

گزارش یک مورد وارونگی رحم به دنبال زایمان

چکیده:

مقدمه و هدف: وارونگی رحم به دنبال زایمان از عوارض نادر بوده و تهدید کننده حیات می باشد که در این حالت فوندوس رحم به داخل حفره آندومتر یا کلاپس پیدا می کند. میزان شیوع آن تقریباً ۱ مورد در ۲۰۰۰ تا یک مورد در چندین صد هزار حدس زده می شود. گرچه علت وارونگی رحم نامشخص است، ولی عوامل مساعد کننده متعددی گزارش شده اند. میزان مرگ و میر خیلی بالا می باشد، مگر این که این حالت خیلی سریع تشخیص داده شده و درمان گردد. در این گزارش به بررسی یک مورد وارونگی رحم به دنبال زایمان پرداخته شده است.

معرفی بیمار: بیمار زنی ۲۷ ساله، حامله ترم، شکم دوم با سابقه سزارین به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان امام سجاد یاسوج در سال ۱۳۸۳ مراجعه کرد. علت سزارین قبلی نامشخص بود. بیمار در فاز فعال زایمانی مراجعه کرده بود. فاصله چندان کمی تا زایمان نداشت و تمایل به زایمان واژینال داشت. روند طبیعی زایمان طی شد و زایمان انجام شد. هنگام خروج جفت بدون اعمال کشش جفت همراه با توده ای به رنگ قرمز تیره خارج شد، جفت به راحتی از توده جدا گردید و توده خونریزی شدید نداشت. با تشخیص وارونگی رحم اقدام به جا انداختن رحم به جای اصلی خود شد که وارونگی از حالت کامل به حالت ناکامل تبدیل شد. اقدامات درمانی به طور کامل مؤثر نبود، بیمار دچار شوک شدید شد که جهت جا انداختن رحم از درمان زیر بیهوشی و سپس جراحی کمک گرفته شد.

نتیجه گیری: گرچه وارونگی رحم زیاد شایع نیست، ولی اگر تشخیص داده نشود منجر به خونریزی شدید، شوک و مرگ مادر می شود.

واژه های کلیدی: وارونگی رحم، وارونگی کامل و ناکامل، شوک، مرگ

دکتر فاطمه گلستان مقدم

متخصص زنان و زایمان، استادیار و
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
یاسوج، بیمارستان امام سجاد (ع)،
اتاق عمل

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۲/۲۵

مؤلف مسئول: فاطمه گلستان مقدم

پست الکترونیکی:

fatemeh-golestanmoghaddam@yahoo.com

مقدمه

تشخیص سریع اهمیت حیاتی داشته و می تواند نجات دهنده جان بیمار باشد. سونوگرافی یا تصویر برداری رزونانس مغناطیسی^(۱) در تایید بعضی موارد کمک کننده است. بعضی از علایم وارونگی رحم عبارت از؛ خروج توده از واژن، به دست نخوردن فوندوس رحم در لمس شکم، خونریزی بیشتر از حالت طبیعی رحم، پایین افتادن فشار خون و ظهور علایم شوک می باشند. بسته به وضع بیمار و امکانات و سایر علل درمانهای متعددی می تواند داشته باشد. درمان اولیه وارونگی رحم، جا اندازی قوری رحم به وسیله دست (مانور جانسون)، تجویز توکولیتیکها و جایگزینی مایعات می باشد [۲]. جا اندازی به وسیله فشار هیدروستاتیک با سالیین نرمال و وضعیت ترندلبرگ [۲]، جا اندازی رحم به وسیله اسپری نیتروگلیسیرین در زمانی که استفاده از توکولیتیکها مؤثر نباشند [۴]، جا اندازی رحم زیر بیهوشی عمومی زمانی که روشهای بالا مؤثر نباشد و استفاده از روش جراحی برای جا اندازی رحم وقتی که سایر روشها با شکست مواجه شود [۲] از دیگر روشهای درمانی می باشد.

