

گزارش یک مورد اولسر پپتیک پرفوره پس از انجام رزکسیون تومور مثانه

فرزانه شریفی اقدس^{۱*}، حمید شافی^۲، ارسلان علی رمجی^۲، شهریار سوادکوهی^۳

۱- استادیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: اولسر پپتیک یک بیماری نسبتاً شایع می باشد که در ۲٪ موارد اولین تظاهر بیماری با پارگی معده بدون بیماری قبلی اولسر پپتیک می باشد. از آنجائیکه تشخیص به موقع و متعاقب آن درمان اورژانس باعث نجات جان بیمار خواهد شد، مورد زیر گزارش می گردد.

گزارش مورد: بیمار آقای است ۷۹ ساله که به علت خونریزی شدید ادراری همراه با احتباس به اورژانس مراجعه نموده است به علت خونریزی شدید و غیرقابل کنترل، بیمار با تشخیص احتمالی تومور مثانه تحت سیستوسکوپی قرار گرفت که یک مورد گل کلمی در دیواره چپ مثانه به اندازه ۳×۴cm مشهود بود که تحت رزکسیون تومور در همان جلسه بدون هیچگونه مشکل قرار گرفت. بیمار در سابقه بیماری خاصی جزء جراحی کاتاراکت را نداشته است. صبح روز بعد از عمل، بیمار دچار درد شکم همراه با خونریزی و احتباس ادراری گردید که در معاینه گاردینگ که و حساسیت واضح شکم بطور منتشر مشهود بود. با تشخیص احتمالی پرفوراسیون مثانه تحت سونوگرافی شکم و لگن قرار گرفت که مایع آزاد در لگن بیمار گزارش گردید. بیمار تحت لاپاراتومی اورژانس قرار گرفت که مایع آزاد و روشن در حفره صفاقی و خارج صفاقی مشهود بود. بعد از گذاشتن دو درن در داخل و خارج صفاقی و سوند سیستوستومی به عمل خاتمه داده شد. ۲ روز پس از عمل همراه با شروع رژیم مایعات از درن بیمار ترشحات فراوان همراه با قوام مدفوعی خارج شد که پس از مشاوره توسط همکاران جراحی عمومی با تشخیص صدمه به رکتوم و یا ایلئوم بیمار کاندید لاپاروتومی کلاسیک و کولوستومی شد که پرفوراسیون معده در ناحیه قدامی پیلور مشهود بود که بیمار تحت ترمیم پارگی معده قرار گرفته و با حال عمومی خوب مرخص گردید.

نتیجه گیری: اولسر پپتیک اگر چه بیماری نسبتاً شایعی است اما در بیماران بدون بیماری معده که به تازگی تحت درمان جراحی شکمی و لگنی قرار گرفته اند ممکن است تظاهرات آن مبهم و به عوارض جراحی اخیر نسبت داده شود. در چنین شرایطی تحت نظر قرار دادن دقیق بیمار و جراحی به موقع سبب حفظ جان بیمار خواهد شد.

واژه های کلیدی: اولسر پپتیک، تومور مثانه، پرفوره، درد شکمی.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هفتم، شماره ۴، پاییز ۱۳۸۴، صفحه ۱۰۵-۱۰۷

مقدمه

اولسر پپتیک یک بیمار نسبتاً شایع می باشد بطوریکه شیوع آن بین ۷ تا ۱۰ مورد در هر صد هزار نفر می باشد. سه عارضه عمده آن خونریزی، پارگی و انسداد می باشد. در ۲٪ موارد اولین تظاهر بیماری با پارگی بدون بیماری قبلی اولسر پپتیک می باشد (۱-۳). بیماران با اولسرپپتیک پرفوره بطور کلاسیک با شروع ناگهانی درد

اپیگاستر با و یا بدون انتشار به شانه ها مراجعه می کنند. در معاینه بیماران بدحال و تاکیکارد بوده، سفتی در شکم داشته و صداهای روده ای خفیف و یا از بین می روند. یک رادیوگرافی قفسه سینه در حالت خوابیده و در پهلوئی چپ در ۷۰٪ موارد هوای آزاد در پریتون را نشان می دهد. عدم وجود هوا تشخیص را رد نمی کند که ممکن

است رادیوگرافی چند ساعت بعد و یا مطالعه دستگاه گوارش فوقانی با کنتراست لازم باشد (۴). حدود ۲۵٪ از بیماران با اولسر پپتیک پرفوره بصورت غیر معمول مراجعه می نمایند، که شروع آن ناگهانی نبوده و هوای آزاد در صفاق مشهود نمی باشد. این افراد بسیار مسن و یا خیلی جوان و یا دچار نقص ایمنی و یا کوادری پلژی و کومائی می باشند. تشخیص این حالت در بیماران مسن که در بخش های غیرجراحی مانند روانپزشکی بستری می شوند ممکن است باعث اشتباه در تشخیص شود (۳ و ۱).

