

گزارش مورد

گزارش یک مورد چرخش رحم حامله

دکتر فاطمه مستأجران^۱

گزارش بیماری

بیمار خانم م - م نوزده ساله بود که با سن حاملگی حدود ۲ تا ۳ ماه از یک هفته قبل از مراجعه دچار درد پایین شکم شده بود. درد در ابتدا خفیف و به تدریج افزایش یافته بود. همراه با درد، گاهی تهوع و استفراغ نیز داشته است. تکرر ادرار را نیز متذکر بود. بیمار سابقه عمل آپاندکتومی داشت.

بیمار در یکی از بیمارستانهای اطراف اصفهان بستری می‌شود و توسط متخصص جراحی ویزیت و با تشخیص شکم حاد جراحی به بیمارستان الزهرا «س» (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) معرفی می‌گردد. در معاینه انجام شده، شکم نرم بود ولی لمس ناحیه RLQ، LLQ و سوپراپوبیک دردناک بود. در معاینه واژینال، رحم ده هفته، سرویکس بسته، آدنکس دو طرف حساس و توده‌ای با قوام سفت در طرف راست رحم همراه با حساسیت لمس شد. در سونوگرافی، ساک حاملگی حدود ده هفته داخل رحم دیده شد. قطب جنینی مشخص دیده نشد. یک توده به ابعاد $85 \times 54 \times 60$ میلی‌متر Mix echo در قسمت قدامی طرفی راست رحم دیده شد. بیمار با تشخیص احتمالی تهدید به سقط و میوم دژنره زیر نظر گرفته شد. چند ساعت پس از بستری به علت عدم بهبود علائم بیمار E.U.A و کورتاژ شد. در معاینه زیر بیهوشی، رحم ده هفته و توده هشت در هشت سانتی‌متر با قوام سفت در طرف راست رحم لمس شد محصول حاملگی توسط کورتاژ خارج شد اما چند ساعت پس از کورتاژ تهوع، استفراغ و درد شکم افزایش پیدا کرد که بیمار مورد عمل لاپاراتومی قرار گرفت. پس از انسیزبون میدلاین و باز شدن جدار شکم، توده‌ای 8×8 سانتی‌متر در طرف راست لگن و رحم حدود ده هفته دیده شد که خارج کردن آن از شکم مشکل بود. در بررسی، چرخش رحم مشخص شد. با چرخش رحم به طرف راست، توده‌ای که یک فیبروم پایه‌دار بدون چرخش بود خارج شد. میوم از پایه قطع و سپس جدار بسته و بیمار به ریکاوری منتقل گردید. سه روز بعد، بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

چکیده مقاله

چرخش رحم عارضه نادر حاملگی ولی کشنده می‌باشد اولین بار در سال ۱۸۷۶ چرخش رحم توسط Lobbe بیان شد و تا سال ۱۹۹۲ تنها ۲۱۸ مورد گزارش شده است. علت چرخش رحم مشخص نشده ولی اکثراً همراه با عارضه پاتولوژیک رحم می‌باشد (فیبروم رحم یا انومالی رحم پرزانتاسیون غیر طبیعی، چسبندگی داخل لگن). شایعترین تظاهر کلینیکی آن درد شدید شکم همراه با تهوع استفراغ است که شدت علائم بستگی به درجه چرخش دارد. علائم دیگر مثل زجر جنین دیستوشی، خونریزی واژینال، علائم ادراری و گوارش را ذکر کرده‌اند. تشخیص آن مشکل و اکثراً ضمن عمل جراحی داده می‌شود. درمان در اوایل حاملگی اصلاح چرخش و در صورت امکان درمان ضایعه پاتولوژیک و در زمانی که جنین قابلیت حیات داشته باشد اصلاح چرخش و سیتولوژی رحم می‌باشد بیمار گزارش شده در سه ماهه اول حاملگی همراه با میوم پایه‌دار رحم مبتلا به چرخش رحم شده است.

مقدمه

چرخش خفیف رحم حامله شایع و معمولاً بدون علامت می‌باشد. چرخش رحم بیش از ۴۵ درجه در طول محور طولی رحم را چرخش رحم گویند (۱). در بعضی مراجع این چرخش را بیش از ۲۵ درجه پاتولوژیک می‌دانند (۲). اولین بار چرخش رحم توسط Labbe در سال ۱۸۷۶ بیان شد (۱). تا سال ۱۹۹۲ تنها ۲۱۸ مورد گزارش شده است (۳).

