

## پارگی کبد در حاملگی

### گزارش مورد

دکتر ملیحه حسن‌زاده (استادیار)، دکتر سیما کدخدائیان (استادیار)، دکتر صدیقه آیتی (استادیار)  
گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### چکیده

پارگی کبد، یک عارضه نادر و مهلک در حاملگی است. این واقعه در جریان پره اکلامپسیو سندرم HELLP معمولتر است. در افراد مولتی پار مسن نیز گزارش شده است. شوک هموراژیک معمولاً شایعترین علامت و نشانه است. مورتالیته مادر و جنین بیشتر از ۵۰٪ است. بیمار ما خانم باردار ۳۹ ساله بود که با شکایت درد شکم و علائم شوک هموراژیک و دیسترس جنینی با اورژانس مراجعه کرده بود، در لاپاراتومی اورژانس انجام شده، رحم سالم بود و خونریزی بیش از حد در حفره شکم و لگن وجود داشت. جنین توسط سزارین خارج شد. پارگی در حدود ۸ سانتیمتر در لوب راست کبد وجود داشت که ترمیم شد و مادر و جنین از عوارض خطرناک نجات یافتند.

پارگی کبد را باید، در خانم باردار با درد در قسمت فوقانی شکم و علائم شوک هموراژیک حتی در یک بارداری بدون عارضه در نظر داشته باشیم.

### مقدمه

Chao یک مورد پارگی کبد را در بارداری کمپلیک با دکولمان و DIC گزارش کرد که پارگی کبد همراه با هیپوتانسیون و الیگوری، ۳۶ ساعت بعد فوت جنین رخ داد (۴).

تروما یکی دیگر از علل بروز این عارضه مهلک می‌باشد. گزارشات موردی از بروز پارگی کبد در جریان بارداری بدون عارضه گزارش شده است که در اکثریت موارد بیماران پارته بالا داشته‌اند (۵).

این عارضه معمولاً در سه ماهه سوم؛ اواخر سه ماهه دوم یا بلافاصله بعد زایمان رخ می‌دهد (۱).

پارگی کبد یک عارضه نادر حاملگی است که شیوع آن یک در ۲۵۰۰۰ مورد گزارش شده است هرچند ممکن است در جریان یک بارداری طبیعی ایجاد شود ولی اکثراً در جریان پره اکلامپسی-اکلامپسی و بیشتر از همه در زنان مسن و مولتی پار رخ می‌دهد (۲،۱).

Moen و همکاران یک مورد پارگی کبد در اواخر بارداری

گزارش کردند (۳).

## بحث

### Archive of SID

پارگی کبد یک عارضه نادر حاملگی است، از علل آن پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، سوء مصرف کوکائین، دکولمان و DIC، تروما، پارینه بالا را می‌توان نام برد (۵،۴،۳).

بیمار ما یک مورد جدید پارگی کبد در حاملگی بود که بارداری نهم خود را می‌گذراند و تحت هیچگونه کنترل مامائی قرار نداشت اما با توجه به یافته‌های بعد عمل وی به جز پارینه بالا هیچ فاکتور خطر ساز دیگری پیدا نشد.

پاتوفیزیولوژی پارگی کبد حتی در موارد وابسته به پره اکلامپسی به طور واضح مشخص نمی‌باشد.

علائم بیمار به صورت سمپتوم‌های پره اکلامپسی، علائم تحریک پریتنال، هپاتومگالی و شوک هیپولمیک است (۶).

بیمار ما نیز با شکل کلاس II مراجعه کرده بود، سابقه درد در قسمت فوقانی شکم را از چند روز قبل ذکر می‌کرد در معاینه حساسیت واضح در این ناحیه وجود داشت.

برای تشخیص از سونوگرافی، CT اسکن و انژیوگرافی استفاده می‌شود، ولی در اکثریت موارد تشخیص قبل از انجام اقدامات تشخیصی، ضمن لاپاراتومی مسجل می‌شود (۵). در موارد شوک هموراژیک نیاز فوری به لاپاراتومی، ترانسفوزیون ماسیو، اصلاح کواگولوپاتی با پلاسمای تازه و پلاکت است. بهترین روش هموستاز استفاده از کمپرسیون با عوامل هموستاتیک موضعی و Packing و ترمیم پارگی می‌باشد (۷). اما این اقدامات خصوصاً در مواردی که ضایعات متعدد در هر دو لوب کبد وجود دارد مؤثر نبوده و در چنین مواردی، اقدام بعدی، بستن شریان کبدی ورزکسیون نسبی کبد و امبولیزاسیون شریان هپاتیک در سگمان مبتلا و ترمیم با امپتوم یا مش جراحی می‌باشد (۸). موردی نیز گزارش شده است که برای انجام هموستاز اقدامات متعدد جراحی انجام شده و بیش از ۲۰۰ واحد محصولات خونی نیز تزریق شده است.

خوشبختانه در بیمار ما با انجام ترمیم کبد و رانیماسیون سریع، هموستاز انجام شد و نیازی به Packing و اقدامات دیگر درمانی نبود. نکته مهم دیگر این است که به هنگام لاپاراتومی اورژانس از انسزیون خط وسط استفاده شود تا

در اکثریت موارد پارگی کبد موجب شوک هموراژیک همراه با اتساع شکم می‌شود که نیاز فوری به اقدام جراحی را می‌طلبد.

