

ولولوس همراه با حاملگی : معرفی یک بیمار و مرور مقاله های پزشکی

دکتر مهرانگیز حاتمی *

خلاصه

ولولوس همراه با حاملگی به ندرت دیده می شود ولی در صورت وجود، به علت حاملگی و اتساع شکم توسط رحم حامله و وجود علائم بالینی مبهم ، تشخیص صحیح و جراحی به موقع حائز اهمیت بسیار خواهد بود. اگر تشخیص با تأخیر همراه شود گانگرن روده ، پریتونیت و شوک و امکان از دست رفتن مادر و جنین را در پی خواهد داشت . ضمن مرور نوشتارهای پزشکی و معرفی یک مورد تأکید می شود که جراحی به موقع و سریع در بیمار حامله با علائم انسداد روده که به آسانی به درمان طبی پاسخ ندهد، ضروری است .

مقدمه

هیپوکسی ثانویه به هیپوولمی مادر و زایمان زودرس ، ثانویه به پریتونیت گزارش شده است (۲) . در این نوشتار، ضمن معرفی یک بیمار، مشکلات تشخیص و راههای بررسی و اهمیت جراحی در مراحل اولیه و مشکوک مورد بحث قرار می گیرد.

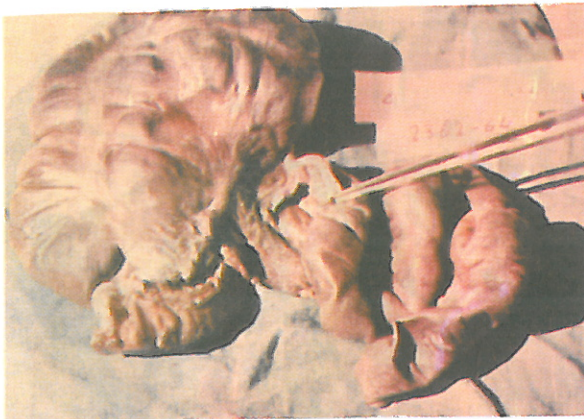
معرفی بیمار

خانم ل. ق. ، ۲۴ ساله ($G_2P_1Ab_0$) در هفته ۳۶ بارداری در تاریخ ۶۴/۷/۲۸ به علت درد شکم به بیمارستان مراجعه کرده ، و بستری می شود. شروع ناراحتی از صبح روز قبل و همراه با تهوع و استفراغ بوده است . در مراجعه به مراکز درمانی مختلف

ولولوس همراه با حاملگی و Puerperium اگر چه نادر است (۵،۴،۲) ولی با مرگ و میر بالا همراه است و به عنوان یک علت شکم درد حاد باید مد نظر پزشکان باشد. تغییرات تشریحی شکم به علت بزرگ شدن رحم حامله می تواند علائم بالینی را مبهم جلوه گر سازد و تشخیص به موقع و صحیح را مشکل کند. تأخیر در تشخیص با خطرات وخیم برای مادر و جنین همراه خواهد بود. مرگ و میر Perinatal در اثر

*استادیار مرکز پزشکی آیت اله طالقانی (دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی)



(شکل ۱)

