

گزارش یک مورد پارگی رحم باردار ۱۲ هفته‌ای به دنبال سقط تروماتیک قبلی

مریم قربانی*

چکیده

زمینه و هدف: پارگی رحم، یک عارضه تهدیدکننده زندگی با موربیدیت و مورتالیتی بالایی مادر و جنین است. هیستروسکوپی، سقط تروماتیک، استفاده نامناسب از اکسی‌توسین، دستکاری‌ها، هیدرآمیوس، حاملگی چندقلو و... از علل پارگی رحم است. در این مقاله به ارائه یک مورد در رابطه با پارگی رحم باردار در سه ماهه اول بارداری به دنبال سقط تروماتیک پرداخته شده است.

معرفی مورد: بیمار خانم ۳۱ ساله‌ای G4P2A1L2، با حاملگی ۱۲ هفته و سابقه ۲ بار عمل سزارین و یک سقط تروماتیک، ۲ ماه قبل از بارداری فعلی است، که با شکایت درد شکمی و خونریزی به بیمارستان انتقال داده شد. در معاینه بالینی، کل ناحیه شکمی بیمار تندرست داشت و بیمار از تنگی نفس، حالت تهوع و استفراغ شاکی بود. در معاینه واژینال نیز دهانه سرویکس کاملاً بسته و خونریزی بیمار کمی بیش از لکه‌بینی بود. علائم حیاتی در بیمار کاهش نشان داد و تنگی نفس بیمار رو به وخامت گذاشت. میزان هموگلوبین از ۱۳ به ۴/۵mg/dl کاهش یافت. پزشک سونولوژیست طی سونوگرافی واژینال گزارش داد که دلیل پر بودن حفره شکمی و لگنی از خون و مایع آزاد، امکان بررسی وجود نداشته و احتمال حاملگی خارج رحمی پاره‌شده همراه با حاملگی رحمی وجود دارد. بعد از انجام سونوگرافی، بیمار به اتاق عمل منتقل شد. در اتاق عمل بعد از لاپاراتومی، بلافاصله جنین همراه با ساک حاملگی درون حفره شکم دیده شد. تشخیص پارگی رحم از محل انسزیون قبلی بود که توسط پزشک ترمیم شد.

کلید واژه‌ها: سزارین؛ پارگی رحم؛ سقط.

کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

مریم قربانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

maryam_gorbany89@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۲۳

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ghorbani M. A case report of the rupture of a 12 weeks pregnant uterus following the previous traumatic abortion.

Qom Univ Med Sci J 2014;8(2):81-84. [Full Text in Persian]

مقدمه

پارگی رحم باردار عارضه تهدیدکننده زندگی، همراه با موربیدیت و مورتالیتی بالای مادر و جنین و در برخی موارد از دست دادن قدرت باروری حاصل از هیستریکتومی غیرقابل اجتناب می‌باشد (۱). این فاجعه در کشورهای در حال توسعه که خدمات مراقبتی ناکافی است، شیوع بیشتری دارد. میزان بروز پارگی رحم در کشورهای مختلف متفاوت بوده و طبق گزارشها در نیجریه یک مورد در هر ۴۱۶ زایمان، ایالات متحده یک مورد در ۱۵۰۰ زایمان، و در کراچی یک مورد در هر ۱۸۹ زایمان بوده است (۲). پارگی رحم ممکن است در یک رحم سالم و یا یک رحم دارای اسکار نیز رخ دهد (۱)، که این عارضه می‌تواند به علت غفلت و یا کنترل ضعیف زایمان در زنان مولتی‌پار، استفاده نامناسب از اکسی‌توسین، دستکاری‌ها، هیدرآمنیوس، حاملگی چند قلو، عدم تناسب سری‌لگنی، پوزانسیون‌های غیرطبیعی، زایمان ابزاری سخت، و مانورهای مامایی رخ دهد (۲،۱).

رحم بدون اسکار و پرایمی گراوید، از لحاظ پارگی معمولاً در امان است و سوراخ شدن رحم می‌تواند در طی هیستروسکوپی جراحی، سقط همراه با دستکاری کورت یا سوند، ترومای نافذ یا گند در ارتباط با احتمال پارگی رحم در طی بارداری‌های بعدی باشد. میومکتومی، آدنومیوز، جراحی رحم، ناهنجاری‌های مادرزادی رحم، دکولمان جفت، جفت پرکرتا، سوءمصرف کوکائین، اندومترئوزیس از علل دیگر پارگی رحم ذکر شده است (۲،۳).

