

گزارش یک مورد پرفوراسیون سکوم ناشی از سندرم اوجیلوی به دنبال سزارین

دکتر بهزاد نعمتی هنر^۱، دکتر جواد زبرجدی باقرپور^{۲*}

۱. دانشیار گروه جراحی عمومی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دستیار تخصصی جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۰۷

خلاصه

مقدمه: سندرم اوجیلوی، انسداد غیرمکانیکی و حاد کولون است که می‌تواند متعاقب اعمال جراحی لگنی اتفاق بیفتد و در صورت عدم تشخیص زودرس می‌تواند منجر به پرفوراسیون سکوم گردد، لذا آشنایی با این سندرم و علائم آن می‌تواند در پیشگیری از عوارض آن کمک‌کننده باشد. در مطالعه حاضر یک مورد از این سندرم که منجر به پرفوراسیون سکوم شده و تحت همی کولکتومی راست قرار گرفت، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۴۲ ساله ۷۲ ساعت پس از سزارین (نوبت دوم) به‌طور پیشرونده دچار اتساع شکم، نفخ، عدم اجابت مزاج و درد شکم شده بود. در بدو مراجعه علائم تحریک پریتونئ، لکوپنی و اختلال الکترولیتی وجود داشت. بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت و یافته حین عمل، پرفوراسیون سکوم بود که بیمار تحت همی کولکتومی راست قرار گرفت و به‌علت آلودگی شدید شکم، ایلئوستومی دبل برل تعبیه شد. سپس بیمار ۳ روز در بخش مراقبت‌های ویژه جراحی تحت درمان با آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف قرار گرفت. سپس به بخش منتقل و بعد از اجابت مزاج، رژیم مایعات برای بیمار شروع شد و ۱۲ روز پس از عمل جراحی از بیمارستان مرخص شد و ۳ ماه بعد تحت عمل بستن ایلئوستومی قرار گرفت و در پیگیری‌های بعدی مشکل طبی خاصی نداشت.

نتیجه‌گیری: آشنایی با علائم سندرم اوجیلوی که شامل دیستانسیون و نفخ و عدم اجابت مزاج می‌باشد، همواره باید مدنظر پزشکان و پرسنل قرار گیرد. به‌ویژه در صورت وجود سابقه اخیر جراحی لگنی می‌تواند حائز اهمیت باشد؛ چراکه تشخیص زودرس این سندرم می‌تواند در پیشگیری از عوارض آن و مرگ‌ومیر ناشی از آن کمک‌کننده باشد.

کلمات کلیدی: پرفوراسیون سکوم، سزارین، سندرم اوجیلوی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر جواد زبرجدی باقرپور؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۷۳۴۳۰۰۰۰؛ پست الکترونیک: javad.zabarjady@yahoo.com

معرفی بیمار

بیمار خانم ۴۲ ساله‌ای بود که با شکایت درد شکم، نفخ و دیستانسیون شکم، تهوع و استفراغ و عدم اجابت مزاج از ۳ روز قبل (۷۲ ساعت پس از سزارین) به اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران مراجعه کرده بود. بیمار با حال عمومی خوب و با ذکر علائم هشدار از بیمارستان ترخیص شده بود و به تدریج در منزل علائم پیشرونده درد و دیستانسیون شکم، استفراغ مکرر، عدم دفع گاز و مدفوع و تب داشته و در طی سه روز گذشته به پزشک معالج مراجعه نکرده و مسکن مصرف نموده و علائم را مرتبط با عوارض معمول عمل سزارین دانسته بود. این بیمار بارداری دوم خود و اولین نوبت سزارین را تجربه می‌کرد. در ارزیابی اولیه علائم حیاتی ($PR=100$ ، $T=37/7$ ، $BP=100/70$) بود و در معاینه دیستانسیون شکم، تندرns مختصر جنرالیزه با ارجحیت سمت راست پایین شکم (RLQ)^۱ وجود داشت و در معاینه انگشتی مقعد (DRE)^۲ رکتوم خالی بود. بلافاصله اقدامات احیاء برای بیمار شروع شد. لوله نازوگاستریک و سوند ادراری تعبیه شد و آزمایشات ارسال شد. در آزمایشات انجام شده، $WBC=15000$ داشت. گرافی ساده شکم برای بیمار درخواست شد که پرهوایی و دیلاتاسیون لوپ‌های