تشخیص افتراقی به علل دیگر شکم حاد جراحی مانند آپاندیسیت حاد، پارگی کیسه صفرا، پانکراتیت و در موارد طبی مانند پیلونفریت و یا پنومونی می باشد (۳ و ۴). درمان شامل احیاء بیمار، تصحیح اختلالات آب و الکترولیت، گذاشتن لوله معده، دادن آنتی بیوتیک وسیع الطیف وریدی و سپس آمادگی جهت عمل جراحی است. مطالعات نشان می دهد که در بیماران با شوک و گذشت زمان بیشتر از ۴۸ ساعت و بالا بودن کراتینین سرم با خطرات قابل توجهی همراه بوده و پیش آگهی بیمار بد می باشد، تشخیص به موقع و درمان جراحی باعث نجات جان بیمار خواهد شد (۵-۱۰).

گزارش مورد

بیمار مرد ۷۹ ساله ای است که به علت خونریزی شدید ادراری و احتباس به اورژانس مراجعه نموده است. در معاینه مختصری رنگ پریده ولی علائم حیاتی بسیار طبیعی بود. آزمایشات بیمار در بدو مراجعه هموگلوبین $10/3 = \text{gr/dL}$ ، پتاسیم $3/5$ ، سدیم 132 و کراتی نین $1/3$ بود. در سونوگرافی کلیه ها نرمال ولی مثانه به علت وجود لخته فراوان قابل بررسی نبود. بیمار سابقه عمل جراحی کاتاراکت و مصرف سیگار به تعداد ۲۰ عدد در روز به مدت طولانی را ذکر می کند.

به علت خونریزی بسیار شدید و غیرقابل کنترل و نیاز مکرر به تزریق خون پس از شستشوی مثانه و رفع انسداد بیمار با تشخیص احتمالی تومور مثانه تحت سیستوسکوپی قرار گرفت که در سیستوسکوپی یک تومور وژتان به اندازه $3 \times 4 \text{ cm}$ در دیواره چپ مثانه مشهود بود که در همان جلسه تحت رزکسیون تومور قرار گرفت که پس از اتمام عمل، ادرار بیمار تقریباً روشن، شکم نرم و

حال عمومی خوب بود که به ریکاوری منتقل گردید. صبح روز بعد از عمل بیمار دچار دردهای شکمی همراه با بیقراری شد که در معاینه ادرار خونی و احتباس لخته همراه با حساسیت منتشر شکمی مشهود بود که با شک به پارگی احتمالی مثانه تحت عمل با شکاف ۲ سانتی متر جهت رویت مثانه شد که پس از لاپاراتومی مایع آزاد و روشن بصورت خارج صفاقی و داخل صفاقی مشهود بود ولی پارگی واضح مثانه رویت نگردید. برای بیمار سوند سیستوستومی و ۲ درن کارگیت در حفره داخل و خارج صفاقی گذاشته شد: پس از عمل حال عمومی بیمار خوب و علائم بالینی برطرف گردید. ۲ روز پس از مشاوره جراحی اورژانس با تشخیص اولیه صدمه به رکتوم و یا ایلئوم ثانویه به رزکسیون تومور، کاندید جراحی باز و کولوستومی احتمالی شد که پس از باز کردن شکم کولون، رکتوم، ایلئوم، کاملاً نرمال ولی کیسه صفرا اتساع قابل توجهی داشت و پارگی معده در ناحیه قدامی پیلور به ابعاد $4 \times 4 \text{ cm}$ مشهود بود که بیمار تحت ترمیم پارگی معده قرار گرفت و با حال عمومی نسبتاً خوب ترخیص گردید. در پیگیری بیمار پس از ۲ ماه، سونوگرافی کلیه ها نرمال، مختصری افزایش کورتکس کلیه ها رویت شد. مثانه در حد قابل بررسی بدون ضایعه ای مشاهده گردید.

