Incarcerated Hernia in Falciform Ligament: A Case Report

ARTICLE INFO

Article Type

Case Report

Authors
Arash Azizi[1*], Mohammad Reza Nateghi[1,2]

1- Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran
2 Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem

Corresponding Authors:
Arash Azizi; Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 19 May 2024
Accepted: 04 June 2024
e Published: 07 December 2024

Article History

ABSTRACT

Introduction: Internal hernia is the protrusion of the abdominal viscera through the peritoneal or mesenteric opening, which remains within the boundaries of the abdominal cavity. Falciform ligament hernia is a rare type of internal hernia that occurs through an abnormal opening in the falciform ligament of the liver and accounts for 0.2% of all internal hernias. Presentation of signs and symptoms can often be nonspecific, with most case reports presenting with acute onset abdominal pain and signs suggestive of obstruction. Therefore, the aim of this study was the incarcerated abdominal hernia in the falciform ligament as a case report.

Case Introduction: A 32-year-old woman referred to the emergency department of Sarem Hospital in Tehran due to acute abdominal pain, nausea and slight dizziness. After observing the sonography by the emergency doctor and performing relevant examinations and diagnosing umbilical hernia, he was referred to the general surgeon of the hospital for consultation. After telephone consultation with him, the patient was hospitalized for surgery. After being hospitalized and transferred to the operating room under general anesthesia, he underwent surgery. Finally, after a successful operation, the patient was transferred to the recovery room in a good condition and then discharged.

Conclusion: Presentation of signs and symptoms can often be non-specific. In most of the case reports, the patient comes to medical centers with the acute onset of abdominal pain and symptoms indicating obstruction. Nevertheless, timely and accurate management will be very important in preventing complications and mortality in these patients.

Keywords: Falciform Ligament; Incarcerated Hernia; Case Report; Hospital.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]

Copyright© 2024, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

فتق شکمی گیرافتاده یا اینکارسره (Incarcerated) در لیگامان Falciform: گزارش موردی

آرش عزیزی*[۱]، محمد رضا ناطقی[۱،۲]

[۱] مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲] پژوهشکده سلولی و مولکولی و سلول های بنیادی صارم (SCRC)، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: فتق داخلی بیرون زدگی احشاء شکم از طریق روزنه صفاقی یا مزانتریک است که در داخل مرزهای حفره شکمی باقی می ماند. فتق رباط فالسیفرم یک نوع نادر از فتق داخلی است که از طریق یک سوراخ غیرطبیعی در رباط فالسیفرم کبد رخ می دهد و ۰،۲ درصد از کل فتق های داخلی را تشکیل می دهد. ارایه علایم و نشانه‌ها اغلب می‌تواند غیر اختصاصی باشد، در بیشتر گزارش‌های موردی، بیمار با شروع حاد درد شکمی و علایمی حاکی از انسداد است. بنابراین، هدف از این مطالعه، فتق شکمی گیرافتاده یا اینکارسره (Incarcerated)[۱] در لیگامان Falciform به صورت یک گزارش موردی بود.

معرفی مورد: خانمی ۳۲ ساله به علت درد حاد شکمی، تهوع و اندکی سرگیجه به اورژانس بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه نمود. با مشاهده ی سونوگرافی توسط پزشک اورژانس و انجام معاینات مربوطه و تشخیص فتق نافی جهت مشاوره به جراح عمومی بیمارستان ارجاع داده شد. پس از مشاوره ی تلفنی با ایشان، بیمار جهت انجام عمل جراحی بستری گردید. بعد از انجام امور بستری و انتقال به اتاق عمل تحت بیهوشی جنرال تحت عمل جراحی قرار گرفت. در نهایت، بیمار پس از عمل موفقیت آمیز با حال خوب به ریکاوری منتقل و سپس ترخیص گردید.

