

پارگی خودبخود طحال پس از سزارین در یک خانم مبتلا به پره‌اکلامپسی با حاملگی دوقلو

مینو یغمایی (MD)^۱، مهدی ضمیری اسکویی (MD)^۲، سیمین صادقی (MD)^۳، مژگان مختاری (MD)^{۱*}

۱- مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۲- گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۳- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دریافت: ۹۱/۱۱/۲۲، اصلاح: ۹۱/۱۲/۱۶، پذیرش: ۹۲/۲/۱۱

خلاصه

سابقه و هدف: پارگی خودبخود طحال در دوران بارداری و نفاس پدیده‌ای نادر است که در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع با عوارض و مرگ و میر بالایی همراه می‌باشد. هدف این مقاله گزارش یک مورد پارگی خودبخود طحال پس از سزارین می‌باشد.

گزارش مورد: خانمی ۲۴ ساله بدون سابقه هیچ بیماری سیستمیک، به علت دوقلویی در هفته ۳۸ بارداری تحت عمل سزارین الکئویو، در صبح روز بعد از عمل با تابلوی خونریزی شکمی تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. در حین لاپاراتومی علیرغم نرمال بودن رحم و ضمایم مقدار زیادی خون و لخته در حفره شکم مشاهده شد که با تجسس منشا آن خونریزی عروق ناف طحال تشخیص داده شد که متعاقب آن اسپلنکتومی انجام شد. به بیمار هیچ ترومایی در حین یا پس از عمل وارد نشده بود و در بررسی پاتولوژی نیز بافت طحال نرمال گزارش شد.

نتیجه گیری: در هنگام مواجهه با تابلوی خونریزی شکمی در افراد باردار یا کسانی که در دوران نفاس هستند باید علیرغم نادر بودن، پارگی طحال را نیز مد نظر داشت.

واژه های کلیدی: خونریزی پریتونئال، پارگی طحال، سزارین، پره‌اکلامپسی

مقدمه

اهمیت توجه به احتمال پارگی طحال در افراد با تابلوی خونریزی داخل شکمی در دوران حاملگی یا نفاس می‌باشد.

گزارش مورد

بیمار خانمی ۲۴ ساله G₁P₀ بود که به علت حاملگی دو قلو با پرزانتاسیون بریج - سفالیک در هفته ۳۸ بارداری تحت عمل جراحی سزارین الکئویو قرار گرفت. در شرح حال سابقه عمل سرکلاژ در ماه چهارم بارداری و دو روز بستری در بیمارستان به علت خونریزی مختصر در ماه ششم بارداری که خودبخود بهبود پیدا کرده بود را می‌داد. او سابقه ابتلا به هیچ بیماری سیستمیکی را نداشت و از داروی خاصی به جز مکمل‌های معمول دوران بارداری استفاده نمی‌کرد. در زمان بستری در معاینه فیزیکی فشار خون ۱۰۰/۷۰، تعداد ضربان قلب ۹۷، تعداد تنفس ۱۶، دمای بدن ۳۶/۹ و تعداد ضربان قلب جنین‌ها ۱۳۶ و ۱۴۲ و ارتفاع رحم در حد نرم بود. در آزمایشات قبل از عمل (Pt: ۲۳۳۰۰، (۸۴٪) neut: ۱۷۲۰۰، WBC و Hb: ۱۲/۱ بود. سزارین از طریق برش فان اشتیل پوست و keir روی رحم انجام شد و دو نوزاد به آسانی و بدون نیاز به فشار شکمی با آپکار ۱۰-۹ به دنیا آمدند. در حین سزارین هیچ مشکلی وجود نداشت و پس از عمل بیمار با حال

