

# گزارش یک مورد نادر ولولوس سیگموئید حین سزارین

دکتر زهرا قوامی<sup>۱</sup>، دکتر احمد قاضی<sup>۲\*</sup>، دکتر فاطمه رامزی<sup>۳</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامائی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۲. استادیار گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۳. متخصص جراحی عمومی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۰۶

## خلاصه

**مقدمه:** ولولوس سیگموئید در حاملگی نادر بوده، ولی می‌تواند عوارض زیادی در طی حاملگی ایجاد کند که به‌علت تشخیص و درمان دیررس عوارض بیماری در طی حاملگی افزایش پیدا می‌کند. تریاد بالینی درد شکم، دیستانسیون شکم و یبوست مطلق می‌تواند در تشخیص این بیماری در طی حاملگی کمک کند. در این مطالعه یک مورد ولولوس سیگموئید در حین سزارین گزارش می‌شود.

**معرفی بیمار:** بیمار خانم ۳۱ ساله با سن حاملگی ۳۶ هفته و ۲ روز با اظهار درد شکم به بیمارستان آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل مراجعه کرده بود. در هنگام مراجعه، علائمی از شکم حاد و انسداد کامل روده نداشت، روز بعد از مراجعه به‌علت ثبت انقباضات رحمی و شروع علائم زایمانی، به‌صورت اورژانسی تحت عمل جراحی سزارین با بیهوشی عمومی قرار گرفت. در حین جراحی به‌علت اتساع غیرطبیعی روده بزرگ، مشاوره اورژانس جراحی عمومی داده شد و توسط جراح عمومی تشخیص ولولوس سیگموئید و رفع ولولوس داده شد و بعد از تثبیت علائم، بیمار به سرویس جراحی عمومی منتقل و در سرویس مربوطه نوبت عمل جراحی الکتیو داده شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به عوارض خطرناک مادری و نوزادی ولولوس در طی حاملگی، توصیه می‌شود یکی از تشخیص‌های افتراقی دیستانسیون شکم در طی حاملگی، ولولوس سیگموئید باشد.

**کلمات کلیدی:** حاملگی، سزارین، ولولوس سیگموئید

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر احمد قاضی؛ دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران. تلفن: ۰۴۵-۳۳۷۲۸۶۶۷؛ پست الکترونیک: dr.ghaziahmad@gmail.com

## مقدمه

ولولوس، به پیچش یا پیچیدن قسمتی از روده گفته می‌شود که اغلب منجر به انسداد روده می‌گردد. شایع‌ترین محل ولولوس در کولون سیگموئید و سکوم می‌باشد و در سایر قسمت‌ها مانند معده، کیسه صفرا، روده کوچک و خم طحالی، کولونی عرضی ولولوس به‌صورت نادر مشاهده می‌شود (۹-۱۲). وقوع ولولوس در حاملگی نادر می‌باشد و به‌دلیل تشخیص و درمان دیررس، باعث افزایش عوارض مرگ‌ومیر در مادر و نوزاد می‌شود (۱، ۳). تریاد بالینی درد شکم، دیستانسیون شکم و بیوست مطلق می‌تواند در تشخیص این بیماری در طی حاملگی کمک کند (۳، ۶، ۱۳). ولولوس از علل شایع انسداد روده در حاملگی می‌باشد. شیوع انسداد روده در طی حاملگی افزایش پیدا نمی‌کند، اگرچه تشخیص آن خیلی مشکل می‌شود (۳). در یک مطالعه چسبندگی منجر به انسداد روده کوچک، شایع‌ترین علت شکم حاد در طی حاملگی بعد از آپاندیسیت گزارش شد (۱). اکثر موارد انسداد روده در طی حاملگی ناشی از اثر فشاری رحم در حال رشد به روده‌هایی که چسبندگی دارند، می‌باشد که این حالت بیشتر در سه ماهه دوم حاملگی که رحم بزرگ‌تر می‌شود و یا در سه ماهه سوم

بارداری وقتی که سر جنین نزول پیدا می‌کند و یا بلافاصله بعد از زایمان وقتی که سائز رحم به‌صورت حاد کوچک می‌شود، اتفاق می‌افتد (۱). تقریباً ۵۰٪ موارد مربوط به چسبندگی به‌علت اعمال جراحی لگنی قبلی از جمله سزارین می‌باشد و ۲۵٪ انسداد روده به‌علت ولولوس می‌تواند به‌علت درگیری سیگموئید، سکوم یا روده کوچک باشد (۱). ۹۸٪ بیماران باردار درد شکم به‌صورت مداوم یا متناوب داشتند و ۸۰٪ تهوع و استفراغ، ۷۰٪ تندرینس شکمی و ۵۵٪ سدهای غیرعادی روده را گزارش کردند (۸). تعداد زیادی از بیماران با ولولوس سیگموئید شروع مخفیانه و آهسته داشته و به‌تدریج با پیشرفت بیماری، درد، دیستانسیون شکم و عدم دفع گاز و مدفوع به‌وجود می‌آید و معمولاً استفراغ بعد از چند روز اتفاق می‌افتد (۱۶). تب، تاکی‌کاردی، افت فشارخون، سفتی شکم، تندرینس برگشتی و اختلال آزمایشگاهی در شروع بیماری مشاهده نمی‌شود، مگر اینکه پرفوراسیون روده و پریتونیت ایجاد شده باشد. این گزارش مورد جهت در نظر گرفتن ولولوس سیگموئید به‌عنوان یکی از تشخیص‌های افتراقی دیستانسیون شکم در طی حاملگی که باید مدنظر باشد، ارائه می‌شود.



