

گزارش یک مورد هماتوم خودبخودی عضله رکتوس در حاملگی

دکتر صفر علی امینی*

دکتر لادن حقیقی*

چکیده

هماتوم غلاف عضله رکتوس یک علت غیر معمول توده‌های شکمی است که می‌تواند به صورت شکم حاد جراحی ظاهر نماید. علل آن متعدد بوده و گرفتن یک تاریخچه دقیق معمولاً در جهت مشخص شدن عامل زمینه ساز کمک کننده است. خونریزی غالباً ناشی از پارگی عروق اپیگاستریک و ندرتاً به علت پارگی رشته‌های عضله رکتوس می‌باشد. این عارضه در صورت عدم تشخیص صحیح به اعمال جراحی غیر ضروری منجر می‌گردد. سونوگرافی، سی تی اسکن و رزونانس مغناطیسی (MRI) به تشخیص صحیح این عارضه کمک نموده و درمان نیز به جز در موارد معدود، به صورت محافظه کارانه (Conservative) می‌باشد در این مقاله ضمن معرفی یک مورد هماتوم خودبخودی عضله رکتوس در حین حاملگی تظاهرات بالینی، راههای تشخیصی، درمان و همچنین سایر عوامل مستعدکننده این عارضه مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: ۱- هماتوم ۲- جدار شکم ۳- عضله رکتوس ۴- حاملگی

مقدمه

هماتوم غلاف عضله رکتوس (*Rectus Sheath Hematoma=RSH*) یک علت غیر معمول توده‌های دردناک شکمی است.^(۱) این عارضه ممکن است بصورت شکم حاد جراحی ظاهر نماید و میزان اشتباه تشخیصی در آن تا ۹۳ درصد گزارش شده است.^(۱) و در اغلب موارد یک عامل مستعدکننده وجود دارد از جمله: آسیب‌های خارجی، فعالیت‌های شدید، سرفه، عطسه، استفراغ، زور زدن در حین دفع ادرار یا مدفوع^(۱)، حاملگی و پورپوریوم^(۵، ۱)، مصرف داروهای ضد انعقاد^(۱)، اختلالات خونی^(۳)، عفونتها خصوصاً تیفوئید^(۳)، بیماریهای مزمن^(۱)، پاراستنز یا لاپاراتومی قبلی^(۱)، هموستاز ناکافی یا کاهش بیش از حد در هنگام عمل جراحی^(۱)، چاقی^(۴)، هیپرتانسیون^(۱)،

معرفی بیمار

خانم ح - ص - ص - ۲۵ ساله، ۲ G، ۱ Para، در تاریخ ۱۳۷۳/۱۱/۱۱ به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان شهید اکبر آبادی مراجعه نموده است. سن حاملگی بر اساس تاریخ آخرین قاعدگی ۳۴/۵ هفته بوده و در سابقه پزشکی بیمار نکته بااهمیتی وجود نداشت. حاملگی اول به علت تنگی لگن منجر به سزارین شده بود. سابقه مصرف دارو، ضربه، تب و لرز و آبریزش یا خونریزی واژینال را در طول حاملگی ذکر نمی‌کرد. در معاینات بالینی حال عمومی خوب، سمع قلب و ریه و علائم حیاتی طبیعی، اندازه رحم مطابق با سن حاملگی و اسکار انسیزیون فان اشتیل مشهود بود. در لمس شکم و فلانکها حساسیت وجود نداشت و هیچگونه ضایعه یا تغییر رنگ پوستی به چشم نمی‌خورد. مدت انقباضات رحمی ۳۰ ثانیه و فواصل

* استادیار گروه زنان و زایمان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران



شکل ۱- اکیموز در پوست شکم بیمار

رحمی نیز مهار گردیده بود. در روز سرم بستری در ناحیه ربع تحتانی راست شکم و اطراف ناف خصوصاً در سمت راست ناحیه اکیموتیکی بوجود آمده که تدریجاً وسعت آن افزایش یافت