چرخش رحم یک عارضه نادر حاملگی ولی کشنده می‌باشد. در مطالعه موارد گزارش شده اتیولوژی آن مشخص نشده است. ولی فاکتورهای مستعد کننده مثل ناهنجاریهای مادرزادی رحم (رحم دو شاخ، نبودن لیگامان گرد) فیبروم رحم، تومور لگن و دفورمیتی استخوانها را ذکر کرده‌اند. شایعترین تظاهرات کلینیکی آن درد شکم است که بسته به شدت چرخش ممکن است همراه با تهوع و استفراغ نیز باشد. علائم دیگر مثل شوک، خونریزی انسداد کانال زایمان، علائم گوارش و ادراری را نیز ذکر کرده‌اند. تشخیص آن مشکل و اکثراً ضمن جراحی تشخیص داده می‌شود یک مورد گزارش شده قبل از عمل تشخیص چرخش رحم به کمک MRI بوده است (۴).

۱ - گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی استان اصفهان، اصفهان.

نوع عمل جراحی بستگی به ضایعه پاتولوژیک دارد و به ندرت نیاز به هیستریکتومی می‌باشد. در ماه‌های اول حاملگی لاپاراتومی فوری و دتورسیون رحم و برطرف کردن علت پاتولوژیک می‌باشد نزدیک ترم یا در طول لیبر سزارین و برطرف کردن علت می‌باشد. در مواردی که امکان دتورسیون رحم نباشد و نیاز به سزارین باشد مواردی ذکر شده که انسزیون در سطح خلفی رحم داده و سپس جنین از آن محل خارج و چرخش رحم اصلاح گردیده است. وجود درد پرئودیک در حاملگی مخصوصاً همراه با ضایعه پاتولوژیک رحم ما را باید به فکر چرخش رحم بیندازد.

مراجع

- 1- Carbonne B, Cabrol D. Torsion of the pregnant uterus. *J Gynecologic Obstetric* 1995; 23(6): 717-18.
- 2- Sanusi FA. Acute torsion of uterus at 38 weeks pregnant. *J Obstetric Gynecology* 1995; 15(4): 250.
- 3- Aviram R, Shtreitzent O. Posterior wall cesarean section following chronic uterine torsion. *International Journal of Gynecology Obstetric* 1995; 8(4): 51.
- 4- Nichalson WK, Coulson C. Pelvic Magnetic resonance imaging and uterine torsion. *Ob Gyn* 1995; 85(5): 88-90.
- 5- Wilson GL, Arnold JF. Uterine torsion. *Mod Vet Pract* 1977; 58(3): 265-9.

چرخش خفیف رحم حامله شایع و معمولاً بدون علامت می‌باشد و عارضه‌ای برای مادر و جنین ایجاد نمی‌کند. وقتی چرخش بیش از ۴۵ درجه شد پاتولوژیک بوده و همراه با ایجاد علایم و افزایش مرگ و میر خواهد شد. در یک بررسی در ۸۸ نفر از ۱۰۴ مورد چرخش تا ۱۸۰ درجه بوده که با افزایش میزان چرخش، مرگ و میر مادر و جنین نیز افزایش یافته است (۵). سن حاملگی در میزان مرگ و میر دخالت داشته و در بیمارانی که چرخش در نیمه اول بوده مرگ و میر گزارش نشده است. در بیمار ذکر شده میزان چرخش ۱۸۰ درجه و در نیمه اول حاملگی بوده است همچنین در مواردی که جراحی سریع انجام شده مورتالیتی در ۹۸ مورد ۷ درصد و در موارد تأخیر در درمان مورتالیتی ۷۸ درصد ذکر شده است (۵).

در مواردی که تاکنون گزارش شده، چرخش رحم اکثراً در نیمه دوم حاملگی و همراه با یک عارضه پاتولوژیک مثل فیبروم رحم رحم غیر طبیعی و پرزانتاسیون غیر طبیعی بوده است.

بیمار گزارش شده نیز در سه ماهه اول مبتلا به چرخش شده و عارضه پاتولوژیک آن میوم پایه‌دار بوده است. این عارضه حاملگی علایم کلینیکی مشخصی ندارد و اکثراً با چرخش آدنکس، تخمدان و میوم دژنره و غیره ممکن است اشتباه شود. در بیمار ما نیز تشخیص ابتدا میوم دژنره بوده است. سونوگرافی برای تشخیص کمکی نمی‌کند و یک مورد گزارش شده که MRI قبل از لاپاراتومی سبب تشخیص چرخش رحم شده است (۴).