گزارش مورد

سندرم اجیلوی و قصور پزشکی

دکترغلامعلی جعفری* - دکترعبدالرئوف ادیب زاده ** - دکتر جابر قره داغی***

*متخصص پزشکی قانونی، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور،تهران، ایران
**استادیارروانپزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
*** استادیار پزشکی قانونی، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سندرم Ogilvie از عوارض ناشایع جراحی ها به شمار می رود که با تابلوی بالینی انسداد حاد و فانکشنال روده پس از انجام اعمال جراحی بروز کرده و در صورت عدم درمان درست و به موقع می تواند به پارگی روده و پریتونیت کشنده بینجامد. آنچه در مطالعات گوناگون به آن پرداخته شده است شامل علت ایجاد این عارضه، نحوه درمان و عوارض ناشی از عدم درمان به موقع آن می باشد. در این مطالعه با معرفی موردی از این سندرم که به منظور بررسی شکایت از پزشک معالج جراح بیماری های زنان و زایمان به کمیسیون پزشکی استان تهران ارجاع شده، به چگونگی دیدگاه پزشکی قانونی در این گونه موارد مظنون به انجام قصور پزشک معالج می پردازیم.

معرفی مورد: خانم ۳۴ ساله در هفته ۳۲ بارداری چهارم خود با خونریزی شدید به مرکز درمانی مراجعه نموده و با تشخیص جداشدگی زودرس جفت به منظور انجام عمل سزارین مورد جراحی قرار می گیردسپس نوزاد و مادر با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص می شوند. سه روز بعد فرد مزبور با علائم پریتونیت حاد مجددا به بیمارستان مراجعه کرده و بلافاصله به اتاق عمل انتقال می یابد و پس از جراحی و برداشتن بخشی از روده و به دنبال آن بستری در بخش مراقبت های ویژه به مدت ۳۵ روز ، با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص می گردد. به علت مشکلات پیش آمده پس از زایمان، با احتمال قصور پزشک متخصص زنان معالج خود و با شک به آسیب دیدگی روده حین عمل سزارین، از پزشک مزبور شکایت می نماید. بررسی های صورت گرفته در کمیسیون پزشکی قانونی استان تهران و بحث و تبادل نظر کارشناسان مدعو شرکت کننده در کمیسیون بررسی پرونده یاد شده در نهایت منجر به صدور رای به عدم قصور پزشک متخصص زنان معالج ، می گردد.

بحث و نتیجه گیری:.از آنجا که این سندرم می تواند از عوارض جراحی ها در کلیه رشته ها و همینطور زنان باشد، توجه و در نظر گرفتن آن در موارد محتمل پس از زایمان سزارین توصیه می گردد. آنچه در عملکرد متخصص زنان لازم است مورد توجه قرار گیرد، پیگیری مناسب و دقیق بیماران پس از انجام این عمل می باشد. بدیهی است در صورت شک به ایجاد این سندرم، حداقل انجام یک مشاوره جراحی می تواند هم پزشک و هم بیمار را از مشکلات احتمالی آینده برهاند.

کلید واژه ها: انسداد عملکردی کولون، سزارین ، سندرم اجیلوی، قصور پزشکی

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۷ تایید مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۲۱

نویسنده پاسخگو: تهران - شهرک غرب - خیابان فلامک - اداره کمیسیون های پزشکی استان تهران. شماره تماس: ۸۸۵۷۵۰۳۰- ۰۲۱

پست الکترونیک: IFM1390@gmail.com

مقدمه

سندرم اجیلوی، انسداد حاد و کاذب کولون بدون هیچ گونه علت مکانیکی است که می تواند در بعضی موارد بلافاصله پس از عمل جراحی و تا چند روز بعد از آن ایجاد شده و منجر به سوراخ شدن سکوم گردد (۲، ۱). این سندرم در همراهی با جراحی، عفونت، اختلالات آب و الکترولیت، اختلالات بافت همبند، بیماری های قلبی، مصرف داروهایی نظیر کورتیکواستروییید، اپیوید ، سنوسین و ... گزارش شده است. (۴-۲)

