

گزارش موردی از بروز سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال

دکتر نادری

مقدمه

حاملگی سرویکال شکلی نادر از حاملگی خارج رحمی^۱ است که با کاشته شدن بلاستوسیست در داخل کانال سرویکس اتفاق می‌افتد. بروز این عارضه ۱/۱۸۰۰۰ تا ۱/۹۵۰۰۰ از کل موارد حاملگی‌ها گزارش شده است(۱).

وضعیت‌های مختلفی زمینه را برای وجود آوردن حاملگی سرویکال فراهم می‌کنند از جمله: سابقه سقط درمانی، سندرم آشرمن، سزارین قبلی، میوم رحمی و IVF (۲ و ۳).

خونریزی واژینال بدون درد در ۹۰٪ حاملگی‌های سرویکال وجود دارد(۳) و در یک سوم این موارد خونریزی شدید است. فقط در یک چهارم موارد درد شکمی همراه با خونریزی وجود دارد. حاملگی سرویکال بندرت از ۲۰ هفته فراتر می‌رود و معمولاً به علت خونریزی، با جراحی خاتمه می‌یابد(۴-۵). تشخیص حاملگی سرویکال براساس شک بالینی قوی که توسط سونوگرافی تأیید می‌شود صورت می‌گیرد. در سونوگرافی، حفره رحم خالی و مجرای سرویکس از محصولات حاملگی پر است(۶ و ۳).

خصوصیات سونوگرافی قابل قبول این عارضه در سال ۱۹۸۷ توسط هافمن ارائه شد(۶، ۳) که جایگزینی ساک حاملگی در کانال سرویکس مهمترین آنهاست. وجود شکل ساعت شنی در رحم و بالا کشیده شدن مثانه در قیاس با ساک حاملگی و بزرگ بودن سرویکس از علائم دیگر سونوگرافی هستند. مهمترین تشخیص افتراقی این حالت در سونوگرافی، سقط خودبخودی^۲ قریب‌الوقوع است که در آن ساک حاملگی در حال خروج از رحم و در داخل کانال سرویکس است. ولی مهمترین وجه افتراق این دو در باز بودن سوراخ داخلی سرویکس و تداوم حضور محتویات اندومتر و اندوسرویکس در مورد اخیر است. در صورت شک در تشخیص، استفاده

از سونوگرافی رنگی داپلر و MRI^۳ تشخیص زودرس این عارضه را به مراتب آسانتر ساخته است (۶ و ۳).

معیار تشخیصی حاملگی سرویکال براساس بررسی بافت‌شناسی نمونه هیستریکتومی است که در آن اندوسرویکس توسط تروفوبلاستها مورد تهاجم قرار می‌گیرد.

از نظر بالینی معیارهای تشخیصی عبارتند از(۲):

۱- جسم رحم کوچکتر از سرویکس بزرگ و متسع می‌باشد؛

۲- سوراخ داخلی سرویکس باز نیست؛

۳- در کورتاژ حفره اندومتر بافت جفتی بدست نمی‌آید؛

۴- سوراخ خارجی سرویکس زودتر از آنچه در سقط خودبخودی اتفاق می‌افتد باز می‌شود؛

و معیارهای پاتولوژیک عبارتند از(۳):

۱- غدد سرویکال در مقابل محل چسبندگی جفت وجود دارند؛

۲- چسبندگی جفت به سرویکس محکم است؛

۳- جفت در زیر محل ورود عروق رحمی یا در زیر پوشش صفاقی سطح قدامی - خلفی رحم قرار دارد؛

۴- اجزای جنینی در جسم رحم وجود ندارد؛

در گذشته هیستریکتومی اغلب تنها روش درمان حاملگی سرویکال بود که به علت خونریزی شدید حین تخلیه محصولات حاملگی صورت می‌گرفت. در حال حاضر درمانهای محافظتی متعددی برای حفظ باروری بیمار و اجتناب از خطرهای ناشی از خونریزی کنترل نشده حین کورتاژ پیشنهاد شده است که در موارد متعددی با موفقیت بکار برده شده‌اند. درمان طبی با متوترکسات به صورت تزریق داخل ساک حاملگی به تنهایی یا همراه با کلرید پتاسیم، استفاده از متوترکسات بطور سیستمیک همراه با فولینیک اسید یا پروستاگلاندین‌ها (سالپروستون) و سایر درمانهای دارویی نظیر

1-Ectopic pregnancy

2-Spontaneous

3-Magnetic Resonance Imaging

گزارش موردی از بروز سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال

اکتینومایسین D بطور موفقیت آمیز صورت گرفته است (۳،۴،۶،۷،۸،۹،۱۰).