نتیجه گیری: ارایه ی علایم و نشانه‌ها اغلب می‌تواند غیر اختصاصی باشد. در بیشتر گزارش‌های موردی، بیمار با شروع حاد درد شکمی و علایمی حاکی از انسداد به مراکز درمانی مراجعه می کند. با این وجود، مدیریت به موقع و دقیق در پیشگیری از عوارض و مرگ و میر در این بیماران بسیار مهم خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: رباط فالسیفرم؛ فتق شکمی گیرافتاده یا اینکارسره؛ گزارش موردی؛ بیمارستان.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۳۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۵

*نویسنده مسئول: آرش عزیزی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم. کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

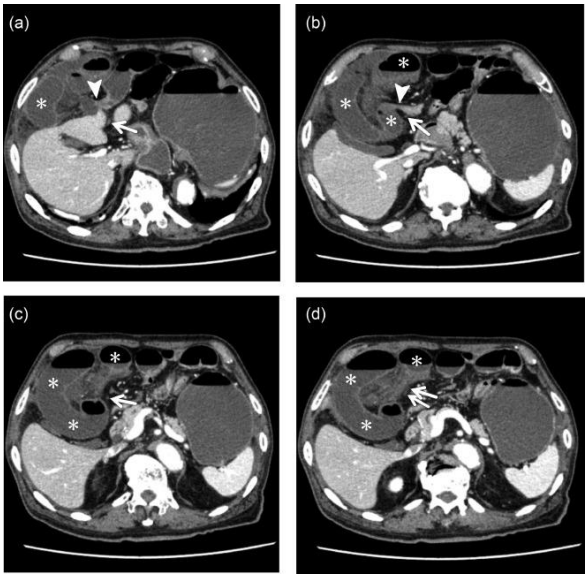
مقدمه

در علم پزشکی، فتق انسدادی بخش کوچکی از فتق های شکمی را تشکیل می دهد. اگرچه نادر است، اما بیشترین میزان مرگ و میر را در بین آن ها دارد. تشخیص بالینی چالش برانگیز اغلب به دلیل عدم وجود علایم و نشانه های خاص که معمولاً در سایر فتق های مغبنی شکمی ظاهر می شود، نادیده گرفته می شود [۱، ۲]. شایع ترین تظاهرات بالینی انسداد روده با علت ناشناخته است و تشخیص با کمک روش های تصویربرداری مانند سی تی اسکن یا در حین جراحی اکتشافی انجام می شود. فتق انسدادی معمولاً زنان مسن، چندزا، لاغر و آنهایی که فشار داخل شکمی افزایش یافته را تحت تاثیر قرار می دهد [۳]. تشخیص زودهنگام و درمان جراحی ضروری است و تأخیر درمان با میزان مرگ و میر بالا، افزایش میزان عوارض و افزایش طول مدت اقامت پس از عمل همراه است. درمان را می توان با لاپاراتومی معمولی یا ویدئولاپاراسکوپی انجام داد [۴، ۵] (شکل ۱).

[۱] An incarcerated hernia is a part of the intestine or abdominal tissue that becomes trapped in the sac of a hernia—the bulge of soft tissue that pushes through a weak spot in the abdominal wall. If part of the intestine is trapped, stool may not be able to pass through the intestine.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]



شکل ۱: CT با کنتراست تقویت شده. تصاویر CT محوری جمجمه (A) تا دمی (D) یک علامت منقار دوتایی (سر پیکان) را در جلوی بخش داخلی کبد نشان می‌دهند. روده کوچک حلقه بسته (ستاره) در سمت راست رباط گرد (فلش) دیده می شود.

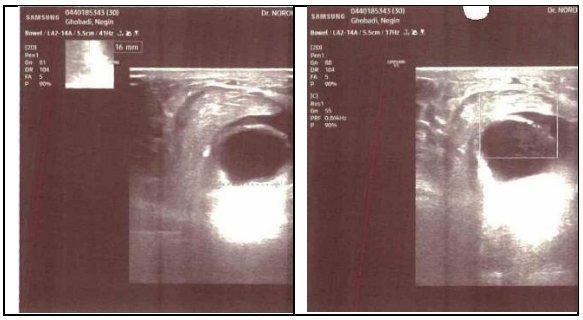
فتق داخلی بیرون زدگی احشاء شکم از طریق روزنه صفاقی یا مزانتریک است که در داخل مرزهای حفره شکمی باقی می ماند [۶]. فتق رباط فالسیفرم یک نوع نادر از فتق داخلی است که از طریق یک سوراخ غیرطبیعی در رباط فالسیفرم کبد رخ می دهد و ۰،۲ درصد از کل فتق های داخلی را تشکیل می دهد [۷]. ارایه ی علایم و نشانه‌ها اغلب می‌تواند غیر اختصاصی باشد، در بیشتر گزارش‌های موردی، بیمار با شروع حاد درد شکمی و علایمی حاکی از انسداد است [۸]. با این وجود، مدیریت به موقع و دقیق در پیشگیری از عوارض و مرگ و میر در این بیماران بسیار مهم است.

