

پارگی خودبه‌خودی مثانه به‌دنبال زایمان طبیعی: گزارش مورد

دکتر خدیجه نصیری^{۱*}، دکتر فرزانه رشیدی فکاری^۲، دکتر الهام شرفخانی^۱

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۶

خلاصه

مقدمه: پارگی خودبه‌خودی مثانه پس از زایمان واژینال طبیعی بسیار نادر است. در این مطالعه یک مورد نادر از پارگی خودبه‌خودی مثانه بعد از زایمان واژینال طبیعی گزارش می‌شود.

گزارش بیمار: خانمی ۳۲ ساله مولتی‌گراوید ۶ روز بعد از زایمان طبیعی، با شکایت درد در ناحیه شکم به بیمارستان بنت‌الهدی شهر بجنورد مراجعه کرد. در شرح‌حال، بیمار هنگام ترخیص بعد از زایمان مشکلی نداشته و از ۳ روز بعد از زایمان همراه با دردهای شکمی، ادرار کاهش داشته است. در معاینه شکم، شکم نرم با مختصری گاردینگ و تندرس در ناحیه یک چهارم تحتانی راست شکم بود. آزمایش شمارش کامل سلول‌های خونی، کبدی و کلیوی، سونوگرافی اورژانس و مشورت جراحی درخواست شد. در بررسی‌های آزمایشگاهی، کراتین بالا بود. در بررسی سونوگرافی، دیواره خلفی مثانه نامنظم و چروکیده بود و در حفره شکم و لگن، حدود ۷۰۰-۶۰۰ سی‌سی مایع آزاد رؤیت شد. با شک به پارگی مثانه، بیمار تحت عمل لاپاراتومی اورژانسی قرار گرفت و مثانه ترمیم شد.

نتیجه‌گیری: درد شکم، علامت مشترکی در تظاهرات بالینی درد حین زایمان و پس از آن با پارگی مثانه است، بنابراین توصیه می‌شود بروز هر نوع درد به‌عنوان یک زنگ خطر مهم در پارگی مثانه در نظر گرفته شود. همچنین با تخلیه مثانه قبل از زایمان از بروز این عارضه پیشگیری کرد و بررسی دقیق تخلیه مثانه قبل از ترخیص از بیمارستان، به تشخیص به موقع، درمان سریع و بهبود پیش‌آگهی کمک خواهد کرد.

کلمات کلیدی: پس از زایمان، زایمان واژینال، مثانه

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر خدیجه نصیری؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم خراسان شمالی، بجنورد، ایران. تلفن: ۰۵۸-۳۱۵۱۳۰۰۱؛ پست

الکترونیک: kh.nasiri@nkums.ac.ir

مقدمه

پارگی خودبه‌خودی مثانه پس از زایمان واژینال بسیار نادر است و اولین بار در سال ۱۹۹۵ گزارش شد (۱، ۲). پارگی خودبه‌خودی مثانه به پارگی مثانه بدون سابقه قبلی تروما یا پاتولوژی آن اطلاق می‌شود و شیوع آن یک در ۱۲۶۰۰۰ نفر است (۳، ۴).

پارگی خودبه‌خودی مثانه در هنگام زایمان مجموعه‌ای از علائم بالینی منحصر به فرد دارد (۱۰، ۱۱). علائم بیمار از روز ۳ تا ۲۰ بعد از زایمان می‌تواند از درد حاد شکمی، احتباس ادرار، الیگوری یا آنوری متفاوت باشد (۱۲).

بیماران با هم‌چوری شدید نسبتاً سریع تشخیص داده می‌شوند، اما افرادی که خونریزی خفیف دارند، اغلب تشخیص آنها به تأخیر می‌افتد. ۵۵٪ پارگی‌های خودبه‌خودی مثانه پارگی داخل صفاقی هستند و فقط تعداد کمی از آنها پریتونیت حاد منتشر را ایجاد می‌کنند. در این بیماران، درد زودرس شکم غالباً با درد زایمان پوشانده می‌شود و شل شدن دیواره شکم پس از زایمان باعث می‌شود علائم صفاقی پارگی مثانه قابل توجه نباشد، در نتیجه منجر به تأخیر در تشخیص می‌شود (۱۰، ۱۱).

