

بررسی یک مورد دایورتیکولیت پرفوره سکوم در دوره نقاهت پس از زایمان

دکتر لیدا جدی*، دکتر مجید کلباسی غروی**، دکتر تیمور شیرانی***

چکیده:

شکم حاد جراحی در دوران بارداری و پس از زایمان همواره یکی از چالش‌های مهم تشخیص و درمانی بوده است. اگرچه در دوران بارداری به خوبی به این مساله پرداخته شده، اما هنوز آمار دقیق از شیوع پاتولوژی‌های مختلف و راه کارهای تشخیصی و درمانی اختصاصی در دوران پس از وضع حمل وجود ندارد. از طرفی در دوران نقاهت پس از زایمان با توجه به افزایش شانس بروز مسائل ترومبوآمبولیک، انجام عمل‌های جراحی بر این میزان می‌افزاید که این مساله نیز می‌بایست مد نظر باشد. بیمار مطرح شده خانم 27 ساله‌ای است که به دلیل شکم حاد جراحی ناشی از پرفوراسیون سکوم در زمینه دایورتیکولیت تحت عمل جراحی قرار گرفت و پس از ترخیص از سرویس جراحی به دلیل بروز ترومبوآمبولی ریه مجدداً تحت بستری و درمان قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: شکم حاد جراحی، دوره نقاهت پس از زایمان، آمبولی ریوی

زمینه و هدف

یافته ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی است که می‌تواند تهدید کننده حیات برای این مادران باشد و اینکه آیا برای این موارد پروفیلاکسی آنتی‌کواگولان ضرورت دارد یا خیر خود یکی از چالش‌ها و نقاط اختلاف نظر فراوان می‌تواند باشد.^{1,2} بنابراین در این دوران تشخیص دقیق و افتراق موارد مختلف اعم از پاتولوژی‌های با ضرورت مداخله جراحی و یا تصمیم‌گیری در مواجهه مسائلی مانند پروفیلاکسی

دوره نقاهت پس از زایمان (نفاس) با توجه به تغییرات پویا در فیزیولوژی دوره‌ای بسیار حائز اهمیت می‌باشد چراکه افتراق فرایندهای طبیعی علامت‌دار از فرایندهای پاتولوژیک همواره چالش برانگیز است. از جمله این موارد پاتولوژی‌های داخل شکم است که همراه با درد طیفی از ماهیت نرمال تا اورژانس‌های جراحی را شامل می‌شود و یا همراهی شکم حاد جراحی با مشکلات دیگر در این دوران مانند خطر افزایش

نویسنده پاسخگو: دکتر مجید کلباسی غروی

تلفن: 03145216956

E-mail: kalbasimajid@gmail.com

* جراح زنان و زایمان، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، بیمارستان 22 بهمن