مقدمه فتق داخلی شکم بیرون زدگی اندام شکم-قلو است که از طریق سوراخ مزانتریک یا صفاقی [۹]، کیسه ای ندارند و می توانند شامل کولون، امنتوم و اغلب روده کوچک باشند [۱۰]. فتق داخلی نادر است. تخمین زده می شود ۲ درصد از کل علل انسداد داخلی باشد و در میان این موارد از طریق رباط فالسیفرم بسیار نادر است. فتق داخلی شکم داخلی می تواند مربوط به نقایص مادرزادی یا نارسایی کامل در رشد جنینی، تروما و یاتروژنیک ناشی از روش های جراحی باشد. درد خفیف شکم به دلیل انسداد متناوب روده اتفاق می افتد [۱۱]. علایم ممکن است شبیه زخم معده، آسیب شناسی صفراوی و آنژین شکمی باشد. بنابراین، تشخیص قبل از عمل غیر معمول بوده و فقط سی تی اسکن به طور معمول در بخش اورژانس انجام می شود [۱۲]. هدف از این مطالعه ی گزارش موردی، فتق شکمی گیرافتاده یا اینکارسره (Incarcerated) در لیگامان Falciform در بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران بود.

معرفی مورد

خانمی ۳۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۳ به علت درد حاد شکمی، تهوع و اندکی سرگیجه به اورژانس بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه نمود. طی شرح حال اخذ شده توسط تریاژ اورژانس، ایشان در سوابق خود در سال ۱۴۰۱ سابقه جراحی سزارین را ذکر نمود. علایم حیاتی اولیه ایشان توسط پرستار اورژانس به شرح BP: ۸۱/۱۲۰ و PR:81 و RR:18 و T:36.1 ثبت گردید. با مشاهده سونوگرافی بیمار توسط پزشک اورژانس و انجام معاینات مربوطه و تشخیص فتق نافی جهت مشاوره به جراح عمومی بیمارستان ارجاع داده شد (شکل شماره ۲). پس از مشاوره ی تلفنی با ایشان، بیمار جهت انجام عمل جراحی بستری گردید.

بعد از انجام امور بستری و انتقال به اتاق عمل تحت بیهوشی جنرال از ساعت ۲۱/۵۰ الی ۲۲/۴۰ به وسیله انجام عمل های Laparoscopic Exploring Hernia Repair[۲] و Enterolysis[۳] قرار گرفت. پس از بیهوشی کامل و انجام Prep and Drape با برش میدلاین بالا و پایین ناف، ساک فتق جدا شد. فتق در ناحیه لیگمان فالسی پاروم اینکارسره شده و لذا از روی لیگمان رد شد و و سپس چسبندگی روده آزاد گردید. محتویات ساک جهت پاتولوژی ارسال شد. در نهایت جدار شکم بسته و بیمار با حال خوب به ریکاوری منتقل شد. بیمار در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۵ با حال عمومی خوب ترخیص گردید.



شکل شماره ۱: تصاویر سونوگرافی مربوط به فتق شکمی گیرافتاده یا اینکارسره (Incarcerated) در لیگامان Falciform

بحث

فتق رباط فالسی فرم یک فتق داخلی بسیار نادر بوده و تنها ۵۵ مورد قبلا گزارش شده است [۷,۱۲-۲۴]. متوسط سن شروع این عارضه ۳۱ سال گزارش

[۲] Laparoscopic Hernia Repair is a technique to fix hernia defect in the abdominal wall using small incisions, telescopes and a patch (mesh). It is usually performed through 3 small incisions on your abdomen. These are the sites used for insertion of instruments and a microchip camera called a 'laparoscope'.

[۳] Enterolysis is indicated for acute cases of complete small bowel obstruction. It is frequently performed as an incidental procedure when the previously operated abdomen must be reentered.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]

شده است که از ۱ روز تا ۹۲ سال متغیر می باشد [۱۵]. رباط فالسیفرم بین رباط گرد و دیواره شکم تشکیل می شود و روده نمی تواند از آن عبور کند [۲۵، ۲۶]. Egle و همکاران گزارش دادند که ۲۷ مورد (۷۵ درصد) از ۳۶ مورد نقص در رباط فالسیفرم مادرزادی بود [۱۵] و علت آن هیپوپلازی یا رشد ناقص رباط گزارش شد [۲۷]. ایتروژنیک ، حاملگی و تروما به عنوان علل کمتر متداول نیز گزارش شده است [۲۸]. علایم اصلی گزارش شده فتق رباط فالسیفورم، درد شکمی یا استفراغ است [۱۳، ۱۴] که در معرفی مورد مطالعه ی ما گزارش شد. هدف از این مطالعه، فتق شکمی گیرافتاده یا اینکارسره (Incarcerated) در لیگامان Falciform به صورت یک پژوهش گزارش موردی بود.