استفاده از بخیه‌های سرویکال هموستاتیک در موقعیت ساعت‌های ۳ و ۹ سرویکس و انجام کورتاژ مکشی پس از بخیه‌زدن نیز پیشنهاد گردیده است که بلافاصله پس از تخلیه باید یک کاتتر فولی در داخل مجرای سرویکس قرار داده شود و واژن پک^۱ گردد (۳،۴،۶،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴). آمبولیزاسیون شریان رحمی در دوره پیش از عمل با استفاده از ژل فوم و حتی بستن آن و یا بستن شریان ایلیاک داخلی گاهی مؤثر واقع شده است (۳،۱۵،۱۶).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۲ ساله، حاملگی سوم با سابقه ۲ بار سزارین قبلی و ۲ فرزند زنده به علت خونریزی واژینال طول کشیده در تاریخ مهرماه ۸۱ به بخش زنان و زایمان بیمارستان شهید باهنر کرمان، مراجعه نموده بود. آخرین سزارین وی ۴ سال قبل و در هر دو سزارین برش شکم از نوع فانشتیل^۲ و برش رحم از نوع عرضی بود. پس از سزارین‌ها، بیمار سیکل‌های قاعدگی کاملاً منظم داشته است. آخرین قاعدگی بیمار حدود ۲۵ هفته قبل بود که به دنبال ۳ روز خونریزی، به مدت ۲۰ روز لکه‌بینی ادامه داشته و بعد از آن به دنبال ۴۵ روز قطع خونریزی، مجدداً به مدت ۲۰ روز لکه‌بینی اتفاق افتاده است. تست β .HCG نیز در این زمان مثبت بود. در مراجعه به پزشک و انجام سونوگرافی شکمی توسط متخصص رادیولوژی و سونوگرافی در یک مرکز پزشکی، ساک حاملگی فاقد توده جنینی و به قطر $6\frac{4}{3}mm$ معادل ۱۲ هفته حاملگی گزارش شده بود که بدنبال آن بیمار یک دوره خونریزی زیاد به مدت یک هفته ولی بدون دفع نسج داشته است و با تصور اینکه سقط انجام شده به مرکز درمانی مراجعه نکرده است. بعد از حدود ۲ هفته مجدداً خونریزی شروع شده که به

دکتر نادری

مدت ۲ ماه ادامه پیدا کرده بود. با مراجعه به پزشک مجدداً سونوگرافی شکمی با دستگاه سونوگرافی General Electric-USA مدل Logiq- α 200 انجام شد. در سونوگرافی توده‌ای به ابعاد $27 \times 12mm$ که به داخل حفره رحم برجسته شده، حفره اندومتر پر از مایع و کیستی به ابعاد $53 \times 44mm$ در آدنکس چپ گزارش می‌شود. لازم به ذکر است که در هر دو مورد سونوگرافیست ابتدا تجمع مایع در حفره اندومتر را به اشتباه به عنوان ساک حاملگی و در مورد دوم نیز توده موجود در سرویکس را به عنوان توده فوندوس گزارش می‌نماید؛ که این مطلب در بررسی مجدد تصاویر سونوگرافی بعد از عمل جراحی مشخص شد.

