

گزارش یک مورد مدیریت محافظه کارانه موفق آبسه رتروپریتونئ از جراحی لاپاراسکوپی

مرضیه اژدری^۱، رؤیا درخشانی^۲، مژگان وهابی دستجردی^۳،^د؛ ثمانه رخگیره^{خو}

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۲/۲۵

چکیده

تشکیل آبسه رتروپریتونئ پس از لاپاروسکوپی آندومتريوز یک عارضه نادر است، اما در صورت وقوع ممکن است موجب ناخوشی و مرگومیر شود. همتوم محل ترورکار در صورت عدم تشخیص حین جراحی ممکن است زمینه ساز ایجاد آبسه رتروپریتونئ گردد. در این مورد ما به بررسی و مدیریت یک مورد خاص از آبسه رتروپریتونئ پس از لاپاراسکوپی آندومتريوز پرداخته ایم. مورد یک خانم ۳۸ ساله با تشخیص آندومتريوز وسیع بود که تحت لاپاراسکوپی قرار گرفت. وی ۴ روز بعد از جراحی دچار تورم و درد محل ترورکار سوپراپوبیک گردید. بیمار در روز یازدهم بعد از جراحی با شکایت ترشحات چرکی فراوان از محل ترورکار سوپراپوبیک مراجعه کرد و بستری گردید. در سی تی اسکن کالکشن وسیع در فضای اکسترا پریتونئال لگنی از فضای رتزیوس و انتریور مثانه با انتشار به سمت پاراکولیک گاترها و ناحیه ساب هیپاتیک مشاهده شد. جهت درمان مروپنم و ونکومایسین تزریقی تجویز شد. تخلیه کالکشن فوق زیر گاید سونوگرافی انجام شد. ۳۰۰ سی سی چرک تخلیه شده و درن پیگتیل ۸ فرنچ به صورت پرکوتانئوس در ناحیه سوپراپوبیک قرار داده شد. ۴۸ ساعت بعد از تخلیه تب بیمار قطع شد. بعد از ۱۴ روز، خروج ترشح چرکی از درن متوقف گردید و درن خارج شد. به نظر می رسد، فن های صحیح قرار دادن ترورکار همراه با درک کامل آناتومی دیواره فدای شکم، همچنین توجه به تشخیص آسیب عروقی محل ترورکار حین جراحی در جلوگیری از همتوم محل پورت لاپاراسکوپی و پیشگیری از عوارض بالقوه بعدی مؤثر باشد.

کلیدواژه ها: آندومتريوز، جراحی لاپاراسکوپی، مروپنم، آبسه رتروپریتونئ، همتوم محل ترورکار، ونکومایسین

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و چهارم، شماره اول، ص ۲۴-۲۱، فروردین ۱۴۰۲

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات آندومتريوز، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، تلفن: ۰۲۱۶۴۳۵۲۶۸۰

Email: Rokhgireh.s@iums.ac.ir , dr.rokhgireh.samaneh@gmail.com

آبسه رتروپریتونئ یک عارضه ناشایع است که عمدتاً ناشی از التهاب پرینفریک، عفونت های دستگاه گوارش و عوارض بعد از عمل است (۱). تشکیل آبسه رتروپریتونئ پس از جراحی لاپاراسکوپی بسیار نادر است که می تواند همراه با ناخوشی و مرگومیر بوده و سیر خطرناکی داشته باشد. آبسه رتروپریتونئ پس از جراحی لاپاروسکوپی زنان در به طور نادر گزارش شده است. این مورد از نظر پیشگیری، تشخیص و مدیریت اهمیت ویژه ای دارد. این مورد به گزارش عوارض تشکیل آبسه رتروپریتونئ پس از جراحی لاپاراسکوپی بالأخص در مورد گزینه های درمانی موجود پرداخته است.

مقدمه

مطالعات نشان داده که جراحی لاپاروسکوپی برای آندومتريوز، با عوارض زودرس کمتر و بستری کوتاه تر نسبت به لاپاراتومی، امکان پذیر و بی خطر است (۵-۱). پیشرفت در استفاده از لاپاراسکوپی منجر به توسعه روش های پیشرفته و کم تهاجمی شده که نیاز به قرار دادن ترورکار از طریق دیواره شکم دارد. در بیشتر مواقع، آسیب های عروقی محل ترورکار در طول جراحی لاپاراسکوپی به دلیل اثر تامپوناد پنوموپریتونئ و کاهش بازگشت وریدی به دلیل وضعیت ترندلنبرگ تشخیص داده نمی شود (۶).