طبق جدول ۱، سن، جنسیت و شرح حال بالینی بیمار که به وضوح تفاوت‌های بیمارانی که در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌اند را نشان می‌دهد. اطلاعات مربوط به علت و نوع درد، تاریخچه پزشکی و علائم بالینی جزئیات مهمی هستند که در این قسمت ذکر شده‌اند. **تشخیص اولیه:** تشخیص اولیه در همه مطالعات از جمله درد شکمی حاد، تهوع، یا برآمدگی شکمی بوده است که با روش‌های تصویربرداری به فتق رباط فالسیفرم رسیدند. برخی از بیماران به دلیل علائم غیر اختصاصی، با تاخیر تشخیص داده شده‌اند.

روش‌های تشخیصی: در بیشتر مطالعات، از CT یا لاپاراسکوپی برای تایید تشخیص استفاده شده است. در برخی موارد مانند مطالعه حاضر، از سونوگرافی برای شناسایی فتق استفاده شده است.

روش جراحی: جراحی‌های لاپاراسکوپی در بیشتر موارد به عنوان روش انتخابی برای ترمیم فتق‌های رباط فالسیفرم مورد استفاده قرار گرفته است. در مواردی که فتق‌های بزرگ یا پیچیده بودند، ممکن است جراحی لاپاراتومی نیز انجام شده باشد.

نتایج جراحی: نتایج جراحی در بیشتر مطالعات موفقیت‌آمیز گزارش شده‌اند، با این حال، در برخی از موارد، نیاز به پیگیری‌های بعدی وجود داشته است. در اکثر بیماران، هیچ آسیبی به روده و بافت‌های اطراف مشاهده نشده است و بیمار پس از جراحی بهبودی خوبی داشته است.

عوارض و پیگیری: عوارض گزارش شده در این بیماران عمدتاً شامل عفونت، خونریزی یا ایسکمی نبوده و بیشتر بیماران به سرعت بهبود یافته‌اند. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که پیگیری‌های دوره‌ای برای اطمینان از عدم عود فتق مهم است. این جدول مقایسه‌ای بین مطالعات مختلف، به وضوح تفاوت‌ها و شباهت‌ها در ویژگی‌های بالینی، روش‌های تشخیصی و نتایج جراحی در فتق رباط فالسیفرم را نشان می‌دهد. همچنین می‌تواند به خوانندگان کمک کند تا درک بهتری از نحوه مدیریت این نوع فتق و جراحی‌های مربوطه داشته باشند (جدول ۱).

جدول ۱: جدول مقایسه‌ای ویژگی‌های بالینی، روش‌های تشخیصی و نتایج جراحی در فتق رباط فالسیفرم.

مطالعه	سال	ویژگی‌های بیمار	تشخیص اولیه	روش تشخیصی	روش جراحی	نتایج جراحی	عوارض و پیگیری	منبع
Baba et al	۲۰۲۱	پسر نوجوان ۱۵ ساله، سابقه پزشکی نداشته، درد اپی‌گاستر و حساسیت در ناحیه شکم	درد اپی‌گاستر و استفراغ	توموگرافی کامپیوتری (CT) تشخیص فتق رباط فالسیفرم را نشان داد.	جراحی لاپاراسکوپی اورژانسی	جراحی موفقیت‌آمیز، هیچ علائم ایسکمی دیده نشد، هیچ برداشتی از روده انجام نشد	بیمار پس از جراحی بهبود یافت و در ۲ روز بعد ترخیص شد.	[۲۸]
Koussayer et al	۲۰۲۳	زن ۳۸ ساله، برآمدگی شکمی بزرگ در نزدیکی ناف، درد شکمی و انسداد روده	فتق رباط فالسیفرم با برآمدگی شکمی	تصویربرداری CT نشان‌دهنده فتق رباط فالسیفرم، که به‌طور خاص بر روی رباط گرد فشار وارد کرده است.	جراحی لاپاراسکوپی اورژانسی	جراحی موفق، آزادسازی فتق بدون نیاز به برداشتن روده	هیچ عارضه خاصی گزارش نشده است و بیمار در وضعیت خوب ترخیص شد.	[۲۹]

