



گزارش یک مورد انسداد کاذب کولون (سندرم Ogilvie) پس از سزارین

دکتر زهرا بصیرت^{۱*}، دکتر مهرداد کاشی فرد^۲، دکتر زینت‌السادات بوذری^۳

چکیده

- **مقدمه:** سندرم انسداد کاذب کولون یا سندرم Ogilvie عارضه نادر پس از اعمال جراحی و سزارین است. پاتوفیزیولوژی آن ناشناخته و هنوز هم تعداد زیادی از بیماران بطور نامتناسب تحت درمان قرار می‌گیرند. مشخصه آن اتساع حاد کولون بدون وجود انسداد مکانیکی می‌باشد که در صورت عدم تشخیص و اقدامات لازم پارگی روده رخ می‌دهد که مرگ و میر بیش از ۵۰٪ را به همراه دارد. با توجه به اهمیت موضوع یک مورد از سندرم مذکور پس از سزارین معرفی می‌گردد.
- **معرفی مورد:** خانم حامله شکم اول تحت عمل جراحی سزارین الکتیو قرار گرفت. در روز اول پس از عمل دچار اتساع شکم شد. دفع گاز و مدفوع وجود داشته و در عکس ساده شکم اتساع کولون دیده شد. بیمار با استفاده از شیاف بیزاکودیل بهبودی نسبی داشته، در روز پنجم بد حال و دچار اتساع شدید شکم شد. عکس شکم هوای داخل شکم را نشان داد. در حین جراحی پارگی کوچکی در سکوم همراه با پریتونیت منتشر دیده شد. توبوسکوستومی و شستشوی شکم انجام شد، ۷ روز بعد بیمار با حال عمومی خوب ترخیص شد.
- **نتیجه‌گیری:** جراحان بایستی در صورت اتساع پیشرونده شکم پس از اعمال جراحی، سندرم Ogilvie را در نظر داشته باشند. در صورت تأخیر درمان ایسکمی و نکروز و پارگی روده رخ داده و مرگ و میر بالا است. تشخیص زودرس و درمان به موقع موجب کاهش مرگ و میر و ناتوانی بیماران خواهد شد.
- **واژه‌های کلیدی:** انسداد کاذب کولون، سندرم Ogilvie پس از سزارین، عوارض پس از عمل

* ۱- جراح متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، مؤلف مسؤول

۲- متخصص داخلی، فوق تخصص گوارش، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- جراح متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

مقدمه

سندرم انسداد کاذب کولون یا اتساع غیر انسدادی کولون (سندرم Ogilvie) عارضه نادر پس از اعمال جراحی و سزارین است که از نظر علائم و نشانه‌های کلینیکی و رادیولوژی مشابه با انسداد مکانیکی می‌باشد. جراحان بایستی در صورت اتساع پیشرونده شکم، پس از عمل جراحی این عارضه را در نظر داشته باشند اگر در مراحل ابتدایی تشخیص داده شود در بیشتر موارد برطرف می‌شود. در صورت عدم پاسخ به درمان نگهدارنده، درمان جراحی لازم است که مرگ و میر بالایی به همراه دارد (۱).

اولین بار این سندرم در سال ۱۹۴۸ توسط Ogilvie در ۲ بیمار با اتساع شدید کولون بدون انسداد مشخص در زمان لاپاراتومی توصیف شد (۲). امروزه نیم قرن از مشاهدات او گذشته ولی هنوز پاتوژنز آن مشخص نیست و تعداد زیادی از بیماران به طور نامناسب درمان می‌شوند (۳).

این سندرم پس از تروما، جراحی لگن (ارتوپدی- زنان- اورولوژی)، اختلالات متابولیک، اختلالات دستگاه عصبی، مصرف پروستاگلندینها، داروها و یا به صورت ایدیوپاتیک ممکن است ایجاد شود (۳). ۱۰٪ موارد گزارش شده پس از زایمان بوده است (۴).