ناحیه ایلئوس مشخص گردید که تا زیر کبد امتداد داشت. با جدا کردن روده دراز و کولون صعودی حدود ۶۰ سانتیمتر از روده کانگرن شده (۳۰ سانتیمتر بخش پایانی روده دراز و ۳۰ سانتیمتر کولون) بریده شد (شکل ۱)؛ و ایلئوستومی در طرف راست و کولستومی در طرف چپ به فاصله تقریبی ۱۵ سانتیمتر در طرفین برش میانی انجام شد. هنگام عمل یک گرم آمپول کفلین و ۱۵۰ میلیگرم آمپول کلیندامایسین همراه با یک واحد خون به بیمار داده شد. بیمار پس از دریافت مایع کافی و رفع دژیدراتاسیون، بالاخره ادرار کرد و به طور معجزه آسا بهبود یافته، به حیات خود ادامه داد. رژیم غذایی معمولی در تاریخ ۶۴/۸/۲ شروع شد ولی متأسفانه در اثر بروز علائم انسداد روده مجدداً در تاریخ ۶۴/۸/۸ بار دیگر تحت عمل جراحی ileotransverse colostomy قرار گرفت. در لاپاراتومی مجدد، لوبهای روده همه متسع بودند و بلافاصله زیر پریتون لوب ایلئوم که محل ایلئوستومی بود، ۳۶۰ درجه دور خود چرخیده بود. ابتدا لوبهای روده دکمپرس و محل ایلئوستومی و کولوستومی آزاد شد و لبه های آن آزاد و انتهای دو لایه به هم پیوند شدند. نمونه ارسالی به آسیب شناسی از نظر ماکروسکوپی بخشی از روده دراز و روده کور را که قسمت وسیعی از آن دچار انفارکتوس هموراژیک شده بود با دواتهای سالم نشان می داد. در آزمایش ریزی نی نکروز هموراژیک پیشرفته تمام دیواره روده مشاهده شد. حدود برش جراحی در هر دو انتها سالم بود (شکل ۲ و ۳). آسیب شناسی، تشخیص بالینی ولولوس را تأیید کرد. به رغم آنکه نوزاد ۱۲ روز بعد از تولد با دیسترس تنفسی

علائم بیماری به شروع دردهای زایمانی ارتباط داده شد و توصیه گردیده که با شدت درد، جهت زایمان مراجعه کند. بیمار، ابتدای بستری شدن به شدت توکسیک، رنگ پریده و آژیته بود و نمی توانست به راحتی صحبت کند؛ در ۱۴ سالگی ازدواج کرده بود که به علت نازایی منجر به متارکه می شود. دومین ازدواج در ۲۱ سالگی صورت گرفته، با همسرش نسبت فامیلی نداشته است. مصرف قرص جلوگیری از حاملگی را ذکر نمی کرد. در معاینه نبض رادیال، تند و نخی شکل (Filiform) و با زحمت بسیار حس می شد. فشار خون سیستولیک ۸۰ میلیمتر جیوه، درجه حرارت بدن ۳۷/۲ درجه سانتیگراد بود. سمع قلب با تاناکاردی، حدود ۱۶۰ در دقیقه ضربان داشت. در معاینه شکم، رحم حدود هفته ۳۶ حاملگی را نشان می داد که قوام آن غیر طبیعی بود. صدای قلب جنین نامنظم و بین ۱۰۰ - ۱۴۰ در دقیقه متغیر بود. با وجود اینکه بیمار در اثر درد شدید قادر نبود در حالت طاقباز قرار گیرد ولی Rebound tenderness وجود نداشت و درد بیشتر در سطح رحم منتشر بود. در معاینه واژینال خونریزی وجود نداشت. سرویکس، خلفی و به طرف دیواره چپ لگن متمایل بود. و اثری از شروع علائم زایمانی در آن مشهود نبود. بلافاصله آزمایشهای لازم انجام و مایع درمانی شروع شد. گرچه به علت استفراغ شدید دژیدراتاسیون بیمار قابل تشخیص نبود، ولی با ثابت کردن سوند فولی، ادرار در مثانه وجود نداشت. در آزمونهای انجام شده سلولهای سفید خون ۲۲۴۰۰ و هموگلوبین ۱۷/۹ گرم درصد، الکترولیتها و تستهای کلیوی طبیعی بودند. در همین هنگام بیمار یک بار دچار استفراغ شد که قهوه ای رنگ بود و با گذاشتن لوله معده و تشخیص احتمالی آپاندیسیت و یا پارگی زخم معده یا دوازدهه همراه با حاملگی به اتاق عمل شد.