پارگی خودبخود طحال یک عارضه نادر اما شناخته شده حاملگی است که اغلب در سه ماهه سوم بارداری و دوران نفاس اتفاق می‌افتد و می‌تواند با عوارض و مرگ و میر بالایی همراه باشد (۱۵۲). هر چند این عارضه نخستین بار در سال ۱۸۰۳ توسط Saxtorph گزارش شد، اما اولین موردی که بیمار با انجام اسپلنکتومی نجات پیدا کرد به سال ۱۸۹۸ بر می‌گردد (۱). علایم و نشانه‌های پارگی طحال در حاملگی متغیر اما مشابه افراد غیر حامله است. علایم و نشانه‌ها شامل خونریزی شدید داخل شکمی، درد شکم، درد فلانک و شانه چپ، اتساع شکمی، افت فشار خون و کاهش حجم می‌باشد (۳). این وضعیت تشخیص و اقدام فوری را می‌طلبد و در غیر این صورت می‌تواند با عوارض و مرگ و میر بالایی همراه باشد (۴). پارگی خودبخود طحال در طی دوران بارداری، لیبر و دوران نفاس گزارش شده است (۳) و از آنجا که تظاهرات این عارضه مبهم است معمولاً تشخیص آن دیررس بوده و منجر به عوارض نامطلوبی می‌شود (۴). عموماً پارگی طحال ناشی از تروما با هر شدتی به یک طحال طبیعی یا ترومای خفیف به یک طحال بیمار است، وقتی پارگی طحال خودبخود در نظر گرفته می‌شود که همراه با سابقه تروما و بیماری سیستمیک نبوده و پاتولوژی واضحی در زمان تجسس یافت نشود (۵). هدف از این گزارش معرفی یک مورد پارگی خودبخود طحال متعاقب سزارین یک خانم با حاملگی دوقلو و مبتلا به پره‌اکلامپسی به منظور تاکید بر

* مسئول مقاله:

آدرس: زاهدان، میدان دکتر حسابی، بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، گروه زنان، تلفن: ۵-۵۴۱-۳۴۲۵۵۸۱-۵

e-mail: mmokhtari1345@hotmail.com

متعاقب مصرف دارو، ترومای داخلی مانند سرفه، استفراغ و تشنج و ۳۸ مورد در ارتباط با حاملگی و عوارض آن بوده است و در ۳۵ مورد هیچ علتی وجود نداشته است (۶). در مطالعه Saber نیز از ۱۱۶ مورد ترومای غیر نافذ شکمی، ۸۴ مورد پارگی طحال مشاهده شد (۹). همچنین در مطالعه Gholizadeh Pasha و همکاران نیز شایعترین عضو آسیب دیده از ترومای غیرنافذ طحال بود (۱۰).

برای پارگی خودبخود طحال در بارداری و دوران نفاس چندین علت احتمالی پیشنهاد شده است که از آن جمله می‌توان از تغییر در ارتباطات احشا داخل شکمی به علت بزرگ شدن رحم (خصوصاً در سه ماهه سوم)، انقباض عضلات دیواره شکم، بزرگ شدن فیزیولوژیک طحال، افزایش حجم خون و پلاسما (۳)، ترومای ناشی از زایمان، عوامل مادرزادی مانند پدیکول طحالی کوتاه یا Deeply Recessed Location of Spleen که آن را مستعد پارگی به وسیله فشار دیافراگم ناشی از سرفه، عطسه یا تهوع می‌کند (۵) یا پارگی آنوریسم کوچک داخل طحالی، که چون به علت خونریزی تخریب شده دیگر در پاتولوژی قابل تشخیص نیست (۱)، نام برد.

Sakhel و همکارانش، دو مورد پارگی طحال پس از زایمان را گزارش کردند که مورد اول خانمی مبتلا به اکلامپسی بود که به علت خونریزی پس از زایمان ناشی از اتونی رحمی تحت عمل هیستریکتومی و سپس مجدداً به علت شواهد دال بر خونریزی داخل شکم تحت عمل لاپاراتومی و با تشخیص خونریزی فعال از طحال تحت عمل اسپلنکتومی قرار گرفت (۲). در مورد دیگر نیز خانمی ۳۳ هفته به علت پره‌اکلامپسی شدید و عدم کنترل فشار خون تحت عمل سزارین قرار گرفت که بعد از عمل فشار خون ۱۸۵/۱۴۰ داشت و به همین علت تحت درمان با نیتروگلیسرین قرار گرفت. چهار ساعت پس از عمل به علت افت شدید فشار خون و علائم دال بر وجود مایع آزاد در شکم تحت عمل جراحی لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت. علت خونریزی پارگی به ابعاد ۲/۵ در ۳ سانتی‌متری در کپسول طحال بود (۲).