تشخیص پارگی مثانه چالش برانگیز است (۶، ۷). افزایش فشار داخل مثانه یا کاهش قدرت دیواره مثانه از عوامل مستعد کننده وقوع پارگی خودبه‌خودی مثانه می‌باشد (۵). پارگی مثانه یک اورژانس جراحی است و تشخیص فوری، خارج کردن ادرار از حفره صفاقی یا فضای رتروپوبیک، ترمیم پارگی و اطمینان از تخلیه خوب مثانه، منجر به از سرگیری عملکرد مثانه و در نتیجه کاهش مرگ‌ومیر می‌شود (۹). در صورت عدم درمان پارگی مثانه، می‌تواند منجر به عوارض شدید مانند سپسیس، نارسایی کلیه و هیپرکالمی و در نهایت مرگ شود (۸). در این مطالعه یک مورد نادر از پارگی خودبه‌خودی مثانه بعد از زایمان واژینال گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

خانمی ۳۲ ساله مولتی‌گراوید (بارداری ۳، زایمان ۳، تولد زنده ۳، آخرین زایمان ۱۳۹۹/۸/۲۳)، در سن بارداری ۳۹ هفته و ۵ روز، با شکایت درد زایمان به

بیمارستان بنت‌الهدی شهر بجنورد مراجعه کرد و در زایمان واژینال طبیعی بدون پارگی، نوزاد پسر با وزن ۳۲۰۰ به دنیا آورد و بعد از ۲۴ ساعت، با وضعیت بالینی رضایت‌بخش از بیمارستان مرخص شد. ۶ روز بعد، با شکایت درد در ناحیه شکم مجدد به بیمارستان بنت‌الهدی مراجعه کرد.

شرح حال گرفته شده از بیمار نشان داد که بیمار، ۳ روز بعد از زایمان درد به تدریج افزایش یافته‌ای در شکم، با ارجحیت در ناحیه یک چهارم تحتانی راست شکم داشته است. تهوع و استفراغ نداشت. اجابت مزاج داشت. علائم ادراری، سوزش، تکرر و اضطراب در ادرار نداشت. بیمار اظهار داشت که همزمان با بیشتر شدن دردهای شکمی، ادرارش کم و به صورت قطره قطره بوده است، اما به علت درد شدید در شکم توجهی به کم شدن ادرارش نداشته است. سابقه جراحی قبلی نداشت. بیمار سابقه تشنج (از ۱۵ سال قبل) و مصرف داروی لوبل را داشت و آخرین تشنج وی، در ۸ ماهگی در بارداری اخیر بود.

فشارخون وی ۱۲۰/۸۰، تعداد نبض ۱۲۰، تعداد تنفس ۱۶، دمای زیر بغل ۳۶/۵ درجه سانتی‌گراد و میزان اشباع اکسیژن ۹۷٪ بود. در معاینه واژینال، منفذ داخلی دهانه رحم بسته و منفذ خارجی باز (کل مولتی‌پار) و خونریزی واژینال در حد متوسط بود و در معاینه و بررسی، واژن و پرینه بدون پارگی بود. در معاینه شکم، شکم نرم با مختصری گاردینگ و تندرس در ناحیه یک چهارم تحتانی راست شکم بود.

در بررسی پرونده زایمان اخیر، در شرح گزارشات، دفع ادرار بیمار بعد از زایمان و قبل از ترخیص، همچنین عدم وجود مشکل در تخلیه ادرار و اجابت مزاج ذکر شده بود. تشنج بیمار تحت کنترل بود، مشورت نورولوژی سرپایی و آزمایشات کامل پره‌اکلامپسی و الکترولیت‌ها نیز درخواست شد که نتایج آزمایشات نرمال بود. همچنین وسایل احیاء، داروهای دیازپام و سولفات منیزیم آماده و در دسترس بود که در صورت نیاز استفاده شود.

به علت درد شکم حاد، پزشک آزمایش شمارش کامل سلول‌های خونی، تست‌های کبدی، الکترولیت‌های پتاسیم، فسفر، سدیم، کلسیم، کراتین، اوره، سونوگرافی اورژانس و مشورت جراحی درخواست کرد.

در بررسی آزمایشگاهی، هموگلوبین: ۱۴/۲، هماتوکریت: ۳۸/۸، پلاکت: ۱۵۶ هزار، تعداد گلبول‌های قرمز: ۴/۴ میلیون، تعداد گلبول‌های سفید: ۱۵/۶ هزار، کراتین: ۶، اوره: ۱۲، آسپاراتات آمینوترانسفراز: ۲۵، آلانین آمینوترانسفراز: ۲۴، لاکتات دهیدروژناز: ۷۸۷، بیلی‌روبین توتال: ۰/۸۲، آلکالین فسفاتاز: ۴۱۵، پتاسیم: ۳/۸، کلسیم: ۸/۷ و سدیم: ۱۳۶ بود.

