

## چرخش منفرد لوله فالوپ در حاملگی: گزارش موردی

### چکیده

چرخش منفرد لوله فالوپ در حاملگی بسیار نادر است. از عوامل مساعدکننده می‌توان به هیدروسالپنکس، اعمال جراحی قبلی بر لوله، توده‌های تخمدانی و جنب تخمدانی اشاره نمود. در بعضی موارد نیز هیچ عامل مساعدکننده‌ای یافت نمی‌شود. مهمترین شکایت بیمار درد در ناحیه تحتانی شکم است. تشخیص معمولاً پس از انجام عمل جراحی بعلت شکم حاد مشخص می‌شود و در اغلب موارد نیز خارج‌سازی (resection) لوله اجتناب‌ناپذیر است. در این گزارش خانم حامله ۲۴ هفته‌ای معرفی می‌گردد که بعلت درد ناحیه تحتانی راست شکم و با تشخیص سنگ حالب و پیلونفریت بمدت دو هفته تحت درمان بود و بعلت عدم پاسخ به درمان و تشدید درد، پس از انجام بررسیهای لازم با تشخیص شکم حاد تحت عمل جراحی قرار گرفت و چرخش لوله راست بصورت منفرد مشخص گردید. این مورد به لحاظ نادر بودن و اهمیت آن بعنوان تشخیص افتراقی شکم حاد در حاملگی معرفی می‌گردد.

### دکتر شهره بهاء‌صدری I

کلید واژه‌ها: ۱ - چرخش منفرد لوله ۲ - حاملگی ۳ - شکم حاد

### معرفی بیمار

مورد معرفی خانم حامله ۲۶ ساله شکم اول با سن حاملگی ۲۴ هفته بود که با شکایت درد ناحیه تحتانی راست شکم برای مرتبه سوم بستری شد.

بیمار از دو هفته قبل از بستری اخیر دچار درد متناوب در پهلو راست شده و با تشخیص احتمالی عفونت ادراری، بمدت ۴۸ ساعت تحت درمان قرار گرفته و سپس مرخص شده بود.

وی چهار روز بعد مجدداً با همان شکایت (درد در ناحیه تحتانی راست شکم) مراجعه نمود، این بار بیمار با تشخیص احتمالی عفونت ادراری مقاوم به درمان معالجه شد.

لازم بذکر است که طی این مدت کشت ادرار بیمار

### مقدمه

چرخش منفرد لوله فالوپ پدیده‌ای نادر است که برای اولین بار توسط Sutton در سال ۱۸۹۰ گزارش شد (۱). شکایت اصلی بیمار درد متناوب در زیر شکم است و از آنجا که علائم و نشانه‌ها غیر اختصاصی هستند، همانند سایر موقعیتهای شایعتر، تشخیص صحیح قبل از عمل جراحی بندرت مسجل می‌گردد. در حاملگی تشخیص آن غالباً با آپاندیسیت حاد و چرخش تخمدان اشتباه می‌شود (۱ و ۳-۵).

از آنجا که تشخیص بموقع، می‌تواند موجب حفظ لوله شود، لذا لازم است چرخش لوله نیز بعنوان تشخیص افتراقی مهم شکم حاد مدنظر قرار گیرد (۱، ۳، ۶ و ۷).

I) استادیار بیماریهای زنان و زایمان، زایشگاه شهیداکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.



تصویر شماره ۱- نمای نکروتیک لوله فالوپ پس از عمل جراحی

#### بحث

چرخش منفرد لوله فالوپ بسیار نادر است و شیوع آن در حدود یک مورد در هر ۱,۵۰۰,۰۰۰ زن در سال گزارش شده است. حدود ۸۰٪ موارد این عارضه در سنین باروری رخ می‌دهد و از این میزان حدود ۱۲٪ موارد آن طی حاملگی بروز می‌نماید (۶۰). در اغلب موارد چرخش لوله راست اتفاق می‌افتد. وجود کولون سیگموئید در سمت چپ، کندی جریان خون در ورید تخمدانی راست و اقدام سریع به عمل جراحی در سمت راست از عوامل این اختلاف محسوب می‌شوند (۶۱).

خورسانی غنی لوله از شاخه‌های شریان تخمدانی و رحمی سبب می‌شود در ابتدا و قبل از انفارکتوس واضح لوله، درجاتی از ایسمی بروز نماید. چرخش لوله ممکن است ابتدا متناوب و یا ناقص باشد در نتیجه بیمار با تاریخچه درد متناوب در زیر شکم از مدتی قبل مراجعه می‌کند (۲۱).

اگر چه در مواردی چرخش لوله بدون عامل موثری ایجاد می‌شود، اما از عوامل مساعدکننده آن می‌توان از هیدروسالپنکس، هماتوسالپنکس، اعمال جراحی بر روی لوله، مزوسالپنکس بلند و یا ناقص، وجود کیست مورگانی و همچنین کیستهای تخمدان و جنب تخمدانی نام برد. براساس نظریه Jeffcoate رحم حامله در حال رشد نیز موجب ایجاد فشار چرخشی بر روی آدنکس می‌شود و می‌تواند از

منفی، اما آنالیز ادراری (U/A) حاوی گلبول سفید فراوان بود.

در سونوگرافی بعمل آمده هیدرونفروز درجه دو در کلیه راست مشخص بود و بهمین دلیل احتمال وجود سنگ در مسیر حالب راست مطرح شد.

