

گزارش موردی

گزارش یک مورد پارگی رحم به صورت خودبخود در زن باردار دوقلو با سن حاملگی ۲۶-۲۵ هفته و سابقه میومکتومی لاپاروسکوپی

دکتر نسرین صوفی زاده*

دریافت: ۸۸/۴/۲۳، پذیرش: ۸۸/۷/۲۹

چکیده:

مقدمه: پارگی رحم در حاملگی نادر است ولی می تواند در اغلب اوقات با عوارض فاجعه آمیزی همراه باشد و با شیوع بالای مورتالیتی و موربیدیتی مادر و جنین همراه گردد. شایع ترین علت پارگی رحم جدا شدن اسکار انسزیون قبلی سزارین می باشد. سایر عوامل زمینه ساز شایع پارگی رحم شامل دستکاریها یا اعمال تروماتیزه کننده قبلی مانند کورتاژ، سوراخ شدگی رحم یا میومکتومی و یا تحریک بیش از حد یا نامناسب رحم با اکسی توسین می باشد.

معرفی بیمار: در این گزارش، یک مورد پارگی خودبخود رحم در زن ۳۶ ساله G5P2Ab2L1 با حاملگی دوقلویی در سن حاملگی ۲۶-۲۵ هفته معرفی می شود. بیمار به علت بررسی پره کلامپسی در بخش بستری می شود که در سابقه بیمار یک میومکتومی به طریق لاپاروسکوپی وجود دارد که ۳ ماه بعد از آن به علت نازایی ثانویه تحت IVF قرار می گیرد. در طی بستری به صورت ناگهانی دچار خونریزی واژینال مختصر و عدم حرکت جنین ها می شود که به دنبال سونوگرافی اورژانسی، گزارش دو جنین مرده با کاهش شدید مایع آمنیوتیک و میوم های رحمی با بزرگترین سایز ۹۰ میلی متر داده می شود.

نتیجه نهایی: جهت بیمار سعی در زایمان واژینال می شود که به علت عدم پاسخ جهت سزارین آماده می گردد حین عمل، پارگی رحم در محل قبلی میومکتومی به همراه دو جنین مرده داخل شکم وجود داشت در ضمن میومی در بافت رحم وجود نداشت و میوم های گزارش شده توسط سونوگرافی لخته های خون و امتوم بود. محل پارگی ترمیم شد.

کلید واژه ها: پارگی رحم / سزارین / لاپاروسکوپی / میومکتومی

مقدمه:

غفلت های انجام شده در طی زایمان، نمایشهای غیرطبیعی جنین - کشش در زایمان سریع، دستکاری های رحمی و زایمان با وسیله، و ماکروزومی جنین می باشد (۱،۲).

علت پارگی رحم در طول حاملگی به دنبال میومکتومی لاپاروسکوپی به خوبی مشخص نیست. شاید اشکال در سوچور کردن یا کنترل هماتوم و یا اختلالات خونرسانی به دنبال استفاده از الکتروکواگولاسیون روی استحکام اسکار ایجاد شده باشد و یا مستعدکننده پارگی در آینده باشد (۳،۴). فاصله بین میومکتومی لاپاروسکوپی و حاملگی نیز نقش مهمی در وضعیت اسکار دارد (۵) برخی از دانشمندان معتقدند که زنانی که تحت میومکتومی

پارگی رحم در حاملگی نادر است ولی در اغلب موارد همراه با عوارض وخیمی برای مادر و جنین می باشد. شیوع پارگی رحم حدود ۰/۰۸۶-۰/۰۵ می باشد (۱).

شایع ترین علت پارگی رحم افزایش میزان سزارین و اسکارهای ایجاد شده به دنبال آن می باشد (۲) از سایر علل زمینه ساز پارگی رحم می توان به دستکاری ها یا اعمال تروماتیزه رحمی قبلی مثل کورتاژ، سوراخ شدگی رحم و یا میومکتومی چه به طریق لاپاروسکوپی و چه به طریق لاپاراتومی اشاره کرد (۲).

پارگی رحم در رحم های بدون اسکار نیز رخ می دهد، شرایط مساعدکننده برای آن، گراند مولتی پاریتی،

* متخصص زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان (Soofizadehn@yahoo.com)

بیمار در تاریخ ۸۷/۷/۱۷ سرکلاژ می شود. در طی بستری پروتئین ۲۴ ساعت ۱۰۷۰ mg در حجم ادرار ۱۷۰۰ cc، تست های کبدی و کلیوی و انعقادی و CBC نرمال گزارش شده است. ساعت ۱۲ ظهر تاریخ ۸۷/۱۰/۱۸ بیمار دچار درد مختصر شکمی و ترشح خونابه ای و عدم حرکت جنین ها می شود. در معاینه علائم حیاتی نرمال بوده ولی FHR سمع نمی شود. در سونوگرافی اورژانسی تصویر دو جنین بریج و عرضی حدود ۲۲ هفته بدون ضربان قلب با مایع آمنیوتیک شدیداً کاهش یافته گزارش می شود. در ضمن رحم حاوی میوم های متعدد که بزرگترین آنها ۹۰ میلیمتر بوده نیز گزارش می شود. سرکلاژ بیمار کشیده و اینداکشن شروع می شود.