اقدامات حمایتی شامل؛ استفاده از آنتی بیوتیک برای کاهش خطر عفونت، مایعات وریدی، تزریق خون، استفاده از اکسی توسین داخل وریدی برای تشویق انقباض رحم و جلوگیری از وارونگی مجدد و هیستریکتومی اورژانس در موارد خیلی شدید زمانی که

وارونگی رحم^(۱) یکی از عوارض مهم زایمان می باشد. به طور طبیعی به دنبال زایمان، جفت حدود نیم ساعت بعد از خروج جنین از رحم جدا شده و از واژن خارج می گردد. وارونگی رحم به معنای باقی ماندن اتصال جفت به رحم و خروج آن همراه با کشش سطح داخلی رحم به بیرون می باشد. در اغلب موارد پزشک می تواند با دست جفت را از رحم جدا کند و رحم را به سمت عقب به حالت طبیعی برگرداند. گاهی برای برگرداندن رحم به حالت طبیعی نیازمند عمل جراحی است. تخمین زده می شود که میزان بروز وارونگی رحم یک مورد در ۲۰۰۰ تا یک مورد در چندین صد هزار زایمان می باشد [۱].

وارونگی رحم غیر مرتبط به زایمان^(۲) بسیار نادر است و معمولاً در ارتباط با تومورها می باشد [۲]. میزان بقاء مادر به دنبال بروز این حالت تقریباً ۸۵ درصد بوده و علت مرگ خونریزی شدید و شوک می باشد. برخی از عوامل خطرزا همراه با افزایش خطر وارونگی رحم شامل؛ زایمان متعدد، زایمان طول کشیده (بیشتر از ۲۴ ساعت)، استفاده از شل کننده های عضلانی مثل سولفات منیزیم در طی زایمان، بند ناف کوتاه، اعمال کشش شدید به بند ناف زمان خروج جفت و فشار به فوندوس، چسبندگی غیر طبیعی جفت^(۳) ناهنجاریهای مادرزادی رحم، ضعف مادرزادی یا اکتسابی میومتر و سابقه وارونگی قبلی رحم می باشند [۱].

1- Uterine inversion
2-Non puerperal
3-Placenta acreata
4-MRI

خطر مرگ مادر خیلی بالا باشد و بستری در مراقبتهای ویژه برای چند روز در صورتی که لازم باشد می باشند [۱]. در این گزارش به بررسی یک مورد واریونگی رحم به دنبال زایمان پرداخته شده است

معرفی بیمار

بیمار زن ۲۷ ساله حامله ترم ، شکم دوم به علت شروع زایمان فعال در زایشگاه بیمارستان امام سجاد (ع) یاسوج در سال ۱۳۸۲ بستری شد. چهار سال قبل به علت نامشخص سزارین شده بود، ولی تمایل شدید به انجام زایمان طبیعی داشت. روند طبیعی زایمان انجام شد. هنگام خروج جفت مسئول زایمان متوجه می شود که توده ای که جفت نیز به آن چسبیده است از واژن خارج شد. این توده بزرگ بوده و خونریزی شدید به همراه نداشت. جفت از توده به راحتی جدا شد. با تشخیص واریونگی رحم سعی به جدا انداختن رحم به جای اصلی خود می شود که واژگونگی از حالت کامل به ناکامل تبدیل می شود. از فشار با دست کمک گرفته شد که رحم به جای اول خود برگردد، ولی موفقیت آمیز نبود. در این حین بیمار دچار شوک شدید شد اقدامات حمایتی انجام شد و بیمار به اتاق عمل منتقل گردید. با استفاده از هالوتان سعی به جای انداختن رحم شد که موفقیت آمیز نبود ناچار جدار شکم باز گردید. مختصر خون داخل شکم بود. همچنین هماتوم وسیع در سطح قدام رحم در موضع سزارین قبلی وجود داشت. فوندوس به علاوه لوله و تخمدانها و لویی از روده در داخل حلقه انقباضی رحم گیر افتاده

بود که در این حالت برشی به طول چهار سانتی متر به طور عمودی در خلف سگمان تحتانی رحم داده شد و بلافاصله حلقه انقباضی باز شد و فوندوس رحم، لوله ها و تخمدان و لویپ روده که گیر افتاده بود خارج شدند. در این حال رحم دچار اتونی و خونریزی شدید شد که با ماساژ رحم، تزریق اکسی توسین وریدی و مترژین ، رحم حالت انقباضی یافت. در این هنگام جدار را بسته و بیمار تحت نظر گرفته شد. دو روز بعد از جراحی بیمار دچار تندرینس رحمی و درد شد که با احتمال متریت آنتسی بیوتیک قبلی بیمار به آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف مانند سفتر یاکسون و جنتامایسین تبدیل شد. ۴۸ ساعت بعد از شروع درمان وضعیت بهبود ظاهر شد. یک هفته بعد از زایمان بیمار با حال عمومی خوب بیمارستان را ترک کرد.