سندرم اجیلوی، عارضه ناشایعی پس از جراحی ها و از جمله سزارین به شمار می رود. از لحاظ بالینی، این اختلال به صورت دیستانسیون شدید شکم به همراه دیلاتاسیون کولون بدون وجود هرگونه انسداد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

مکانیکی می باشد. این سندرم یک اختلال مولتی فاکتوریال بوده و تقریبا در تمامی موارد یک علت زمینه ای در بیمار وجود داشته است. (۳،۵)

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹ انجام شده، ریسک فاکتورهای ابتلا به این اختلال را به صورت زیر عنوان کرده اند: خونریزی شدید پری پارتوم که منجر به اختلال در وضعیت همودینامیک بیمار شده باشد؛ یبوست شدید؛ استفاده از مپریدین جهت کاهش درد و دستکاری روده‌ها(۶).

پاتوفیزیولوژی احتمالی این سندرم، دلالت بر ایجاد ختلال در سیستم عصبی اتونوم کولون دارد . عدم تعادل در عملکرد سمپاتیک و پاراسمپاتیک این ناحیه منجر به کاهش حرکت کولون شده و به دنبال آن یک انسداد عملکردی ایجاد می گردد. گرچه این دیلاتاسیون می تواند در کلیه مناطق کولون دیده شود؛ اما سکوم، شاید به دلیل جدار نازک تر آن، بیشتر تحت تاثیر این اختلال واقع می شود. (۳)

در بررسی صورت گرفته مواردی از سال های ۱۹۴۸ به بعد گزارش شده است که کلیه آن ها به ایجاد و چگونگی درمان سندرم مذکور پرداخته اند (۱۰-۱). از حیث نگرش به این اختلال، از آنجا که ما از دیدگاه پزشکی قانونی و بررسی قصور پزشکی، به این مبحث پرداخته ایم شاید بتوان این بررسی را به نوعی جدید در نظر گرفت.

در این مقاله سعی شده است تا با بررسی موردی از این سندرم به دنبال انجام عمل سزارین، که تحت عنوان شکایت از پزشک متخصص زنان معالج به کمیسیون پزشکی استان تهران مراجعه کرده است، به تجزیه و تحلیل نقش پزشکی قانونی در تصمیم گیری در خصوص آن و نظایر این مورد بپردازیم.

معرفی مورد

خانم ۳۴ ساله با سابقه زایمان۲ فرزند و یک سقط، در هفته ۳۲ حاملگی چهارم به علت دردهای زایمانی در بیمارستان بستری شده و به علت خونریزی رحمی شدید و جدا شدن زودرس جفت، پزشک معالج ناگزیر به انجام عمل سزارین می گردد. در نتیجه این عمل، نوزاد پسر سالم و با آپگار مناسب متولد می شود. بیمار و نوزاد وی، پس از انجام مراقبت‌های لازم و مناسب با حال عمومی خوب، مرخص می شوند.

بیمار مجددا سه روز بعد با شکایت درد و اتساع شکم و با تشخیص پریتونیت حاد ناشی از آسیب روده و با تابلوی شوک سپتیک ناشی از آن بستری شده و مورد لاپاراتومی اورژانس قرار می گیرد که حین این جراحی، به علت طول کشیدن عمل، لزوم انجام بی حسی Spinal به بیهوشی عمومی، لوله گذاری تنفسی از طریق تراشه انجام می گیرد. حین انجام انتوباسیون متخصص بیهوشی متوجه ادم ریوی به دلیل محدودیت تنفس عمیق در بیمار شده و به همین دلیل پس از اتمام جراحی لوله تراشه خارج نگردید و بیمار اینتوبه به ICU منتقل شد.

در شرح عمل لاپاراتومی صورت گرفته، جراح اشاره می نماید که ابتدا چسبندگی های اطراف روده ها با انگشت باز شدند. و حفره شکم با سرم شستشو داده شد و فاسیاها و عضلات نکروتیک دبرید شدند. از آنجا که روده در بخش انتهایی دچار پارگی بوده است ، برای وی سکستومی و قطع انتهای روده باریک صورت گرفته و پس از آن بقیه روده کوچک به روده بزرگ آناستوموز شد. بیمار پس از ۳۵ روز بستری در بخش مراقبت های ویژه با حال عمومی خوب مرخص گردید.

