

درد کمر بند لگنی و نکرور آواسکولار سرفمور مربوط به حاملگی

دکتر سولماز پیری*

چکیده :

زمینه و هدف: محققین در مورد وجود و مشخصات درد لگنی حین و بعد از حاملگی اتفاق نظر دارند. این سندرم به صورت درد مداوم اسکلتی عضلانی به صورت لوکالیزه در قدام یا خلف لگن تظاهر می‌کند. درد ممکن است به مفاصل لگن و استخوان‌های ران تیر بکشد. علایم ممکن است در سه ماهه اول، در طول زایمان یا حتی پس از زایمان آغاز گردد. فرآیندهای فیزیولوژیک منجر به این درد نامشخصند. در این مقاله مروری تعریف، اپیدمیولوژی، الگوریتم تشخیصی و انتخاب‌های درمانی این وضعیت بیان خواهد شد. بدیهی است نیاز به انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه وجود دارد.

واژه های کلیدی: حاملگی، درد کمر بندی لگنی، نکرور آواسکولار سرفمور.

زمینه و هدف

درد لوکالیزه در کمر بند لگنی حین و پس از حاملگی از قرن چهارم قبل از میلاد توسط سقراط تشخیص داده و ثبت شده است.^۱ متأسفانه علی‌رغم مقالات متعدد در دو دهه گذشته هنوز آمار و اطلاعات کافی راجع به بروز، تظاهرات بالینی، الگوریتم‌های درمانی و نتایج نهایی حاملگی‌های مربوطه وجود ندارد. بررسی علمی و بالینی درد کمر بند لگنی در حاملگی نیاز به همکاری متقابل متخصص زنان و زایمان متخصص ارتوپدی، فیزیوتراپی، روماتولوژی و روانشناسی بالینی دارد.

اتیولوژی

مکانیسم اصلی منجر به درد کمر بند لگنی در طی حاملگی مشخص نیست. به نظر می‌رسد این درد یک مکانیسم مولتی فاکتوریال در طی حاملگی و پس از زایمان داشته باشد. اثر سطح ریلکسین و پروژسترون بر لیگامان‌های کمر بند لگنی ثابت شده است ولی ارتباطی بین سطح آن‌ها و درد کمر بند لگنی پیدا نشده است. جدا شدن سمفیز پوبیس به مقدار ≤ 10 میلی‌متر در ایجاد درد موثر بوده است ولی این امر درد خلفی کمر بند لگنی را توجیه نمی‌کند.

عوامل دیگر نیز مثل شکل بدن و ستون فقرات و سایز و وزن جنین ارتباط مشخصی با درد کمر بند لگنی نداشته‌اند. اطلاعات کافی راجع به نقش ژنتیک نیز وجود ندارد.

عوامل خطر

این عوامل عبارتند از: کار سنگین بدنی (خم و راست شدن کمر چندین بار در ساعت)، سابقه درد کمر، درد قبلی کمر بند لگنی یا ترومای قبلی به لگن استخوانی. ارتباط مشخصی بین عوامل زیر و درد کمر بند لگنی مربوط به حاملگی یافت نشده است: فاصله زمانی بین حاملگی فعلی و قبلی، مصرف سیگار، استفاده از روش‌های ضدبارداری، بی‌حسی اپیدورال، نژاد مادر، BMI، تعداد حاملگی‌های قبلی، دانسیته استخوانی، وزن جنین و سن.

بروز (Incidence)

میزان بروز درد کمر بند لگنی در حاملگی در مطالعات مختلف از ۴٪ تا ۷۶/۴٪ بسته به تعاریف مختلف و روش‌های تشخیصی متفاوت و نیز طراحی مطالعه گزارش شده است. احتمالاً گزارش شیوع بیشتر این بیماری در کشورهای اسکانداوناوی و هلند به خاطر آگاهی بیشتر دست‌اندرکاران سیستم بهداشتی نسبت به آن است. ولی این بیماری در سراسر کشورهای پنج قاره جهان گزارش شده است و این نشانگر شیوع جهانی آن است.