بیمار ما نیز خانمی با حاملگی دو قلو و مبتلا به پره‌اکلامپسی بود. در جستجویی که توسط نویسندگان انجام شد موردی از پارگی طحال در فردی با حاملگی دوقلو گزارش نشده است. اینکه آیا پره‌اکلامپسی یا دوقلویی می‌تواند موجب افزایش وقوع پارگی طحال شود به درستی روشن نیست، اما احتمال دارد که با توجه به تغییرات عروقی و افزایش فشار خون و ترومبوزیسی (۱) که در فرد مبتلا به پره‌اکلامپسی روی می‌دهد و افزایش حجم رحم و احتمال تغییر در وضعیت احشاء شکمی در حاملگی دو قلو این دو عامل بتوانند در این امر موثر باشند. در انتها مجدداً تاکید می‌شود در مواجهه با درد شکم یا تالوبی بالینی دال بر خونریزی شکمی در افراد حامله یا افرادی که در دوران نفاس هستند باید علیرغم نادر بودن، احتمال پارگی طحال را نیز مد نظر داشت.

عمومی خوب به بخش منتقل شد. بیمار در غروب روز عمل مایعات نوشیده بود و صبح قبل از ویزیت از تخت پائین آمده و ادرار کرده بود. در هنگام ویزیت صبح پس از عمل بیمار کاملاً رنگ پریده بود و از ضعف و بی‌حالی نسبی شکایت داشت. فشار خون ۹۰/۶۰ و نبض ۱۰۰ تا بود. رحم جمع و کنتراکت بود، شکم مختصری متسع بود اما صداهای روده وجود داشت. در معاینه واژینال هیچ خونریزی وجود نداشت. بلافاصله نمونه خون بیمار جهت آزمایش ارسال شد و هموگلوبین ۵/۶ گرم در لیتر گزارش شد. در سونوگرافی، شکم و لگن حاوی مقدار زیادی مایع دبری‌های اکوژن بود. در Tap مایع شکم خون خارج شد. با توجه به بررسی‌های انجام شده بلافاصله اقدام به لاپاراتومی شد. پس از باز کردن شکم از محل انسزیون قبلی حدود ۱۵۰۰ سی‌سی خون و لخته خارج شد. رحم وضعیت نرمال و بدون خونریزی داشت.

با توجه به ادامه جریان خونریزی از سمت فوقانی و چپ شکم و طبیعی بودن دستگاه تناسلی انسزیون میدلاین وسیع داده شد و در بررسی متوجه پارگی عروق ناف طحال شدیم که متعاقباً اسپلنکتومی انجام شد. بررسی پاتولوژی مویذ طحال با ابعاد ۷ در ۹ در ۱۵ سانتی متر، بدون ضایعه پاتولوژیک و تنها با احتقان خفیف بود. بیمار حین عمل ۵ واحد خون، ۶ واحد FFP و ۴ واحد پلاکت دریافت کرد. در انتهای عمل شکم کاملاً پاک بود و هیچ خونریزی وجود نداشت. پس از عمل بیمار به ICU منتقل شد. در آنجا بیمار دچار افزایش فشار خون (بین ۱۴۰/۹۰ و ۱۶۵/۱۰۵) و پروتئینوری (پره‌اکلامپسی) شد که برای وی فنی‌توئین تزریقی آغاز شد. در مجموع بیمار چهار روز در ICU و پنج روز در بخش زنان و زایمان بستری و پس از تزریق واکسن‌های پنوموکوک، منگوکوک و آنفلونزا در روز آخر با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مورد گزارش شده پارگی خودبخود طحال متعاقب سزارین یک خانم حامله با حاملگی دوقلو و مبتلا به پره‌اکلامپسی می‌باشد. در اکثر موارد گزارش شده پارگی طحال در خلال یک حاملگی نرمال (۱۳ و ۱۵)، یا پس از زایمان (۷ و ۶) یا سزارین (۸) در فردی با حاملگی طبیعی به وقوع پیوسته است. در یک مرور سیستماتیک که در آن کلیه موارد گزارش شده پارگی‌های طحال در غیاب سابقه تروما و بیماری‌های شناخته شده بین سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۵۰ جمع‌آوری شده است از میان ۶۱۳ مورد، ۱۱۲ مورد متعاقب یک پروسجور پزشکی مانند کولونوسکوپی، ۲۷۰ مورد در ارتباط با یک بیماری التهابی یا انفلاتیو از قبل تشخیص داده نشده، ۳۱ مورد مربوط به وجود آنومالی تشخیص داده نشده در طحال و اعضای مجاور، ۴۸ مورد به علت نئوپلاسم‌های غیرهماتولوژیک تشخیص داده نشده، ۱۰۸ مورد

