

گزارش موردی

بارداری در شاخ فرعی رحم و پارگی متعاقب آن

فرشته قراط^۱، ژیلا آگاه^۲، آرش خامنه باقری^۳^۱ پزشک عمومی، بیمارستان مبینی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار^۲ متخصص زنان و زایمان، بیمارستان مبینی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار^۳ متخصص رادیولوژی، بیمارستان مبینی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، بیمارستان مبینی، اورژانس، دکتر فرشته قراط

E-mail: ghorat@yahoo.com

وصول: ۸۹/۱۰/۹، اصلاح: ۸۹/۱۱/۲۷، پذیرش: ۸۹/۱۲/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی در شاخ فرعی رحم یک پدیده نادر ولی جدی در مامایی است که با پارگی رحم و مرگ و میر مادر همراه است. در این مقاله یک مورد بارداری در شاخ فرعی رحم در هفته ۱۵ بارداری گزارش شده است.

معرفی بیمار: خانم ۳۳ ساله مولتی پار در هفته ۱۵ بارداری با درد شدید شکمی به بیمارستان مراجعه و با تشخیص شکم حاد تحت عمل لاپاروتومی اورژانس قرار گرفت. در حین عمل، پارگی شاخ فرعی رحم مشاهده شد، در حالی که جنین با کیسه آب سالم در حفره پرتوان قرار داشت. جنین و ضمامن آن خارج شد و حذف شاخ فرعی رحم و لوله راست انجام گرفت. بیمار بعد از ۳ روز بدون عارضه خاص از بیمارستان ترخیص شد.

نتیجه‌گیری: حاملگی در شاخ فرعی رحم از موارد نادر است ولی به دلیل عوارض جدی آن، باید همواره مد نظر قرار گیرد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۸/شماره ۱/صص ۷۰-۶۷).

کلمات کلیدی: بارداری؛ شاخ فرعی رحم؛ رحم تک شاخ؛ پارگی رحم.

مقدمه

است (۲). علاوه بر آن، هیپوپلازی یک طرفه می‌تواند منجر به ایجاد یک شاخ فرعی گردد که حفره آن ممکن است با حفره رحم در ارتباط بوده و یا غیر مرتبط باشد. رحم تک شاخ با شاخ فرعی رحم از ناهنجاری‌های غیر معمول است. در مواردی که شاخ فرعی با حفره رحم بدون ارتباط می‌باشد، خون می‌تواند در شاخ فرعی تجمع یافته و موجب دیس منوره، هماتومترا و دردهای لگنی گردد (۳). در موارد نادر، لانه‌گزینی در شاخ فرعی رحم روی می‌دهد. حاملگی در شاخ فرعی رحم اغلب به

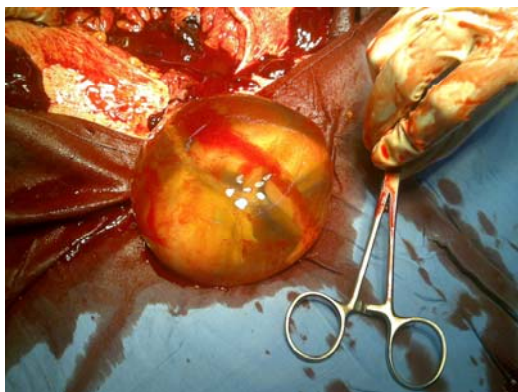
ناهنجاری‌های مادرزادی رحم نسبتاً شایع هستند (۱/۸-۵/۰ درصد) که اغلب به دلیل اختلال تکامل مجاری مولرین روی می‌دهند (۱). در هفته دهم جنینی، رحم از اتصال دو مجرای مولرین ایجاد می‌گردد. رحم تک شاخ ناشی از نقص تکامل یکی از مجاری مولرین می‌باشد که در یک نفر از هر ۵۴۰۰ زن دیده می‌شود. این ناهنجاری با عوارضی مانند نازایی، سقط‌های خودبخودی، حاملگی اکتوپیک، پرزانتاسیون ناجور و زایمان زودرس همراه

بررسی تخمدان سمت چپ نرمال بود. هر دو تخمدان از لحاظ شکل و اندازه نرمال بودند. بعد از خروج جنین و ضمائم آن، حذف شاخ فرعی رحم و لوله سمت راست به عمل آمد (تصویر ۳).

خونریزی کنترل شد. شکم شستشو داده شد و جدار شکم ترمیم گردید. دو واحد خون به بیمار تزریق شد. در دوره بستری بعد از عمل هیچ عارضه ای مشاهده



تصویر ۱: رحم و شاخ فرعی متصل به آن



تصویر ۲: جنین با ساک حاملگی کامل در حفره پریتون



تصویر ۳: حذف جنین و شاخ فرعی رحم

پارگی رحم منجر می‌گردد که هم برای مادر و هم برای جنین مرگ‌بار است (۴). در این گزارش، یک مورد بارداری در شاخ فرعی رحم، در یک رحم تک شاخ که به پارگی رحم منجر گردید، معرفی شده است.