در صورت عدم تشخیص و اقدامات لازم، در ۱۵٪ موارد خطر پارگی روده وجود دارد که در این زمان مرگ و میر بیشتر از ۵۰٪ می‌باشد. بیشترین خطر پارگی زمانی است که قطر سکوم بیش از ۱۲ سانتی‌متر می‌باشد. برای جلوگیری از پارگی روده، کولونوسکوپی جهت کاهش فشار روده توصیه می‌شود که انجام آن در شرایط غیر استاندارد نیز با موربیدیتی ۳٪ و مرگ و میر ۱٪

همراه می‌باشد (۵). ۶۹٪ بیماران به این روش درمانی جواب می‌دهند و احتمال عود ۴۰٪ می‌باشد.

بیمارانی که به اقدامات درمانی بالا جواب ندهند نیاز به جراحی دارند که مرگ و میر ۲۶٪ دارد (۶). درمانهای دارویی مختلفی شامل اریترومايسين، cisapride، متوکلوپرامید، در حد گزارش مورد در مقالات به کار گرفته شده‌اند (۷). ۸۰٪ عنوان شده است (۸). ما در اینجا یک مورد سندرم Ogilvie را پس از سزارین گزارش می‌کنیم.

معرفی مورد

خانم ۳۰ ساله شکم اول سالم به علت احتمال تنگی لگن به طور انتخابی سزارین شد. حین عمل جراحی مشکلی وجود نداشت. یک دوز آنتی‌بیوتیک جهت پیشگیری دریافت کرد. روز اول پس از عمل دچار نفخ و اتساع شکم شد. در معاینه علائم حیاتی نرمال، شکم نرم و صدای روده طبیعی بود. بیمار دفع گاز و مدفوع نیز داشت و با استفاده از شیاف بیزاکودیل بهبودی نسبی داشت. روز دوم پس از عمل بیمار با حال عمومی خوب ترخیص شد. روز سوم بیمار به دلیل اتساع به همراه درد شکم مجدداً مراجعه نموده و بستری شده گرافی شکم گشاد شدگی روده بزرگ حدود ۱۰ سانتی‌متر را نشان می‌داد (شکل شماره ۱) علائم حیاتی و تستهای بیوشیمیایی نرمال بود.

Hb= ۱۲/۵ WBC=۸۰۰۰

K= ۳/۹۱ Na=۱۴۴ BUN=۹

Cr=۰/۵

بحث

پاتوژنز دقیق سندرم Ogilvie نامشخص است. بیش از ۱۰۰۰ مورد در مقالات گزارش شده است (۸). علت ایجاد آن ممکن است به علت عدم تناسب در عصب رسانی سمپاتیک و پاراسمپاتیک به صورت کاهش پاراسمپاتیک باشد، تئوری دیگر تغییر در سیستم اعصاب مرکزی می باشد ولی بیشتر به نظر می رسد که پاتوژنز آن به صورت چند عاملی باشد (۸).

Anuras و همکاران در سال ۱۹۸۴ دو مورد از این سندرم را معرفی نمودند. علامت کلینیکی در این سندرم به صورت اتساع آرام و پیشرونده کولون می باشد و بعضی بیماران تغییر در فعالیت روده را قبل از بروز این سندرم عنوان می کنند. صدای روده ممکن است از بین رفته، کاهش یافته یا افزایش یابد. بعضی بیماران تهوع و استفراغ دارند، بر خلاف انسداد مکانیکی که این علامت پیشگویی کننده وجود انسداد است، در انسداد کاذب ممکن است وجود نداشته باشد. درد خفیف شکم مخصوصاً با پیشرفت اتساع شکم ممکن است دیده شود که مخصوصاً در سمت راست، نشانه اتساع واقعی سکوم و شانس پارگی آن نیز می باشد. لذا درد یک علامت بالینی مهم می باشد، اما علائم تحریک صفاق معمولاً وجود ندارد. آسپیراسیون نازوگاستریک، غالباً کمتر از ۵۰۰ میلی لیتر و زلال است. درجه حرارت و نبض بایستی کنترل شود و هرگونه افزایش نشانه شانس پارگی می باشد. همچنین در این بیماران تغییرات بیوشیمیایی و هماتولوژی را بایستی در نظر داشت (۹).