در زمان مراجعه بیمار به بیمارستان شهید باهنر در معاینه سیستمیک نکته پاتولوژیکی وجود نداشت. کلیه علائم حیاتی طبیعی بود. در معاینه واژینال، سرویکس نمای طبیعی داشت و تغییر محسوسی در بخش واژینال سرویکس دیده نشد. اندازه رحم حدود ۱۰ هفته و قوام آن نسبتاً طبیعی بود. توده‌ای در آدنکس چپ لمس می‌شد. تندرست در آدنکسها وجود نداشت و حرکت سرویکس مختصری دردناک بود و خونریزی خفیف ادامه داشت. آزمایشات قبل از عمل کاملاً طبیعی بود. با آماده‌کردن مقدار کافی خون و تشخیص سقط فراموش‌شده^۲، بیمار تحت کورتاژ قرار گرفت. کورت شماره ۳ براحتی از سرویکس عبور کرد ولی در اولین لحظات کورتاژ، خونریزی بسیار شدید آغاز شد. حفره رحم فاقد نسج بود؛ ولی وجود مقدار زیادی نسج در قسمت اندوسرویکس هنگام عبور کورت احساس می‌شد که سعی برای خارج‌کردن آنها با خونریزی خیلی زیاد همراه بود. به علت خونریزی شدید و عدم موفقیت در کنترل آن، با تشخیص احتمال حاملگی سرویکال تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد. بعد از لاپاراتومی زمانی که پریتون قدامی پائین زده شد سرویکس کاملاً بزرگ و

1-Pack
2-Pfansteil

3-Missed abortion

گزارش موردی از بروز سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال

دکتر نادری

که شیمی درمانی شکست خورده یا شرایط فوریتی باشد مانند بیماری که اختلال وی تشخیص داده نشده و دچار خونریزی حاد مخاطره‌آمیز گردیده است مورد استفاده قرار می‌گیرد. در بسیاری از موارد تا زمانی که با تصور سقط ناقص^۲ اقدام به کورتاژ نگردد حاملگی سرویکال تشخیص داده نمی‌شود؛ که در این صورت خونریزی غیرقابل کنترلی اتفاق می‌افتد و معمولاً راهی بجز هیستریکتومی برای توقف و جلوگیری از خونریزی وجود ندارد (۱۶و۱).

در بیمار فوق تنها عامل مستعدکننده حاملگی سرویکال، ۲ بار سزارین قبلی بود. در معاینه بالینی در هفته ۲۵ بارداری سرویکس مختصری باز بود و تغییر محسوسی نداشت. اندازه رحم حدود ۱۰ هفته و قوام نسبتاً طبیعی بود. شاید بدلیل مطرح‌نبودن احتمال حاملگی سرویکال در ذهن (بدلیل نادر بودن آن) و از طرفی گزارش نادرست سونوگرافی در هفته ۱۲ مبنی بر وجود ساک حاملگی در داخل حفره رحم، بزرگ‌شدن سرویکس داخلی مورد توجه قرار نگرفته بود. با تشخیص سقط فراموش‌شده بیمار تحت کورتاژ قرار گرفت که به علت خونریزی شدید در حین کورتاژ نظیر چند گزارش دیگر (۱۶و۱) لاپاراتومی و هیستریکتومی برای بیمار انجام شد.

بنابراین نکته قابل توجه این است که حاملگی سرویکال علی‌رغم نادر بودن باید به عنوان یک تشخیص افتراقی مهم در خونریزی‌های نیمه اول حاملگی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری صمیمانه پرسنل اتاق عمل بیمارستان شهید دکتر باهنر کمال تشکر را دارم.

کوتیلدونهای جفتی از ورای سرویکس قابل مشاهده بودند که در این مرحله با تشخیص قطعی حاملگی سرویکال تصمیم به هیستریکتومی گرفته شد و کیست تخمدان چپ، سیستکتومی گردید. در طی عمل ۶ واحد خون و ۱۰ واحد پلاسما^۱ منجمد تازه (FFP)^۱ به بیمار تزریق شد و بیمار بعد از ۴ روز با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گشت. در گزارش پاتولوژی بیمار، دسیدوایی‌شدن^۲ اندومتر و سقط فراموش‌شده سرویکال ذکر شد و کیست تخمدان سمت چپ، کیست تکالوتین گزارش گردید.

بحث

حاملگی سرویکال شکلی بسیار نادر از حاملگی خارج رحمی و یک موقعیت خطرناک مامایی و تهدیدکننده حیات بیمار و تجربه‌ای ناخوشایند برای متخصصین زنان و مامایی است (۱). بنابراین علی‌رغم نادر بودن این عارضه به علت عواقب و خطرات جدی که برای مادر ایجاد می‌شود و همچنین به علت افزایش میزان کاربرد روشهای کمک باروری مثل IVF، که از عوامل مؤثر در افزایش شیوع این عارضه می‌باشند، حاملگی سرویکال باید به عنوان یک تشخیص افتراقی مهم در خونریزی‌های نیمه اول حاملگی در نظر گرفته شود. در گذشته هیستریکتومی اغلب تنها روش درمانی در دسترس بود که اکثر اوقات به دنبال خونریزی شدید ایجاد شده به دنبال کورتاژ انجام می‌شد؛ ولی با پیشرفت‌های اخیر امکان انجام درمانهای طبی و جراحی با عوارض کمتر فراهم شده است. کلید اصلی درمان محافظتی موفق حاملگی سرویکال، تشخیص قبل از عمل جراحی است.