گزارش آسیب شناسی به شرح زیر بوده است: نمونه ارسال شده شامل کولکتومی ترمینال به همراه باند های چسبیده در ابعاد ۷*۹*۱۲ سانتی متر بوده است که در ۱۰ محل سوراخ شدگی نمایان بود.

در بررسی میکروسکوپی سروز و عضلات عمقی التهاب حاد و شدید به همراه انفیلتراسیون سلولی و نکروز را نشان می دادند.

تشخیص پاتولوژیک به صورت کولیت گانگرنه حاد به همراه باند های چسبنده و تشکیل آبسه در لایه های سروز بوده است.

لازم به ذکر است که در تاریخچه گرفته شده از بیمار ، وی دچار بیماری زمینه ای اپیدرمولیزیس بولوزا بوده و با تجویز پزشک تحت درمان باپردنیزولون خوراکی به میزان روزانه ۵ میلی گرم به مدت ۱۵ سال بوده است .

نتیجه بررسی صورت گرفته در کمیسیون پزشکی به شرح زیر اعلام گردیده است:

از آنجا که مصرف کورتون خود می تواند منجر به پارگی روده شده و علایم پارگی را مخفی نماید و از طرفی محل پارگی روده در سکوم بوده و آسیب شناسی پارگی را در حدود ۱۰ نقطه گزارش کرده است لذا پارگی روده ارتباطی با سزارین نداشته و قصوری متوجه پزشکی متخصص زنان معالج نیست.



گرافی ایستاده شکم در سندرم اجیلوی پس از عمل سزارین

بحث و نتیجه گیری

در بررسی مطالعات صورت گرفته بیشتر موارد به صورت Conservative تحت نظر گرفتن دقیق، اصلاح آب و الکترولیت و تجویز اریترومایسین و نئوستیگمین بهبود یافته و با حال عمومی خوب ترخیص شده اند. انجام کولونوسکوپی و دکمپرسیون توسط آن به همراه یا بدون رکتال

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

تیوب در بیش از ۷۰ درصد موارد برای درمان بسیار کمک کننده بوده است. هرچند که با بررسی X-ray شکم در صورت دیلاتاسیون بیش از ۱۲ سانتی متر در سکوم و یا پارگی کولون و پریتونیت به دنبال آن نیازمند مداخله جراحی می باشند. (۱،۲)

علیرغم انجام اقدامات درمانی یاد شده، در مواردی درمان کنسرواتیو به شکست انجامیده منجر به جراحی همی کولکتومی راست می شود. (۳، ۵، ۷)

از جنبه درمان این اختلال، باید در نظر داشت با توجه به این که هرگونه افزایش فشار در قفسه سینه و حفره شکم می تواند اوضاع را وخیم تر نماید، انجام لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی تشخیصی توصیه نمی گردد و از طرفی تشخیص زود هنگام این اختلال می تواند منجر به کاهش مورتالیتی ۳۱-۱۵٪ و موربیدیتی (۴۵٪ بعد از پارگی سکوم) به دنبال این بیماری گردد؛ لذا، شک و تشخیص بالینی صحیح و به موقع می تواند بسیار کمک کننده باشد. (۸)

گرچه این سندرم چندان شایع نیست اما لازم است به عنوان یک تشخیص در اختلالات پس از انجام عمل سزارین مدنظر پزشک باشد. بدیهی است چنانچه اقدامات درمانی اولیه در برطرف کردن آن موثر واقع نشود، لازم است مورد جهت برطرف کردن هرچه سریعتر انسداد، به جراح ارجاع شود. آنچه در این میان از دیدگاه پزشکی متخصص زنان لازم است در نظر گرفته شود، پیگیری مناسب بیمار پس از سزارین و شک به این سندرم و اقدامات لازم جهت برطرف کردن این انسداد کاذب می باشد. این امر می تواند در صورت تشخیص صحیح و به موقع با دکمپرس کردن کولون حتی از طریق رکتال موثر واقع شود. آنچه قصور متخصص زنان محسوب می شود، عدم توجه و care کافی پس از انجام عمل جراحی سزارین می باشد و ایجاد این اختلال حتی با وجود پارگی کولون درصورت در نظر گرفتن این سندرم توسط جراح زنان معالج و اقدام مناسب در جهت رفع آن، قصوری را متوجه متخصص زنان نمی نماید. در اینگونه موارد با شک به ایجاد انسداد کاذب اقدام مناسب می تواند به صورت درخواست انجام یک مشاوره جراحی صورت گیرد. (۹، ۱۰)