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]

Macina et al	۲۰۱۶	زن ۳۱ ساله، درد شکمی شدید، انسداد روده‌ای مکانیکی و تهوع	درد شکمی و انسداد روده‌ای مکانیکی	لاپاراسکوپی تشخیص فتق رباط فالسیفرم را تایید کرد که منجر به انسداد روده کوچک شد.	جراحی لاپاراسکوپی با برش در ناحیه میدلاین	آزادسازی روده از فتق، هیچ نشانه‌ای از ایسکمی یا آسیب به روده مشاهده نشد	بیمار بعد از ۳ روز بستری با حال عمومی خوب ترخیص شد.	[۱۲]
Egle et al.	۲۰۱۵	۳۶ بیمار، بیشتر نقص‌های مادرزادی در رباط فالسیفرم، ۷۵٪ مبتلا به هیپوپلازی رباط	درد شکمی یا استفراغ و گاهی انسداد روده‌ای	تصویربرداری CT در اغلب بیماران برای تشخیص فتق داخلی استفاده شد	جراحی لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی	برطرف کردن فتق، هیچ عارضه خاصی از جمله ایسکمی یا عفونت گزارش نشد	پیگیری با تشخیص موفق در بیشتر موارد و بازگشت به وضعیت طبیعی	[۱۵]
مطالعه حاضر (Azizi)	۲۰۲۳	زن ۳۲ ساله، سابقه جراحی سزارین، درد شکمی حاد، تهوع و اندکی سر گیجه	فتق رباط فالسیفرم (Incarcerated)	سونوگرافی و مشاوره جراحی برای تشخیص فتق رباط فالسیفرم، با ارجاع به جراح عمومی برای عمل جراحی.	جراحی لاپاراسکوپی، Laparoscopic Hernia Repair	جراحی موفقیت‌آمیز، آزادسازی روده و ترمیم فتق	بیمار پس از عمل بهبودی کامل داشت و در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۵ ترخیص شد.	–

در پژوهش ما، خانمی به علت درد حاد شکمی، تهوع و اندکی سرگیجه به اورژانس بیمارستان فوق تخصصی صارم صارم تهران مراجعه کرد که پس از انجام عمل جراحی لازم با حال عمومی خوب ترخیص گردید. Baba و همکاران در سال ۲۰۲۱ مطالعه ای با عنوان فتق رباط فالسیفرم با علایم خاص شکمی انجام دادند. مقدمه ی این تحقیق اینگونه شروع شد که فتق رباط فالسیفرم یک فتق داخلی بسیار نادر است و تشخیص آن قبل از جراحی دشوار می باشد. این محققان یک مورد فتق رباط فالسیفرم را با یک علامت خاص و یافته های تصویری گزارش کرده که منجر به تشخیص دقیق و جراحی لاپاراسکوپی بعدی شد. پسر نوجوان ۱۵ ساله ای که سابقه پزشکی نداشت، درد اپی گاستر را نشان داد و به بیمارستان ارجاع گردید. درد شکم در حالت خوابیده به پشت زیاد بود و در حالت زانو- قفسه سینه کاهش یافت. توموگرافی کامپیوتری کنتراستنانس نشان داد که رباط گرد به عنوان یک ساختار طناب مانند تشخیص داد شده و مزانتر روده کوچک در سمت جمجمه شکمی رباط قرار دارد. تشخیص داده شد که وی فتق رباط فالسیفرم دارد و جراحی لاپاراسکوپی اورژانسی انجام شد. روده کوچک از رباط فالسیفرم عبور کرد. با این حال، هیچ نشانه ای از ایسکمی را نشان نداد و نیازی به برداشتن روده نبود. روده نادرست جابجا و رباط فالسیفرم برای جلوگیری از عود فتق بریده شد. در کل نتیجه گرفته شد که علایم خاص شکم و تصویر توموگرافی کامپیوتری برای تشخیص صحیح در این مورد مفید بود [۲۸]. نتایج این تحقیق به دلیل متفاوت بودن سن بیمار با داده های حاصل از کار ما مغایرت داشت.