Spontaneous Splenic Rupture Following Cesarean Section in a Preeclamptic Woman with Twin Pregnancy

M. Yaghmaei (MD)¹, M. Zamiri Oskouei (MD)², S. Sadeghi (MD)³, M. Mokhtari (MD)^{1*}

1. Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. Department of Surgery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

J Babol Univ Med Sci; 15(6); Nov 2013; pp: 104-107

Received: Feb 10th 2013, Revised: Mar 6th 2013, Accepted: May 1st 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Spontaneous splenic rupture is rare in pregnancy and puerperium, and if the diagnosis and treatment are delayed, maternal mortality and morbidity rates remain extremely high. In this article a case of a spontaneous splenic rupture following cesarean section is reported

CASE: A 24-year-old healthy woman had elective cesarean because of twin pregnancy at 38 weeks of pregnancy. She was reexplored for hemorrhagic shock on her first postpartum day. Urgent laparotomy revealed hemoperitoneum due to splenic vein rupture. Uterus and adnexa were normal and splenectomy was performed. The patient was not traumatized during surgery or postoperatively and microscopic examination of spleen was normal.

CONCLUSION: However spontaneous splenic rupture is a rare event, it should be suspected in any women with unexplained abdominal pain or with signs of internal bleeding during pregnancy or early postpartum.

KEY WORDS: Hemoperitoneum, Splenic rupture, Cesarean section, Preeclampsia.

*Corresponding Author;

Address: Dr. Hesabi Square, Ali-EbneAbitaleb Hospital, Obstetrics &Gynecology Department

Tel: +98 541 3425581-5

E-mail: mmokhtari1345@hotmail.com

References

1. O'Brien SE. Spontaneous rupture of the spleen in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1963;89:667-8.
2. Sakhel K, Aswad N, Usta I, Nassar A. Postpartum splenic rupture. *Obstet Gynecol* 2003;102 (5 Pt 2):1207-10.
3. Smith EB. Rupture of the spleen in pregnancy. *J Natl Med Assoc* 1971;63(4):281-2.
4. Hamed B, Shomali Z. Postpartum spontaneous rupture of spleen in a woman with severe preeclampsia: case report and review of the literature. *Bull Emerg Trauma* 2013;1(1):46-8.
5. Kiran G, Himsweta S. Spontaneous splenic rupture in pregnancy- a rare entity. Available at: medind.nic.in/jaq/t07/i6/jaqt07i6p545.pdf.
6. Aubrey-Bassler FK, Sowers N. 613 cases of splenic rupture without risk factors or previously diagnosed disease: a systematic review. *BMC Emergency Medicine* 2012;12:11.
7. Pargaglioni R, Metta E, Zagari A, Celleno D. Spontaneous splenic vein aneurysm rupture in the puerperium. *Int J Obstet Anesth* 2009;18(1):48-51.
8. Kaluarachchi A, Krishnamurthy S. Post-cesarean section splenic rupture. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173 (1):230-2.
9. Saber AH. An epidemiological study on abdominal blunt trauma in Pour-Sina Hospital, 1994-96. *J Babol Univ Med Sci* 1999;1(1):42-9. [in Persian]
10. Gholizadeh Pasha A, Khorasany B. Evaluating the causes of emergent laparotomy in two treatment centers of babol city: Shahid Beheshti and Yahya Nejad (1999-2001). *Hamadan Univ Med Sci* 2007;14(1):22-7. [in Persian]