

گزارش یک مورد پريتونيت و پارگی تأخیری رکتوم ناشی از استعمال پرتقال

دکتر مهدی اسکندارلو^۱

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

E-mail: eskandarlou.m@umsha.ac.ir

چکیده

اجسام خارجی در رکتوم معمولاً بدنبال وارد کردن اجسام به کانال آنال می باشد اهمیت آن تنوع تظاهرات بالینی، عدم ارائه تاریخچه از سوی بیمار و تأخیر در تشخیص است. در این مطالعه مرد ۳۵ ساله ای معرفی می شود که با شکایت اتساع و درد شکم از ۱۰ روز قبل و پريتونيت تحت عمل جراحی قرار گرفت و پارگی رکتوم به دلیل وجود یک عدد پرتقال در رکتوم تشخیص داده شد. وجود جسم خارجی در مقعد باعث تظاهرات بالینی غیر ویژه می گردد لذا دقت در معاینه کلینیکی و انجام توشه رکتال برای تشخیص و درمان سریع تر بیماران دارای اهمیت ویژه ای است. **کلمات کلیدی:** جسم خارجی رکتوم، پريتونيت، توشه رکتال

دریافت: ۸۸/۴/۸ پذیرش: ۸۸/۹/۲۶

مقدمه

وجود جسم خارجی در لوله گوارش می تواند دلیل بلع اجسام، رسوب و تجمعات بعضی مواد بلع شده در لوله گوارش و یا عبور اجسام خارجی از مجاور روده به داخل لومن روی دهد [۱]. بیشترین اجسام خارجی در رکتوم بدلیل بلع آن اجسام نمی باشند [۲]. بلکه از کانال آنال وارد رکتوم می شوند این پدیده می تواند به دلیل سقوط از ارتفاع، تروما، نشستن بر روی اجسام و یا بصورت عمدی و به دنبال رفتارهای جنسی [۲،۳]، تجاوز و یا روشی برای درمان صورت گیرد [۲،۴،۵،۶]. وجود جسم خارجی در رکتوم و کانال آنال با علائم بالینی مختلفی تظاهر می کند مانند درد پری آنال، خونریزی، انسداد روده، پارگی رکتوم و پريتونيت، آبسه پری آنال، فیستول پری آنال و گاهی بدون علامت [۵-۸]. آنچه حائز اهمیت است انکار کردن وسیعی در

عدم ارائه تاریخچه واضح از سوی اکثر این بیماران مبنی بر استعمال جسم خارجی به کانال آنال و رکتوم می باشد [۸]. در صورت ظن بالینی به این گونه بیماران، تستهای تشخیصی شامل رادیوگرافی لگن، شکم و قفسه سینه، سیگموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی، سی تی اسکن و سونوگرافی مورد استفاده قرار می گیرند. اکثر موارد اجسام خارجی رکتوم که در معاینه توشه رکتال قابل لمس هستند از طریق مقعد خارج و درمان می شوند. در موارد شکست در این شیوه درمانی یا وجود پارگی رکتوم و پريتونيت نیاز به تجهیزات اتاق عمل و جراحی است.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۳۵ ساله با تاریخچه شکم درد همراه با اتساع تدریجی از ۱۰ روز قبل به بیمارستان مراجعه کرد. بیمار شکم درد بطور منتشر همراه با تهوع، استفراغ و بی اشتها از دو روز قبل داشت. بیمار از

۱۰ روز قبل دفع گاز و مدفوع نداشته است در طی این مدت بدلیل شکم درد و یبوست چند نوبت به مراکز درمانی مراجعه و تحت درمان دارویی (مسکن و ملین) قرار گرفته بود در هیچ نوبت از مراجعات پزشکی بیمار تحت معاینه توشه رکتال قرار نگرفته بود. در معاینه بالینی بیمار آرام و ظاهراً کمی افسرده و مضطرب بنظر می رسید بیمار دارای تب، شکم درد با تندرنس منتشر بود. بدلیل عدم ارائه شرح حال در مورد مشکلات پری آنال معاینه توشه رکتال انجام نگرفت. بر اساس معاینه بالینی و با تشخیص پریتونیت بیمار تحت جراحی لاپاراتومی قرار گرفت در بررسی و تجسس حفره پریتون، پریتونیت منتشر و پیشرفته با رسوب فیبرین روی روده ها و حفره پریتون همراه با لمس توده تومور مانند و کروی به اندازه 10×10 سانتی متر در رکتوم داخل پریتون و پارگی به اندازه 2×2 سانتی متر در دیواره جلویی رکتوم مشاهده شد. مکان پارگی در یک سوم پروکسیمال رکتوم و در قسمت داخل پریتون رکتوم بود. محل پارگی مقداری وسیعتر شد و در بررسی داخل رکتوم یکعدد پرتقال متقال مشاهده گردید (تصویر ۱).