علائم و نشانه‌های اولیه پارگی رحم، غیراختصاصی هستند که منجر به دشواری تشخیص و یا تأخیر در درمان قطعی می‌شوند. از زمان تشخیص تا زایمان، فقط چند دقیقه قبل از مرگ غیرقابل اجتناب جنین، فرصت باقی است. مرگ جنین به علت خونریزی فاجعه‌آمیز، آنوکسی جنین و یا به هر دو علت رخ می‌دهد (۴). از آنجایی که سقط تروماتیک، یک علت نادر پارگی رحم در بارداری بعدی بوده و موارد گزارش شده در این رابطه نیز نادر است و با توجه به اهمیت مراقبت و تشخیص به موقع در بیماران پرخطر و خطر ناباروری متعاقب هیستریکتومی، در این مقاله به ارائه یک مورد پارگی رحم باردار در سه ماهه اول بارداری به دنبال سقط تروماتیک پرداخته شده است.

شرح مورد

بیمار خانم ۳۱ ساله‌ای G4P2A1L2، با حاملگی ۱۲ هفته و سابقه ۲ بار عمل سزارین است که با شکایت درد شکمی و خونریزی، حدوداً ۲ ساعت قبل از مراجعه، به بیمارستان انتقال داده شد. رضایت آگاهانه جهت ثبت اطلاعات بیمار مشروط بر محرمانه ماندن نام وی، از بیمار گرفته شد. در معاینه بالینی بیمار، کل ناحیه شکمی بیمار تندرست داشت و بیمار از تنگی نفس، حالت تهوع و استفراغ شاکی بود. در معاینه واژینال نیز دهانه سرویکس کاملاً بسته و خونریزی بیمار کمی بیش از لکه‌بینی بود. در علائم حیاتی بیمار BP=100/80, P=80, RR=20 گزارش شد. بیمار سابقه ۲ بار عمل سزارین و یک کورتاژ داشت که حدود ۲ ماه قبل از بارداری فعلی انجام شده بود. بر طبق مدارکی که بیمار ارائه داد، یک سونوگرافی در سن ۹ هفته‌ای، حدود ۳ هفته قبل، از بیمار به عمل آمده بود که براساس آن حاملگی داخل رحم تأیید شد. بنابراین، بیمار سریعاً در بیمارستان بستری و طبق دستور پزشکی بلافاصله بعد از ورود؛ دو IV LINE سریعاً برقرار شد و ۵۰۰cc سرم رینگر برای بیمار انفوزیون گردید. سوند فولی فیکس شد که میزان برون‌ده ادراری ۱۰۰cc بود. بر طبق نتایج آزمایشگاهی، هموگلوبین بیمار در بدو ورود، ۱۳mg/dl گزارش شد. در ادامه، پروپ سونوگرافی بر روی شکم و رحم توسط پزشک زنان قرار داده شد که ضربان قلب جنین در ناحیه سوپراپوبیک مشهود بود، لذا درخواست مشاوره با پزشک سونولوژیست داده شد. بیمار همچنان از درد شکمی شکایت داشت و مشکل تنفسی وی شدت یافت تا جایی که مجبور به استفاده از سوند نازال اکسیژن با میزان ۶ لیتر در دقیقه گردید. حدود ۰/۵ ساعت بعد از انجام آزمایشهای اولیه، مجدداً هموگلوبین بیمار کنترل شد که این بار میزان آن ۴/۵mg/dl بود. علائم حیاتی بیمار نیز به مقادیر BP= 80/55, P=68, RR=16 تغییر یافت. در ادامه، بیمار دچار سردی بدن و تعریق شد و میزان برون‌ده ادراری وی بعد از حدود ۲ ساعت که در بخش تحت مراقبت بود، تغییری نکرد. با مشاهده وضعیت بیمار توسط پزشک متخصص زنان، احتمال خونریزی داخلی مطرح گردید و بر طبق دستور، ۲ واحد Packed Cell برای بیمار درخواست شد که اولین کیسه خون برای بیمار وصل گردید.