معرفی بیمار

یک خانم ۳۳ ساله در هفته ۱۵ بارداری با شکایت درد شدید شکمی، تعریق، ضعف و بی‌حالی به اورژانس بیمارستان ارجاع داده شد. بیمار سابقه سزارین در هر دو بارداری قبلی را داشت. در معاینه بیمار کاملاً رنگ پریده و بی‌حال بود. جدار شکم سفت و حساسیت به لمس شدید داشت. نبض بیمار ضعیف و تاکی کارد و فشارخون ۶/۴ بود. در معاینه واژینال خونریزی وجود نداشت. دهانه رحم بسته و لمس آدنکس‌ها با حساسیت همراه بود. سمع قلب و ریه نرمال بود. سونوگرافی ۱۰ روز قبل یک جنین زنده داخل رحمی با سن بارداری ۱۴ هفته و ۵ روز گزارش کرده بود.

مقادیر آزمایشگاهی به قرار زیر بود: 10200 :bc ، Hb=9.1 ، plt=110, 300,w ، مقادیر سدیم، پتاسیم، اوره کراتی نین و آزمایشات کبدی و کلیوی نرمال بود.

در سونوگرافی اورژانس به عمل آمده، یک جنین ۱۵ هفته‌ای فاقد ضربان قلب در حفره لگن مشاهده شد. یک توده با ابعاد ۶۳ × ۳۰ میلی متر در سمت چپ ساک حاملگی رویت شد و مقدار زیادی مایع در حفره شکم و لگن وجود داشت.

بیمار تحت لاپاروسکپی اورژانس قرار گرفت. حدود ۲-۳ لیتر خون داخل حفره پریتون وجود داشت. بیمار دارای یک رحم تک شاخ بود که پارگی در شاخ فرعی رحم در سمت راست اتفاق افتاده بود. لوله سمت راست به شاخ فرعی رحم چسبیده بود. جنین ۱۵ هفته‌ای با ساک حاملگی کامل در حفره پریتون قرار داشت که هنوز با جفت و طناب نافی به شاخ فرعی رحم متصل بود (تصویر ۱ و ۲).

نشد. بیمار با حال عمومی خوب، بدون هیچ عارضه‌ای بعد از سه روز از بیمارستان ترخیص شد.

بحث

رحم تک شاخ ناشی از نقص تکامل یکی از مجاری مولرین می‌باشد. این ناهنجاری می‌تواند با یک شاخ فرعی همراه باشد. شاخ فرعی رحم می‌تواند حفره‌دار یا بدون حفره باشد. در ۸۰ درصد موارد، یک رحم تک شاخ همراه یک شاخ فرعی حفره دار غیر مرتبط وجود دارد (۵،۶). در این موارد هر چند اندومتر نازک‌تر از معمول است ولی لانه‌گزینی می‌تواند در شاخ فرعی رحم روی دهد. حاملگی در شاخ فرعی رحم یک پدیده نادر ولی در عین حال فاجعه‌آمیز است (۷).

میزان پارگی در شاخ‌های بدون ارتباط ۸۵ درصد موارد است و اغلب در هفته ۱۰ تا ۱۵ بارداری روی می‌دهد (۸،۹). خونریزی داخل صفاقی در این موارد اکثراً مهلک و کشنده می‌باشد، مگر آن‌که مداخله جراحی اورژانس انجام شود. نوهوم و همکاران در سال ۲۰۰۲ در بررسی مروری روی ۵۸۸ حاملگی در شاخ فرعی رحم ۸۵ درصد پارگی و ۲۳ مورد مرگ مادر را گزارش نمودند (۱). هر چند اغلب موارد پارگی قبل از هفته ۲۰ روی می‌دهد ولی گزارشاتی مبنی بر ادامه بارداری تا سنین بارداری بالاتر وجود دارد (۱۰،۱۱). رادرفورد ادامه بارداری در شاخ فرعی رحم را تا نیمه سوم بارداری گزارش کرده است (۱۲).

نکته حائز اهمیت این است که شاخ فرعی رحم قبل از ایجاد عارضه و حاملگی در آن تشخیص داده شده و حذف گردد. بررسی سونوگرافی جهت تشخیص ناهنجاری‌های رحم ۴۳ درصد حساسیت دارد. هیسترسکوپی و هسیتروگرافی در بررسی ناهنجاری‌های رحم ارزشمند است، هر چند در تشخیص شاخ فرعی

بدون ارتباط مؤثر نیست (۱۳). بررسی لاپاروسکوپی در این موارد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

تشخیص سریع حاملگی در شاخ فرعی رحم برای جلوگیری از عوارض حیاتی است. انجام سونوگرافی دقیق خصوصاً سونوگرافی واژینال می‌تواند به تشخیص سریع کمک کرده و درمان طبی و جراحی آن را قبل از پارگی فراهم نماید (۱۴). همچنین MRI در تشخیص زودرس حاملگی در شاخ فرعی رحم کمک‌کننده است (۱۵،۱۶). درمان استاندارد شامل حذف بارداری و شاخ فرعی رحم می‌باشد. چندین گزارش مبنی بر درمان حاملگی شاخ فرعی رحم قبل از پارگی در سه ماهه اول باروی و حتی در نیمه دوم آن منتشر شده است (۱۷-۱۹). این امر می‌تواند مرگ و میر مادران را کاهش دهد (۲۰). ادلمن و همکاران یک مورد حذف طبی بارداری در شاخ فرعی رحم با استفاده از متوترکسات و سپس حذف انتخابی شاخ فرعی رحم را گزارش نمودند (۲۱). موارد دیر تشخیص داده شده اغلب با پارگی رحم مراجعه می‌کنند و عمل جراحی اورژانس جهت حفظ جان بیمار حیاتی است.