شکل ۱- دیستانسیون شدید کولن حین عمل جراحی



شکل ۲- شکل روده پس از حذف ولولوس

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۱ ساله با سن حاملگی ۳۶ هفته و ۲ روز و سابقه یک بار سزارین، در مورخه ۹۷/۸/۳۰ با اظهار درد شکم به بیمارستان آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل مراجعه کرده بود. بیمار انقباضات رحمی دستی در بدو ورود نداشت، ولی در تست NST انقباضات رحمی ثبت شده و در معاینه واژینال سرویکس بسته و جایگاه سر جنین بسیار پایین (۱+ متمایل به ۲+) و افسمان نیز منفی گزارش شده بود. بیمار جهت ادامه درمان بستری و ثبت حرکات جنینی و تست NST مجدد درخواست شد. بیمار در طی حاملگی ۲ بار سونوگرافی شده که ناهنجاری گزارش نشده بود. بیمار سابقه هیپوترئوئید داشته که تحت درمان طبی بوده و سابقه عمل جراحی توده کمر در ۱۷ سال قبل و سابقه عمل جراحی همورئیدکتومی در طی حاملگی را نیز ذکر می‌کرد. همچنین یبوست مزمن را نیز در سابقه داشت (هیچ علائمی از تهوع، استفراغ و درد شکم را ذکر نمی‌کرد). در آزمایشات بیمار هموگلوبین ۱۳ گرم بر دسی‌لیتر، پلاکت ۱۵۳ هزار، قندخون ناشتا ۹۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و آزمایش ادرار طبیعی بود. با احتمال زایمان زودرس، ۱۲ میلی‌گرم بتامتازون عضلانی تزریق گردید. روز بعد (۱۷ ساعت بعد از ورود بیمار به بیمارستان) به علت درد شکم، ثبت انقباضات رحمی و باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون سرویکس ۳-۴ سانتی‌متر و افسمان ۳۰-۴۰٪ و نمره جایگاه سر جنین ۲+) به صورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل شد و بیمار تحت سزارین با بیهوشی عمومی قرار

گرفت و نوزاد دختر با آپگار ۱۰-۹ و وزن ۲/۷۵۰ گرم متولد شد. در حین جراحی اتساع غیرطبیعی روده بزرگ مشاهده شد، لذا به صورت اورژانسی مشاوره جراحی درخواست گردید و تشخیص ولولوس سیگموئید داده شد و روده بزرگ بیمار که به علت ولولوس سیگموئید اتساع غیرطبیعی داشت، رفع ولولوس شد و چندین بار رکتال تیوب زده شد تا روده‌ها خالی گردد، سپس شکم بسته شد. بعد از عمل ۴۸ ساعت بیمار به سرویس جراحی عمومی منتقل گردید و در سرویس جراحی نیز مشکلی پیدا نکرد و جهت عمل الکتیو کولکتومی نوبت داده شد تا بعد از سپری شدن مرحله حاد، کاندید عمل جراحی الکتیو شود. این گزارش با اجازه کتبی از بیمار و همراه بیمار تهیه و تنظیم گردید.

## بحث

در مطالعه حاضر یک مورد ولولوس سیگموئید در طی سزارین بدون علائم بالینی ولولوس مشاهده گردید که اقدام درمانی لازم انجام شد و بیمار به سرویس جراحی عمومی جهت ادامه درمان و انجام عمل الکتیو کولکتومی ارجاع داده شد. در مطالعه هانگریپلر (۱۹۹۶)، یک مورد ولولوس سیگموئید در یک خانم ۲۴ ساله با سن حاملگی ۳۶ هفته با علائم درد شکم متناوب و یبوست، بدون تب و لرز و تهوع و استفراغ و بدون سابقه مشکل طبی و جراحی قبلی تشخیص داده شد. ایندکشن جهت زایمان طبیعی شروع و زایمان انجام شد. بعد از زایمان طبیعی و تولد نوزاد با آپگار ۹-۷، علائم بالینی بیمار بدتر گردید و

معمول بیمار نرمال بود. با توجه به عدم تشخیص بالینی، رادیوگرافی شکم انجام شد و تشخیص ولولوس سیگموئید داده شد و با سیگموئیدسکوپ جانندازی گردید و رکتال تیوب تعبیه شد و بیمار به متخصص زنان جهت سزارین الکتیو ارجاع داده شد. در طی سزارین، اتساع بیش از اندازه کولون سیگموئید مشخص گردید و جانندازی انجام و جهت عمل جراحی الکتیو سیگموئیدکتومی نوبت داده شد (۱۴).