تصویر ۱. پرتقال خارج شده از رکتوم مرد ۳۵ ساله

مکان پارگی رکتوم بطور عرضی وسیعتر گردید و پرتقال از رکتوم خارج شد. سپس محل پارگی رکتوم ترمیم و کولوستومی سیکموئید تعبیه گردید. پس از جراحی و در دوران نقاهت بیمار تحت مصاحبه بالینی مجدد قرار گرفت و مشخص شد که

پرتقال توسط دوستان بیمار از راه مقعد وارد رکتوم گردیده است. بیمار در شرح حال مجدد پس از جراحی بیان کرد که دوستان وی دست و پای او را گرفته و بطور مزاح و شوخی پرتقال را وارد رکتوم بیمار کردند. بیمار بدلیل خجالت و معذوریت اخلاقی قادر به بیان این موضوع در مراجعات مکرر به پزشک نبوده است. بیمار در مشاوره روانپزشکی انجام شده نیز همین مطلب را اشاره کرده است. دو ماه پس از ترخیص، بیمار ابتدا مورد بررسی عملکرد اسفنکتر آنوس و کانال رکتوم از طریق معاینه بالینی و همچنین نوار عصب عضله اسفنکتر و آندوسکوپی لوب تحتانی رکتوم قرار گرفت و پس از اطمینان از سلامتی آنها مجدداً تحت عمل جراحی و بستن کولوستومی قرار گرفت.

بحث

وجود اجسام خارجی در رکتوم و مقعد بر اساس اندازه و خصوصیات فیزیکی و مدت زمان باقی ماندن آنها می توانند بدون علامت [۲] یا باعث تظاهرات ویژه بالینی بطور موضعی و یا در صورت ایجاد عوارض باعث علائم سیستمیک و شکمی گردند لیست اجسامی که از رکتوم بیماران خارج شده است بسیار متنوع و از حروف A تا Z گزارش شده است [۲]. شایعترین اجسام خارج شده از رکتوم، ویبراتورها و بطری های شیشه ای می باشد [۹] تظاهرات بالینی شایع بیماران شامل انسداد روده، خونریزی، پارگی رکتوم، پریتونیت، فیستول و آبسه لگنی و پری آنال، اتساع شکم و توده قابل لمس در شکم یا توشه رکتال می باشد [۲،۶]. بیمارانی که قادر به خارج کردن جسم خارجی از رکتوم نیستند و بدون عوارض مراجعه می کنند تاریخچه مبهم همراه با علائم بالینی غیر ویژه ارائه می دهند که گاهی مرتبط با وجود جسم خارجی در رکتوم و حتی عوارض حاصله از آن نیست مانند درد در لگن و پائین شکم، درد قفسه سینه و پری آنال [۷،۱۰،۱۱]. چنین موضوعی در بیمار

معرفی شده در این مقاله مشاهده می شود. این بیمار در آخرین نوبت مراجعه به پزشک که تحت لاپاراتومی قرار می گیرد تاریخچه ای از استعمال جسم خارجی ارائه نکرده است غالباً بنظر می رسد عدم بیان این موضوع و سعی در انکار نمودن آن از سوی بیمار بدلیل ملاحظات اخلاقی و روانی (احساس گناه کردن و خجل بودن) و یا بدلیل تهدید و هراس (در موارد تجاوز و نزاع) باشد بر این اساس پزشکان در تهیه شرح حال و معاینه بالینی توجهی به این موضوع نمی کنند نکته قابل ذکر در بیمار معرفی شده نحوه ارتباط کلامی و غیر کلامی او در بدو بستری بود در معاینه بالینی اولیه، احساس گناه کردن و خجل بودن در خلق و خوی بیمار واضحاً مشهود بود و با توجه به علائم واضح پریتونیت، اعتراض چندانی از شدت علائم و درد اظهار نمی کرد از سوی دیگر در هیچ یک از مراجعات پزشکی، معاینه توشه رکتال انجام نشده است اگر چه ممکن است اجسام خارجی در رکتوم در موقعیتی قرار گیرند که در توشه رکتال قابل لمس نباشد اما از معاینات ضروری بیماران خصوصاً در موارد احتمال وجود جسم خارجی در رکتوم و کانال آنال محسوب می شود. در موارد لزوم نیز بررسی های آزمایشگاهی شامل رادیوگرافی رخ و نیم رخ لگن، گرافی شکم، سیکموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی مطالعه باریم، سونوگرافی و سی تی اسکن انجام می گردد [۲، ۴، ۵، ۶، ۱۲].

