

گزارش درمانگاهی فتق میاندوراهی در یک سگ

فریدون ضابری افشار*، رضا آویزه*، علیرضا غدیری* و علی بنی آدم*

خلاصه

در این گزارش تشخیص درمانگاهی یک مورد فتق میاندوراهی در یک قلابه سگ نر ده ساله ژرمن شپرد ارائه شده است. در تاریخچه حیوان عدم اشتها، آنوری کامل و دپرسیون شدید از چهار روز قبل وجود داشت و در معاینه بالینی از سگ مزبور یک برآمدگی پر از مایع در سمت راست مقعد مشاهده گردید. در آسپیراسیون از قسمت برآمده مایع ادرار بذل گردید. ازت اوره خون و کراتینین سرم خیلی بالاتر از مقادیر طبیعی بودند ($BUN = 110 \text{ mg/dl}$ و $Cr = 5 \text{ mg/dl}$). یافته های اولتراسونوگرافی ثابت کرد، مثانه از طریق پرده لگنی به منفذ اسپکیورکتال مفتوح شده است. برای ارزیابی میزان آسیب و بازگرداندن مثانه عمل سیلیوتومی صورت گرفت که پرخونی شدید و خونریزی های پستی متعدد بر روی مثانه دیده شد. آنتی بیوتیک وسیع الطیف و تغذیه با غذای نرم پس از جراحی تجویز گردید. بی اختیاری ادرار مشکل مهم حیوان پس از عمل بود اما با تجویز پردنیزولون (0.5 mg/kg) دوبار در روز-خوراکی در مدت ده روز رفع گردید. پس از مدت دو ماه فتق میاندوراهی مجدداً عود نمود که بخیه کردن فتق و اخته نمودن حیوان به صورت همزمان باعث بهبودی کامل بیمار گردید و پیگیری های بلند مدت حاکی از سلامت حیوان بود.

واژه های کلیدی: فتق میاندوراهی، سگ، مثانه

مقدمه

بیوست و تورم ناحیه میاندوراهی سه چهره مشخص بالینی در مواجهه با این عارضه است (۳، ۱۴). ادرار کردن به شکل منقطع و دردناک، سخت ادراری و یا عدم ادرار کردن در فتق مثانه به ناحیه میاندوراهی می تواند بروز نماید (۱۳).

فتق میاندوراهی را می توان براساس تاریخچه، علائم بالینی، معاینات فیزیکی و رادیوگرافی تشخیص داد (۳). برای درمان فتق میاندوراهی دو راه مشخص وجود دارد که شامل درمان های محافظه کارانه و جراحی می باشد. در درمان محافظه کارانه از نرم کننده های مدفوع، تنقیه متناوب و در صورت نیاز از تخلیه مدفوع توسط انگشت کمک می گیرند (۳، ۱۴). درمانهای محافظه کارانه که عمدتاً شامل تمهیدات دارویی و کنترل جیره غذایی می باشد، در مورد حیواناتی کاربرد دارد که در آنها خطر

ناحیه میاندوراهی قسمت خارج لگنی را تشکیل داده و کانال مقعدی و دستگاه ادراری-تناسلی را محاصره می نماید و چنانچه ضعیفی در ماهیچه ها و یا فاسیای پرده لگنی رخ دهد می تواند سبب بروز فتق در این ناحیه گردد (۱).

علت دقیق ضعف ماهیچه ای در این قسمت ناشناخته است اما عوامل متعددی را در آن دخیل می دانند (۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱). در اثر چنین ضعیفی ممکن است جابجایی احشا به قسمت عقبی شکم، انحراف و یا اتساع رکتوم حادث گردد (۳، ۴). و در ۲۰ درصد از موارد فتق مثانه دیده شده است (۱۲، ۱۳).

فتق میاندوراهی ممکن است به شکل یک طرفی و یا دوطرفی دیده شود و بعضی از محققین بروز آن را در سمت راست ناحیه لگنی بیشتر می دانند (۱۴). زورزدن،

* دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده دامپزشکی، گروه علوم درمانگاهی

طبیعی را نشان دادند (مقادیر طبیعی ازت اوره خون ۴۵-۱۵ و کراتینین ۱/۵-۰/۵ میلی گرم در هر دسی لیتر می‌باشند). اگرچه علائم درمانگاهی به خصوص عدم ادرار کردن به مدت چهار روز می‌تواند علت بالا رفتن مقادیر فوق باشند اما بالا رفتن کراتینین سرم نشان خوبی برای انسداد در مسیر ادرار و اختلال در عمل کلیرانس کلیوی می‌باشد که عارضه اخیر به سرعت وضعیت عمومی حیوان را به سوی وخامت برده بود.