Kaur و همکاران (سال ۲۰۱۲) در گزارش خود، به یک مورد پارگی رحم بارداری ۱۶ هفته اشاره کردند. در این گزارش، پارگی رحم مربوط به یک خانم ۲۴ ساله با بارداری دوم و سابقه یکبار زایمان واژینال بدون هیچ مودی از سابقه سقط و یا ترومای رحمی رخ داده بود که تفاوت این نوع پارگی با مورد گزارش شده در این مقاله، در عدم وجود سابقه زایمان سزارین و یا ترومای رحمی به دنبال سقط بود (۵).

Cheng و همکاران نیز در سال ۲۰۰۳، به یک مورد مشابه پارگی رحم در یک خانم مولتی‌پار با بارداری ۶ هفته اشاره کردند (۹). این بیمار، ۲ سال قبل به علت مرگ داخل رحمی دو جنین دوقلوی ۱۲ هفته‌ای خود، تحت عمل Evacuation قرار گرفته بود که در پی آن دچار دردهایی در قسمت پایین شکم، دیسمنوره و بی‌نظمی قاعدگی گردید. شباهت این گزارش با مورد ذکر شده در این مقاله، وجود سابقه سقط تروماتیک قبلی است که به عنوان یک عامل خطر پارگی رحمی محسوب می‌شود. در صورت وجود اسکار در قسمت فوقانی رحم، اجتناب از بارداری دوباره حداقل به مدت یک‌سال با استفاده از روش‌های سدی و یا هورمونی ضروری است (۴). اما بیمار ذکر شده در این مقاله با فاصله ۲ ماه از دستکاری قبلی رحم توسط عمل کورتاژ مجدداً اقدام به بارداری کرده بود. به علاوه، بارداری آینده این گونه افراد نیازمند مانیورینگ مناسب، بستری زودهنگام و سزارین انتخابی در هنگام ترم است. در صورت انتخاب جراحی در موارد پارگی رحم و در موارد خونریزی شدید و شوک، انجام هیستریکتومی حیاتی است. حفظ رحم با بخیه زدن مجدد محل پارگی نیز در صورت امکان باید انجام شود. همچنین در دسترس بودن آنتی‌بیوتیک‌های بیشتر و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی نیز نتایج خوبی به همراه خواهد داشت (۴)، مانند بیمار گزارش شده در این مقاله که یک خانم مولتی‌پار با بارداری ۱۲ هفته و سابقه ۲ بار عمل سزارین و یک سقط تروماتیک ۲ ماه قبل از بارداری فعلی بود که در نهایت، با بخیه زدن محل پارگی، از مرگ و هیستریکتومی نجات یافت. به نظر می‌رسد وجود ۲ بار سابقه عمل سزارین و یکبار دستکاری رحمی به دنبال سقط ناقص با فاصله کوتاهی از بارداری فعلی می‌تواند به‌طور قابل‌قبولی منعکس‌کننده اهمیت کاهش زایمان‌های سزارین، به‌ویژه سزارین‌های انتخابی در کشور ما باشد.

سپس پزشک سونولوژیست طی سونوگرافی واژینال گزارش داد به دلیل پر بودن حفره شکمی و لگنی از خون و مایع آزاد، امکان بررسی وجود نداشته و احتمال حاملگی خارج رحمی پاره‌شده همراه با حاملگی رحمی وجود دارد. در این زمان بیمار درحالی که یک کیسه خون دریافت می‌کرد به اتاق عمل منتقل شد. در اتاق عمل بعد از باز کردن شکم توسط پزشک، بلافاصله جنین همراه با ساک حاملگی درون حفره شکم رؤیت شد. همچنین مشخص گردید تشخیص پارگی رحم از محل انسزیون قبلی بوده که توسط پزشک ترمیم شد و بیمار بعد از عمل یک کیسه خون دیگر نیز دریافت کرد و پس از مدتی حال عمومی و علائم حیاتی وی به حالت طبیعی بازگشت.