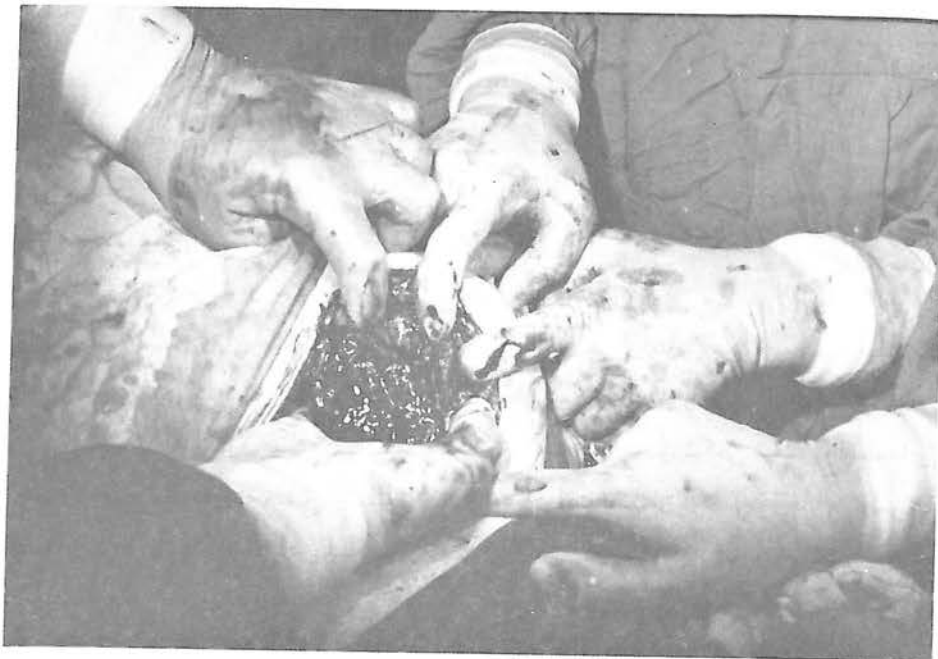


شکل ۲- سونوگرافی شکم بیمار که یک توده مدور با اکوژنیسیته مختلط دیده می شود.

آن ۴ دقیقه بوده و در معاینات واژینال دیلاتاسیون و آفاسمان وجود نداشت. درسونوگرافی یک جنین زنده و فعال در وضعیت سفالیک با حدود سنی ۳۴ هفته، مایع آمنیوتیک در حد طبیعی و جفت با گرید II در ناحیه فوندوس مشاهده گردید. به علاوه یک توده مدور با اکوژنیسیته مختلط به ابعاد 50×60 میلیمتر در حد فاصل جدار قدامی شکم و سمت چپ فوندوس رحم دیده می شد که تشخیصهای احتمالی میوم دژنره یا هماتوم عضله رکتوس را مطرح می نمود. نتایج آزمایشات انجام شده بر روی نمونه خون بیمار به شرح زیر بود:

هماتوکریت = ۳۲ درصد، تعداد گلبولهای سفید = ۱۳۰۰۰ (در هر میلی متر مکعب)، شمارش پلاکت = ۱۷۲۰۰۰ (در هر میکرولیتر)، زمان پروترومبین = $12/5$ ثانیه و در آزمایش ادرار بیمار ۱۲-۱۰ گلبول سفید و ۳-۲ گلبول قرمز در هر شان میکروسکوپی با قدرت بالا وجود داشت. بیمار با تشخیص زایمان زودرس تحت درمان با سولفات منیزیوم قرار گرفت.

در روز دوم بستری در معاینه شکم حساسیت واضح در ناحیه ربع فوقانی چپ (LUQ) و پهلوی چپ وجود داشت که با توجه به آزمایش ادرار بیمار با تشخیص احتمالی پیلونفریت، آنتی بیوتیک تزریقی شروع شد. در همین زمان انقباضات



شکل ۳- هماتوم در جدار شکم بیمار

وجود نداشت. نتایج آزمایشات انجام شده بر روی خون بیمار از نظر هماتوکریت و آزمایشات انعقادی پس از عمل جراحی نیز در حد طبیعی گزارش شد و شش روز پس از عمل جراحی، بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

RSH عارضه نادری است که در مقالات منتشره تاکنون فقط کمتر از ۲۰۰ مورد از آن گزارش شده است و پیدایش نوع خودبخودی، آنهم در طی حاملگی فوق العاده نادر است و در حدی نمی باشد که بتوان در مورد آن میزان شیوع را تعیین کرد. میزان شیوع این عارضه به طور کلی در خانمها سه برابر بیش از مردان است و علت آن نیز احتمالاً توده عضلانی کمتر در خانمها در مقایسه با مردان می باشد. همچنین حداکثر شیوع این عارضه نیز در دهه پنجم عمر گزارش شده است^(۳) افراد مسنی که دچار بیماریهای مزمن هستند خصوصاً اگر تحت درمان با داروهای ضد انعقادی باشند بیشتر در معرض خطرند.^(۱) *RSH* معمولاً به علت کشش یا انقباض شدید عضلات رکتوس رخ می دهد که به پارگی درانشعابات عروق اپیگاستریک، قسمتهایی از فیبرهای عضلانی، یا هر دو