Vanek و همکاران در سال ۱۹۸۶ مروری بر علائم ۴۰۰ مورد داشتند: علائم کلینیک عمده در

بیمار NPO شد و شیاف بیزاکودیل و سوند معده گذاشته شد حال عمومی بیمار و نفخ شکم بهبودی نسبی پیدا کرد و روز چهارم رژیم مایعات شروع و سوند معده خارج شد. روز پنجم پس از عمل بیمار دچار اتساع شدید شکم به همراه درد منتشر شکم و تب 38.5°C شد. گرافی شکم اتساع روده ها و هوای داخل شکم را نشان داد. بیمار با تشخیص شکم حاد با پارگی روده بلافاصله لاپاراتومی شد، در قسمت قدامی سکوم سوراخ کوچکی دیده شد و مواد مدفوعی به داخل حفره شکم ریخته شده بود. شستشوی شکم با نرمال سالین به همراه توبوسکوستومی انجام شد و آنتی بیوتیک وسیع الطیف وریدی شروع شد. روز بعد از عمل جراحی تب، نفخ و درد شکم کاهش یافته و سیر بهبودی تا روز هفتم کامل شد و بیمار با حال عمومی خوب با آنتی بیوتیک خوراکی ترخیص شد. لوله پس از ۲ هفته از روده خارج شد در پیگیری ۶ ماهه حال عمومی بیمار خوب بود.

شکل ۱: گرافی شکم بیمار قبل از عمل

۲- شک به ایسکمی یا پارگی سکوم ۳- اتساع بیش از ۱۲ سانتی متر سکوم می باشد (۸).

در بیمار مذکور نیز اتساع شکم در اقدامات اولیه به درمانهای نگهدارنده پاسخ داد ولی مجدداً عود نمود و منجر به پارگی روده و وخامت حال بیمار شد که مداخله جراحی انجام شد.

Schjoldager و همکاران (۲۰۰۱) ۷ مورد سندرم Ogilvie را پس از سزارین گزارش نمودند که همه بیماران درد زایمانی طولانی قبل از عمل داشتند و سنتوسینون دریافت کرده بودند که ممکن است تحرک روده را مختل کند. در ۵ مورد قبل از تشخیص، پارگی کولون رخ داد (پارگی در روزهای ۵ و ۴ و ۳ یا احتمالاً ۱۰-۸ روز پس از عمل رخ می دهد) یک مورد منجر به مرگ بیمار شد (۱۳). در بیمار ما در روز پنجم پارگی رخ داد. Coolley و Mandel نیز در سال ۲۰۰۲ این سندرم را پس از سزارین الکتیو گزارش نمودند (۱۴, ۱۵).

Robert CA در یک گزارش مورد سندرم ogilvie پس از سزارین، از این سندرم به عنوان عارضه نادر پس از سزارین یاد نمود. مشخصه عمده بالینی اتساع پیشرونده کولون است. ارزیابی عملکرد سیستم گوارشی در بیماران جراحی شده، تشخیص اقدامات به موقع، مرگ و میر و ناتوانی بیماران را کاهش می دهد (۱).

Busch FW و همکاران در سال ۲۰۰۴، بیان کردند انسداد کاذب کولون عارضه نادر در مامایی می باشد که بیشتر موارد پس از سزارین رخ می دهد، علائم بیماران مشابه با انسداد مکانیکی با اتساع پیشرونده کولون، در غیاب هر گونه علت مکانیکی می باشد. در یک مورد پس از سزارین با

این بیماران نفخ شکم (۱۰۰٪)، درد شکم (۸۳٪)، یبوست (۵۱٪)، اسهال (۴۱٪)، تب (۳۷٪) بود و علامت تحریک صفاق معمولاً وجود نداشت. به علاوه این روند معمولاً در بیماران بستری پس از زایمان و پس از عمل جراحی لگن، مهره ها و جراحی عمومی دیده می شود (۱۰).

Parent در سال ۲۰۰۰ بیان داشت، ممکن است دفع گاز و مدفوع ادامه یابد، ولی جهت کاهش فشار کولون کافی نیست. تهوع و استفراغ علامت قابل اعتمادی نمی باشد و تب خفیف نیز شایع است (۱۱).

در مورد گزارش شده در این مقاله درد خفیف شکم همراه با اتساع پیشرونده و صدای روده و دفع گاز و مدفوع وجود داشت. در بیمار مطرح شده تستهای بیوشیمیایی نرمال بود.

اولین اقدام تشخیصی گرافی شکم است که معمولاً اتساع سکوم و کولون راست و عرضی و بندرت کولون چپ را نشان می دهد (۷). در بیمار مذکور نیز گرافی اتساع کولون را نشان داد.

