

مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هفتم، شماره ۲، ص ۹۸-۱۰۲، ۱۳۷۹

مقاله موردی

## گزارش موردی از بروز سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال

دکتر بی بی شهناز عالی

### خلاصه

در این مقاله وقوع سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال در یک زن ۳۸ ساله P2G1001 گزارش می گردد. این بیمار به علت ادامه خونریزی واژینال بعد از کورتاژی که ۱۴ روز قبل در بیمارستان دیگری برای وی انجام شده بود، مراجعه کرد. گزارش پاتولوژی وی بیان کننده سقط فراموش شده بود. با توجه به شواهد سونوگرافی، بیمار با تشخیص تخلیه ناقص رحم مجدداً تحت کورتاژ قرار گرفت. در جریان عمل به علت خونریزی شدید و غیرقابل کنترل تصمیم به لاپاراتومی و هیسترکتومی گرفته شد. در لاپاراتومی با وجود سرویکس متسع تشخیص حاملگی سرویکال گذاشته شد و برای متوقف ساختن خونریزی، هیسترکتومی با حفظ تخمدانها صورت گرفت. بعد از چهار روز بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گشت. گزارش پاتولوژی نشان دهنده کاشته شدن و نفوذ جفت در ناحیه آندوسرویکس رحم بود.

واژه های کلیدی: حاملگی سرویکال، سقط فراموش شده، هیسترکتومی

### بروز سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال

ماه پیش با سزارین متولد شده بود. بیمار ذکر می کرد که ۱۴ روز پیش به دلیل دو ماه تأخیر قاعدگی و بروز خونریزی واژینال سونوگرافی شده است. گزارش سونوگرافی وی با توجه به تصاویری با اکوی مخلوط و واضح نبودن جنین، سقط فراموش شده یا حاملگی مولار را مطرح کرده بود. به این ترتیب بیمار تحت کورتاژ قرار

در این مقاله وقوع سقط فراموش شده در حاملگی سرویکال، در زن ۳۸ ساله ای گزارش می شود که در حاملگی دوم به علت ادامه خونریزی واژینال پس از کورتاژی که ۱۴ روز قبل در بیمارستان دیگری برای وی انجام شده بود، مراجعه کرد. وی یک فرزند داشت که ۱۷

لاپاراتومی مشاهده شد، عبارت بود از یک جسم رحم در حد طبیعی و یک سرویکس قهوه‌ای و بسیار متسع که به قدری نازک شده بود که نسوج جفتی به راحتی از ورای آن قابل رؤیت بود. با تشخیص حاملگی سرویکال برای متوقف ساختن خونریزی بیمار اقدام به هیستریکتومی کامل بدون برداشتن آدنکس‌ها شد. چهار روز بعد بیمار با حال عمومی نسبتاً خوب از بیمارستان مرخص شد. گزارش پاتولوژی نمونه رحمی وی کاشته شدن تروفوبلاست‌ها را در قسمت آندوسرویکس نشان داد.

#### بحث

حاملگی سرویکال یک شکل بسیار نادر از حاملگی خارج رحمی است که به عنوان کاشته شدن بلاستوسیست در داخل کانال سرویکال تعریف می‌شود. بروز این عارضه بخاطر تنوع معیارهای تشخیصی از ۱۱۸۰۰۰ تا ۱۹۵۰۰۰ کل موارد حاملگی گزارش می‌شود (۲).

عواملی نظیر سقط‌درمانی قبلی، سندرم آشرمن، سزارین قبلی، میوم رحمی و روش‌های کمک‌باروری مثل IVF در پیدایش این عارضه مؤثرند (۱۰). نقش عواملی مثل سن و حاملگی‌های متعدد در ایجاد بیماری مورد بحث است (۲).