آزمایش‌های رادیوگرافی ساده و اولتراسونوگرافی، مثانه را در محل طبیعی خود در ناحیه خلفی شکم نشان نداد و اولتراسونوگرافی از ناحیه برآمده، مثانه را در محل فوق نشان داد و به این ترتیب فتق مثانه در ناحیه میاندراهی ثابت شد (تصویر شماره ۲).

نظر به تأخیر بیش از حد صاحب حیوان در مراجعه به درمانگاه و برای بررسی میزان آسیب وارده به مثانه لاپاراتومی در ناحیه خلف شکم تحت یک بیهوشی سبک با کتامین (۱۰ mg/kg) و آسپرومازین (mg/kg) صورت گرفت. در جراحی فوق بازگرداندن مثانه از ناحیه مفتوق بداخل محوطه بطنی پس از آسپیراسیون مثانه از ناحیه میاندراهی و تخلیه حدود ۵۰ درصد از محتویات ادرار در آن میسر شد. معاینات ظاهری در ناحیه لاپاراتومی پرخونی شدید مثانه و خونریزی های پتشی متعدد در سطح آن را نشان داد. هیچگونه پارگی و یا آسیب ظاهری دیگری وجود نداشت. در این مرحله پس از بخیه ناحیه لاپاراتومی سوند ادراری متناسب با جثه حیوان برای تخلیه ادرار در سه روز اول پس از عمل کار گذاشته شد تا فشاری به مثانه در اثر پر شدن با ادرار وارد نگردد.

تزریق روزانه ۵۰۰-۳۰۰ میلی لیتر سرم قندی نمکی، جیره غذایی نرم به همراه تزریق سفالوتین سدیم (۲۰ میلی گرم بر کیلوگرم) و جنتامایسین (۴ میلی گرم بر کیلوگرم) دوبار در روز به مدت یک هفته حال عمومی حیوان را به سرعت رو به بهبود برد. با خروج

جراحی بالا بوده و یا صاحب دام موافق با انجام عمل جراحی نباشد (۳).

درمان‌های هورمونی در مواردی که اندازه بزرگ پروستات باعث زورزدن حیوان و بروز فتق شده است شامل اخته کردن، تجویز داروهای استروژنی با دوز کم و پروژستین می باشد که می‌تواند اندازه پروستات را کاهش دهد، اما مطالعات بلند مدت جهت موثر بودن چنین درمان‌هایی برای کنترل فتق میاندراهی وجود ندارد (۱۴).

اهمیت مقاله حاضر گزارش درمان جراحی فتق میاندراهی به همراه روش لاپاراتومی برای بررسی میزان وسعت ضایعه وارده به مثانه و برگرداندن آن به محل اولیه خود می باشد. در تشخیص این بیماری از آزمایش‌های بیوشیمیایی، رادیوگرافی، اولتراسونوگرافی علاوه بر معاینات فیزیکی استفاده شده است. مشکلات پس از عمل و درمانهای دارویی لازم نیز در این مقاله مورد بررسی قرار می‌گیرد.

تاریخچه و روش تشخیص

در تاریخ ۸۰/۱۰/۱۶ یک قلاذه سگ نژاد ژرمن شپرد در بیمارستان دانشکده دامپزشکی اهواز با علائم بالینی شامل بی حالی و دپرسیون شدید و برجستگی مشخص در سمت راست مقعد مورد معاینه قرار گرفت. قطع کامل ادرار و اشتها به مدت چهار روز وضعیت عمومی حیوان را رو به وخامت برده بود. معاینات اولیه با دست در ناحیه مقعد یک برآمدگی پر از مایع را در ناحیه فوق نشان داد (تصویر شماره ۱). در آسپیراسیون با سرنگ از برآمدگی مزبور ادرار آغشته با خون بذل گردید ولی به علت شکل ناحیه قضاوت مطمئن در مورد فتق مثانه و یا انسداد میزراه مقدور نبود. ابتدا آزمایش‌های بیوشیمیایی برای اندازه‌گیری ازت اوره خون و کراتینین سرم بعمل آمد و به ترتیب مقادیر ۱۱۰ و ۵ میلیگرم بر دسی‌لیتر اندازه‌های بسیار بالاتر از حد