بحث و نتیجه گیری

سن بیمار ۷۴ سال و مشکل تشخیصی برای ۳ روز بود که بعلت رزکشن تومور مثانه و احتمال پارگی مثانه و عدم سابقه اولسر معده درمان جهت پرفوراسیون مثانه انجام شد که به علت عدم موفقیت آن لاپاراتومی تشخیصی انجام شد که خوشبختانه بیمار با حال عمومی خوب ترخیص گردید. در مطالعه ucchedduy و همکارانش بر روی ۳۷ بیمار، در بیماران بالای ۷۰ سال به این نتیجه رسیدند که تشخیص سریعتر و درمان جراحی اورژانس با کاهش میزان مرگ و میر همراه بوده است (۱۱). در مطالعه Noquiera و همکارانش ۲۴ ساعت تاخیر در تشخیص با شوک و افزایش مرگ و میر همراه بوده است ولی نوع تکنیک جراحی در میزان موربیدیتی و مورتالیتی تاثیری نداشته است (۱۲). در بیمار ما به علت مشکل تشخیصی و جراحی پس از ۳ روز و سن بالای ۷۰ سال که جراحی به صورت simple و کلاسیک انجام گردیده است که

بدون برداشتن قطعه مبتلا و بدون تشخیص آندوسکوپییک بوده است. Caiva و همکارانش در یک بررسی ۶ ساله بر روی ۱۵۲ بیمار نتیجه گیری کردند که در صورت یک زخم معده عارضه دار بهترین درمان جراحی می باشد (۱۳).

اولسر پپتیک اگرچه بیماری نسبتاً شایعی است اما در بیمارانی که به تازگی تحت اعمال جراحی شکمی و لگنی قرار گرفته اند، خصوصاً در موارد بدون سابقه اولسر پپتیک، تظاهرات آنها مبهم و معمولاً به عوارض جراحی اخیر نسبت داده می شود. در چنین

شرایطی تحت نظر قرار دادن دقیق بیمار و جراحی بموقع سبب حفظ جان بیمار خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل محترم بخش ارولوژی بیمارستان لبافی نژاد و همکاران محترم بخش جراحی بیمارستان شهدای تجریش و خانم شهلا حسین خانی منشی گروه جراحی کمال تشکر و تقدیر را می نمایم.

References

1. Sleisengery F. GT disease, 4th ed, volume one, Saunders 1989; p: 248.
2. Zinner M, Schwart's S. Maingot's abdominal operation, 10th ed, volume one, Appleton & Lange 1997; p: 983.
3. Sabiston D. Textbook of sugery, 15th ed, W.B Saunders Co 1997; pp: 847-93.
4. Schwart's S. Principles of surgery, 7th ed, volume one. Mc Grawhill 1999; pp: 1193-4.
5. Weather J. Ledingham G. Oxford textbook of medicine, 3rd ed, volume two, Oxford University 2000; pp: 1877-8.
6. Enilio E. Atlas of gastrointestinal surgery, volume one, Waverly Co 2000; p: 1019.
7. Fauci B. Harrison's principles of internal medicine, volum two, 14th ed, Saunders 1998; p: 1599.
8. Drazen C. Textbook of medicine. 21th ed , W.B. Saunders Co 2000; p: 679.
9. Korica M, Petakovic G, Garrilovic S. Surgical treatment of perforated gastric ulcer. Med Pregl 2002; 55(11-12): 513-6.
10. Rahuman MM, Saha AK, Rahim A. Experience of peptic ulcer perforation over a decade in a teaching hospital of southern Bangladesh. Ceylon Med J 2003; 48(2): 53-6.
11. Ucheddu A, Floris G, Altana ML, Pisanu A, Cois A, Farci SL. Surgery for perforated peptic ulcer in elderly. Evaluation of factors influencing prognosis. Hepatogastroenterology 2003; 50(54): 1956-8.
12. Noguiera C, Silva AS, Santos JN, Silva AG, Ferreira J, Matos E, Vilca H. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. World J Surgery 2003; 27(7): 782-7.
13. Caira A, Ugolini G, Catena F, Pasqualini E, De Sonis F, Peruzzi S, Campione O. Treatment of complicated peptic ulcer. Minerra Chir 2003; 58(3): 341-4.

*آدرس نویسنده مسئول: تهران، خیابان پاسداران، بوستان نهم، بیمارستان لبافی نژاد، بخش ارولوژی، تلفن: ۱۵-۲۲۲۵۴۰۱۱-۰۲۱.
sshari@ yahoo.com