در بررسی سونوگرافی از شکم: کبد، طحال، کیسه صفرا، آئورت و پارآئورت و کلیه‌ها نرمال بود. رحم بزرگ‌تر از حد طبیعی (رحم پست پارتوم) و دارای شکل و اکوی میومترال، تخمدان‌ها دارای شکل و ابعاد نرمال بودند. در آدنکس‌ها ضایعه پاتولوژیک مشاهده نشد. دیواره خلفی مثانه نامنظم و چروکیده بود و در حفره شکم و لگن، حدود ۷۰۰-۶۰۰ سی‌سی مایع آزاد رؤیت شد.

با توجه به شرح حال بیمار، وجود گاردینگ و تندرست در ناحیه یک چهارم تحتانی راست و گزارش سونوگرافی مبنی بر وجود مایع آزاد در شکم و لگن، به‌علت بالا بودن کراتین و با شک به نارسایی کلیه، مشورت با متخصص کلیه و مجاری ادرار درخواست شد. متخصص کلیه و مجاری ادرار، با شک به پارگی مثانه، لاپاراتومی اورژانسی درخواست کرد. بیمار جهت انجام لاپاراتومی آماده گردید و سوند فولی جایگذاری شد، اما هیچ ادراری (به داخل کیسه ادراری) خارج نشد. در حین لاپاراتومی، پارگی مثانه حدود ۳ سانتی‌متر در دیواره خلفی مشاهده شد که حین عمل، ترمیم گردید. سپس بیمار با سوند فولی، پس از ۴۸ ساعت از بیمارستان مرخص شد. سوند فولی بعد از ۲ هفته خارج شد. یک هفته بعد از خروج سوند فولی، بیمار از احتباس ادراری شکایت داشت که با سونوگرافی پیگیری شد و مشکلی نداشت. لازم به ذکر است که اطلاعات منتشر شده در این گزارش مورد با کسب اجازه و رضایت‌نامه از بیمار بوده است.

بحث

در این مطالعه یک مورد نادر از پارگی خودبه‌خودی مثانه به‌دنبال زایمان طبیعی گزارش شد (۱۱). پارگی خودبه‌خودی مثانه در دوران پس از زایمان بدون سابقه ضربه اخیر، بسیار نادر است (۹).

زوتشی و همکاران (۲۰۱۹) در هند، ۲ مورد پارگی مثانه خودبه‌خود به‌دنبال زایمان واژینال در دو زن نخست‌زا (۲۳ و ۲۴ سال) گزارش کردند که در هر ۲ مورد اوره و کراتینین در ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی بود (۱۲). هینس و همکار (۱۹۸۷) گزارش کردند که اوره و کراتینین سرم در ۴۵٪ بیمارانی که ۲۴ ساعت پس از پارگی مثانه مراجعه می‌کنند، افزایش یافته و در حالت استراحت طبیعی است (۱۵). در گزارش مورد حاضر، میزان اوره و کراتین بالا بود، شاید علت این تناقض مربوط به زمان اندازه‌گیری اوره و کراتین پس از زایمان و پس از پارگی مثانه باشد.

واندابوا و همکاران (۲۰۰۴)، در لاپاراتومی اکتشافی بر روی یک زن نخست‌زا (۲۰ ساله) با شکایت درد حاد شکمی و الیگوری در ۸ روز بعد از زایمان واژینال، پارگی خودبه‌خودی مثانه گزارش کردند (۱۶). جعفرپور و همکاران (۲۰۱۹)، در سونوگرافی شکمی بر روی یک زن چندزا (۳۹ ساله) با شکایت درد شدید شکمی و الیگوری ۴ روز پس از زایمان واژینال، پارگی خودبه‌خودی مثانه را گزارش کردند (۱۷). در گزارش مورد حاضر نیز، شکایت اصلی بیمار درد شکم بود و برای تشخیص از سونوگرافی

نتیجه گیری

درد شکم، علامت مشترکی در تظاهرات بالینی درد حین زایمان و پس از آن با پارگی مثانه است، بنابراین توصیه می شود بروز هر نوع درد به عنوان یک زنگ خطر مهم در پارگی مثانه در نظر گرفته شود. همچنین، بررسی دقیق تخلیه مثانه قبل از ترخیص از بیمارستان، به تشخیص به موقع، درمان سریع و بهبود پیش آگهی کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و مساعدت آزمایشگاه، رادیولوژی، اورولوژی بیمارستان امام علی (ع) و پرسنل بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد تشکر و قدردانی می‌گردد.