(تصویر شماره ۳). به دنبال کند کاری لازم مثانه به داخل محوطه شکمی برگردانده شد و برای دوختن نقص ماهیچه‌ای، چهار بخیه با نخ نایلون شماره یک به ترتیب زیر تعبیه گردید. اولین بخیه در لبه بالایی- قدامی اسفنکتر خارجی مقعدی و عضله کوکسی جیال در بالاترین حد ممکن نصب گردید.

بخیه دوم در اسفنکتر خارجی مقعد، قسمتی از ماهیچه کوکسی جیال و لیگامنت ساکروتیوبروس تعبیه گردید. بخیه سوم بین اسفنکتر خارجی مقعد و لیگامنت ساکروتیوبروس و بالاخره آخرین بخیه بین اسفنکتر خارج مقعدی و ماهیچه داخلی ایتوریتور زده شد (تصویر شماره ۴). تمامی بخیه‌ها در مرحله آخر به همراه هم کشیده شدند تا حلقه فتقی بطور یکنواخت بسته گردد. در انتها دو بخیه اضافی برای حمایت بیشتر ناحیه مذکور نصب گردید. پس از شستشوی محل جراحی، پوست ناحیه با نخ نایلون شماره یک به روش تکی بسته شد (تصویر شماره ۵) و بخیه سرکیسه‌ای از ناحیه مقعد برداشته شد. آنتی بیوتیک وسیع الطیف و درمانهای حمایتی شامل غذای نرم به مدت یک هفته ادامه یافت. خوشبختانه در این مرحله مشکل خاصی بروز نکرد و پیگیری‌های بلند مدت (تا مورخ ۸۱/۱۰/۲۷) حکایت از بهبودی کامل حیوان داشت.

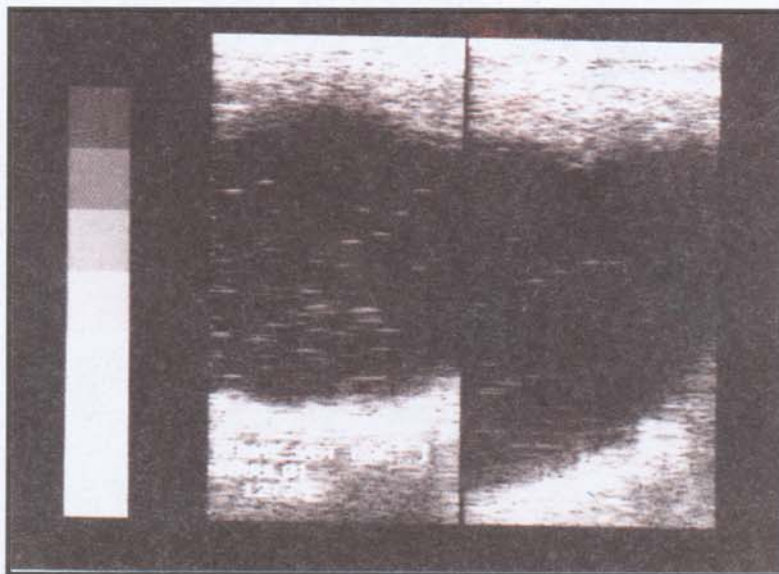
سوند ادراری در روز سوم پس از عمل، بی‌اختیاری در عمل دفع ادرار که مشخص‌ترین علامت آن خروج غیرارادی و قطره قطره ادرار بود نمایان گردید.

تجویز پردنیزولون (۰/۵ میلی گرم بر کیلوگرم دوبار در روز-خوراکی) به مدت ۱۰ روز مشکل اخیر را به تدریج برطرف نمود و تمامی علائم بالینی حیوان حدود پانزده روز پس از عمل کاملاً طبیعی شد. مشاهده و معاینه روزانه ناحیه میاندوراهی و به کارگیری روغن زیتون در جیره غذایی برای جلوگیری از یبوست و زورزدن به صاحب دام توصیه گردید و عمل جراحی برای بخیه ناحیه میاندوراهی با ادامه درمان‌های محافظه کارانه به تعویق افتاد.