تشخیص افتراقی

تشخیص درد کمر بند لگنی باید پس از رد درد به علل

دهد. ممکن است تدریجی یا ناگهانی باشد. به طور کلی درد پس از زایمان از درد حین حاملگی کمتر است. حداکثر علائم در فاصله بین هفته ۲۴ تا ۳۶ حاملگی گزارش شده است. در اکثریت موارد درد کمربند لگنی خودبه خود پس از ماه ششم پس از زایمان بهبود می یابد. در سایر موارد درد ادامه پیدا می کند و شکل یک درد مزمن به خود می گیرد.

تغییرات gait و شکل راه رفتن بیمار اتفاق می افتد. این افراد معمولاً نمی توانند مسافت های طولانی راه بروند و گاه احساس صدا هنگام فلکشن مفصل هیپ می نمایند. محل این صدا بیشتر قدام و گاه دوطرفه و خلفی است. آن ها به طور مشخصی آهسته تر راه می روند و دامنه چرخش افقی لگن آن ها نسبت به توراکس افزایش می یابد و فاصله نسبی بین این چرخش ها نسبت به خانم های حامله سالم و افراد مبتلا به کمردرد کمتر است. در برخی موارد در لمس عمقی ناحیه سوپراپوبیک و ساکروایلیاک حساسیت وجود دارد و در مفصل سمفیزپوبیس یک اختلاف سطح بین دو انتهای پوبیس راست و چپ احساس می گردد. معاینات اختصاصی ارتوپدی برای بررسی و تشخیصی افتراقی وجود دارد. تست های آزمایشگاهی اساساً نرمال هستند ولی به هر حال برای رد تشخیص های افتراقی دیگر معمولاً CBC و بیوشیمی خون و U/A درخواست می گردد. روش های تصویربرداری از بیشترین اهمیت در تأیید تشخیص برخوردارند ولی استفاده از آن ها معمولاً به علت خطر در معرض قرار گرفتن جنین با اشعه X محدود به پس از زایمان است ولی طبق توصیه European guidelines استفاده از MRI در حین حاملگی برای رد تشخیص های افتراقی مهمی همچون نکروز آواسکولر سرفمور توصیه می گردد.

نکروز آواسکولر سرفمور مربوط به حاملگی

این بیماری ناشی از ولی بسیار خطرناک و عارضه دار است. ناشی بودن آن باعث می شود که متخصص زنان و گاه متخصص ارتوپدی عمومی آن را جزء تشخیص افتراقی های درد لگنی در اواخر حاملگی قرار ندهد و MRI درخواست نکنند. متأسفانه زمان برای تشخیص و درمان به موقع محدود است و بیشتر بیماران زمانی ارجاع داده می شوند که در اثر نکروز سرفمور، کلاپس سگمنتال رخ داده است. درمان نکروز آواسکولر سرفمور، بسته به شدت بیماری کورتاژ و گرافت استخوانی است که در مراحل اولیه انجام می گردد و معمولاً شکل به جا نمی گذارد ولی اگر کلاپسی اتفاق افتاده باشد گاه نیاز به عمل total hip arthroplasty پیدا می شود. بدیهی است این اعمال جراحی حتی الامکان پس از زایمان باید انجام گردد ولی این