رونده مشهود بود (شکل ۱). بیمار تحت سی‌تی‌اسکن شکم قرار گرفت که یافته‌های آن شامل مایع آزاد در شکم، هوای آزاد در فضای شکم (نوموپریتوئن) و اتساع شدید کولون بود (شکل ۲). با توجه به مجموع یافته‌های فوق، بیمار پس از احیای کامل تحت لاپاراتومی قرار گرفت که در بررسی حین عمل، مواد فکالوئید در ناودان پاراکولیک راست مشهود بود که پس از ساکشن ناحیه مذکور، پارگی در دو ناحیه از سکوم وجود داشت که بیمار تحت رزکسیون دیستال ایلئوم، کولون صعودی و سکوم (همی کولکتومی راست) قرار گرفت و با توجه به آلودگی شدید فضای شکم، برای بیمار استومی دبل برل تعبیه شد و از آناستوموز اولیه اجتناب شد. سپس بیمار برای ۳ روز در بخش مراقبت‌های ویژه جراحی تحت آنتی‌بیوتیک‌تراپی با آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف و حمایت تغذیه‌ای به صورت PPN قرار گرفت. بیمار به بخش منتقل شد و پس از ۷ روز اجابت مزاج پیدا کرد. سپس برای بیمار رژیم مایعات و متعاقباً رژیم معمولی شروع شد و ۱۲ روز پس از عمل جراحی، بیمار از بیمارستان ترخیص شد و در پیگیری مشکل خاصی نداشت و استومی بیمار ۳ ماه بعد بسته شد.



شکل ۱- گرافی ساده نشان‌دهنده اتساع شدید کولون

^۱ Right Lower Quadrant

^۲ Digital Rectal Exam



شکل ۲- مقطع آگزبیل سی تی اسکن نشان دهنده هوای آزاد در حفره پریتوئن

بحث

در بیمار گزارش شده، علائم بلافاصله پس از جراحی شروع شده و به صورت پیشرونده تا ۷۲ ساعت بعد به حداکثر رسیده بود و شامل دیستانسیون و درد و تهوع و استفراغ و عدم اجابت مزاج بود. در مطالعه بصیرت و همکاران (۲۰۰۵)، علائم ۵ روز بعد از سزارین و در مطالعه کمالی و همکاران (۲۰۱۶)، علائم ۴۸ ساعت بعد شروع شده بود که بیانگر این نکته می باشد که علائم این سندرم از بلافاصله بعد از جراحی تا چندین روز بعد از عمل می تواند شروع شود که شایع ترین علائم این سندرم است (۶، ۷). درمان این سندرم شامل طیفی از درمان ها از درمان حمایتی و دکمپرسیون کلونوسکوپی تا جراحی، بسته به شرایط متغیر است. در مطالعه مرور سیستماتیک بن و همکاران (۲۰۱۳) که به درمان این سندرم پرداخته بود، میزان موفقیت درمان کانزرواتو ۹۶-۵۳٪، خطر پرفوراسیون سکوم ۵٪ و میزان موفقیت درمان کلونوسکوپی ۱۰-۶۱٪ بود (۱۰). در اکثر موارد درمان این سندرم شامل تحت نظر قرار دادن دقیق بیمار، اصلاح اختلالات آب و الکترولیتی و تجویز اریترومایسین و نئوستیگمین در صورت نبود کنتراندیکاسیون های این دو دارو می باشد (۱، ۲). در مطالعات انجام گرفته در مورد اثربخشی کلونوسکوپی دکمپرسیو نشان داده شده در ۷۰٪ موارد کمک کننده بوده است (۲). در صورت وجود علائم تحریک صفاق در

RLQ و یا به صورت منتشر در کل شکم باید به پرفوراسیون شک کرد و در این موارد انجام درمان حمایتی و یا کلونوسکوپی دکمپرسیو کنتراندیکاسیون دارد و باید برای بیمار اقدام جراحی صورت گیرد که در بیمار حاضر با توجه به وجود این علائم، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت (۶). در ارزیابی های پاراکلینیک در مطالعات انجام شده بیشترین اختلالاتی که گزارش شده است، لکوسیتوز و اختلال الکترولیتی می باشد؛ به طوری که لکوسیتوز در ۲۷٪ موارد بدون عارضه و در ۱۰۰٪ موارد عارضه دار مشاهده می شود (۶). در گزارش حاضر بیمار مورد نظر لکوسیتوز با شیفت به چپ داشت. یکی دیگر از موارد پاراکلینیک کمک کننده در تشخیص این سندرم، گرافی ساده شکم می باشد که یافته معمول در این بررسی، اتساع منتشر یا قسمتی از کولون می باشد که در بیمار حاضر نیز این یافته در گرافی شکم وجود داشت (۴). همچنین مطالعات نشان داده اند در صورتی که در گرافی ساده شکم قطر سکوم بیشتر ۹ سانتی متر باشد، مطرح کننده خطر بالقوه پرفوراسیون می باشد (۴، ۵، ۷). در بیمار گزارش حاضر در سی تی اسکن شکم انجام شده برای بیمار، مایع آزاد در شکم و هوای آزاد در فضای شکم (پنوموپریتوئن) وجود داشت که مطرح کننده پرفوراسیون بود و همچنین اتساع روده ها و کولون مشهود بود که مطرح کننده سندرم اوجیلوی به عنوان علت پرفوراسیون بود. این سندرم یک اورژانس تشخیصی