حدود دو ماه بعد، فتق ناحیه میاندوراهی مجدداً عود نمود و با مراجعه به موقع صاحب دام و آزمایش‌های اولیه مشخص شد که مثانه مجدداً در ناحیه فوق مفتوق شده است. در این مرحله پس از تخلیه رکتوم با انگشت و بیهوشی حیوان با تیوپنتال سدیم ۲/۵ درصد به میزان ۱۵ میلی گرم بر کیلوگرم حیوان خوابیده به شکم روی میز جراحی به گونه‌ای قرار گرفت که پاهای عقب آن از روی میز جراحی آویزان شد. پس از نصب بخیه سرکیسه‌ای در ناحیه مقعد موضع عمل کاملاً تراشیده شد و برای جراحی به روش مرسوم اسکراب گردید. بعد از شان گذاری یک برش هلالی از زیر دم بطرف پایین مقعد در ناحیه پوست زده شد



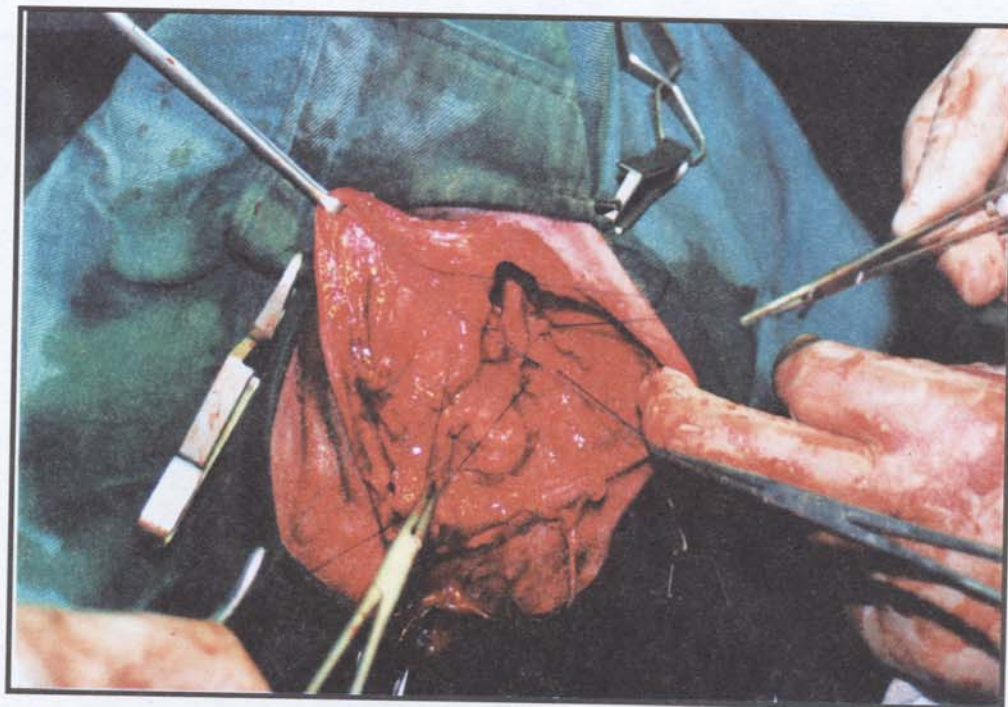
تصویر ۱: برجستگی در ناحیه سمت راست مقعد



تصویر ۲: اولتراسونوگرافی از ناحیه پرینه وجود مثانه پر از ادرار را با ذرات شناور اکوژن نشان می‌دهد



تصویر ۳: برش سمت راست مقعد



تصویر ۴: نصب بخیه‌ها در محل فتق میان‌دوراهی



تصویر ۵: بخیه پوست



تصویر ۶: ناحیه پرینه یکسال پس از جراحی (بهبودی کامل)