تحقیقی با عنوان فتق رباط فالسیفرم Incarcerated به صورت گزارش یک مورد فتق نادر توسط Koussayer و همکاران (۲۰۲۳) مورد بررسی قرار گرفت [۲۹]. فتق رباط فالسی فرم یک نوع نادر از فتق داخلی است که از طریق یک سوراخ غیر طبیعی در رباط فالسیفرم کبد ایجاد می شود. در این تحقیق، مورد یک زن ۳۸ ساله بود که با یک برآمدگی شکمی بزرگ شده علامتدار در نزدیکی ناف خود مراجعه کرد و با ترمیم فتق فالسیفرم لاپاروسکوپی درمان شد. این پژوهشگران دریافتند که تظاهرات بالینی غیراختصاصی فتق رباط فالسیفرم و حساسیت کم توموگرافی کامپیوتری (CT) برای این فتق ها، تشخیص قبل از عمل را دشوار می کند. فتق رباط فالسیفرم بیشتر به نقایص مادرزادی نسبت داده می‌شود، اما اخیراً با توجه به سابقه قبلی جراحی‌های لاپاراسکوپی در موارد اخیر، علت ایتروژنیک نیز مطرح شده است. در این گزارش، نشان داده شد که یک روش لاپاراسکوپی به کمک رباتیک، وسیله ای مطمئن و مؤثر برای اصلاح این فتق خواهد بود [۲۹]. داده های این تحقیق به دلیل متفاوت بودن نوع جراحی با نتایج یافته های ما هم راستا نبوده و مطابقت نداشت.

Macina و همکارانش در سال ۲۰۱۶، تحقیقی تحت عنوان فتق داخلی مادرزادی از طریق نقص در رباط فالسیفرم در بزرگسالان انجام دادند. مقدمه ی این تحقیق بیان کرد که بروز سندرم اکلوژن ناشی از فتق داخلی بسیار نادر است، به ویژه زمانی که این نقص مادرزادی در بزرگسالان بدون جراحی قبلی شکم کشف شده باشد. در این مقاله موردی، از یک بیمار زن ۳۱ ساله که با درد حاد شکمی و انسداد مکانیکی مراجعه کرده بود، معرفی

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]

شد [۱۲]. بیمار هرگز تحت عمل جراحی شکم قرار نگرفته بود. در لاپاراسکوپی تشخیصی، فتق یک حلقه روده کوچک از طریق سوراخ در رباط فالسیفرم مشاهده شد. انسداد با تقسیم بخشی از رباط فالسیفرم بدون برداشتن روده برطرف گردید. در نهایت، این محققان مشخص کردند که فتق داخلی یک آسیب شناسی بسیار غیر معمول است که اغلب در سنین کودکان کشف می شود، زیرا به دلیل ناهنجاری های مادرزادی، باید در تشخیص افتراقی در بزرگسالان گنجانده شود. تشخیص قبل از عمل مشکل بوده و روش تشخیصی لاپاراسکوپی نشان داده شد که بهترین راه است [۱۲].

نتیجه گیری

ارایه علایم و نشانه‌ها اغلب می‌تواند غیر اختصاصی باشد. در بیشتر گزارش‌های موردی، بیمار با شروع حاد درد شکمی و علایمی حاکی از انسداد به مراکز درمانی مراجعه می کند. با این وجود، مدیریت به موقع و دقیق در پیشگیری از عوارض و مرگ و میر در این بیماران بسیار مهم خواهد بود.

تاییدیه اخلاقی

تمام موارد مربوط به اصل محرمانگی بیمار و اخلاق پزشکی در این مطالعه رعایت شده است.

تعارض در منافع

در این مطالعه هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

حمایت مالی این مطالعه توسط مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، صورت پذیرفته است.

منابع

1. Peter, R., et al., Rare case of obturator hernia in a patient with Marfan's syndrome. Hernia, 2014. 18(3): 439-442.

2. Killeen, S., et al., Small bowel obstruction secondary to right obturator hernia. Surgery, 2015. 157(1): 168.

3. Chan, K., et al., Surgical morbidity and mortality in obturator hernia: a 10-year retrospective risk factor evaluation. Hernia, 2014. 18: 387-392.

4. Ng, D., et al., Fifteen-year experience in managing obturator hernia: from open to laparoscopic approach. Hernia, 2014. 18: 381-386.