همچنین توده‌ای اکلوسنت به ابعاد تقریبی ۳۶×۲۸mm در جایگاه تخمدان راست، با حاشیه مختصر نامنظم در سمت داخل مشاهده شد که احتمال چرخش کیست تخمدان راست را نیز مطرح می‌کرد. همچنین جنین سالم با سن تقریبی ۱ ± ۲۲ هفته گزارش شد.

این بار بیمار پس از ۲۴ ساعت بستری، با بهبودی نسبی مرخص گردید و چند روز بعد برای مرتبه سوم بعثت شدت درد (همراه با تهوع و استفراغ) مجدداً بستری شد. تکرار سونوگرافی هیچ گونه یافته جدیدی در برداشت و علائم حیاتی بیمار نیز در حد طبیعی بود.

در معاینه، رحم در حدود ۲۴ هفته قرار داشت و در لمس نیز حساس نبود، لیکن حساسیت در ناحیه تحتانی راست شکم یافته بارز معاینه بود. پس از انجام آزمایشهای اولیه و مشاوره جراحی، جهت تشخیص نهایی اقدام به لاپاراتومی گردید.

حین عمل توده‌ای به ابعاد ۶×۷cm و کاملاً نکروتیک مشخص شد که در واقع لوله راست رحم بود که در محل تلاقی آمپول به ناحیه ایسم دچار چرخش کامل شده بود (تصویر شماره ۱).

تخمدان راست و آپاندیس طبیعی بودند. لوله راست خارج و جهت بررسی به بخش پاتولوژی ارسال شد. گزارش پاتولوژی مؤید انفارکتوس و نکروز لوله بود. در این مورد عامل مساعد کننده مشخصی بغیر از حاملگی وجود نداشت.

بیمار در روز سوم بعد از عمل با حال عمومی خوب بیمارستان را ترک نمود و در هفته چهل و یکم حاملگی بدنبال یک زایمان طبیعی نوزاد سالمی به وزن چهار کیلوگرم دنیا آورد.

## منابع

- 1- Adekanmi OA., Barrington JW., Edwards G., Isolated torsion and hemorrhagic infarction of normal fallopian tube. Case report BJOB 2000 AUG, 107(8); 1047-8.
- 2- Argenta PA., Yeagley JJ., Torsion of the uterine adnexa pathologic correlation and current management trends J Repord med 2000 OCT, 45(10): 831-6.
- 3- Dueholm M., Praest J., Isolated torsion of the normal fallopian tube: Case report. Acta obstet Gynecol Scand 1987, 66: 89-90.
- 4- Mckenna PJ., Gerbert Kill. Isolated torsion of uterine in pregnancy: A case report. J Repord Med 1989, 34: 187-8.
- 5- Sorem KA., Bengtson JM., Walsh B., Isolated torsion of fallopian tube presenting in labor, A case report. J Reprod med 1991: 36: 763-4.
- 6- Yalcin O., Hassa H., Zeytinoglu S., Isolated torsion of fallopain tube during pragnancy, report of two cases. Ear. J. of obstet. Gynecol 1997, 74: 174-182.
- 7- Wang PH., Yuan CC., Chao HT., Isolated tubal torsion managed laparasropcally J Am Assoc Gynecol laparosc: 2000 Aug, 7(3): 433-7.

عوامل موثر در این پدیده باشد. براساس تئوری Sellheim تغییر وضعیت ناگهانی بدن نیز می‌تواند موجب حرکت غیرعادی ارگانهای داخلی شود (۱، ۲، ۴ و ۵). مهمترین شکایت بیمار درد زیر شکم است که می‌تواند همراه با تهوع و استفراغ باشد.

بیمار معمولاً تب ندارد و نتیجه آزمایشهای وی نیز در محدوده طبیعی است (۲، ۶ و ۷). در این رابطه تشخیصهای افتراقی زیادی وجود دارند که شامل چرخش توده‌های تخمدانی، آپاندیسیت حاد، حاملگی خارج از رحم، سالپنژیت، آبسه لوله و تخمدان، سنگ حالب، پارگی کیست تخمدان، دژنراسانس میوم و جداسدن زود هنگام جفت می‌باشد (۴-۱).

همچنین تشخیص اشتباه آپاندیسیت حاد بجای چرخش لوله راست و یا چرخش توده‌های تخمدانی (بعلت تشابه نمای سونوگرافی) از جمله موارد شایع است (۶). در مجموع تشخیص قبل از عمل بسیار دشوار است و معمولاً در هنگام لاپاراتومی مشخص می‌گردد.

در غالب موارد لوله متورم است و به تناسب زمان تشخیص، می‌تواند دچار درجاتی از نکروز و انفاکتوس شده باشد (۱، ۳، ۶ و ۷).

رها سازی از وضعیت چرخش - در صورتیکه علائمی از انفاکتوس مشاهده نشود - امکانپذیر است اما در غالب موارد خارج‌سازی (resection) لوله ضروری بنظر می‌رسد (۱، ۳، ۶ و ۷).

## نتیجه

تشخیص قبل از عمل چرخش منفرد لوله فالوپ مشکل است، عدم تشخیص بموقع می‌تواند منجر به نکروز و صدمه غیرقابل جبران به لوله و حتی تخمدان شود، در حالیکه اقدام به لاپاراتومی زود هنگام می‌تواند موجب حفظ لوله و حتی حفظ توانایی بارداری پس از رها سازی از وضعیت چرخش شود.

در موارد مناسب لاپاراسکوپی تشخیصی نیز نقش مهمی در تشخیص بموقع و اجتناب از تاخیر در درمان برعهده دارد (۷).