نتیجه و بحث

تشخیص فتق میان‌دوراهی براساس تاریخچه، علائم بالینی، معاینات فیزیکی و رادیوگرافی می‌باشد (۳). در معاینات فیزیکی لمس مقعدی توسط انگشت مهم‌ترین راه تشخیص برای فتق میان‌دوراهی است (۵). در زمانی که مثانه در کیسه فتقی وارد گردد علاوه بر سختی و با عدم ادرار کردن آزمایش‌های بیوشیمیایی شامل اندازه‌گیری ازت اوره خون و کراتینین جهت ارزیابی چنین فتقی کارآیی دارد (۱). فتق میان‌دوراهی در گونه‌های مختلفی دیده شده است اما بیشترین مشکل در سگ‌ها بروز می‌نماید. بعضی از نژادها مثل بوستون تریر، پکینز، کالی باکسر و ژرمن شپرد استعداد بیشتری برای بروز فتق میان‌دوراهی دارند (۲، ۷، ۹). فتق مذکور بیشتر در سگ‌های نر با سن بین ۷ و ۹ سال رخ میدهد (۷، ۱۵) که با این گزارش درمانگاهی که در سگ نر و نژاد جرمن شپرد و سنی حدود ده ساله رخ داده مطابقت دارد.

اگرچه تشخیص فتق میان‌دوراهی براساس تاریخچه، علائم بالینی، معاینات فیزیکی و رادیوگرافی می‌باشد (۳)، اما در مطالعات جدیدتر اولتراسونوگرافی به عنوان یک ابزار دقیق و غیر تهاجمی در تعیین موقعیت مثانه چه در ناحیه شکم و چه در ناحیه مفتوق جایگاه ویژه‌ای یافته است (۱). در این گزارش هم اولتراسونوگرافی توانست موقعیت مثانه را در محل مفتوق مشخص نموده و درکنار دیگر علائم بالینی به عنوان یک ابزار تشخیصی کمک مهمی در ارزیابی موقعیت مثانه نماید. فتق میان‌دوراهی می‌تواند به شکل یکطرفی و یا دوطرفی بروز نماید و در این گزارش فتق در سمت راست ناحیه میان‌دوراهی مشهود بود که با گزارش‌های دیگر محققین مبنی بر بروز بیشتر این فتق در سمت راست مقعد مطابقت دارد (۱، ۲). از مشکلات گزارش شده که پس از بخیه فتق میان‌دوراهی ممکن است دیده شود می‌توان

به آسیب به عصب سیاتیک، بی‌اختیاری در دفع مدفوع، عفونت در محل برش جراحی، پرولاپس رکتوم همراه با زورزدن، نکروز در مثانه، بی‌اختیاری ادرار و بازگشت مجدد فتق میان‌دوراهی اشاره داشت (۱۱). در گزارش فوق به علت تاخیر در مراجعه صاحب دام لاپاراتومی برای بررسی میزان وسعت ضایعه در دستور کار جراحی قرار گرفت و براساس مطالعات موجود چنانچه انتظار آسیب نکروتیک در مثانه وجود داشته باشد لاپاراتومی اکتشافی برای برداشت قسمت نکروتیک احتمالی انجام می‌گیرد (۱۱). خوشبختانه در گزارش اخیر ضایعات مثانه فقط به شکل خونریزیهای پتشی و پرخونی شدید بوجود آمده بود و نیازی به برداشت قسمتی از مثانه وجود نداشت.

بی‌اختیاری ادرار در گزارش فوق یک مشکل مهم پس از برگرداندن مثانه به داخل شکم متعاقب عمل لاپاراتومی بود. برخی علل این عارضه را به ضایعات اعصاب مثانه مرتبط می‌دانند و از آن به عنوان ضایعات موقتی نام می‌برند (۱۱). با این وجود ممکن است عواملی نظیر تورم مثانه و مجرای خروجی ادرار نیز در آن نقش داشته باشند. در این گزارش تجویز پردنیزولون به مدت ده روز موجب بهبود کامل حیوان گردید. برطبق مطالعات انجام شده بازگشت مجدد فتق پس از درمان اولیه که شامل لاپاراتومی و درمانهای محافظه کارانه بود دور از انتظار نبود (۹، ۱۰). که خوشبختانه با درمان تکمیلی که شامل بخیه حلقه فتقی بود مشکل برطرف گردید و پیگیریهای بلند مدت حاکی از موفقیت کامل روش درمانی فوق بود.