معیار تشخیصی حاملگی سرویکال بر اساس بررسی بافت‌شناسی نمونه هیستریکتومی است که در آن آندوسرویکس توسط تروفوبلاست‌ها مورد تهاجم قرار می‌گیرد. از نظر بالینی معیارهای تشخیصی عبارتند از: ۱- جسم رحم کوچکتر از سرویکس بزرگ و متسع باشد. ۲- سوراخ داخلی سرویکس باز نباشد. ۳- در کورتاژ حفره آندومتر، بافت جفت وجود نداشته باشد. ۴- سوراخ خارجی سرویکس زودتر از آنچه که در سقط خودبخودی اتفاق

گرفته بود. در طی این عمل به علت خونریزی زیاد ۶ واحد خون به او تزریق شده بود و عمل تخلیه‌رحم به صورت ناقص خاتمه یافته بود. گزارش پاتولوژی وی سقط فراموش شده بود. در مراجعه مجدد، بیمار آنمیک بود و خونریزی واژینال در حد خفیف تا متوسط داشت. رحم وی بزرگتر از حد طبیعی و در حد هفته ششم حاملگی بود. سرویکس بسیار کوتاه و تقریباً چسبیده به سقف واژن و سوراخ آن بسته بود. پری رحم بلافاصله از بالای واژن شروع می‌شد و به نظر می‌رسید که رحم در دو طرف سرویکس به لگن چسبندگی دارد و غیرقابل حرکت دادن می‌باشد. سونوگرافی شکمی که از بیمار انجام شد، رحم را بزرگتر از حد معمول و حاوی تصاویری با اکوی مخلوط که احتمالاً بقایای محصولات حاملگی بود، نشان داد. هموگلوبین بیمار ۱۰ بود. با آماده ساختن ۴ واحد خون مجدداً بیمار تحت کورتاژ قرار گرفت. سوراخ خارجی سرویکس در حد بوژی ۳ باز بود. به علت کوتاهی و چسبندگی سرویکس عبور بوژی از کانال سرویکس به حفره آندومتر امکان‌پذیر نبود و به این دلیل لازم شد برای مستقیم شدن مسیر کانال سرویکس از دو تاکولوم درلبه‌های قدامی و خلفی سرویکس استفاده شود.

پس از انجام دیلاتاسیون تا بوژی شماره ۶ اقدام به کورتاژ شد و از داخل حفره آندومتر مقدار بسیار کمی نسج خارج شد، ولی با خارج شدن نسوج قسمت فوقانی و طرفی سرویکس و نواحی تحتانی جسم رحم که مرتباً مسیر کورت را از سوراخ داخلی سرویکس منحرف می‌ساخت، خونریزی شدید و غیرقابل‌کنترلی از رحم اتفاق افتاد که با تزریق مترژین و تامپون نمودن دهانه رحم کاهش نیافت. تزریق خون برای بیمار شروع و با شک‌به حاملگی سرویکال تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد. منظره‌ای که در

می‌افتد، باز شود (۱۰). در صورتی که جفت در ناحیه سرویکس کاشته شود، تکامل آن به سه صورت ممکن است. در حالت اول با رشد ساک حاملگی به سمت سوراخ خارجی سرویکس، حاملگی شبیه به یک قاعدگی غیرطبیعی خاتمه می‌یابد. در شکل دوم، ساک حاملگی می‌تواند به سمت حفره رحم رشد کند و به صورت طبیعی ادامه یابد، هرچند که محل کاشته شدن جفت روی سوراخ داخلی سرویکس است و در حالت سوم نظیر این بیمار تمامی ساک حاملگی در کانال سرویکس جایگزین شده و یک موقعیت خطرناک مامایی را ایجاد می‌کند (۲).

در بیمار فوق‌الذکر تنها عامل مساعدکننده ایجاد حاملگی سرویکال، سزارین قبلی شناخته شد. هرچند گزارش پاتولوژی وی اندوسرویکس را محل ته‌اجم تروفوبلاست‌های جفت نشان می‌داد ولی وضع ظاهری سرویکس نکته مشکوکی به نفع حاملگی سرویکال نداشت. همانطور که گفته شد در حاملگی سرویکال، سرویکس متسع و باز است در حالی که در این بیمار سوراخ سرویکس بسته بود. هرچند در زمان لاپاراتومی سرویکس بزرگ و متسع بود، ولی در معاینه واژینال نه تنها دهانه رحم متورم و متسع نبود، بلکه بسیار کوتاهتر از حد طبیعی به نظر می‌رسید و نکته غیرعادی دیگر آن چسبندگی و ثابت بودن سرویکس در ناحیه سقف واژن بود. علامت اختصاصی بالینی بیماری خونریزی بدون درد است که در اوایل حاملگی و یا در جریان کورتاژ اتفاق می‌افتد (۱۱،۶).