در شروع اینداکشن دیلاتاسیون ۲ سانتیمتر بدون افاسمان با عضو نمایش نامشخص و خونریزی واژینال مختصر بود. در ساعت ۱۱:۳۰ شب بیمار دچار کمردرد و تنگی نفس می شود که با اکسیژن تراپی بهتر می شود. در ساعت ۳:۳۰ صبح مورخ ۸۷/۱۰/۱۹ به علت عدم پاسخ به اینداکشن قطع و بیمار جهت سزارین به اتاق عمل فرستاده می شود. پس از باز کردن جدار شکم مقدار زیادی لخته خون داخل شکم بود که توسط امتوم محدود شده بود. پس از خروج لخته ها و ساکشن خون، دو جنین مرده ۲۶-۲۵ هفته همراه با جفت از شکم خارج شد (تصویر ۱).



تصویر ۱: دو جنین مرده همراه با جفت

رحم میوماتو نبود و میوم های گزارش شده توسط سونوگرافی در واقع لخته و امتوم محل پارگی بود. در بررسی رحم کاملاً کنتراکته شده بود و خونریزی فعال وجود نداشت. در خلف رحم در محل میومکتومی قبلی در حدود ۶ سانتیمتر پارگی وجود داشت (تصویر ۲).

لاپاروسکوپیک قرار می گیرند مناسب برای باروری نیستند (۶).

میزان مرگ و میر جنین به دنبال پارگی رحم ۷۵-۵۰٪ می باشد و بستگی به سلامت جفت دارد. در صورتی که در عرض ۳۷-۱۰ دقیقه تشخیص داده شود احتمال نجات جنین بالا می رود (۱۲-۲،۷). پیش آگهی مادر در پارگی رحم بهتر است و بستگی به سرعت تشخیص و سرعت درمان دارد (۱).

علائم و نشانه های پارگی رحم به طور مشخص بستگی به زمان، محل و اندازه پارگی دارد. علائم و نشانه های کلاسیک پارگی رحم در حاملگی شامل دیسترس جنینی، کاهش تونسیته رحمی، کاهش انقباضات رحمی، درد شکم، بالا رفتن جایگاه قلبی عضو نمایش، خونریزی و شوک می باشد (۲). افت های طولانی یا تاخیری و یا متغیر مکرر قلب جنین می تواند در اغلب موارد اولین و تنهاترین نشانه پارگی رحم باشد و بیشتر در زنانی مشاهده می شود که بی دردی جهت زایمان نگرفته باشند (۸).

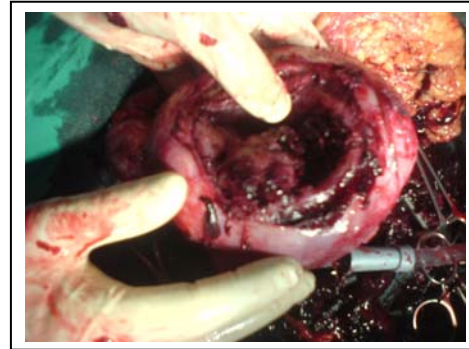
تشخیص اصلی پارگی رحم بر پایه علائم و نشانه های بالینی است. تکنیک های تشخیصی مثل CT Scan، MRI و سونوگرافی زیاد کمک کننده نمی باشند. با وجود این در صورت گزارش ضخامت دیواره رحمی کمتر از ۳/۵ میلیمتر توسط سونوگرافی احتمال پارگی رحم بسیار بالا می رود (۱۳). به محض تشخیص پارگی رحم درمان صحیح لاپاراتومی اورژانسی است. اکثراً جراحی وسیع است و ترمیم به سختی صورت می گیرد و احتیاج به هیستریکتومی پیدا می کند (۱).

این مطالعه به معرفی یک مورد پارگی رحم به دنبال حاملگی دوقلو در زنی با سابقه میومکتومی لاپاروسکوپیک می پردازد.

معرفی بیمار:

بیمار زن ۳۶ ساله G5P2Ab2L1 بوده که با حاملگی دوقلو و سن حاملگی ۲۶-۲۵ هفته به علت فشار خون بالا در بخش زنان در تاریخ ۸۷/۱۰/۱۵ بستری شده است. بیمار به علت نازایی ثانویه در اردیبهشت ۸۷ تحت عمل لاپاروسکوپیک و میومکتومی دیواره خلفی رحمی قرار گرفته و در مرداد سال ۸۷، یعنی ۳ ماه بعد - IVF برای وی صورت می گیرد.

لذا اقدام به ترمیم پارگی رحم شد و بیمار پس از ۴ روز با حال عمومی خوب مرخص گردید.