بحث

پارگی رحم در محل اسکار قبلی به‌طور معمول، از خشونت کمتری نسبت به پارگی تروماتیک رحم برخوردار است؛ چراکه میزان واسکولاریته آن نسبتاً کاهش می‌یابد (۵). در این موارد تشخیص باید براساس تاریخچه و تظاهرات بالینی بیمار مانند درد شکمی و مقدار خونریزی (از لکه‌بینی تا خونریزی تهدیدکننده زندگی) باشد که مهم‌ترین راه تشخیص؛ سونوگرافی واژینال و تصویربرداری داپلر است (۶). زمانی که ساک بارداری در قسمت پایین حفره رحمی قرار دارد، تمایز بین سقط خودبه‌خودی در حال رخ دادن، بارداری درون سرویکس و بارداری در محل اسکار سزارین دشوار می‌باشد. در حاملگی همراه با اسکار سزارین؛ بارداری به‌طور کامل با میومتر و بافت فیروز اسکار سزارین احاطه می‌شود و از حفره اندومتر و کانال اندوسرویکال جدا می‌گردد. در این مورد مکانیسم احتمالی می‌تواند به‌علت تهاجم میومتر از طریق راه‌های میکروسکوپی باشد. اعتقاد بر این است که این راه از طریق جراحی‌های قبلی رحم مانند دیلاتاسیون و کورتاژ، میومکتومی، متروپلاستی و جراحی سزارین ایجاد می‌شود (۷). این‌گونه بارداری‌ها ممکن است به‌طور جزئی در حفره رحم جایگزین و تا زمان ترم نیز ادامه یابند و یا ممکن است به‌طور عمقی درون اسکار جایگزین و منجر به پارگی رحم در سه ماهه اول بارداری شوند (۸) مانند مورد گزارش شده در این مقاله که در هفته ۱۲ بارداری منجر به پارگی رحم شد.

بارداری‌ها و توجه به علائم هشداردهنده خطر پارگی رحم ضروری است. همان‌طور که قبلاً نیز ذکر گردید برطبق مطالعات، بیشتر موارد پارگی رحم در زنان مولتی‌پار به علت سزارین و دستکاری‌های قبلی رحمی رخ می‌دهد، لذا، به حداقل رساندن دستکاری‌های رحمی در دوران بارداری و قبل از آن حایز اهمیت است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم وجود گزارشهای مشابه و کافی برای مقایسه بهتر این مورد بود. این case، بیان‌کننده یک علت نادر پارگی رحمی؛ یعنی پارگی رحم به دنبال یک سقط تروماتیک در یک رحم دارای اسکار سزارین در سه ماهه اول بارداری بود. بنابراین، با توجه به شیوع بالای پارگی رحمی، موربیدیت و مورتالیتی بالای این عارضه، توجه دقیق به بارداری‌های در معرض خطر پارگی، مانیتورینگ مناسب این

References:

- Gillani S, Hassan L. Rupture of pregnant uterus at term. J Postgraduate Med Institute (Peshawar-Pakistan) 2011;15(2):171-175.
- Butt MH. Uterine rupture: A study of its frequency and aetiology at military hospital rawalpindi. J Postgraduate Med Institute (Peshawar-Pakistan) 2011;19(1):47-51.
- Uccella S, Cromi A, Bogani G, Zaffaroni E, Ghezzi F. Spontaneous prelabor uterine rupture in a primigravida: A case report and review of the literature. Am J Obstet Gynecol 2011 Nov; 205(5):e6-8.
- Prajapati P, Sheikh M, Patel R. Rupture uterus: Carelessness or negligence. J Indian Acad Forensic 2012;34(1):82-85.
- Kaur J, Goel B, Sehgal A. Rupture uterus following blunt trauma at 16 weeks gestation. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2012;1(1):64-66.
- Tulpin L, Morel O, Malartic C, Barranger E. Conservative management of a cesarean scar ectopic pregnancy: A case report. Cases J 2009 Aug 18;2:7794.
- Gupta A, Sirohiwal D, Duhan N, Bishnoi S. Lower segment cesarean scar pregnancy: A cause of uterine rupture in the first trimester. J Gynecol Surgery 2012;28(2):179-181.
- Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;16(6):592-3.
- Cheng PJ, Chueh HY, Soong YK. Sonographic diagnosis of a uterine defect in a pregnancy at 6 weeks' gestation with a history of curettage. Ultrasound Obstet Gynecol 2003 May; 21(5):501-3.