** جراح عمومی، دستیار گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهرا

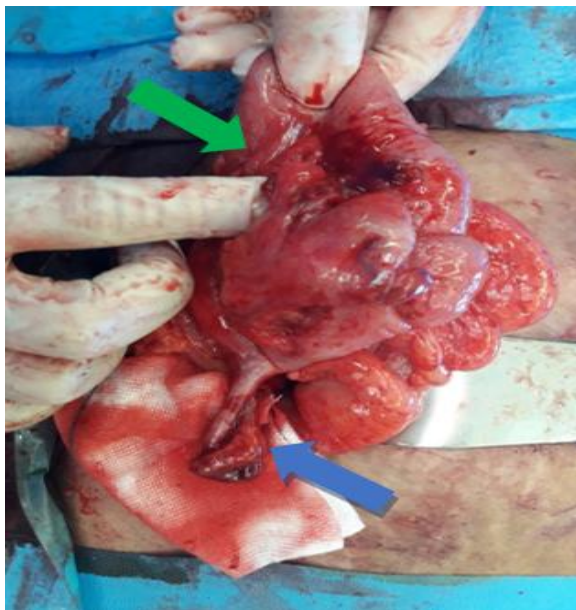
*** کاردپولوژیست، بیمارستان مهر مشهد

تاریخ وصول: 1400/02/11

تاریخ پذیرش: 1400/06/17

با توجه تکمیل معاینات بالینی و پاراکلینیکی برای بیمار تشخیص احتمالی آپاندیسیت حاد گذاشته شد و پس از انجام اقدامات لازم به اتاق عمل منتقل گردید. پس از القای بیهوشی عمومی، جدار شکم با برش مک بورنی باز شده، پس از ورود به فضای پریتون حجم قابل توجهی ترشحات چرکی و التهاب شدید در ناحیه وجود داشت که در ابتدا نظر جراح به احتمال وجود فلگمون آپاندیس جلب شد، اما طی ارزیابی‌های بیشتر، آپاندیس بصورت غیر ملتهب در موقعیت ساب سکال رویت شد. طی بررسی بیشتر، در سمت آنتی مزانتر سکوم و در سطح دریچه ایلئوسکال التهاب شدید وجود داشت که توسط امننوم محصور گردیده بود. با دایسکشن دقیق در همین ناحیه، پرفوراسیون محصور شده در دیواره لترال سکوم به همراه آبسه محل وجود داشت (تصویر 1).

رزکسیون بخش ملتهب بصورت پارشیل سککتومی با استفاده از استیپلر خطی - برشی انجام شد و از جهت اطمینان، خط بخیه با استفاده از یک ردیف بخیه‌های مجدد تقویت گردید. در ادامه اقدام به آپاندکتومی نیز شد. با استفاده از حجم مناسب سرم گرم شست شو انجام و در هر امکان سایر قسمت‌های شکم هم بررسی گردید که در هر دارنده نکته‌ای نبود. در نهایت پس از تعبیه درن جدار شکم طبق ترتیب آناتومیک ترمیم شد.



تصویر 1- آپاندیس نرمال به همراه سکوم پرفوره - فلش زرد پرفوراسیون سکوم. فلش آبی آپاندیس نرمال

ترومبوآمبولی وریدی نیاز به مهارت، تجربه بالینی و دانش مناسب دارد و مطرح ساختن مواردی از وضعیت‌هایی که به آن در سطور متون‌های کتاب‌های جراحی به دقت پرداخته نشده است می‌تواند علاوه بر افزودن به این تجربه به تصمیم‌گیری‌های بهتر نیز کمک کند.

معرفی بیمار

بیمار خانم 27 ساله، در روز بیست و هشتم پس از زایمان طبیعی واژینال با شکایت درد شکم تشدید یافته از سه روز قبل مراجعه نمود. درد از زمان شروع ماهیت افزایش یافته داشته، حداکثر شدت آن در نیمه تحتانی راست شکم (RLQ)، بدون انتشار و بدون عامل تشدید و تخفیف دهنده بود. در شرح حال اخذ شده، پس از زایمان همواره دردهای شکمی در ناحیه اطراف ناف وجود داشته که با مصرف از داروهای ضد درد خوراکی بهبود می‌یافته است و در بررسی‌های پاراکلینیکی ارتباط خاصی برای آن کشف نگردیده بود، اما در این اپیزود، بنا به نظر بیمار درد از نظر شدت و ماهیت متفاوت و همراه با علائم تهوع و استفراغ قابل توجه و بی‌اشتهایی بود. بیمار سابقه‌ای از بیماری قبلی جراحی و مزمن نداشته و همچنین دوران بارداری وی نیز بدون مشکل طی گردید.

علائم حیاتی در زمان معاینه
 $T=38.10C$, $BP=120/70$, $PR=85/min$
 در معاینه کلی دهیدارسیون شدید وجود نداشت و معاینه شکم شامل گاردینگ ارادی کل شکم، تندرns و ریپاند تندرns در ناحیه ربع راست تحتانی (RLQ) بود. در سایر قسمت‌های شکم تندرns وجود نداشت. در معاینه ژنیتال خونریزی واژینال غیر طبیعی و لوشیای بد بو نداشت و حرکات سرویکس دردناک نبود.