تصویر ۲: پارگی در خلف رحم مشاهده می شود

بحث:

پارگی رحم رخداد نادری در طی بارداری می باشد ولی در رحم های حاوی اسکار و بدون اسکار می تواند رخ دهد. هم اکنون شایع ترین علت پارگی رحم وجود سزارین های متعدد قبلی است. کاهش میزان سزارین در کاهش بروز این رخداد بسیار کمک کننده می باشد. در زنانی که از نظر پارگی رحم در ریسک خطر می باشند مانیتورینگ دائمی جنین، هشدارهای لازمه به زن باردار، آمادگی های کامل پزشکی و اقدامات اورژانسی می تواند در جلوگیری از پارگی رحم و عوارض آن روی جنین و مادر بسیار کمک کننده باشد. در بیمار ما، علت پارگی رحم سابقه میومکتومی لاپاروسکوپی بوده است.

لاپاروسکوپی یک تکنیک جراحی پیشرفته جدید می باشد و انجام میومکتومی به طریق لاپاروسکوپی در مقایسه با لاپاروتومی مزایای فراوانی دارد از جمله کاهش درد پس از عمل، کمتر شدن مدت بستری در بیمارستان، کاهش چسپندگی های پس از عمل و برگشت زودتر بیمار به فعالیت های روزمره خود، لذا ترس از پارگی رحم به دنبال میومکتومی لاپاروسکوپی نباید جراحان را از انجام آن بترساند (۱۶-۱۴).

مطالعه گسترده ای از سال ۱۹۹۶-۱۹۸۹ بر روی ۲۶۳ زن با سابقه میومکتومی لاپاروسکوپی صورت گرفته است. از این تعداد ۹۸ نفر در طی این سالها ۱۴۵ حاملگی را تجربه کرده اند که فقط ۳ مورد پارگی رحم در آنان وجود داشته است که بیشترین علت پارگی ترمیم یک لایه ای رحم و یا عدم ترمیم رحم بوده است. بنابراین در صورت انجام میومکتومی لاپاروسکوپی ترمیم رحم از اهمیت بسیار فراوانی برخوردار است (۱۶).

منابع:

1. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy, management options. 3rd ed. 2006:77, 157, 1572.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SI, Hauth JNC, Gilstrap IIIJ, Wenstrom KP. Williams obstetrics. 22nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005: 608,837-839.
3. Klimek M, Ludwikowski G, Obrzut B. The indications for laparoscopic procedures in adolescent patients – comparative analysis of procedures performed in three clinical departments in Bydgoszcz, Kraków and Rzeszów in 1995–2001. *Gin Prakt* 2002;5: 10–13.
4. Hasbargen U, Summerer-Moustaki M, Hillemanns P, Schneider J, Kimming R, Hepp H. Uterine dehiscence in nullipara, diagnosed by MRI, following use of unipolar electrocautery during laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod* 2000; 17: 2180–2182.
5. Asakura H, Oda T, Tsunoda Y, Matsushima T, Kaseki H, Takeshita T. A case report: Change in fetal heart rate on spontaneous uterine rupture at 35 weeks gestation after laparoscopically assisted myomectomy. *J Nippon Med Sch* 2004; 71: 69–72.
6. Harris WJ. Uterine dehiscence following laparoscopic myomectomy. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 545–546.
7. Bujold E, Gauthier RJ. Neonatal morbidity associated with uterine rupture. What are the risk factors? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(2):311-4.
8. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery:maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(4): 945-50 .
9. Rodriguez MH, Masaki DI, Phelan JP, Diaz FG. Uterine rupture: are intrauterine pressure catheters useful. In the diagnosis? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161(3): 666-9.
10. Blanchette H, Blanchette M , McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1484-7
11. Menihan CA. Uterine in women attempting a vaginal birth following prior cesarean birth. *J Perinatol* 1998; 18(6 pt): 440-3.
12. Yap OW, Kim ES , Laros RK Jr. Maternal and neonatal out comes after uterine rupture in labor. *Am J Obstet Gynecol* 2001 ; 184(9) : 1576-81.
13. Rozenberg P, Goffinet F, Philipp HJ, Nisand I. Thickness of the lower uterine segment: its influence in the management of patients WFH previous cesarean section: *Eur J Obstet Gynecol Repord Biol* 1999; 87 (1): 39-45.
14. Buletti C, Polli V, Negrini V. Adhesion formation after laparoscopic myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3: 533–536.

15. Klimek M. Complications in gynaecological endoscopy. In: Chazan B, Liebschang J (eds). Management of Critical Conditions in Obstetrics and Gynaecology. Warszawa: Wydaw Lekarskie PZWL, 2002; 394–398.
16. Dubuisson JB, Fauconnier A, Deffarges JV, Norgaard C, Kreiker G, Chapron C. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. *Oxford J Med Hum Reprod* 2000; 15(4): 869-873.