5. Sawayama, H., et al., Safety of polypropylene mesh for incarcerated groin and obturator hernias: a retrospective study of 110 patients. Hernia, 2014. 18: 399-406.

6. Wiseman, S., Internal herniation through a defect in the falciform ligament: a case report and review of the world literature. Hernia, 2000. 4(2): 117-120.

7. Dusu, K., S. Dindyal, and V. Gadhvi, Small bowel obstruction via herniation through an iatrogenic defect of the falciform ligament following laparoscopic cholecystectomy. The Annals of The Royal College of Surgeons of England, 2015. 97(6): e93-e95.

8. Sá, N., et al., Rare case of incarcerated obturator hernia: case report and review of literature. International journal of surgery case reports, 2017. 37: 157-160.

9. Meyers, M.A., Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy. Vol. 179. 2006: Springer Science & Business Media.

10. Jamieson, N., The" falciform ligament window". An unusual site for an internal hernia causing small bowel obstruction. Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh, 1987. 32(6): 374-375.

11. Mathieu, D. and A. Luciani, Internal abdominal herniations. American Journal of Roentgenology, 2004. 183(2): 397-404.

12. Macina, S., T. Testa, and C. Losacco, Congenital internal hernia through defect in the falciform ligament in adult: A case report and review of the literature. International Journal of Surgery Case Reports, 2016. 26: 104-107.

13. Elkhoury, M., et al., Internal hernia as a complication of congenital falciform ligament window. Acta Chirurgica Belgica, 2013. 113(3): 233-237.

14. Hasnaoui, H., et al., Internal hernia through the falciform ligament: a rare cause of intestinal obstruction. The Pan African Medical Journal, 2019. 32: 48-48.

15. Egle, J., et al., Internal hernias through the falciform ligament: a case series and comprehensive literature review of an increasingly common pathology. Hernia, 2013. 17: 95-100.

16. Shiozaki, H., et al., Pre-operative diagnosis and successful surgery of a strangulated internal hernia through a defect in the falciform ligament: a case report. Journal of Medical Case Reports, 2012. 6: 1-5.

17. Cagaš, J., P. Vlček, and J. Jeřábek, Rare internal hernia in the falciform ligament as a rare course of abdominal emergency and infrequent cause of ileus. Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti, 2012. 91(10): 558-560.

18. Soni, V., P.D. Valse, and S. Vyas, Colonic Atresia due to Internal Herniation through the Falciform Ligament Defect: A Case Report. Journal of Neonatal Surgery, 2014. 3(2): 21-21.

19. Özden, Ö. and S. Ekinci, Internal herniation through the falciform ligament: an unusual cause of intestinal obstruction. The Turkish Journal of Pediatrics, 2014. 56(5): 551-552.

20. Griffin, A.S., et al., Concurrent Spigelian hernia and falciform ligament hernia in a 67-year-old female.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]

International journal of surgery case reports, 2015. 13: 27-29.

21. Stephenson, R., et al., Transfalciform greater omental herniation. Case Reports, 2017. 2017: bcr-2017-219563.

22. Griffin, O. and Y. Pillay, Case series of two falciform ligament incisional hernias and their laparoscopic repair. Journal of Surgical Case Reports, 2018. 2018(7): rjy163.

23. Vissers, G., et al., Internal herniation through the falciform ligament of the liver: a case report. Acta Chirurgica Belgica, 2018.

24. Liang, T., et al., Laparoscopic preperitoneal repair for primary falciform ligament herniation. The Annals of The Royal College of Surgeons of England, 2020. 102(5): e102-e104.

25. Coulier, B., et al., Small-bowel internal herniation through the falciform ligament: 64-row MDCT diagnosis. Emergency radiology, 2010. 17(1): 73-78.

26. Kim, S., et al., The perihepatic space: comprehensive anatomy and CT features of pathologic conditions. Radiographics, 2007. 27(1): 129-143.

27. Lakdawala, M., et al., Internal hernia through an iatrogenic defect in the falciform ligament: a case report. Hernia, 2009. 13: 217-219.

28. Baba, K., et al., Falciform ligament hernia with specific abdominal symptom. Clinical Journal of Gastroenterology, 2021. 14: 566-569.

29. Koussayer, B., et al., A Case Report of a Rare Hernia: Incarcerated Falciform Ligament Hernia. Cureus, 2023. 15(4).

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-09-14]

[DOI: 10.66224/sjrm.9.1.34]