### معرفی بیمار

خانم ف- و، ۳۹ ساله با شکایت درد اپیگاستر در اورژانس زایشگاه بیمارستان قائم (عج) مشهد پذیرش شد، بیمار قادر به صحبت کردن نبوده، در وضعیت شوک کلاس II قرار داشت. همراهیان بیمار اظهار می‌کردند که درد بیمار از چند روز قبل شروع شده و در روز مراجعه تشدید یافته است، نهمین حاملگی خود را می‌گذراند و دارای هشت فرزند زنده است، اولین زایمان وی ۲۲ سال قبل و کلیه زایمانها طبیعی بوده و فقط در حاملگی هشتم به علت بریج سزارین شده است. وضعیت اقتصادی، اجتماعی بیمار پائین بوده و هیچگونه مراقبت پره‌ناتال نداشته است و Lmp نامشخص می‌باشد.

در معاینه به عمل آمده از بیمار، علائم شوک کلاس II وجود داشت، ارتفاع رحم در حدود ۳۶ هفته بود، تندر نس منتشر شکم خصوصاً RUQ و در سمع ضربان قلب جنین، برادیکاردی مداوم وجود داشت. با توجه به درد شکمی منتشر و تغییر علائم حیاتی، تشخیص پارگی انسزیون سزارین قبلی یا دکولمان داده شد. بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. بعد از باز کردن جدار شکم با انسزیون مدیان حدود ۲ لیتر خون از داخل شکم ساکشن شد. جدار رحم با انسزیون هلالی عرضی در سگمان تحتانی باز شد و نوزاد دختر با وزن ۲۹۰۰ واپگار ۷-۲ متولد شد، پارگی به طول ۸ سانتیمتر در لب راست کبد وجود داشت که توسط جراح عمومی ترمیم پارگی به وسیله نخ کرومیک صفر با سوچورهای منقطع انجام شد و احتیاج به اقدام اضافی نبود، پس از شستشوی حفره شکم و اطمینان از هموستاز، جدار شکم به روش آناتومیک ترمیم شد.

هماتوکریت بیمار قبل از عمل ۱۳/۵٪ بود که حین عمل ۴ واحد خون دریافت کرد، در آزمایشات انجام شده، آنزیمهای کبدی، شمارش پلاکت و تستهای انعقادی نرمال بود.

در کنترل علائم حیاتی بعد از عمل حداکثر فشار خون بیمار ۱۳ بود، چهار روز بعد بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

جراحی و ترمیم موفقیت‌آمیز پارگی کبد توسط جراح و احیا سریع نوزاد توسط متخصص نوزادان بود.

در صورت بروز چنین مواردی حضور سریع اعضاء یک تیم جراحی با تجربه و فراهم کردن محصولات خونی گام اساسی در بهبود وضعیت این بیماران می‌باشد.

از این مورد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پارگی کبد را باید در خانم باردار با درد در قسمت فوقانی شکم و علائم شوک هموراژیک حتی در موارد حاملگی غیر کمپلیکته و در نظر داشت تا با اقدامات مناسب بتوان موربیدیتته و مورتالیتته مادری و جنینی را کاهش داد.

بدون اتلاف بتوان اکسپلوراسیون و اقدام جراحی لازم را انجام داد.

پروگنوز مادر و نوزاد ضعیف می‌باشد و به سرعت تشخیص و انجام اقدامات جراحی انجام شده وابسته می‌باشد (۱). مورتالیتته مادری حتی با درمان مناسب در حد ۷۵-۵۶٪ گزارش شده است. در مواردی که مادر زنده می‌ماند خطر ایجاد ARDS، ادم ریه، ARF در دوره بعد عمل وجود دارد (۵).

در بیمار ما نیز هیچگونه موربیدیتته و مورتالیتته مادری و جنینی بروز نکرد، علت آن انجام فوری رانیماسیون و عمل

## منابع

1. Alleman J: successful delivery after hepatic rupture in previous pre-eclamptic pregnancy. *Eur Obstet gynecol.* 1992; 47:76.
2. Risseluw J et al: liver rupture post partum associated with preeclampsia, HELLp syndrome. *Maternal fetal Mod.* 1999; 8(1):32-5.
3. Moen M, Caliendo M, Uhler M: Hepatic rupture in pregnancy associated with cocaine use. *Obstet gynecol.* 1993; 82:687-9.
4. Chao T, Luo F: Spontaneous rupture of the liver associated with pregnancy, Case report. *Acta Chir scand.* 1990; 156(10): 741-2.

5. Matsuda Y, Hatae M: Spontaneous rupture of the liver in an uncomplicated pregnancy. *Obstet Gynecol Res.* 2002; 23(5): 449-52.

6. Barton BM: Care of the pregnancy complicated by HELLp syndrome. *Obstet Gynecol clin North Am.* 1999; 18:165.

7. Marsh F, Kaufmann S, Bhabra K: Surviving hepatic rupture in pregnancy, a literature review with an illustrative case report. *Obstet Gynecol.* 2003; 23(2), 109-13.

8. Gonzalez G, Rubel H et al. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy, management with hepatic artery ligation. *South Med J.* 1984; 77(2):242-5.