پاتولوژیک احشای لگنی صورت گیرد (علل اوروژنیتال و گاسترواینتستینال). این بیماری ها نیز باید رد شوند: سندرم های کمر درد (ضایعات دیسک کمری / پرولاپس دیسک، رادیکولوپاتی ها، اسپونیدیلولیستریسی سیاتیکا، استنوز کانال نخاعی یا آرتروز ستون فقرات کمری)، عفونت های استخوان یا بافت نرم (عفونت تیبیک یا آتیپیک مثل TB یا ضایعات سیفلیتیک سمفیزپوبیس، عفونت های سیستم ادراری، ترومبوز ورید رانی، عوارض مامایی (زایمان زودرس، دکولمان جفت، درد لیگامان گرد، کوریوآمینیونیت) جدا شدگی سمفیزپوبیس و تومورهای بافت نرم یا استخوان و نکروز آواسکولر سرفمور (که به دلیل اهمیت جداگانه به آن خواهیم پرداخت) بدیهی است که گرفتن یک شرح حال خوب، انجام یک معاینه دقیق و درخواست تست های آزمایشگاهی لازم برای رسیدن به تشخیص صحیح لازم است و در موارد مشکوک حتماً باید مشاوره ارتوپدی و در صورت لزوم عفونی و ... انجام گیرد.

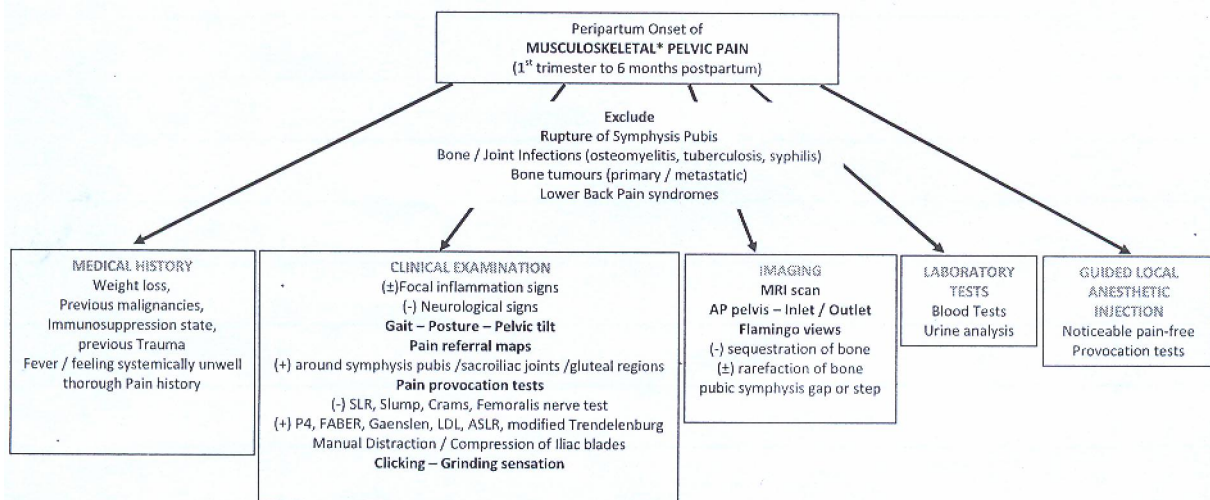
تظاهرات، تقسیم بندی و تشخیص

درد کمربند لگنی به صورت های مختلف مثل مبهم، تیرکشنده یا سوزشی توصیف می شود و در محدوده کمربند لگنی گاه به سمت خلف و نزدیک مفاصل ساکروایلیاک با انتشار به ناحیه گلوئیتال و گاه به سمت قدام در مجاورت سمفیزپوبیس احساس می شود. این درد ممکن است به کشاله ران، پرینه یا خلف ران انتشار یابد و هیچ توزیع مشخص منطبق بر ریشه یک عصب را نشان نمی دهد. لوکالیزه کردن دقیق درد غیرممکن است و محل آن ممکن است در طی حاملگی تغییر کند.