و لاپاراتومی تشخیص استفاده شد. تشخیص پارگی مثانه چالش برانگیز است و معمولاً در حین لاپاراتومی کشف می‌شود (۶، ۷). از طرفی، در بیمار مبتلا به درد شکمی، اتساع شکم، ایگوری، آنوری، آزمایش‌های مختل کلیه پس از زایمان واژینال، باید به پارگی مثانه شک کرد. در صورت بروز بوی بد ادرار در دوره پس از زایمان، باید آنتی‌بیوتیک‌های مناسب جهت جلوگیری از سیستیت نکرروزان تجویز شود. از آنجا که این بیماری کاملاً قابل پیشگیری است، تشخیص به موقع و درمان سریع جراحی مهم است و باعث کاهش عوارض در این موارد می‌شود. باید بیماران را ترغیب به تخلیه مثانه در دوره پس از زایمان و بعد از زایمان کرد. در زمان ترخیص باید در زمینه اهمیت کاهش میزان دفع ادرار و علائم خطر مشاوره داده شود (۱۲).

منابع

1. Peters PC. Intraperitoneal rupture of the bladder. The Urologic Clinics of North America 1989; 16(2):279-82.
2. Kibel AS, Staskin DR, Grigoriev VE. Intraperitoneal bladder rupture after normal vaginal delivery. The Journal of urology 1995; 153(3):725-7.
3. Soni N, Jain D. a Rare Case of Late Presentation of Spontaneous Rupture of bladder During Normal Delivery. Indian Journal of Perinatology and Reproductive Biology 2018; 8(2):35-68.
4. Diana V, Bhargavi K. Spontaneous isolated bladder rupture following normal delivery. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2018; 7(4):1638-40.
5. Mitchell T, Al-Hayek S, Patel B, Gilbert H. Acute abdomen caused by bladder rupture attributable to neurogenic bladder dysfunction following a stroke: a case report. Journal of medical case reports 2011; 5(1):1-4.
6. Dubey IB, Mohanty D, Jain BK. Diverse presentation of spontaneous rupture of urinary bladder: review of two cases and literature. The American journal of emergency medicine 2012; 30(5):832-e1.
7. Schein M, Weinstein S, Rosen A, Decker GA. Spontaneous rupture of the urinary bladder-delayed sequel of pelvic irradiation-a case report. South African Medical Journal 1986; 70(6):841-2.
8. Palthe S, Dijkstra GA, Steffens MG. A case of spontaneous urinary bladder rupture secondary to urinary retention due to an urethral stricture. Urology case reports 2018; 17:85-7.
9. Panda S, Jha V. Spontaneous Rupture of Bladder in Puerperium without Uterine Rupture. Journal of Family and Reproductive Health 2012: 187-8.
10. Muggia RA, Mowschenson P, Chopra S. Urinary ascites in the immediate postpartum period. American Journal of Gastroenterology (Springer Nature) 1992; 87(9).
11. Qiao P, Tian D, Bao Q. Delayed diagnosis of spontaneous bladder rupture: a rare case report. BMC women's health 2018; 18(1):1-6.
12. Zutshi V, Tiwari S, Arora R. Postpartum spontaneous bladder rupture. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2019; 8(9):3794-7.
13. Shah P, Choudhari H, Daigavane MM. Spontaneous Bladder Rupture in Puerperium following Instrumental Vaginal Delivery. J South Asian Feder Obst Gynae 2018; 10(1):69-71.
14. Corriere Jr JN, Sandler CM. Management of the ruptured bladder: seven years of experience with 111 cases. The Journal of trauma 1986; 26(9):830-3.
15. Heyns CF, Rimington PD. Intraperitoneal rupture of the bladder causing the biochemical features of renal failure. British journal of urology 1987; 60(3):217-22.
16. Wandabwa J, Otim T, Kiondo P. Spontaneous rupture of bladder in puerperium. African health sciences 2004; 4(2):138-9.
17. Jafarpour H, Salehi A, Sadr S, Ebadi A. Bladder Rupture Presented with Acute Abdominal Pain and Renal Dysfunction: A Postpartum Emergency Case Report. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2019; 7(1):1591-3.