امروزه استفاده از سونوگرافی واژینال، داپلر و MRI امکان تشخیص زودرس و درمان غیرجراحی این بیماری را فراهم نموده است. روشهای جراحی زمانی

1-Fresh Frozen Plasma

2-Decidualization

3-Incomplete Abortion

References

- 1-Giambanco L., Chianchiano N., Palmeri V., Catalano G. Cervical pregnancy: an obstetric emergency. *Minerva Ginecol.* 1998;50(7-8): 321-324.
- 2-Thomas G., Stovall Marian L., Mccord. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In Jonathan S., Berek (Eds). *Novak's Gynecology.* 12th Edition., Baltimor, Philadelphia, Williams & Wilkins. 1997; PP511-512.
- 3-Cunningham F.G., MacDonald P.C., Gant N.F. *Williams obstetrics.* 21th Edition, USA, Appleton and Lange. 2001.
- 4-Pastorelli G., Steiner R., Haller V. Cervical pregnancy. *Gyn Geburtshifliche Rundsch.* 1997;34(4):209-215.
- 5-Thomas R.L., Gingold B.R., Gallagher M.W. Cervical pregnancy: a report of two cases. *J Reprod Med Obs Gyn.* 1991;36(6):459-462.
- 6-Stovall G.T., Ling W.F. *Extra uterine pregnancy, clinical diagnosis and management.* 1st Edition. USA, McGraw-Hill. 1993;PP162-164,289-291.
- 7-Aust N.Z.J. Cervical pregnancy successfully treated with a sequential combination of methotrexate and mifepriston. *Obs Gyn.* 2002; 42(2):211-3.
- 8-Jeong E.H., Kim Y.B., Ji I.W., Kim H.S. Triplet cervical pregnancy treated with intraamniotic methotrexate. *Obs Gyn.* 2002;100(5S): 1117-1119.
- 9-Chew S., Anadakumar C. Medical management of cervical pregnancy a report of two cases. *Singapore Med J.* 2001;42(11):537-9.
- 10-Melilli G.A., Cormio G., Putignano G., Loverro G., Selvaggi L. Successful treatment of cervical and simultaneous cervico-isthmic pregnancy with methotrexate. *Clin Exp Obs Gyn.* 2001;28(2):89-90.
- 11-Okeahialam M.G., Tuffnell D.J., O'Donovan P., Sapherson D.A. Cervical pregnancy managed by suction evacuation and ballon tamponade. *Eur J Obs Gyn Reprod Biol.* 1998;79(1):89-90.
- 12-Mashiach S., Admon D., Oelsner G., Paz B., Achiron R., Zalely. Cervical shirodkar cerclage may by the treatment modality of choice for cervical pregnancy. *Hum Reprod.* 2002;17(2): 493-6.
- 13-Habek D., Habek J.C., Curzik D. Unrecognized cervical pregnancy treated by suction curettage and cervicovaginal tamponad. *Zentralbl Gynakol.* 2002;124(3): 184-5.
- 14-Bakri Y.N., Amri A., Abdul Jabbar F. Tamponade-balloon for obstetrical bleeding. *Int J Gyn Obs.* 2001;74(2):139-42.
- 15-Ryu K.Y., Kim S.R., Cho S.H., Song S.Y. Preoperative uterine artery embolization and evauation in the management of cervical pregnancy: report of two cases. *J Korean Med Sci.* 2001;16(6):801-4.
- 16-Tuncer R., Uygur D., Kis S., Kayin S., Bebitoglu I., Erkaya S. Inevitable hysterectomy despite conservative surgical management in advanced cervical pregnancy: a case report. *Eur J Obs Gyn Reprod Biol.* 2001;10:100(1):102-4.