در بیمار گزارش شده در این مقاله، با وجود دو بار سزارین در حاملگی‌های قبلی، بیمار هیچ شرح حالی از ناهنجاری رحمی نداده بود. سونوگرافی اولیه نیز نتوانست حاملگی در شاخ فرعی رحم را تشخیص دهد. بیمار در هفته ۱۵ بارداری با پارگی رحم و خونریزی شدید داخل شکمی مراجعه نمود. عمل جراحی اورژانس و مراقبت‌های ویژه بعد از عمل باعث نجات وی گردید.

تشکر و قدردانی

از پرسنل محترم اتاق عمل بیمارستان شهیدان مبینی سبزواری که همکاری صمیمانه در گزارش این مورد همکاری داشتند، قدردانی می‌گردد.

References

1. Cunningham L, Bloom H, Hauth R. williams obstetrics. 23 rd ed. New York: .Mc Grow-Hill;2010

2. Berek J. Berek & Novak's Gynecology. 14 rd ed. Baltimore: Lippincott Williams &Willkin; 2007
3. Shinohara A, Yamada A, Imai A. Rupture of noncommunicating rudimentary uterine horn at 27 weeks' gestation with neonatal and maternal survival. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;88(3):316-7.
4. Reichman D, Laufer MR, Robinson BK. Pregnancy outcomes in unicornuate uteri: a review. *Fertil Steril.* 2009;91(5):1886-94.
5. Shahid A, Olowu O, Kandasamy G, O'Donnell C, Odejinmi F. Laparoscopic management of a 16-week ruptured rudimentary horn pregnancy: a case and literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;282(2):121-5.
6. Tufail A, Hashmi HA. Ruptured ectopic pregnancy in rudimentary horn of the uterus. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2007;17(2):105-6.
7. Amritha B, Sumangali T, Priya B, Deepak S, Sharadha R. A rare case of term case report. *J Med Case Reports.* 2009; 3:38.
8. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol.* 2005;105(6):1456-67.
9. Dhar H. Rupture of non-communicating rudimentary uterine horn pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2008;18(1):53-4.
10. Rana A, Gurung G, Rawal S, Bista KD, Adhukari S, Ghimire RK. Surviving 27 weeks fetus expelled out of the ruptured rudimentary horn and detected a month later as a secondary abdominal pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(2):247-51.
11. Goel P, Saha PK, Mehra R, Huria A. Unruptured postdated pregnancy with a live fetus in a noncommunicating rudimentary horn. *Indian J Med Sci.* 2007;61(1):23-7.
12. Perez-Medina T, García-Andrade C, Bajo-Arenas J. Advanced pregnancy loss in the rudimentary horn of an undiagnosed unicornuate uterus. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009;35(3):572-3.
13. Rutherford R. FULL-TIME PREGNANCY IN A RUDIMENTARY Robert HORN OF THE UTERUS . *Lanset.* 2003; 224(5807): 1337-8
14. Kadan Y, Romano S. Rudimentary horn pregnancy diagnosed by ultrasound and treated by laparoscopy--a case report and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(5):527-30
15. Tsafrir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy: first-trimester prerupture sonographic diagnosis and confirmation by magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med.* 2005;24(2):219-23.
16. Contreras KR, Rothenberg JM, Kominiarek MA, Raff GJ. Hand-assisted laparoscopic management of a midtrimester rudimentary horn pregnancy with placenta increta: a case report and literature review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(5):644-8.
17. Yamasaki H, Fukuda M, Matsuo T, Oki T, Douchi To. Successful Laparoscopic Resection of Noncommunicating Rudimentary Uterine Horn and Bilateral Ovarian Endometrioma with evere Adhesion . *Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(6): 166-7..
18. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Bergamini V. Laparoscopic removal of the cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn: surgical aspects in 10 cases. *Fertil Steril.* 2005;83(2):432-6.
19. Jihong L, Siow A, Chern B. Laparoscopic excision of rudimentary horn pregnancy in a patient with previous caesarean section. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(3):403-5.
20. Park JK, Dominguez CE. Combined medical and surgical management of rudimentary uterine horn pregnancy. *JSLs.* 2007;11(1):119-22.
21. Edelman AB, Jensen JT, Lee DM, Nichols MD. Successful medical abortion of a pregnancy within a noncommunicating rudimentary uterine horn. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(3):886-7.