درمان اولیه طبی و شامل مراقبت دقیق از بیمار شامل لوله نازوگاستریک و قطع هرگونه دارویی که تحرک روده را مختل می کند می باشد (نارکوتیک ها و آنتی کلی نرژیک ها) (۸).

گرافی سریال شکم هر ۱۲-۲۴ ساعت جهت کنترل اندازه سکوم توسط Lowman توصیه می شود (۱۲). Parent حد ۹cm، بعضی مقالات ۱۲cm را جهت درمان محافظ کارانه در نظر می گیرند علاوه بر قطر روده توجه به علائم کلینیکی مهم است. افزایش اتساع به همراه درد و بدتر شدن حال بیمار درمان تهاجمی تری را می طلبد. اندیکاسیون جراحی شامل: ۱- عدم موفقیت در کاهش فشار توسط کولونوسکوپ

تشخیص به موقع و انجام سکوستومی از پارگی قریب الوقوع سکوم پیشگیری نمودند (۱۶).

Tang و همکاران، یک مورد سندرم Ogilvie پس از سزارین به علت چند قلوبی با بهبودی اولیه مناسب پس از عمل و اتساع نسبی شکم را معرفی نمودند که چند روز پس از عمل بیمار بد حال و دچار اتساع و درد شکم شد. در لاپاراتومی پارگی سکوم و پریتونیت مدفوعی داشت، و علی‌رغم تمام اقدامات انجام شده، روز بعد از پریتونیت فوت کرد. اهمیت مراقبت صحیح بعد از عمل در بیماران پس از سزارین یا لاپاراتومی، جهت تشخیص ایلئوس فلجی که از علل دیگر انسدادی روده است توصیه می‌شود. کنترل صدای روده و توجه به دفع گاز و مدفوع در بیماران اساسی می‌باشد تا در صورت وجود اختلال بررسی و درمان به موقع انجام گیرد (۱۷).

Ives و همکاران در سال ۱۹۹۶ دو مورد سندرم را پس از سوختگی گزارش نمودند که یک مورد با درمان دارویی، استفاده از شیاف بیزاکودیل و Cisaprid، بهبود یافت و یک مورد در روز ۱۱ پس از بستری دچار اتساع شکم به همراه قطر سکوم ۱۶cm شد که با کولونوسکوپی بهبود یافت لیکن مجدداً در روز ۲۱ عود نمود که به فاصله ۲ روز، دو بار کولونوسکوپی منجر به

موفقیت کامل در درمان نشد. حین عمل جراحی ۲ محل پارگی در سکوم و پریتونیت منتشر دیده شد که برداشت کولون راست انجام شد (۸). Meier در سال ۲۰۰۰ با مروری بر مقالات در ۷۵۰ مورد به وقوع پیوسته این سندرم و گزارش یک مورد در اثر ترومای قفسه صدری عنوان نمود که این سندرم پس از تروما، جراحی لگن و شکم یا مسائل طبی رخ می‌دهد و امکان دارد به صورت ایدیوپاتیک نیز باشد. در صورت اتساع پیشرونده بایستی بدون تأخیر کاهش فشار صورت گیرد. در صورت عدم درمان به موقع پارگی روده رخ می‌دهد و مرگ و میر ۵۰٪ را به همراه دارد (۱۸).

با توجه به آنچه گفته شد، جراحان بایستی در صورت اتساع پیشرونده شکم پس از اعمال جراحی، سندرم Ogilvie را در نظر داشته باشند. در صورت تأخیر درمان ایسکمی و نکروز و پارگی روده رخ داده و مرگ و میر بالا است. تشخیص زودرس و درمان به موقع موجب کاهش مرگ و میر و ناتوانی بیماران خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه کسانی که در مراقبت و درمان بیمار نقش داشته‌اند تشکر به عمل می‌آید.

References:

1. Robert C. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29(3): 239-46.
2. Ogilvie H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrom. Br Med J 1948; 2: 671-73.
3. Kiaran J., O., Malley, Start M, Ronold A, Charles S, Modlin D and et al. Acute colonic pseudo-obstruction (ogilvie's syndrome) after renal transplantation. Am J of Surgery. 1999; 177: 492-99.