در لاپاراتومی حدود یک لیتر مایع شکلاتی رنگ و بدبو (چرک خونی) از طریق شکاف میانی از حفره شکم تخلیه شد. سطح رحم طبیعی بود ولی در قسمت فوقانی و راست فوندوس رحم و در زیر کبد توده ای سیاه رنگ - که به نظر می رسید مربوط به دستگاه گوارش و یا کیسه صفرا باشد - به سختی دیده می شود. جهت امکان دسترسی به محل ضایعه با انجام سزارین با نمره آگار ۵ در دقیقه اول و در ۸ دقیقه پنجم، نوزاد پسر به وزن ۲۹۰۰ گرم متولد گردید. مایع منیوتیک شفاف و سطح بدن نوزاد از ورنیکس پوشیده شده بود. با ترمیم لایه های رحم و امتداد شکاف شکم تا بالای ناف و بررسی روده ها، ولولوس

ممکن است در بسیاری از بیماران طی حاملگی دیده شود که خوشبختانه خفیف و گذرا می باشد. درد شدید و مقاوم شکم معمولاً اولین علامت انسداد روده است که انتشار آن ممکن است تغییر کرده، برحسب شرایط پیشرفت کند. اگر استفراغ با درد همراه باشد و بیشتر از ۲۴ ساعت طول بکشد بویژه اگر استفراغ صفراوی باشد اتیولوژی آن بیشتر عضوی است (۲). لوکالیزه کردن درد به علت تحریک پریتون موقعی که دیواره شکم در اثر حاملگی متسع باشد، مشکل است. حتی در دوره Puerperium علی رغم تحریک پریتون ممکن است Guarding و یا Re-bound tenderness وجود نداشته باشد. ولولوس بیشتر در نزدیک ترم و معمولاً یک بخش از کولون بخش ایلئوسکال، سکوم، کولون سیگموئید و غیره را گرفتار می کند. مرگ و میر در ولولوس بالا و بین ۱۰ تا ۴۰ درصد گزارش شده است.

از عوارض آن گانگرن روده، پرفوراسیون، خونریزی، پریتونیت، شوک سپتیک و بالاخره مرگ را می توان نام برد (۸ و ۵). ولولوس روده همراه با حاملگی نادر ولی با مرگ و میر بالا همراه بوده و ۲۵ درصد موارد انسداد روده را طی حاملگی تشکیل می دهد (۱). مورس (Morris) شیوع آنرا یک در ۴۰۰۰ حاملگی گزارش داده است (۲). در مرور ۴۳ بیمار در سال ۱۹۵۹ میزان مرگ و میر در حدود ۲۷/۹ درصد گزارش شده است (۵).

تشخیص ولولوس قبل از عمل بندرت با تاریخچه تنها امکانپذیر است. نشانه ها شبیه علائم گوارشی در حاملگی، طبیعی است. اتساع شکم در اثر گاز از یافته های تأخیری است. پرتونگاری از شکم به علت بزرگی رحم و اتساع شکم اغلب کمکی نمی کند و بندرت اتساع گازی و Air fluid level را نشان می دهد. در انمای مجدد (Second enema) که در آن مدفوع و گاز معده و روده (Flatus) برنگردد در صورت وجود درد شکم و استفراغ دلیل قوی بر بروز انسداد است. طبیعی بودن آمیلاز سرم و تست های کبدی و کامل ادرار و کشت ادرار، پانکراتیت حاد، بیماری کبد و بیماری های کلیوی را رد می کند. جدا شدن زودرس جفت ممکن است سبب ابهام در تشخیص شود اما معمولاً با هیپوتنشن، حساسیت رحم و فقدان صدای قلب جنین همراه است (۴).

جراحی هر چه زودتر با کامل کردن آزمایشها و جانشینی مایع الکترولیت باید انجام شود (۲، ۵ و ۹). تأخیر در جراحی با



(شکل ۲)

مرد ولی مادر، بالاخره در تاریخ ۶۴/۸/۲۰ باحال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد. در پیگیری اخیر، بیمار کاملاً خوب بوده، طی این مدت دو زایمان دیگر به روش سزارین داشته که هیچگونه عارضه ای نداشته است.