به طوری که ابعاد آن به 140×180 میلیمتر رسید (شکل ۱). علیرغم افزایش حساسیت ناحیه *LUQ*، در ناحیه اکیموتیک حساسیتی وجود نداشت. علائم حیاتی بیمار همچنان پایدار بوده و آزمایشات انعقادی بیمار که مجدداً انجام گردید در حد طبیعی گزارش شد. در سونوگرافی مجدد انجام شده در روز چهارم بستری، جنین همچنان وضعیت طبیعی داشت ولی ابعاد توده مجاور رحم به 138×95 میلیمتر افزایش یافته بود (شکل ۲). با توجه به افزایش ابعاد توده و تشدید علائم بیمار و نامشخص بودن تشخیص بالینی، بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در ابتدا پوست بابرش طولی باز شد. خون تیره در لابلای نسوج زیرجلدی خصوصاً در سمت راست شکاف پوستی وجود داشت. پس از باز کردن پریتوئن بابرش عرضی در ناحیه تحتانی رحم، نوزاد پسری به وزن 2200 گرم خارج گردید و سپس رحم ترمیم شد. توده ای در داخل شکم یاروی رحم وجود نداشت. پس از ترمیم پریتوئن، در هنگام ترمیم جدار شکم در زیر عضله رکتوس و در سمت چپ از حدود ناف تا زیر دیافرگم هماتوم وسیعی در داخل غلاف عضله رکتوس مشاهده شد. (شکل ۳) که حدود یک لیتر لخته از این محل خارج گردید. ناحیه مذکور از نظر خونریزی فعال بررسی گردید که نقطه خاصی

هماتوم در خارج پریتوتن می‌باشد. هماتوم وسیع ممکن است که حتی به شوک هیپوولمیک منجر شود. بخصوص در مواردی که خونریزی در زیرخط قوسی است زیرا در این ناحیه پریتوتن به صورت کاملاً شل به عضله رکتوس چسبیده و به همین علت نمی‌تواند عروق اپیگاستریک پاره شده را ترمیم کند.^(۳)

تشخیص

تشخیص براساس ظن به وجود این عارضه، گرفتن یک تاریخچه دقیق و معاینه است. تشخیص افتراقی‌های *RSH* عبارتند از: فتق شکمی مختق، آبسه‌های شکمی، پیچ خوردگی کیست تخمدان، حاملگی خارج رحمی پاره شده، آپاندیسیت، انسداد روده، انفارکتوس مزانترا، پارگی آنوریسم آئورت شکمی.

در معاینات بالینی توده حساس شکمی که با انقباض عضله رکتوس از بین نمی‌رود، قابل لمس می‌باشد معاینات رکتال یا واژینال نیز ممکن است توده را مشخص سازند. رادیوگرافی شکم فقط در ۱۲ درصد این بیماران کمک کننده است.^(۱) در موارد قطعی نبودن تشخیص، جهت رد ضایعات داخل پریتوتن می‌توان از لاپاراسکوپی استفاده نمود.^(۱) دوروش بسیار سودمند در تشخیص *RSH*، سونوگرافی وسی‌تی‌اسکن می‌باشند که استفاده از سونوگرافی به علت این که اطلاعات راجع به اندازه، محل و مشخصات توده با سرعت و صحت زیادی وبدون قراردادن بیمار در معرض اشعه یونیزان، بدست می‌آید انتخاب اول است.^(۱) با این روش هماتوم بصورت یک توده هیپو اکویا با اکوژنیسیته مختلط (*mixed*)، و به شکل دوکی یا مدور دیده می‌شود. در هماتوم‌های بسیار بزرگ شکل توده کمکی به تشخیص نمی‌کند.^(۱) برای پیگیری اندازه توده می‌توان سونوگرافی سریال انجام داد. البته موارد منفی کاذب نیز گزارش شده است. در موارد شک تشخیصی می‌توان از سی‌تی‌اسکن استفاده نمود که با این روش وجود یک توده دوکی شکل در جدار قدامی شکم که در امتداد صفحات فاسیایی انتشار یافته، خصوصاً اگر از خط وسط عبور نکرده باشد، تشخیصی است.^(۲) *MRI* روش انتخابی در تشخیص ضایعات نسوج نرم است و در صورتی که بطور وسیع در دسترس باشد روش انتخابی در تشخیص *RSH* خواهد بود.^(۲)

منجر می‌گردد.^(۱) عروق اپیگاستریک تحتانی خصوصاً در پائین خط قوسی (*Arcuate line*) بیشتر مستعد پارگی هستند زیرا در این ناحیه، عروق توسط فاسیاترانسورسالیس به سستی به سطح خلفی عضله متصل می‌شوند. یک علت دیگر تشکیل هماتوم، ترمیم ناکامل آسیبهای عروقی کوچک مثلاً در موارد درمان با داروهای ضد انعقادی می‌باشد.^(۱) از سایر عوامل احتمالی ایجاد کننده صدمات عروقی می‌توان کشیدگی عروق اپیگاستریک ناشی از اتساع شکم در دوران حاملگی یا شل شدن ناگهانی به دنبال زایمان را نام برد که احتمالاً عامل مستعد کننده بروز این حالت در موارد فوق عدم خاصیت ارتجاعی کافی این عروق می‌باشد که مانع از تطابق آنها با تغییرات طول عضله رکتوس در هنگام انقباض یا کشش می‌شود.^(۳)