تا قبل از سال ۱۹۷۸ تشخیص صحیح حاملگی سرویکال قبل از جراحی نادر بود، اما امروزه استفاده از سونوگرافی واژینال امکان تشخیص زودرس و درمان غیرجراحی بیماری را فراهم کرده است. خصوصیات سونوگرافی قابل قبول این عارضه در سال ۱۹۸۷ توسط

هافمن ارائه شد 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 علایم دیگر سونوگرافی هستند. مهم‌ترین تشخیص افتراقی این حالت در سونوگرافی، سقط خودبخودی قریب‌الوقوع است که در آن ساک حاملگی در حال خروج از رحم و در داخل کانال سرویکس باشد ولی مهم‌ترین وجه افتراق این دو در بازبودن سوراخ داخلی سرویکس و تداوم محتویات اندومتر و اندوسرویکس در مورد اخیر است. استفاده از سونوگرافی رنگی واژینال داپلر و ضربانی و MRI تشخیص زودرس این عارضه را به مراتب آسانتر ساخته است (۹).

در صورت تشخیص به موقع می‌توان از درمان‌های محافظتی جهت حفظ باروری بیمار استفاده کرد. در مراحل اولیه حاملگی اولین درمان عبارت از برداشتن محصولات حاملگی از طریق واژن با آمادگی کافی از نظر بیهوشی، تزریق خون و انجام هیستریکتومی احتمالی است. این درمان گاهی موجب خونریزی خفیف می‌شود ولی اغلب اوقات خونریزی شدید رخ می‌دهد. روش‌های بند آوردن خون شامل پک کردن رحم، بستن شریان‌های سرویکال توسط دو بخیه عمیق در قسمت‌های جانبی سرویکس و یا انجام عمل شیروودکار و مک‌دونالد می‌باشند. همچنین می‌توان با وارد کردن یک سوند فولی ۴۰-۳۰ میلی‌لیتری تامپوناد ایجاد کرد. آمبولیزاسیون شریان رحمی و حتی بستن آن و یا شریان ایلیاک داخلی نیز گاهی مؤثر واقع شده است (۹،۱). گزارش‌های متعددی از درمان موفقیت‌آمیز بیماران توسط این روش وجود دارد (۴،۵،۶،۷،۱۲،۱۳).

در موارد خاصی تزریق متوتروکسات به طریقه داخل آمنیونی یا سیستمیک به صورت موفقیت‌آمیزی بکار

## Summary

A Case Report of Missed Abortion in Cervical Pregnancy

B.SH. Aali, MD.<sup>1</sup>

1. Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

*In this paper a case of missed abortion in a cervical pregnancy is presented. A 38 year old women G2P1001 referred with vaginal bleeding following a curettage which had been performed 14 days ago in another hospital. The pathological report was indicative of missed abortion. Based on the sonographic evidences which were indicative of retained products of pregnancy, it was decided to perform curettage again. During curettage a severe and uncontrollable haemorrhage ended up to hysterectomy with the preservation of adnexa. The enlarged cervix was indicative of cervical pregnancy. The patient was discharged after 4 days in a healthy condition and histopathologic examination revealed endocervical implantation of trophoblasts and degenerated product of conception which were suggestive of missed abortion.*

*Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2000; 7(2): 98-102*

**Key Words:** Cervical pregnancy, Missed abortion, Hysterectomy

## References

رفته است. در مراحل اولیه حاملگی شاید بهترین راه، تزریق سیستمیک دارو باشد ولی در صورتی که قلب جنین ظاهر شده باشد، تزریق داخل آمنیونی مناسب تر به نظر می رسد (۱، ۶، ۹، ۱۳).