با توجه به این وضعیت، بیمار جهت ارزیابی در سرویس مشترک زنان و زایمان و جراحی بستری و اقدامات اولیه برای وی انجام شد. در بررسی آزمایشگاهی
 $Hb=12.6 \text{ gr/dL}$, $WBC=12000/\mu\text{L}$ (Neutrophil=75%)
 $CRP=3+$ و $PLT=156000/\mu\text{L}$
 گزارش شد. آنالیز ادراری نیز نرمال بود.

در سونوگرافی شکم و لگن شواهدی از التهاب در ربع راست تحتانی (RLQ) به همراه مختصر مایع پاراکولیک منطبق بر آپاندیسیت حاد و بدون فلگمون گزارش و سایر موارد اعم از سایز رحم و تخمدان‌ها نرمال بود.

ادامه وارفارین) قرار گرفت. در پیگیری‌های انجام شده در ماه‌های یک، سه و شش حال عمومی بیمار خوب و بدون مشکل خاصی بود.

در پاتولوژی، آپاندیس غیر ملتهب، پرفوراسیون و نکروز پارشیل جداره در زمینه التهاب دایورتیکول سکوم به همراه آبسه اطراف و بدون وجود بدخیمی رویت گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

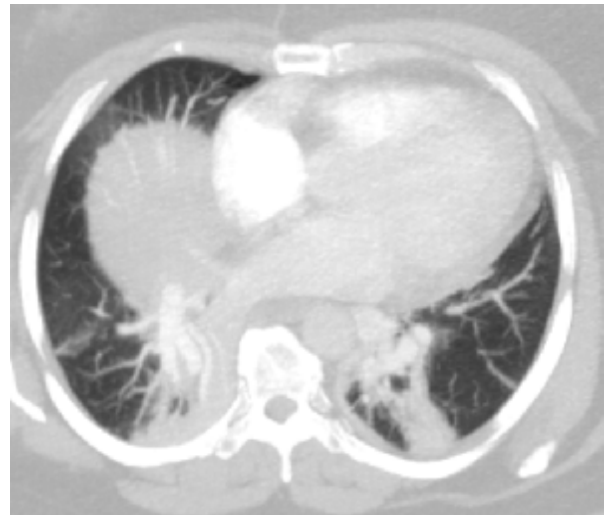
دوره نقاهت پس از زایمان با توجه به مرحله گذر از فیزیولوژی حاملگی به فیزیولوژی طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که بسیاری از این تغییرات فیزیولوژیک همراه با علائم و نشانه‌هایی هستند که افتراق آن از علائم و نشانه‌های پاتولوژیک می‌تواند حیاتی باشد. در این دوران بطور طبیعی میزانی از درد شکم (Stomach Pain) بعلت انقباضات رحم و کرامپ‌های غضلانی جدار شکم وجود دارد اما نکته پر اهمیت افتراق این درد طبیعی از دردهای شکم حاد جراحی است.³ بر اساس یک قانون هر نوع تغییر ماهیت درد شکم در دوران نقاهت پس از زایمان می‌بایست بصورت مستقل و به عنوان یک درد پاتولوژیک تحت ارزیابی قرار گیرد، چرا که غیر از این صورت می‌تواند باعث غفلت از تشخیص در مراحل اولیه گردد که با توجه به افزایش سطح خونی مدیاتورهای التهابی در زمینه حاملگی، این پاتولوژی بصورت ساب کلینیکی و خاموش گسترش یافته و منجر به بروز سپسیس‌های فرانک و مرگ و میر شود.⁴

پاتولوژی‌های شکم حاد در دوره نقاهت پس از زایمان را می‌توان به دو دسته مرتبط با مسائل زنان و زایمان شامل پارگی رحم، ترومبوز ورید تخمدان، اندومتریوز و همچنین غیر مرتبط با مسائل زنان و زایمان و شامل آپاندیسیت حاد، کله سیستیت حاد، ایسکمی مزانترو و پارگی مثانه ذکر کرد.⁵⁻⁷ از این میان دایورتیکولیت‌های کولون تشخیصی بسیار بعید بوده که تا به حال نیز موارد بسیار محدودی از آن گزارش گردیده است.