تقسیم بندی فعلی بر اساس محل درد است:

- ۱- (سندرم کمربند لگنی) شامل علائم درد قدامی و خلفی درد لگن، سمفیزپوبیس و مفاصل ساکروایلیاک دوطرفه
- ۲- (سندرم دوطرفه ساکروایلیاک) شامل علائم درد خلفی لگن و مفصل ساکروایلیاک دوطرف
- ۳- (سندرم یک طرفه ساکروایلیاک) شامل علائم درد خلفی لگن و مفصل ساکروایلیاک یک طرف
- ۴- (سمفیزپوبیزیس) شامل علائم درد قدامی لگنی و سمفیزپوبیس
- ۵- موارد متفرقه شامل یافته های غیر ثابت درد در کمربند لگنی

شروع علائم متغیر است و می تواند از انتهای سه ماهه اول حاملگی تا ماه اول پس از زایمان از جمله در طول زایمان رخ



* MUSCULOSKELETAL Pelvic Pain: Urological, Gynaecological, Gastrointestinal, Pelvic Visceral or Vascular pathologies, Obstetric complications have been excluded.

شکل - ۱: الگوریتم تشخیصی درد کمر بند لگنی حین و پس از حاملگی را نشان می‌دهد.

اگر چنین اتفاقی در یک حاملگی رخ دهد حاملگی بعدی ممکن است کاملاً بدون عارضه باشد. ولی از آنجا که تعداد قابل توجهی از موارد نکرور آواسکولر سرفمور در دوران پس از زایمان رخ می‌دهد قطعاً یک ارتباط و همبستگی بین این دو وجود دارد. موارد گزارش شده تاکنون اکثراً یک‌طرفه بوده‌اند ولی گاه موارد درگیری دوطرفه سرفمور نیز گزارش شده است.

یکی از تشخیص‌های افتراقی نکرور آواسکولر فمور، استئوپروز گذرای سرفمور در حاملگی است که معمولاً بدون عارضه است و خودبه‌خود پس از زایمان بهبود می‌یابد ولی نکرور آواسکولر به کلاپس سرفمور در ۷۰-۸۰ درصد موارد و شروع یک پروسه دژنراتیو در مفصل مبتلا می‌انجامد.^۵

تشخیص به خصوص در موارد زودرس بیماری با MRI است.^۶ در صورتی که MRI در موارد مشکوک در حاملگی درخواست شود در تشخیص استئونکرور سرفمور بسیار کمک‌کننده خواهد بود. در MRI معمولاً یک طرح ادماتو از سرفمور تا ناحیه اینترتروکانتریک مشاهده می‌شود. نکرور معمولاً محدود به سرفمور است.

اگر بیماری در مراحل اولیه تشخیص داده شود (Stage I, II) درمان جراحی از طریق کورتاژ استخوان نکرور و انجام bone graft در حفظ مفصل بسیار موثر خواهد بود و ارجحیت قابل توجهی به درمان غیرجراحی خواهد داشت.^۷ اطلاع از این نکته خالی از فایده نیست که امروزه در افراد با خطر بالای ابتلا به استئونکرور فمور مثل بیمارانی که پیوند کلیه شده‌اند،

زمان باید توسط متخصص ارتوپدی تعیین گردد. به هر حال تشخیص و ارجاع به موقع بیماران بسیار مهم است.^۲ نکرور آواسکولر و غیر تروماتیک سرفمور بیشتر در رابطه با بیماری‌های زمینه‌ای زیر گزارش شده است: الکلسم، سندرم کوشینگ، بیماری فابری، بیماری پرتز، بیماری گوشه، هیپریوربسمی، هیپرلیپیدمی، بیماری کبدی، پانکراتیت، پلی‌سپتیمی، آرتریت روماتوئید، آنمی سیکل سل، مصرف استروئید، لوپوس، استفاده از قرص‌های ضدبارداری.^۳ نکرور آواسکولر سرفمور در ارتباط با حاملگی اولین بار توسط Pfeifer در سال ۱۹۵۷ توصیف شد.^۴ احتمالاً علت این امر افزایش غلظت و ذخیره چربی‌ها در طول حاملگی است. سه عامل زیر در حاملگی در این امر دخیل است:

- ۱- افزایش فعالیت آدرنوکورتیکال در طی حاملگی
- ۲- افزایش سطح فعالیت هورمون پاراتیروئید در حاملگی و اثرات منفی آن بر استخوان
- ۳- فشار مکانیکی مخصوصاً به دلیل افزایش وزن زیاد در طی سه ماهه سوم حاملگی در زنانی که جثه کوچکی دارند.