کلید اصلی درمان محافظتی موفق، تشخیص قبل از عمل جراحی است و پیشرفت های اخیر در حال حاضر اجازه درمان های طبی و جراحی را با عوارض کمتر فراهم نموده است.

در بسیاری از موارد تا زمانی که با تصور سقط ناقص اقدام به کورتاژ نگردد، تشخیص حاملگی سرویکال داده نمی شود. در این صورت خونریزی غیرقابل کنترلی اتفاق می افتد که معمولاً راهی به جز هیستریکتومی برای توقف آن وجود ندارد. از آنجا که در این بیمار تمامی توجه به سقط فراموش شده و باقی ماندن محصولات حاملگی به عنوان علت خونریزی معطوف بود و تشخیص حاملگی سرویکال به خاطر نادر بودن آن در ذهن مطرح نبود، تشخیص قبل از عمل داده نشد و به علت خونریزی شدید در حین کورتاژ، نظیر چند گزارش دیگر (۲، ۳، ۸) لاپاراتومی و هیستریکتومی برای بیمار انجام شد.

این موقعیت بالینی چنان نادر و تهدید کننده حیات بیمار است که گفته می شود قسمت اعظم متخصصین زنان در طول عمر خود با آن برخورد نمی کنند و تعداد قلیلی که با آن مواجه می شوند، آرزو می کنند که هرگز آن را تجربه نمی کردند (۲). بنابراین این علی رغم نادر بودن این عارضه به علت عواقب و خطرات جدی همیشه باید حاملگی سرویکال را به عنوان یک تشخیص افتراقی مهم در خونریزی های نیمه اول حاملگی در نظر داشت.

1. Ayromlooi J. Conservative management of cervical pregnancy with subsequent fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(3): 1093-1094.
2. Giambanco L, Chianchiano N, Palmeri Vand Catalano G. Cervical pregnancy: an obstetric emergency. *Minerva Ginecol* 1998; 50(7-8): 321-324.
3. Hmeidan FA, Pretzsch G, Alexander H and Schollmeyer M. Cervical pregnancy a rare ectopic pregnancy. *Zentralbl Gynakol* 1991; 113(12): 723-726.
4. Kohl H and Schade R. Report about cervical pregnancy. *Zentralbl Gynakol* 1990; 112(16): 1017-1022.
5. Okeahialam MG, Tuffnell DJ, O'Donovan P and Sapherson DA. Cervical pregnancy managed by suction evacuation and balloon tamponade. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79(1): 89-90.
6. Pastorelli G, Steiner R and Haller V. Cervical pregnancy. *GynakolGeburtshilfliche Rundsch* 1997; 37(4): 209-215.
7. Simon Ph, Donner C, Delcour C, Kirkpatrick C and Rodesch F. Selective uterine artery embolization in the treatment of cervical pregnancy: two case reports. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio* 1991; 40(2): 159-161.
8. Sonmez AS, Kafkasli A, Balat O, et al. Cervical pregnancy: Can age and parity be predisposing factors? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73(9): 734-736.
9. Stovall GT and Ling WF: Extra uterine pregnancy, clinical diagnosis and management. 1st ed., U.S.A., McGraw-Hill, 1993; pp162-164, 289-291.
10. Thomas G, Stovall, Marian L and McCord. Early pregnancy loss and Ectopic pregnancy. In: Jonathan S and Berek (Eds). *Novak's Gynecology*. 12th ed., Baltimor, Philadelphia, Williams & Wilkins, 1997; pp511-512.
11. Thomas RL, Gingold BR and Gallagher MW. Cervical pregnancy: a report of two cases. *J Reprod Med Obstet Gynecol* 1991; 36(6): 459-462.
12. Van de Meerssche M, Verdonk P, Jacquemyn Y, Serreyn R and Gerris J. Cervical pregnancy: Three case reports and a review of the literature. *Hum Reprod* 1995; 10(7): 1850-1855.
13. Weissman A and Hakim M. Diagnosis and treatment of cervical pregnancy: A case report. *J Reprod Med Obstet Gynecol* 1993; 38(8): 656-658.