^۱ مرکز تحقیقات آندومتريوز، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات آندومتريوز، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده ابن سینا، ACECR، تهران

^۴ گروه زنان و زایمان، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، مرکز تحقیقات، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۵ مرکز تحقیقات آندومتريوز، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

گزارش مورد

فوق از طریق دیفکت ناشی از لاپاراسکوپی در جدار شکم به سطح پوست راه داشت. سی تی اسکن جهت بررسی دقیق تر از نظر آبسه انجام شد چراکه با دقت بیشتری درون بافتها را از زوایای مختلف نشان می دهد و قدرت تشخیص بالایی نسبت به سونوگرافی دارد. در سی تی اسکن کالکشن وسیع به سایز ۳۰×۲۰ در فضای اکسترا پریتونئال لگنی در سوپریور فضای رتزیوس که از انترپور مثانه شروع شده و در این فضا به سمت بالا و در پاراکولیک گاترها در فضای اکستراپریتونئال انتشار یافته بود، مشاهده شد. ضایعه فوق در پاراکولیک گاتر راست تا ناحیه ساب هپاتیک گسترش یافت. کالکشن فوق به فضای اینتراپریتونئال راه نداشت.

مروپنم و ونکومایسین تزریقی تجویز شد. تخلیه کالکشن فوق تحت هدایت سونوگرافی انجام شد. ۳۰۰ سی سی چرک تخلیه شده و با توجه به دسترسی پروکتانوس مطلوب در ناحیه سوپراپوبیک و حداکثر تجمع کالکشن در این ناحیه درن پیگتیل ۸ فرنج به صورت پروکتانوس تحت هدایت سونوگرافی در ناحیه سوپراپوبیک قرار داده شد. ۴۸ ساعت بعد از تخلیه تب بیمار قطع شد. کشت نمونه درناژ شده Ecoli حساس به مروپنم، امپی سولباکتام، سیپروفلوکساسین، پیپراسیلین تازوباکتام بود. کشت خون منفی گزارش شد.

بعد از ۵ روز حجم ترشحات روزانه کمتر از ۲۰ سی سی شد، آنتی بیوتیک تزریقی تبدیل به سیپروفلوکساسین و مترونیدازول خوراکی گردید و بیمار ترخیص شد. بعد از ۱۴ روز (روز سی ام بعد از جراحی) خروج ترشح چرکی از درن متوقف گردید. در سونوگرافی و سی تی اسکن مجدد کالکشن مشاهده نشد و درن خارج گردید. در فالوآپ سرپایی یک ماهه بیمار با سونوگرافی عود آبسه مشاهده نشد.

بحث

خونریزی حاد و تشکیل هماتوم تأخیری در سایت تروکار لاپاراسکوپی شایع نیست. اما بالقوه موجب عوارض قابل توجه می گردد. در روزهای ۲ تا ۶ بعد از عمل به طور معمول، درد بیش از حد، یا افت بدون علامت هماتوکریت آشکار می شود. خونریزی در دیواره شکم منجر به هماتوم وسیع در دیواره شکم می شود که گاهی نیاز به انتقال خون و بستری طولانی مدت در بیمارستان دارد (۷). خونریزی سایت تروکار به دلیل آسیب به عروق اپی گاستریک تحتانی در ۰.۲ تا ۲ درصد بیماران گزارش شده است (۸).

در بیمار ما آسیب سایت تروکار به علت ترومای عروق فضای رتزیوس توسط تروکار سوپراپوبیک رخ داده بود که به علت ورود مایل تروکار و حرکت مایل آن روی پریتون، موجب خونریزی درین