برخی معتقدند که سطوح بالای استروژن و پروژسترون نیز ممکن است در این میان نقشی داشته باشند.

هرچند دقیقاً نقش حاملگی در رخ دادن نکرور آواسکولر مشخص نیست ولی یک ارتباط واقعی بین این دو وجود دارد. ممکن است استئونکرور تنها همزمان با حاملگی رخ دهد. حتی

نگیرد و زمان نگهداشتن بیمار در وضعیت لیتوتومی به حداقل رسانده شود. به نظر نمی رسد که انجام سزارین کمکی به این بیماران بنماید مگر در مواردی که دادن وضعیت لیتوتومی به بیمار کاملاً غیر ممکن باشد.

اگر تمام اقدامات درمانی شکست بخورد جراحی برای انجام fusion مفاصل لگنی ممکن است با تشخیص جراحان ارتوپد اندیکاسیون پیدا کند. تأکید بر این نکته مهم است که انتخاب‌های درمانی فوق در مورد بیماری است که تمام علل دیگر درد کمر بند لگنی از جمله نکروز آواسکولار سرفمور برایشان رد شده است و گرنه درمان مورد اخیر حتی در موارد بسیار خفیف جراحی برای پیشگیری از عوارض بعدی می‌باشد.

پیش‌آگهی درد کمر بند لگنی

پیش‌آگهی این بیماری عموماً خوب است. سندرم معمولاً محدود شونده است و در ۹۳٪ بیماران در سه ماه اول پس از زایمان بهبود می‌یابد. پس از یک سال گذشته از زایمان تنها ۲-۱ درصد بیماران هنوز از درد شکایت دارند. معمولاً این گروه افرادی هستند که شدیدترین علائم را در طی حاملگی داشته‌اند و بیشتر آن‌ها پس از دو سال گذشته از زمان زایمان بهبود می‌یابند. فاکتورهای دخیل در پیش‌آگهی بدتر عبارتند از: تعداد بیشتر تست‌های بالینی ارتوپدی منجر به درد مثبت، تحرک کمتر، عدم آموزش کافی، سابقه کار بدون نیاز به مهارت به خصوص، مولتی‌پاریتی، طولانی بودن زمان زایمان، سن بیشتر از ۲۹ سال، شدت بیشتر درد، شروع درد در اوایل حاملگی، درد همزمان کمر و لگن و لوکالیزاسیون درد در بیشتر از یک مفصل لگنی.

عود درد کمر بند لگنی از ۷۷-۴۱ درصد گزارش شده است و ممکن است در طی حاملگی بعدی یا در زمان سیکل قاعدگی رخ دهد. در اکثر مواردی که در حاملگی بعدی عود می‌کنند. علائم شدیدتر و پر سر و صداتر ظاهر می‌شوند.^۱

اسکرینینگ با MRI برای کشف زودرس این بیماری توصیه می‌شود.^۷

درصد بالایی از بیماران سندرم HELLP علی‌الخصوص آن‌ها که به دلیلی استروئید می‌گیرند در معرض ابتلا به استئونکروز فمور قرار دارند.^۸