دایورتیکول سکوم اغلب از نوع دایورتیکول‌های حقیقی هستند و با شیوع کم دیده می‌شوند که شیوع در جمعیت آسیایی بیشتر از جمعیت غربی است.⁸ دایورتیکولیت سکوم همواره در تشخیص افتراقی شاید غیرقابل افتراق در معاینه برای آپاندیسیت حاد قرار دارد و در صورت عارضه‌دار شدن عارضه‌دار شده نیز طیف علائمی از درد ربع تحتانی راست تا بروز پریتونیت استقرار یافته را در بر خواهد داشت که اغلب

پس از انجام روند ریکواری بیمار در بخش جراحی بستری شده و در تمام مدت حال عمومی خوب و سیر بیماری رو به بهبود بود. در روز چهارم پس از عمل رژیم خوراکی شروع شده و در روز پنجم با حال عمومی خوب و دستورات آنتی بیوتیک خوراکی مرخص گردید.

یک هفته پس از ترخیص بیمار با شکایت از درد قفسه سینه هنگام تنفس، تنگی نفس قابل توجه (Dyspnea) و تب مراجعه نمود. علائم حیاتی وی در این زمان RR=30/min, T=37.9C, BP=110/65, PR=100/min بود. بیمار جهت ارزیابی دقیق‌تر در سرویس اورژانس بستری و در معاینات ابتدایی انجام شده بروز عوارض مربوط به سایت جراحی وجود نداشت. در سونوگرافی شکم و لگن در اطراف محل عمل مایع داخل پریتون رویت نشده و همچنین در گرافی قفسه صدری ایستاده نیز شواهدی از هوای زیر دیافراگم رویت نشد. با توجه وضعیت و با احتمال بروز آمبولی ریوی برای وی مشاوره قلب و عروق درخواست شده که در اقدامات انجام شده در نوار قلب سینوس تاکی کاردی داشته، اکو کاردیو گرافی نرمال و دی دایمر کیفی وی مثبت بود. داپلر وریدی اندام تحتانی نکته خاصی را در بر نداشت و در نهایت در سی تی آنژیوگرافی از قفسه صدری آمبولی ریوی اثبات گردید (تصویر 2).



تصویر 2- سی تی آنژیوگرافی ریه. انفارکتوس گوه‌ای سگمان خلفی لوب تحتانی چپ

پس از تشخیص قطعی، بیمار تحت ادامه درمان با آنتی کواگولان (در ابتدا هپارین با وزن مولکولی پایین و در

زایمان، راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد وجود دارد که مورد استفاده متخصصین زنان است. برای مثال به دنبال زایمان طبیعی شرایطی شامل ایپیزوهای متعدد قبلی ترومبوآمبولی وریدی، ترومبوآمبولی قبلی در زمینه ترومبوپیلی و سندروم آنتی فسفولیپید جز موارد با ریسک بسیار بالاست که این افراد نیاز به 6 هفته درمان با هپارین با وزن مولکولی پایین دارند.^{17،16}