بیمار یک خانم ۳۸ ساله گراویدا یک پارا یک^۱ با سابقه یک بار سزارین به علت درد لگنی و با تشخیص اندومتریوز مراجعه کرد. بیمار سابقه دردهای مزمن لگنی را از ۲ سال قبل گزارش کرده بود. جهت اقدامات تشخیصی تکمیلی، سونوگرافی ترانس واژینال و ترانس رکتال انجام شد. کیست اندومتریوما (۱۰ سانتیمتر در تخمدان چپ)، ندول یوتروساکرال (۱۸ میلی متر در یوتروساکرال چپ) و ندول رکتوم (۱۵ میلی متر با چسبندگی به خلف سرویکس و سطح سرو رکتوم) گزارش گردید. با توجه به گزارش اندومتریوز وسیع لگنی در سونوگرافی، بیمار کاندید جراحی لاپاراسکوپی شد. حین لاپاراسکوپی سیستم تنومی تخمدان چپ، آزادسازی چسبندگی رکتوم، دایسکشن حالب و رزکشن ندول یوتروساکرال انجام گردید. ندول رکتوم پس از آزادسازی چسبندگی رکتوم و دایسکشن حالب و فضای پاراکتال از سطح رکتوم با تکنیک شیو برداشته شد. ۸ ساعت بعد از جراحی کاتتر ادراری و درن خارج گردید و رژیم مایعات شروع شد. روز دوم بعد از جراحی، بیمار بدون هیچ عارضه ای ترخیص گردید. هموگلوبین بیمار بعد از جراحی از ۱۲/۱ به ۹/۹ گرم در دسی لیتر کاهش یافت. بیمار اظهار کرد ۴ روز بعد از جراحی دچار درد و تورم لوکالیزه حدود ۴ سانتیمتر در سایت پورت سوپراپوبیک گردیده که به تدریج تورم بزرگ تر گردیده است. بیمار ۹ روز بعد از جراحی دچار تب و لرز، تشدید درد ناحیه سوپراپوبیک، اتساع شکم، تهوع و استفراغ و عدم تحمل خوراکی شده بود. علیرغم این علائم بیمار مراجعه نکرده بود. ۲۴ ساعت بعد از تشدید درد دچار ترشحات چرکی فراوان از سایت پورت سوپراپوبیک شده بود. به دنبال تخلیه ترشحات علائم درد و اتساع و عدم تحمل خوراکی کاهش یافت. بیمار روز بعد مراجعه کرد و بستری گردید. در زمان بستری، از درد متوسط سوپراپوبیک و ترشحات چرکی فراوان سایت تروکار شکایت داشت. وی علائم گوارشی و ادراری نداشت. همچنین تب، هایپوترمی، تائیکاردی، تائکی پنه نداشت. در معاینه سایت پورت سوپراپوبیک اریتم و تورم تندرینس و خروج ترشحات چرکی فراوان داشت. شکم وی نرم و بدون دیستانسیون، ریباند و تندرینس بود. آزمایشات اولیه شامل

CRP:4.6mg/l ESR:28mm/hr WBC:8400 *100/mm³

تست کبدی و کلیوی نرمال بود.

در سونوگرافی تصویر یک ناحیه مولتی سیستیک بزرگ به سایز ۳۰×۲۰ سانتی متر حاوی اکوی داخلی در قسمت قدامی مثانه در لگن با انتشار به فضای پاراگاتر دو طرف با ارجحیت راست تا ناحیه ساب هپاتیک مشاهده شد که مطرح کننده کالکشن بوده و ضایعه

¹ Gravida 1 and Para 1

شکمی در کنار درمان آنتی‌بیوتیک به‌طور مؤثری در درمان آبسه رتروپریتون بکار برده شد.

نتیجه‌گیری

جراحی لاپاراسکوپی یک روش کم‌تهاجمی و پذیرفته‌شده در درمان بیماری‌های ژنیکولوژی بخصوص اندومتریوز است. در صورت عدم توجه به فن‌های صحیح در تروکارگذاری ممکن است همراه با موریبیدیته و مورتالیتی گردد. علیرغم اینکه هماتوم سایت پورت از عوارض نادر لاپاراسکوپی است، لاپاراسکوپی کنندگان باید از این عارضه نادر و جدی و بالقوه کشنده که در این مطالعه هم گزارش شده است، آگاه باشند.

فضا گردیده بود. حین جراحی به علت اثر فشاری پنوموپریتون خونریزی تشخیص داده نشده و منجر به تشکیل هماتوم گردیده بود. هماتوم یک محیط ایدئال برای عفونت و تشکیل آبسه است. درناژ پرکوتانئوس تحت گاید سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی یک روش مؤثر و ثابت‌شده در درمان آبسه لگن است (۹).