بحث و نتیجه گیری

میزان شیوع این بیماری در نقاط مختلف دنیا فرق می کند و آمارهای مختلفی وجود دارد. این بیماری در شهرستان یاسوج ظرف ۶ سال گذشته اولین مورد بوده است.

تشخیص بیماری معمولاً راحت بوده، چرا که در اکثر موارد جفت همراه با توده رحمی خارج می شود و در مدت زمان کوتاهی خونریزی و درد شدید و سپس شوک عارض می گردد. تقریباً این بیماری همیشه نتیجه کشش شدید بر بند ناف است و جفت معمولاً در فوندوس جایگزین شده و در اثر کشش بر بند نافی که محکم به جفت چسبیده و به آسانی از جفت جدا

نمی شود ممکن است ایجاد گردد. این عارضه مامایی نادری بوده، ولی اگر در ذهن کسی که زایمان را انجام می دهد نباشد و تشخیص به موقع داده نشود می تواند به علت خونریزی و درد منجر به شوک و مرگ مادر شود [۱].

بیمار مذکور در مدت کوتاهی دچار شوک شد، در عین اینکه خونریزی شدید وجود نداشت که احتمالاً علت شوک نوروژنیک ناشی از درد شدید رحم وارونه بوده است. عدم جواب به درمانهای دارویی، درمان جراحی را ایجاب می کند که آن نیز برش در سطح خلفی رحم می باشد. درمان پیشنهادی پس از تصحیح رحم واژگون شده شامل؛ در صورت خونریزی افزایش انفوزیون وریدی، اگر بعد از دادن اکسی توسین رحم انقباض نیافت استفاده از ارگومترین به میزان ۰/۲ میلی گرم با پروستاگلاندین، استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی پس از تصحیح و آرونگی رحم مانند؛ آمپول آمپی سیلین ۲ گرم و مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم داخل وریدی یا آمپول سفازولین یک گرم و مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم داخل وریدی و اگر بیمار دچار متريت شد درمان با آنتی بیوتیک تا ۴۸ ساعت پس از قطع تب مانند؛ آمپول آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت، آمپول جنتاماسین ۵ میلی گرم بر کیلو گرم در ۲۴ ساعت، مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم داخل وریدی هر ۸ ساعت می باشد [۱].

Puerperal Uterine Inversion, a Case Report

Golestan moghadam F.

Assistant Professor of OB & GYN,
Yasuj University of Medical Sciences

KEYWORDS:

Uterine Inversion,
Complete & Incomplete Inversion,
Shock,
Dead

Received: 16/1/1384

Accepted: 25/2/1384

Corresponding Author: Golestan moghadam F
E-mail:
fatemeh-golestanmoghadam@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Acute puerperal uterine inversion is a rare but life threatening complication in which the uterine fundus collapses within the endometrial cavity. The rate of uterine inversion is estimated from one in 2000 to one in several hundred thousand labors. Although the cause of uterine inversion is unclear, several predisposing factors have been described. Maternal mortality is extremely high unless the condition is immediately recognized and corrected.

Case: The patient was a pregnant woman (G₂P₁), 27 years old, admitted in Yasuj Imam Sadjad Hospital due to onset of labor pains. The patient had history of cesarean section in first pregnancy and the indication of cesarean was unclear. She wanted to have vaginal delivery. Delivery was taken normally. Placenta exited the vagina together with dark-red mass attached to it. Placenta was detached simply from the mass. The mass did not have massive bleeding. With diagnosis of uterine inversion manual correction of inversion was begun. The inversion was converted from complete to incomplete inversion. The correction was not completely successful. The patient's condition was poor and went to shock. Because of these reason's the patient undergone manual reinsertion of the uterus under general anesthesia and then prepared for surgical correction.

Conclusion: Although the uterine inversion is not very common, It will result in severe hemorrhage and shock, if left unrecognized, and leads to maternal death .

.....
REFERENCES :

- [1]Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, etal. Williams obstetrics . 21st ed. New York: McGraw – Hill; 2001; 642-643.
- [2] Decherney AH, Nathan L. Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment . 9th ed. New York: McGraw – Hill ; 2003;208.
- [3] Hostetler Dr, Bosworth MF. Uterine inversion: a life- threatening obstetric emergency . J Am Board Fam Pract 2000 ; 13: 120-123.
- [4] Hicks JC. Use of nitroglycerin spray in uterine inversion. J Am Board Fam Pract 2000 ; 13: 374- 375.