References

1) Roux M, Fichez A, Roth P. Gaucherand P. Gynecol Obstet. 2011; 39 (1):9-15.
2) Saha A, Newman E, Giles M, Horgan K. Ogilvie's syndrome with Cecal Perforation after Caesarean Section: A case Report. J, Med, Case Reports. 2009; 3: 6177.
3) S. Kotsev. Ogilvie's Syndrome Following Cesarean Delivery: The Dubai's Case. Saudi J Anaesth. 2011; 5(3): 335-8.
4) Fiegel MJ. Cesarean Delivery and Colon Resection in A Patient with Type III Osteogenesis Imperfecta. Sem Cardiothoracic Vasc Anesth. 2011; 15(3):98-101.
5) Moons V, Goremans G, Tack J. An update on acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome). Acta Gastroenterol Belg. 2003; 66: 150-3.
6) Cho Fn, Liu CB, Li JY, Chen SN, Yu KJ. Adynamic Ileus and Acute Colonic Pseudo-Obstraction Occuring after Cessarean Section in Patients with Massive Periparum Hemorrhage. J Chin Med Assoc. 2009; 72(12): 657-62.
7) Reverdy D, Gebhart M, Kothonidis K, Gallez J. Pseudo-Colonic obstruction after lumbar spine Surgery. A case Report. Acta orthop Belg. 2006; 72: 769-71.
8) Shakir AJ, Sajid MS, Kianifard B, Baiq MK. Ogilvie's Syndrome-Related Right Colon Perforation after Cesarean Section: A Case Series. 2011; 27 (6): 234-8.
9) C. the Gallou Mainguy, c. Eboue, D. Vardon. Ogilvie Syndrome after Cesarean: Learn to think! About two Cases Post-Cesarean and Literature Review. J. JGYN. 2010; 40(6): 557-63.
10) Jani PG. Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome): Case Repot. East Afr Med. J. 2005; 82: 325-8.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

Ogilvie's Syndrome and Following Medical Incidence Claims

Jafari Gholamali *†- Adibzadeh Abdoraouf ** - Gharadaghi Jaber ***

* MD. Forensic Medicine Specialist, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

**MD, Assistant Professor in Psychiatry, Baqiatallah University of Medical Sciences, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

***MD, Assistant Professor in Forensic Medicine, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

Abstract:

Background: *Ogilvie Syndrome is considered as a rare complication of post operations. It is an acute functional obstruction without any mechanical causes. Obviously, in a late or mismanagement, this could lead to a fetal peritonitis. As our data base searches, most studies of this syndrome have shown its cause and management; so, this study, through a survey on a medical incident case presentation, could be considered a new one from the forensic medicine viewpoint.*

Case Presentation: *A 34 years old woman in her 32th weeks of pregnancy; came to emergency room because of a massive vaginal bleeding. Cesarean section delivery was done due to an incidental decidual abruption diagnosis. The patient and her new born baby were discharged in a good condition. Three days following discharge, the patient admitted in the hospital due to an acute peritonitis; partial colectomy was done. Following the second surgery, the patient was admitted in ICU for next 35 days. The patient was discharged in a good condition and claimed for her problems which came to her due to her obstetrics physician negligence.*

Conclusion: *This syndrome should be considered as one of the post operation complications in a patient who has abdominal distention and other obstruction signs. Careful and suitable care and management following surgeries like a cesarean delivery should be done by surgeons and physicians are responsible for possible negligence in care steps. It is known that even a request for a surgical consultation besides fair care and in time management following a susceptible diagnosis, could save both patients and physicians from the future problems.*

Keywords: *Functional Colonic Obstruction, Cesarean Delivery, Ogilvie's Syndrome, Medical Incidence*

Received: 26 Feb. 2014 *Accepted: 12 July 2014*

†Correspondence: Tehran Medical Incidence Commissions, Falamak St., Shahrak-e-Gharb, Tehran, Iran. Tel: +98 (21) 88575030

Email: IFM1390@gmail.com

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]