بحث

اولین بیمار را براون (Braun) در سال ۱۸۸۵ در آلمان گزارش کرد. لامبر (Lambert) از پاریس این موضوع را برای رساله دکترا در سال ۱۹۳۱ انتخاب کرد و تا آن زمان ۶۱ بیمار را از نوشتارهای پزشکی جمع آوری کرد. بریل (Kohn Briele) و دگلاس (Douglas) در سال ۱۹۴۴، ۱۸ مورد به این مجموعه افزودند (۴). در سال ۱۹۵۸ Harer و حدود ۱۱۲ بیمار دچار ولولوس را در مقاله های پزشکی دنیا گزارش کردند که در یکسوم آنها جهت دسترسی بهتر به ضایعه، تخلیه رحم و انجام عمل سزارین الزامی بود (۳ و ۵). و بالاخره در سال ۱۹۵۹ مالکوسین (Malkusian)، ولش (Welch) و هالنبک (Hallenberk) ۴۳ بیمار مبتلا به ولولوس را گزارش کردند. در سال ۱۹۸۱ ولولوس، بخصوص در ناحیه روده کور در اوایل Puerperium پیامد عمل سزارین توسط پرات (Pratt) و همکاران گزارش گردید.

این بیماری، بیشتر در سه ماهه سوم حاملگی و نزدیک ترم و در دوره Puerperium (۲ و ۴ و ۵) عارض می شود. تهوع، استفراغ، کرامپ شکمی، اتساع شکم و یبوست و درد لگنی

مراجع

- 1) Ctlerry.SH , et al : Rovinsky & Guttmacher's medical,surgical and Gynecologic complications.3th ed. Williams & Wilkins 1985,P659
- 2) Coughlan BM, Herliky Co: Acute intestinal obstruction during pregnancy.JR Coll Surg Edinb 23 (3) : 175-7,May 1978
- 3) Cunningham FG,et al:Williams obstetrics,18th, ed. Appleton and lange, 1989,P 834
- 4) Holland GA: Unusual case of intestinal obstruction in late pregnancy.Can Med Assoc J 118 (12):1488-93, Jan 1978
- 5) Hamlin CH, Palemion DA: Volvulus associated with pregnancy.Report 5 Casees. Am JObstert Gynecol 94(8):1147-8, 1966
- 6) Jones B,et al: Volvulus of the Caecum . Br J Radioll 557 (681) : 8424 , Sep. 1984
- 7) Pratt AT, et al: Cecal Volvulus in pregnancy. Obstet Gynecol 57 : 37 (suppl), 1981
- 8) Ramachandran CS: Caecal volvulus. J indian Med Asscc 83(2) : 53- 5: 1985
- 9) Willson JR, Carrington ER: Obstetrics & Gynecology. 8th ed. Mosby , 1987, P 333

گانگرن شدن روده و رزکسیون وسیع آن همراه خواهد بود. جراحی در مراحل اولیه انسداد را بهبود بخشیده ، خطر زایمان زودرس را کاهش می دهد ؛ درحالی که ، لاپاراتومی منفی مزاحم ادامه حاملگی طبیعی نیست (۴). تخلیه رحم و سزارین الکتیو، بدون توجه به سن حاملگی ممکن است برای تجسس کافی در جراحی در يك ولولوس بزرگ به طور مقدماتی لازم و ضروری باشد (۱، ۳ و ۴).

The radiation of ionizan rays in the treatment of benign diiseases

Shahrad B

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

SUMMARY

In the early days of the discovery of X-rays, it was widely used in the treatment of benign diseases such as some chronic infections and chronic skin conditions, however, with better recognition of side effects specially

carcinogenecity of the radiation, their use in benign diseases are now restricted only to a few of non-malignant conditions, when all else has failed, and with the knowledge and acceptance of long term risks.

Volvulus Associated with pregnancy : A review & report of one case

Hatami M

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

SUMMARY

Volvulus associated with pregnancy & puerperi- um though rare, has to be exciuded as a cause of abdominal pain Diagnosis is difficult because the clinical signs are often masked. Delay in diagnos is may have serious consequences for mother & fetus. A case of volvulus associated with pregnancy is

being reported and literature are briefly reviewed. Significant symptoms and signs and useful investigations are described and the advantage of early surgical exploration when the condition is suspected is emphasised.