با جمع بندی مطالب فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت چنانچه مثانه در قسمت میان‌دوراهی مفتوق شده باشد توجه به وضعیت عمومی حیوان مهم‌تر از انجام عمل بخیه حلقه فتقی می‌باشد و به عبارت دیگر می‌توان بخیه کیسه فتقی را تا بهبودی وضعیت عمومی دام به تاخیر انداخت.

A Case Report of Perineal Hernia in a Dog

Saberi Afshar, F.,* Avizeh, R.,* Ghadiri, A.* and Baniadam, A.*

Summary

In this report perineal hernia was diagnosed clinically in a 10 - year - old intact male German shepherd dog. The examination showed a liquid filled lump in the right side of the anus, and history taking revealed the animal has had complete anuria, anorexia and severe depression since 4 days ago. Needle aspiration showed urine in the lump, and BUN and serum creatinine were much higher than normal values (BUN=110 mg/dl, Cr=5 mg/dl). Ultrasonographical findings confirmed bladder has been herniated through the pelvic diaphragm into the ischiorectal fossa. Celiotomy was carried out to evaluate the extent of damage and repositioning of the bladder. Congestion and multi petechial hemorrhages were seen on the bladder. Broad spectrum antibiotic and soft food were administrated after surgery. Urinary incontinence was the main problem after the operation but it improved in 10 days by prednisolone administration (0.5 mg/kg, po, bid). Two months later perineal hernia recurred. Simultaneous perineal herniorrhaphy and castration solved the problem and long-term follow-up did not show any complication.

Key Words: Perineal hernia, Dog, Bladder

References

- 1- Anderson, M. A.; Constantinescu, G. M. and Mann, F. A. (1997). Perineal hernia repair in the dog. In: Bojrab, M. J. (Ed.), *Current Techniques in Small Animal Surgery*, 4th ed., Williams & Wilkins. pp: 555-563.
- 2- Bellenger, C. R. and Canfield, R. B. (1993). Perineal hernia. In: Slatter, D. H. (Ed.), *Textbook of Small Animal Surgery*. Philadelphia, W. B. Saunders Co., pp: 471-482.
- 3- Bojrab, M. J. and Toomy, A. (1981). Perineal herniorrhaphy. *Compendium of Continuing Education Practice Veterinary*, 8:8-15.
- 4- Burrows, C. F. and Harvey, C. E. (1973). Perineal hernia in the dog. *Journal of Small Animal Practice*, 14: 315-332.
- 5- Dieterich, H. F. (1975). Perineal hernia repair in the canine. *Veterinary Clinics of North America*, 5: 383-399.
- 6- Harvey, C. E. (1997). Treatment of perineal hernia in the dog: reassessment. *Journal of Small Animal Practice*. 18: 505-511.
- 7- Hayes, H. W.; Wilson, G. P. and Tarone, R. E. (1978). The epidemiologic features of perineal hernia in 771 dogs. *Journal of American Animal Hospital Association*, 14: 703-707.
- 8- Holmes, J. R. (1964). Perineal hernia in the dog. *Veterinary Record*. 77:93-94.
- 9- Hosgood, G.; Hedlund, C. S. and Pechman, R. D. (1995). Perineal herniorrhaphy: perioperative data from 100 dogs. *Journal of American Animal Hospital Association*. 31: 331-342.
- 10- Kahwinkel, D. J. (1983). Rectal disease and their role in perineal hernia. *Veterinary Surgery*, 12: 160-165.
- 11- Pettit, R. G. (1962). Perineal hernia in the dog. *Cornell Veterinarian*, 52: 261-279.
- 12- Spruell, J. S. A. and Frankland, A. L. (1980). Transplanting the superficial gluteal muscle in the treatment of perineal hernia and flexure of the rectum in dogs. *Journal of Small Animal Practice*, 21: 265-278.
- 13- Walker, R. G. (1965). Perineal hernia in the dog. *Veterinary Record*, 77: 93-94.
- 14- Weaver, A. D. and Omamegbe, J. O. (1981). Surgical treatment of perineal hernia in the dog. *Journal of Small Animal Practice*, 22: 749-758.
- 15- White, R. A. S. and Herrtage, M. E. (1986) Bladder retroflexion in the dog. *Journal of Small Animal Practice*, 27: 735-746.