در بیماران با جسم خارجی در رکتوم مشاوره روانپزشکی توصیه می شود آندسته از بیمارانی که بدنبال رفتارهای نزاعی و جنسی و تجاوز دچار این مشکل شده اند مشاور پزشکی قانونی ضروری است. درمان بیماران با اجسام خارجی در رکتوم و مقعد معمولاً خارج کردن آنها از طریق مقعد می باشد در صورت عدم همکاری لازم و در موارد بزرگی یا تیز و

برنده بودن جسم یا قرار گیری آن در بالای رکتوم نیاز به اتاق عمل و خارج کردن آن تحت بیهوشی یا بی حسی و به وسیله کولونوسکوپی، سیکموئیدوسکوپی ویا لاپاروسکوپی است [۹، ۱۳-۱۷]. هنگام خارج کردن بعضی از اجسام مانند بطری و فنجان و یا اجسام بزرگ و کروی به دلیل خصوصیت مکندگی آنها در رکتوم نیاز به تعبیه سوندفولی در قسمت پروکسیمال به جسم خارجی در رکتوم و تزریق هوا و یا استفاده از واکيوم زنان و زایمان خواهد بود [۴، ۱۵، ۱۶]. در موارد پریتونیت، پارگی، انسداد، آبسه، خون ریزی، بزرگی و تیز و برنده بودن جسم خارجی در رکتوم و مقعد نیاز به کولوتومی و خارج کردن جسم و سپس ترمیم روده و انجام کولوستومی است [۲، ۶، ۹، ۱۲].

با مطالعه این مقاله می توان نتیجه گرفت بیماران با جسم خارجی در مقعد و رکتوم معمولاً شرح حال دقیق و مشخصی ارائه نمی دهند و به دلیل معذوریتهای اخلاقی فقط به بیان علائم بالینی ناشی از عوارض و یا تظاهرات کلینیکی مبهم اکتفا می کنند لذا دقت در تهیه شرح حال و انجام معاینه بالینی کامل و بر اساس ظن بالینی انجام بررسی پاراکلینیکی نقش مهمی در تشخیص سریعتر بیماران خواهد داشت. بر این اساس پیشنهاد می شود که در هر بیمار با درد شکم حاد باید توش رکتال قبل از لاپاروتومی انجام گیرد و عدم انجام آن یک خطای پزشکی محسوب می شود. اجسام خارجی در مقعد و رکتوم هرچه سریعتر باید خارج شوند اکثر موارد درمان بطور سرپائی یا در اتاق اورژانس صورت می گیرد در موارد بزرگی، تیز و برنده بودن جسم خارجی، نیاز به بیهوشی یا بی حسی و تجهیزات اتاق عمل می باشد در صورت پریتونیت و پارگی رکتوم و خونریزی نیاز به لاپاروتومی و کولوستومی خواهد بود.

References

- 1- Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Manigot's abdominal operation 10th ed. New York: Appleton & Lange, 1997:931-939
- 2- Feldman M, Fiedman LS, Lowrence JB. Gastrointestinal and liver disease. 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2006: 2850 – 2851, 507, 502, 508.
- 3- Shah J, Majed A, Rosin D. Rectal salami. 2002; Int J Clin Pract 56(7): 558-9.
- 4- Ruiz del Castillo J, Selle's Dechent R, Millan Scheiding M, Zumarraqa Navas P, Asencio Arana F. Colorectal trauma caused by foreign bodies introduced during sexual activity: diagnosis and management. 2001; Rev Esp En Dig 93 (10): 631-4.
- 5- Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. 1998; Aust N Z J Surg 68(12):825-5.
- 6- Tadataka Yamada, David H Alpers, Loren Laine, Chung Owyong, Don W Powell. Textbook of Gastroenterology. 3rd ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 2099.
- 7- Rodriquez Hermosa JI, Condina Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM, Roiq J, Farres R. Management of foreign bodies in the rectum. 2007; Colorectal Dis 9(6): 543-8.
- 8- El-Ashaal YI , AL-Olama AK , Abu-Zidan FM. Transanal rectal injury. 2008; Singapore Med J 49(1):54-6.
- 9- Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH, Chen WS, Lin TC, et al. Retained rectal foreign bodies. 2003; J Chin Med Assoc 66 (10):607-12.
- 10- Dale OT, Smith NA, Rampaul RS. Tube abuse: a rectal foreign body presenting as chest pain. 2007; ANZ J Surg 77 (12): 1131–2.
- 11- Aduful HK. Anal pain secondary to swallowed bone. 2006; Ghana Med J 40 (1):31-2.
- 12- Biriukov IUV, Volkov OV, An VK, Borisov EIU, Dodina AN. Treatment of patients with foreign bodies in rectum. 2000; Khirurgiia (Mosk) (7): 41-3.
- 13- Lake JP, Essani R, Petrone P, Kaiser AM, A Sensio J, Beart RW Jr. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. 2004; Dis Colon Rectum 47 (10):1694-8.
- 14- Cirocco WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. 2000; Gastrointest Endosc 52 (3): 452-3.
- 15- Humes D, Lobo DN. Removal of a rectal foreign body by using a foley catheter passed through a rigid sigmoidoscope. 2005; Gastrointest Endosc 62 (4):610.
- 16- Feigelson S, Maun D, Silverberg D, Menes T. Removal of large spherical foreign object from the rectum using an obstetric Vacuum device: a case report. 2007; Am Surg 73(3): 304 – 6.
- 17- Berghoff KR, Franklin ME Jr. Laparoscopic assisted rectal foreign body removal: Report of a case. 2005; Dis Colon Rectum 48 (10): 1975-7.