در بیمار گزارش حاضر، علائم شکم حاد وجود نداشت، ولی بیمار سابقه یبوست مزمن را داشت. همچنین تهوع و استفراغ نیز در حین مراجعه گزارش نشد. با توجه به تشخیص ولولوس سیگموئید هنگام سزارین، احتمال می‌رود که ولولوس سیگموئید در حدی نبود که علائم انسداد کامل و علائم شکم حاد ایجاد کند، اما اگر سزارین انجام نمی‌شد، تشخیص دیررس و درمان دیررس می‌توانست عواقب خطرناکی برای مادر و نوزاد به‌همراه داشته باشد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به عوارض خطرناک مادری و نوزادی ولولوس در طی حاملگی، توصیه می‌شود یکی از تشخیص‌های افتراقی دیستانسیون شکم در طی حاملگی، ولولوس سیگموئید باشد.

در عرض ۱۲ ساعت، علائم پریتونیت پیدا کرد و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت (۱۵). در گزارش جهاد و همکاران (۲۰۰۵)، یک خانم ۲۲ ساله سعودی در هفته ۲۸ بارداری با علائم درد کولیکی شکم، دیستانسیون و عدم دفع گاز مدفوع معرفی شد. این بیمار در ۲۰ هفتگی نیز سابقه ولولوس سیگموئید داشته که به‌وسیله سیگموئیدسکوپی جانندازی گردیده بود. در ۲۸ هفتگی نیز با کولونوسکوپ جانندازی شده و رکتال تیوب تعبیه گردیده و با بهبود علائم بالینی مرخص شده بود. در هفته ۳۵ حاملگی او برای بار سوم با ولولوس سیگموئید مراجعه و با کولونوسکوپ جانندازی شد. در ۳۵ هفتگی متخصصین زنان و زایمان ختم حاملگی را توصیه نکردند، در نهایت در ۳۸ هفتگی بیمار بستری و اینداکشن جهت زایمان داده شد. بیمار ۲ هفته بعد کاندید عمل جراحی الکتیو کولکتومی سیگموئید قرار گرفت (۴). در مطالعه زیا آفتاب و همکاران (۲۰۱۴)، یک خانم ۳۳ ساله با سن حاملگی ۳۲ هفته با علائم بالینی درد منتشر شکم مراجعه کرد که درد بیمار ۲ روز قبل از مراجعه به‌تدریج تشدید شده و کیفیت کولیکی داشته، ولی همراه تهوع و استفراغ، تب و خونریزی از مقعد نداشته و بیمار روز بعد از مراجعه دچار دیستانسیون شده و دفع گاز و مدفوع نداشته است. بیمار سابقه سزارین در ۵ سال قبل داشت، در معاینه رکتال مشکلی نداشت و ارزیابی جنین به‌وسیله متخصص زنان انجام شد و علائم حیاتی و آزمایشات

### منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 24<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Oddsdottir M, Hanter JG. Gall bladder and the Extrahepatic Biliary System. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al, editors. Schwartz's principles of surgery. 10<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2014. P. 1219-20.
3. Perdue PW, Johnson Jr HW, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. Am J Surg 1992; 164(4):384-8.
4. Alshawi JS. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 2005; 48(9):1811-3.
5. Fraser JL, Eckert LA. Volvulus complicating pregnancy. Can Med Assoc J 1983; 128(9):1045.
6. Kantor HM. Midgut volvulus in pregnancy. A case report. J Reprod Med 1990; 35(5):577-80.
7. Rachagan SP, Raman S, Sivanesaratnam V, Sinnathuray TA. Intestinal obstruction following previous myomectomy and the use of beta-sympathomimetics in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1986; 22(1-2):99-101.
8. Perdue PW, Johnson HW Jr, Stafford PW. Intestinal structing complicating pregnancy. Am J Surg 1992; 164(4):384-8.
9. Keating GA, Jackson DS. Sigmoid volvulus in late pregnancy. J R Army Med Corps 1985; 131(2):72-4.
10. Hofmeyr GJ, Sonnendecker EW. Sigmoid volvulus in advanced pregnancy. Report of 2 cases. S Afr Med J 1985; 67(2):63-4.

11. Agrawal RL, Misra MK. Volvulus of the sigmoid colon. *Int Surg* 1971; 55(1):49-56.
12. Allen JC. Sigmoid volvulus in pregnancy. *J R Army Med Corps* 1990; 136(1):55-6.
13. Frizelle FA, Wolff BG. Colonic volvulus. *Adv Surg* 1996; 29:131-9.
14. Aftab Z, Toro A, Abdelaal A, Dasovsky M, Gehani S, Mola AA, et al. Endoscopic reduction of a volvulus of the sigmoid colon in pregnancy: case report and a comprehensive review of the literature. *World J Emerg Surg* 2014; 9(1):41.
15. Lord SA, Boswell WC, Hungerpiller JC. Sigmoid volvulus in pregnancy. *Am Surg* 1996; 62(5):380-2.
16. Hodin RA, Thomas Lamont J, Grover S. Literature review current through. *UpToDate*. Available at: URL: <https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus>; 2018.