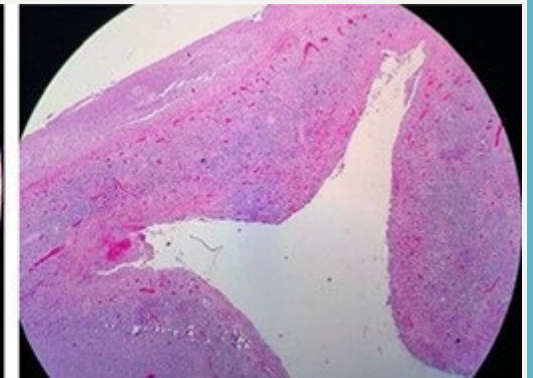
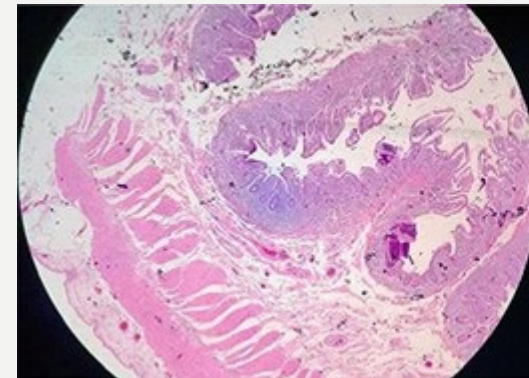
JOURNAL ARTICLE

Spontaneous jejunoileal perforation as a manifestation of celiac disease—a rare entity: a case report

Alex Paul Guachilema Ribadeneira , Naysi Cristina Zambrano Martinez, Silvana Alexandra Valencia Valverde, Raúl Ernesto Villacis Peñaherrera, Fabian Medardo Romero Chacón, Andrea Daniela Basantes

Journal of Surgical Case Reports, Volume 2020, Issue 7, July 2020, rjaa219,
<https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa219>

Published: 16 July 2020 **Article history** 





Download



Cite



Share



Favorites

ABSTRACTS: CLINICAL VIGNETTES/CASE REPORTS - SMALL INTESTINE/UNCLASSIFIED

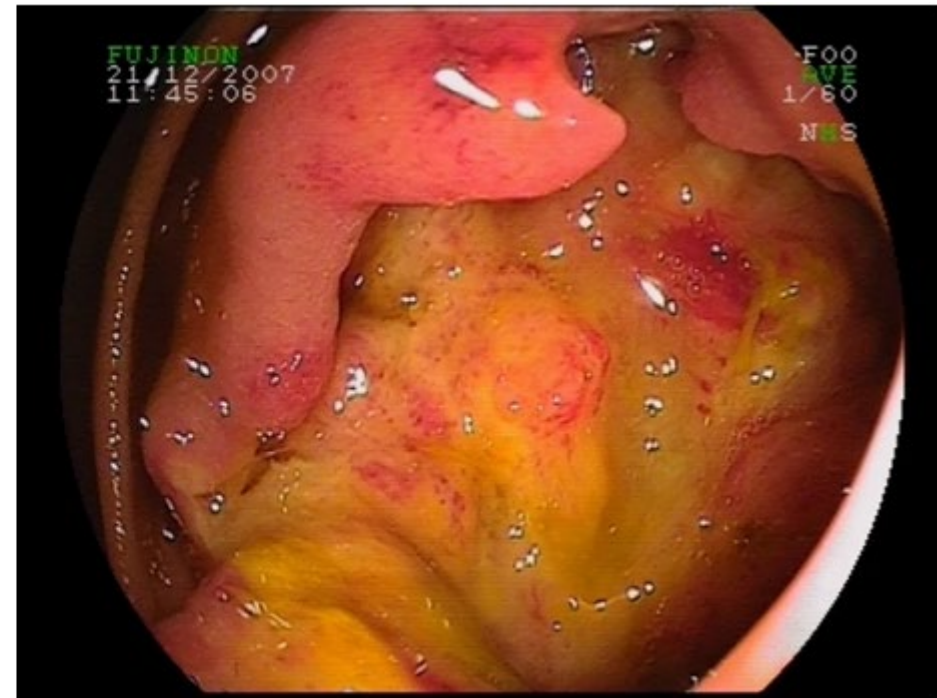
A Case Series of Ulcerative Jejunoileitis in Celiac Disease Diagnosed by Video Capsule Endoscopy

993

Han, Samuel MD¹; Gillespie, William M. MD¹; Rupawala, Abbas MD²; Cave, David R. MD, PhD¹

[Author Information](#)

American Journal of Gastroenterology 110():p S430, October 2015.





Ulcerative jejunitis in refractory celiac disease diagnosed on capsule endoscopy

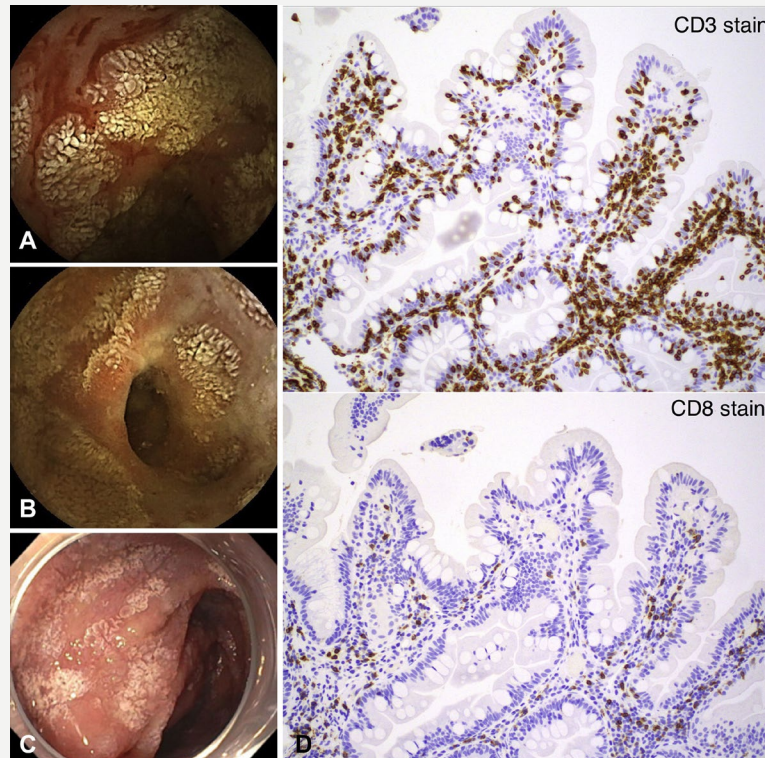
[Jasleen Grewal, MD](#) · [Ashwinee Condon, MD](#) · [Neil B. Marya, MD](#) · [Stephen Kim, MD](#)

[Affiliations & Notes](#)  [Article Info](#) 

Publication History: Published online February 27, 2020

DOI: [10.1016/j.gie.2020.02.032](https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.02.032)  Also available on [ScienceDirect](#) 

Copyright: © 2020 by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy



GLUTEN
FREE