علیرغم اینکه شیوع آبسه در فضای رتروپریتون شیوع کمتری نسبت به فضای لگنی دارد (۱۰) ولی از نظر دسترسی جهت درناژ رادیولوژیک فضای قابل دسترسی است. در جراحی لاپاراسکوپی کله سیستمیک ندرتاً اسپیلیج سنگ صفاوی در فضای رتروپریتون موجب آبسه در فضای رتروپریتون می‌گردد که در این صورت، تخلیه آبسه زیر گاید سی‌تی‌اسکن یا سونوگرافی توصیه می‌گردد (۱۱). در بیمار فوق تخلیه تحت راهنمایی سونوگرافی و نصب لوله‌ی داخل

References:

1. Bafort C, Beebejaun Y, Tomassetti C, Bosteels J, Duffy JM. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10(10):CD011031.
2. Catenacci M, Sastry S, Falcone T. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52(3):351-61.
3. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, Olive D, Farquhar C, Garry R, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (4):CD011031.
4. Mourits MJ, Bijen CB, Arts HJ, ter Brugge HG, van der Sijde R, Paulsen L, et al. Safety of laparoscopy versus laparotomy in early-stage endometrial cancer: a randomised trial. *Lancet Oncol* 2010;11(8):763-71.
5. Redwine DB, Koning M, Sharpe DR. Laparoscopically assisted transvaginal segmental resection of the rectosigmoid colon for endometriosis. *Fertil Steril* 1996;65(1):193-7.
6. Mudgal MM, Kothiya PK, Kushwah N, Singh R. Port site complications following laparoscopic surgeries: a prospective study. *Int Surg J* 2018;5(2):598-601.
7. Agrawal A, Mendoza MCV, Huang K-G. Large Port Site Hematoma Following Laparoscopic Surgery and Its Management. *J South Asian Fed Obstet Gynecol* 2019;11(6):398-403.
8. Epstein J, Arora A, Ellis H. Surface anatomy of the inferior epigastric artery in relation to laparoscopic injury. *Clin Anat* 2004;17(5):400-8.
9. O'Hanlan KA, Dibble SL, Garnier A-C, Reuland ML. Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases. *J Soc Laparoendosc Surg* 2007;11(1):45-51.
10. Papasavas PK, Caushaj PF, Gagné DJ. Spilled gallstones after laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2002;12(5):383-6.
11. Mehmood S, Singh S, Igwe C, Obasi CO, Thomas RL. Gallstone extraction from a back abscess resulting from spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy: a case report. *J Surg Case Rep* 2021;2021(7):rjab293.

SUCCESSFUL CONSERVATIVE MANAGEMENT OF A RETROPERITONEAL ABSCESS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY: A CASE REPORT

Marzieh Ajdary¹, Roya Derakhshan², Mozghan Vahabi Dastjerdi^{3,4}, Samaneh Rokhgireh^{*5}

Received: 11 April, 2022; Accepted: 15 May, 2023

Abstract

Formation of a retroperitoneal abscess after endometriosis laparoscopy is a rare complication, but if occurs, it may cause morbidity and mortality. Hematoma at the trocar site, if not detected during surgery, may cause retroperitoneal abscess. In this case, we have investigated and managed a specific case of retroperitoneal abscess after endometriosis laparoscopy. A 38-year-old female patient was diagnosed with extensive endometriosis and underwent laparoscopy. Four days after surgery, she experienced swelling and pain at the suprapubic trocar site. On the 11th day after surgery, the patient was referred due to abundant purulent secretions from the suprapubic trocar site and hospitalized. In the CT scan, there was a large collection in the pelvic extraperitoneal space of the Retzius space and the interior of the bladder, spreading to the paracolic gutters and the subhepatic area. Intramuscular meropenem and vancomycin were prescribed for treatment. Drainage of the above collection was done under ultrasound guidance. Three-hundred milliliters of pus was drained and an 8 French pigtail drain was placed percutaneously in the suprapubic area. 48 hours after discharge, the patient's fever stopped. After 14 days, purulent discharge from the drain stopped and the drain was removed. It seems that the correct techniques of trocar placement along with a complete understanding of the anatomy of the anterior abdominal wall, as well as paying attention to the diagnosis of vascular damage at the site of the surgical trocar are effective in preventing hematoma at the laparoscopic port site and preventing subsequent potential complications.

Keywords: Endometriosis, Laparoscopic Surgery, Meropenem, Retroperitoneal Abscess, Trocar Site Hematoma, Vancomycin

Address: Endometriosis Research center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

Tel: +982164352680

Email: Rokhgireh.s@iums.ac.ir / dr.rokhgireh.samaneh@gmail.com

SOURCE: STUD MED SCI 2023; 34(1): 24 ISSN: 2717-008X

Copyright © 2023 Studies in Medical Sciences

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Endometriosis Research center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

² Endometriosis Research center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

³ Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, ACECR, Tehran

⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, Social Determinants of Health, Research Center, School of Medical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

⁵ Endometriosis Research center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran (Corresponding Author)