4. Moore J, Gladstone N, Lucas G, Ravry M. Gastrointestinal disorders. Williams Obstetrics. 21st ed. McGraw-Hill, 2001: 1281.
5. Ponc R, Saunders M, Kimmey M. Neostigmine infusion: New standard of care for acute colonic pseudo-obstruction. Am J of Gastroenterology 2000; 95(1): 304-5.
6. Rex D. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. Gastrointest Endosc Clin North Am 1997; 7: 499-508.
7. Turegano F, Munoz F, Del valle E, Perez D. Early resolution of ogilvies syndrome with intravenous neostigmine: A simple effective treatment. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1353-7.
8. Ives A , Muller M, Pegg S. Colonic pseudo-obstruction in burn patients. Burn 1996; 22(8): 598-601.
9. Anuras S, Shirazi S. Colonic pseudo-obstruction. Am J Gastroenterol 1984; 74(109): 503-7.
10. Vanek vw, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon. Dis Colon Rectum 1986; 29:203.
11. Paren H, Silverberg D, Mayo A, Shwartz I, Neufeld D, Freund U. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction with neostigmine. J Am Col Surg 2000; 190:315-18.
12. Lowman R, Davis L. An evacuation of caecal size in impending perforation of the caecum. Surg Gynecol Obstet 1956; 103: 711-18.
13. Schjoldager B, Sorensen j, Svaerke T, Berthelsen j. Ogilvie syndrome after cesarean section. Ugeskr Laeger 2001; 163(22): 3064-8.
14. Mandel A, Cooper J. A case of ogilvies syndrome after caesarean section. J Obstet Gynaecol 2002; 22(6): 686-7.
15. Cooley S, Geary M, McDermott E, Keane Dp. Colonic pseudo-obstruction following elective cesarean section. J Obstet Gynecol 2002; 22(2):220
16. Busch FW, Hamdorf JM, Carroll CS Sr, Magann EF, Morrison Jc. Acute colonic pseudo-obstruction following cesarean delivery. J Miss State Med Assoc 2004; 45 (11): 323-6.
17. Tang PTM, Collopy BT. Ogilvie syndrome with caecal perforation in the post-caesarean patient. Aust Nz J Obstet Gynaecol 1995; 35:104-6.
18. Meier C, Lazzaro M, Decurations M. Ogilvie syndrome with cecal perforation. A case complication after isolated thoracic trauma. Case report and current literature review. Swiss Surg 2000; 6(4): 184-91.

A Case Report of Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome) After Cesarean Delivery

Basirat, Z., M.D.^{1*}, Kashifard, M., M.D.², Bouzary, Z., M.D.³

ABSTRACT

Introduction: Colonic pseudo-obstruction (ogilvie's syndrome) is a rare post surgical complication that can be associated with cesarean delivery. Its pathophysiology remains poorly understood and patients are still treated inappropriately. This syndrome characterized by acute colonic dilatation without mechanical obstruction if undiagnosed and treated in appropriately, it may cause colonic perforation with mortality rate as high as 50 percent. we report a case after cesarean.

Case report: A 30 years old woman, prime gravid, undergone elective cesarean section. On first day postoperative, she developed abdominal distention. She had intermittent flatus and stool. X ray showed some colonic dilatation. She was given bisacodyl suppository and had some improvement. On fifth day, she becomes ill with severe distention and pneumo-peritoneum on X-ray. At the operation that soon followed, small perforation was found in the cecum with generalized peritonitis. Tubocecostomy and irrigation was performed. Post operative she was well and discharged after 7 days.

Conclusion: Surgeons should consider ogilvie's syndrome in the patient whose abdomen becomes distended post operation. Delay in treatment cause ischemia, necrosis and perforation with high mortality. Early recognition and appropriate treatment decrease mortality and morbidity rate.

Key words: Colonic pseudo-obstruction, Ogilvie's syndrome after cesarean, Post operative complications.

* 1. Assistant Professor of Gynecology and Obstetric Disease, Babol University of Medical Sciences, Babol, Corresponding Author.

2. Subspecialist in Gastrointestinal Disease. Assistant Professor of Internal Disease, Babol University of Medical Sciences.

3. Assistant Professor of Gynecology and Obstetric Disease, Babol University of Medical Sciences.