نتیجه گیری

سندرم اوجیلوی، یک عارضه نادر به دنبال سزارین است که نکته اصلی در برخورد با این سندرم، تشخیص زودرس آن می باشد که با اقدامات حمایتی و دکامپرسیون تا حد بسیار زیادی می توان از میزان موربیدیتی و مورتالیتیه ناشی از تشخیص دیررس و پرفوراسیون ناشی از آن جلوگیری کرد و این مهم مستلزم آشنایی با علائم معمول و غیرمعمول این سندرم می باشد. لذا در بیمارانی که پس از سزارین با دیستانسیون و نفخ بدون توجه شکم مراجعه می کنند، باید به این سندرم شک کرد. تشخیص این سندرم با مجموعه ای از علائم بالینی و تصویربرداری و یافته های آزمایشگاهی است و درمان آن در موارد بدون عارضه حمایتی و در موارد عارضه دار آن جراحی است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دستیاران جراحی، دکتر سعید افشار و دکتر منصور ناطقی و نیز واحد تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسین (ع) تهران که در روند درمان بیمار و جمع آوری اطلاعات نقش به سزایی داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

و درمانی است و تشخیص زودرس و دکامپرسیون کولون به طور قابل توجهی میزان مرگ و میر را کاهش می دهد (۶). در صورت عدم وجود پرفوراسیون در سندرم اوجیلوی، مبنای درمان حمایتی خواهد بود و شامل NPO کردن بیمار، تعبیه لوله نازوگاستریک، هیدراتاسیون، اصلاح اختلال الکترولیتی و تعبیه رکتال تیوب می باشد. در صورت شکست درمان طبی و بروز علائم تحریک صفاق و پرفوراسیون، جراحی باید انجام شود که در بیمار این گزارش نیز با توجه به علائم تحریک صفاق و هوای آزاد در سی تی اسکن شکم، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت (۳). در صورت تصمیم به عمل جراحی با توجه میزان آلودگی حفره شکم در حین عمل و نیز وضعیت روده ها، تصمیم گیری می تواند از انجام رزکسیون به همراه تعبیه استومی تا انجام آناستوموز اولیه متغیر باشد (۵). در مطالعه کمالی و همکاران (۲۰۱۶) بیمار تحت همی کولکتومی راست و آناستوموز اولیه ایلئوکولیک قرار گرفت و در مطالعه بصیرت و همکاران (۲۰۰۵)، بیمار تحت توبوسکوستومی قرار گرفت که در گزارش حاضر با توجه به آلودگی وسیع شکم با مواد فکالوئید، اقدام به همی کولکتومی راست و تعبیه استومی شد (۶، ۷).

منابع

1. Fatnassi R, Mkhinini I, Abdelkefi MS, Torki E, Hammami S, Barhoumi MH. Ogilvie's Syndrome: A Caesarean Section Complication (A two cases report and review of the literature). *EC Gynaecol* 2015; 1(1):35-40.
2. Saha AK, Newman E, Giles M, Horgan K. Ogilvie's syndrome with Cecal Perforation after Caesarean Section: A case Report. *J Med Case Reports* 2009; 3:6177.
3. Moons V, Goremans G, Tack J. An update on acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Acta Gastroenterol Belg* 2003; 66(2):150-3.
4. Mainguy Le Gallou C, Eboue C, Vardon D, Von Theobald P, Dreyfus M. [Ogilvie's syndrome following cesarean section: Just think! Report of two cases and review of the literature]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2011; 40(6):557-63.
5. Ben Ameer H, Boujelbene S, Beyrouti MI. [Treatment of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). Systematic review]. *Tunis Med* 2013; 91(10):565-72.
6. Kamali A, Barat Sh, Asghari Y. A Case of Cecal Perforation Due To Ogilvie's Syndrome after Cesarean Section. *Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS)* 2016; 18(10):65-69.
7. Basirat Z, Kashifard M, Bouzary Z. A Case Report of Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome) After Cesarean Delivery. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2005; 8(2):15-21.
8. ASGE Standards of Practice Committee, Harrison ME, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2010; 71(4):669-79.
9. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). *An analysis of 400 cases. Diseases of the Colon & Rectum* 1986; 29(3):203-10.
10. Ben Ameer H, Boujelbene S, Beyrouti MI. [Treatment of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome). Systematic review]. *Tunis Med* 2013; 91(10):565-72.