بنابراین در اینجا از یک طرف مواجه با پدیده افزایش خطر ترومبوآمبولی وریدی در دوران پس از زایمان بوده و از طرفی وجود یک سری فاکتورهای اضافه‌تر می‌توانند بر افزایش این خطر بیفزایند و یکی از مهمترین آن‌ها انجام عمل جراحی در این دوره است که هم خود عاملی برای افزایش خطر بوده و هم بی‌حرکی احتمالی به دنبال آن مزید بر علت است.¹⁸ اینکه در این شرایط هم پروفیلاکسی ضرورت داشته و به چه ترتیب و تا چه مدت باید انجام شود در منابع بررسی شده مطلبی مبتنی بر شواهد یافت نگردید و خطرات یا مزایای آن هم مشخص نبود در نتیجه لازم است در این مورد مطالعاتی صورت پذیرد و بدین ترتیب نیز برای این بیمار در دوران پس از عمل پروفیلاکسی هپارین تجویز نگردید که این امر متأسفانه منجر به بروز ترومبوآمبولی ریوی در بیمار شد.

نیز منجر به عمل جراحی می‌شوند.⁹ اما اینکه دایورتیکولیت سکوم و یا عارضه‌دار شده آن چقدر می‌تواند با پدیده حاملگی ارتباط داشته باشد، مشخص نیست. موارد بسیار محدودی از بروز دایورتیکولیت در سیگموئید و همچنین دایورتیکولیت مکل ذکر شده است^{10،11} و چنانچه بیان شد، هرچند ارتباط اثبات شده‌ای هنوز وجود ندارد، اما این احتمال وجود دارد که بروز دایورتیکول‌های کاذب سکوم با حاملگی و زایمان ارتباط داشته باشد. در مورد پاتولوژی‌های سکوم مرتبط با حاملگی تا به حال دو مورد گزارش وجود دارد که یکی پرفوراسیون در زمینه دایورتیکولیت سکوم و دیگری پارگی خودبخودی سکوم است.^{12،13} بدین ترتیب این مورد گزارش شده این مقاله می‌تواند یک مورد منحصر به فرد باشد.

یکی دیگر از چالش پیشرو در دوران نقاهت پس از زایمان، افزایش خطر بروز ترومبوآمبولی وریدی است، چرا که افزایش فعالیت کوآگولاسیون بلافاصله پس از زایمان به حداکثر خود رسیده و 6 تا 12 هفته نیز بالا باقی می‌ماند و در منابع مختلف افزایش بروز ترومبوآمبولی را از 2 تا 84 برابر ذکر نموده‌اند.^{14،15} البته حتی با این شرایط نیز پروفیلاکسی در همه بیماران لازم نبوده و به منظور مدیریت کاهش خطر بروز ترومبوآمبولی وریدی در دوران حاملگی و پس از

Abstract:**Pulmonary Thromboembolism due to Perforated Cecal Diverticulitis in Postpartum Period: A Case Report**

Jeddi L. MD^{}, Kalbasi Gharavi M. MD^{**}, Shirani T. MD^{***}*

(Received: 1 April 2021 Accepted: 8 Sep 2021)

Acute surgical abdomen during pregnancy and postpartum period is always an important challenge in diagnosis or management. Although it is better addressed during pregnancy, there is any exact data on prevalence and specific diagnostic and therapeutic approaches of these pathologies during postpartum period. On the other hand, due to the increased probability of developing thromboembolic events in postpartum, any surgical intervention can intensify this risk and must be considered.

In this article it Has been introduced a 27-year-old girl who underwent surgery due to perforated cecal diverticulitis but few days after discharging, she was admitted again for pulmonary embolism.

Key Words: Acute Surgical Abdomen, Postpartum Period, Pulmonary Thromboembolism

^{*} *Gynecologist, 22 Bahman Hospital of Islamic Azad University, Mashhad, Iran*

^{**} *General Surgeon, Resident of Plastic Surgery, Isfahan University of Medical Sciences, AL Zahra Hospital, Isfahan, Iran*

^{***} *Cardiologist, Mehr Hospital, Mashhad, Iran*

References:

1. E H, Vk S, Kola SK, Kg DK. Spontaneous Caecal Perforation Associated with Ogilvie's Syndrome Following Vaginal Delivery - A Case Report. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2014; 8(6): ND08-ND9.
2. Tepper NK, Boulet SI Fau - Whiteman MK, Whiteman Mk Fau - Monsour M, Monsour M Fau - Marchbanks PA, Marchbanks Pa Fau - Hooper WC, Hooper Wc Fau - Curtis KM, et al. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. [1873-233X (Electronic)].
3. Waseem M, Cunningham-Deshong H Fau - Gernsheimer J, Gernsheimer J. Abdominal pain in a postpartum patient. [0736-4679 (Print)].
4. Patel, Boskey DO; O'Connor, Mark MD Postpartum Abdominal Pain, With a Twist, *American Journal of Gastroenterology*: October 2017 - Volume 112 - Issue - p S1319-S1320.
5. Belfort MA, Clark SI Fau - Saade GR, Saade Gr Fau - Kleja K, Kleja K Fau - Dildy GA, 3rd, Dildy Ga 3rd Fau - Van Veen TR, Van Veen Tr Fau - Akhigbe E, et al. Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. [1097-6868 (Electronic)].
6. Musa J, Misauno MA. Uterine rupture in a primigravida presenting as an acute abdomen post delivery: a case report. *Niger J Med* 2007; 16: 274-6.
7. Siddiqui M, Ranasinghe JS. Spontaneous rupture of uterus. *J Clin Anesth* 2002; 14: 368-70.
8. Kyziridis, D. S., Parpoudi, S. N., Antoniou, N. D., Konstantaras, D., Moysidis, M. G., Christoforidis, E., & Tsalis, K. G. (2015). Cecal diverticulitis is a challenging diagnosis: a report of 3 cases. *The American journal of case reports*, 16, 206-210.
9. Malek L, Sultan A, Abbas M, Al-Awadhi N. Perforated caecal diverticulitis mimicking an acute appendicitis: a case report. *Cases journal*. 2009; 2: 7901.
10. Rotondi M. Su di un caso di diverticolite acuta del sigma simulante una perforazione uterina [On a case of acute diverticulitis of the sigmoid simulating uterine perforation]. *Rass Int Clin Ter*. 1970 May 15; 50(9): 533-7. Italian.
11. Hu WT, Zhang QY, Cheng HD. Perforated Meckel's diverticulitis complicating pregnancy at 28 weeks' gestation misdiagnosed as appendicitis. *Reprod Dev Med* 2018; 2: 187-9.
12. Pelosi MA 3rd, Pelosi MA, Villalona E. Right-sided colonic diverticulitis mimicking acute cholecystitis in pregnancy: case report and laparoscopic treatment. *Surg Laparosc Endosc*. 1999 Jan; 9(1): 63-7.
13. Kouam, C., Passang, O., Guifo, ML. et al. Spontaneous cecal perforation in a 40-year-old pregnant woman treated by primary repair and omental patch: a case report. *J Med Case Reports* 11, 162 (2017).
14. Tepper NK, Boulet SL, Whiteman MK, Monsour M, Marchbanks PA, Hooper WC, Curtis KM. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2014 May; 123(5): 987-996.
15. Heit JA, Kobbervig Ce Fau - James AH, James Ah Fau - Petterson TM, Petterson Tm Fau - Bailey KR, Bailey Kr Fau - Melton LJ, 3rd, Melton LJ, 3rd. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. [1539-3704 (Electronic)].
16. Assessing Risk for Antenatal Venous Thromboembolism. Council on Patient Safety in Women's Health Care Safety Action Series Webinar, April 20, 2016.
17. Leffert et al. The society for obstetric anesthesiologists and perinatologists consensus statement on the anesthesia management of pregnant and postpartum women receiving thromboprophylaxis or higher dose anticoagulation. www.anesthesia-analgesia.org 2018; 126(3): 928-45.
18. reutzer L, Minami C, Yang A. Preventing Venous Thromboembolism After Surgery. *JAMA*. 2016; 315(19): 2136.