تظاهرات بالینی

RSH معمولاً با درد ناگهانی و پیشرونده، تهوع و ندرتاً استفراغ شروع می‌شود. درد بطور موضعی و در قسمتی از عضله که در آنجا خونریزی رخ داده وجود دارد که معمولاً در ناحیه تحتانی و سمت راست شکم احساس می‌شود.^(۳) و خصوصاً در مواقعی که هماتوم به خلف و به پریتوتن جداری فشار وارد می‌آورد، ممکن است با گاردینگ و ریباند همراه باشد و شک ضایعات جدی داخل شکمی را برانگیزد.^(۱) صداهای روده معمولاً تغییری نمی‌کنند. تاکیکاردی، تب مختصر و لکوسیتوز یافته‌های شایعی بوده و گهگاه یک توده شکمی حساس، فاقد ضربان و دوکی شکل وجود دارد.^(۱،۳) هماتومهایی که در بالای خط قوسی قرار دارند معمولاً به صورت یک توده یک طرفه که توسط غلاف عضله وزوائد تاندونی محدود گردیده ظاهر می‌شوند. در صورتی که در زیر این خط، هماتوم ممکن است به سمت مقابل نیز گسترش یابد که علت آن هم فقدان غلاف خلفی عضله است.^(۱،۳) وجود و اندازه توده به میزان خونریزی و ماهیت ساختمانهای مجاور وابسته است.^(۱) این توده با تنفس تغییر نمی‌یابد^(۱) و علامت *Fothergill* (قابل لمس بودن توده در حین انقباض عضله رکتوس) نیز در آن مثبت است. علامت *Cullen* نمایانگر پارگی هماتوم به داخل پریتوتن بوده و علامت *Grey-Turner* (تغییر رنگ در فلانکها) نیز به علت گسترش

که در این گونه موارد تخلیه جراحی هماتوم و کنترل نواحی خونریزی دهنده توصیه می شود. میزان مرگ و میر در بیماران که تحت اعمال جراحی قرار می گیرند ۴-۲۵ درصد است. (۱)

در موارد بروز RSH در دوران حاملگی میزان مرگ و میر مادری ۱۳ درصد و مرگ و میر جنینی تا ۵۰ درصد گزارش شده است. (۵)

درمان

با تشخیص سریع و صحیح RSH می توان از اعمال جراحی غیر ضروری سمانت بعمل آورده و به طریقه محافظه کارانه (Conservative) درمان نمود. مگر در بیماران که از نظر همودینامیکی ناپایدار باشند یا در مواردی که اندازه هماتوم در حال افزایش بوده یا تشخیص قطعی نباشد. (۱)

REFERENCES

- 1) Brotzman, G.L: Rectus sheath hematoma in an anticoagulated patient; *J.Famil. Prac*; 33; 1991; PP: 194-7.
- 2) Johnson, R.C., et al : Rectus sheath hematoma, diagnosis is essential; *BJCP*; 48; 1994; P:5.
- 3) Schwartz, S.I: Rectus sheath hematoma principles of surgery ; 6th ed.; 1994; PP:1485-87.
- 4) Staff, D., et al: Hematoma of the rectus abdominis manifested as severe pain in the right lower quadrant; *South.Med. J.*; 84; 1991; PP: 1275-6.
- 5) Torpin, R: Hematoma of the rectus abdominis muscle in pregnancy.; *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 46; 1943; PP: 557-66.

SPONTANEOUS HEMATOMA OF RECTUS SHEATH DURING PREGNANCY, A CASE REPORT

A.Amini, M.D.*

L.Haghighi, M.D.**

ABSTRACT

Rectus sheath hematoma can be an unusual cause of abdominal mass that may present as an acute intra - abdominal problem. There are multiple causes and , with a through history, usually some precipitating factor can be identified. Hematoma is frequently due to rupture of Epigastric vesseles and only rarely to rupture of Rectus Abdominis muscle fibers. Misdiagnosis may result in the performance of unnecessary surgical procedures. Ultrasound examination, CT scan, and magnetic resonance imaging (MRI) are useful in making an accurate diagnosis. Treatment is usually conservative. In this paper, a case of spontaneous Rectus sheath hematoma during pregnancy is reported.

Key words :

1) Hematoma

2) Abdominal wall

3) Muscles

4) Pregnancy

Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology-Iran Univ. of Med.Sciences and Health Services