اداره بیمار در درد کمر بند لگنی

قبل از زایمان معمولاً در تجویز دارو به خاطر خطرات احتمالی برای جنین احتیاط می‌شود. بیشتر بیماران علامت‌دار چندماه پس از زایمان بهبود می‌یابند. به نظر می‌رسد استراحت و درمان علامتی در مراحل اولیه موثر باشد. ورزش‌های مناسب، حرکات ورزشی در آب و خودداری از حرکات تشدیدکننده درد به همراه طب سوزنی به خصوص در اوایل حاملگی موثرند. در مواردی که پس از زایمان نیز بیمار هنوز درد دارد، ورزش‌های تثبیت‌کننده اختصاصی بسیار بهتر از درمان‌های ضد درد می‌باشند و کیفیت زندگی را بهبود قابل توجهی می‌بخشند. به نظر می‌رسد درمان فردی بسیار بهتر از درمان‌های کلی کم‌درد می‌باشد. هرچند استفاده از استامینوفن در طول حاملگی بی‌ضرر است ولی پس از حاملگی برای تخفیف درد کافی نیست و تأثیر NSAIDها بهتر است و می‌توان پس از زایمان آن‌ها را تجویز کرد. در برخی مطالعات استفاده از تزریقات موضعی بی‌حس‌کننده یا کورتیکواستروئیدها زیر CT guide اسکن، MRI یا فلوروسکوپی به مفاصل ملتهب لگنی با موفقیت‌های متغیری همراه بوده است. توصیه‌های کلی و استفاده از بالش‌های کوچک و بزرگ، آموزش بیمار و برنامه‌های عمومی ورزش و کنترل وزن، استفاده از عصا یا گاه صندلی چرخ‌دار برای حرکت تا حدودی مفید بوده است و مهم‌تر از آن به علت اثر سایکوفیزیولوژیک و بی‌ضرر بودن آن‌ها حداقل برای گروهی از بیماران مبتلا به درد کمر بند لگنی توصیه می‌شود. هنگام زایمان بهتر است حداقل فشار به کمر بند لگنی وارد گردد به طوری که Abduction بیش از حد هیپ صورت

Abstract:

Pregnancy- related pelvic girdle pain and avascular necrosis of the femoral head

Piri S. MD^{*}

Introduction & Objective: A large number of scientists have reported on the existence and characteristic of the clinical syndrome of pelvic girdle pain during or after pregnancy. The symptoms may begin either during the first trimester of pregnancy, at labour or even during the postpartum period. The physiological processes characterizing this clinical entity remain obscure. In this review the definition and epidemiology, as well as a proposed diagnostic algorithm and treatment options are presented. Ongoing research is desirable to establish clear management strategies.¹

Key Words: Pregnancy, pelvic girdle pain, avascular necrosis of the femoral head.

^{*} *Obstetrician and Gynecologist, Prenatologist from KCL, UK*

References:

1. Kanakaris et al. BMC Medicine 2011, 9:15. pregnancy- related pelvic girdle pain: a update
2. Micael A. Scher, Bruce J. Montella, James A. Nunley and James R. Urbaniak. Pregnancy – related avascular necrosis.
3. Obinwanne F. C. Ugwonali, MD, Hasmik Sarkissian, MD, Ohannes A. Nercessian, MD. Bilateral Osteonecrosis of the femoral head associated with pregnancy: four new cases and a review of the literature. www.orthosuperiste.com
4. Pfeifer W. A case of unusual form and origin of bilateral symmetrical osteonecrosis of the femoral & humerus heads (in German). Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed. 1957; 86(3):346-349.
5. Guerra JJ, Steinberg ME. Distinguishing transient osteoporosis from avascular necrosis of the hip. J Bone Joint Surg Am. 1995;77(4):616-624.
6. Turner DA, Templeton AC, Selzer PM, Rosenberg AG, Petasnick JP. Femoral capital osteonecrosis: MR finding of diffuse marrow abnormalities without focal lesions. Radiology. 1989;171(1):135-140.
7. Watson RM, Roach NA, Dalinka MK. Avascular necrosis and bone marrow edema syndrome. Radiol Clin North Am. 2004 Jan;42(1):207-19.
8. Jager M, Wild A, Krauspe R. (Osteonecrosis and HELLP- Syndrome). (article in German) Z Geburtshilfe Neonatal. 2003 Nov- Dec; 207(6):213-9.