

گزارشی از یک مورد پارگی بدون علامت در شاخ فرعی رحم در بیمار مبتلا به سندرم نفروتیک

*

چکیده:

حاملگی در شاخ فرعی رحم که ارتباطی با حفره اصلی آندومتر ندارد، معمولاً منجر به پارگی شاخ فرعی رحم می شود. پارگی رحم معمولاً با خونریزی شدید پریتوئن همراه است و معمولاً مداخله جراحی اورژانس لازم می گردد. بیماری که معرفی می گردد، گزارشی از یک مورد غیر معمول حاملگی همراه با سندرم نفروتیک شدید و ناهنجاری در رحم می باشد که دچار پارگی در شاخ فرعی گشته و سن حاملگی در زمان پارگی بالاتر از مواردی بوده است که تا بحال گزارش شده است.

واژه‌های کلیدی: پارگی رحم، خونریزی داخل پریتوئن، شاخ فرعی رحم.

مقدمه:

باشد یا حفره آندومتر نداشته باشد. در رحم‌های تک شاخ دارای شاخ فرعی که حفره آندومتر دارند، حفره ممکن است با آندومتر اصلی رحم ارتباط داشته باشد یا بدون ارتباط باشد. حاملگی در شاخ فرعی دارای آندومتر غیر مرتبط با حفره اصلی آندومتر بندرت منجر به زایمان یک جنین که قابلیت ادامه حیات دارد می شود، بلکه بطور شایع تر همراه با سقط فراموش شده، یا مرگ جنین می شود (۸،۳،۲،۱)، که اکثراً در ماه‌های اول حاملگی اتفاق می افتد.

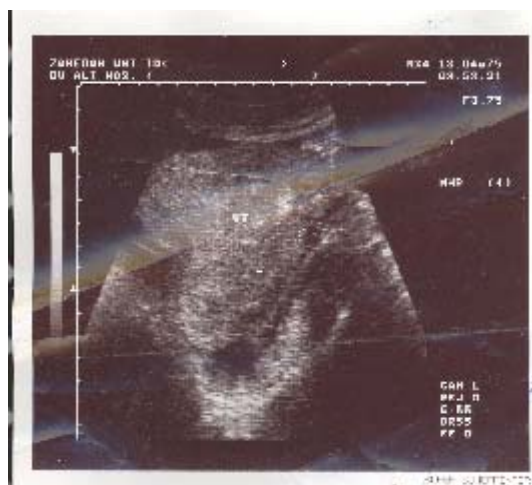
زمانی که جنین رشد می کند، معمولاً پارگی در دیواره رحم رخ می دهد که با خونریزی حاد داخل پریتوئن همراه می شود (۶،۵،۴). گزارشات حاکی از آن است که معمولاً پارگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی رخ می دهد (۱). خونریزی داخل صفاقی اکثراً کشنده و

شماری از حاملگی‌ها به دلیل ناهنجاری‌های دستگاه تولید مثل دچار عارضه می شوند. برخی از نقائص دستگاه ادراری - تناسلی ناشی از وقوع اختلال در فرآیندهای آمبریونز می باشد که به صورت نادر اتفاق می افتد.

شماری از حاملگی‌ها به دلیل ناهنجاری‌های دستگاه تولید مثل دچار عارضه می شوند. آنومالی‌های مادرزادی رحم شامل پیوستگی کامل مجرای مولرین یا نقائص جذب دیواره و در معرض Di ethyl acetyl besetrol (DES) قرار گرفتن و آنومالی‌های شریان رحمی می باشند (۷).

رحم تک شاخ یکی از آنومالی‌های رحمی می باشد که ممکن است شاخ فرعی داشته باشد یا نداشته باشد. شاخ فرعی می تواند دارای حفره آندومتر

*استادیار گروه زنان و زایمان- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان: زایشگاه قدس - تلفن: ۰۳۲۳۷۰۸۳-۰۵۴۱-۰۵۴۱-۹۸۱۵۷.



تصویر شماره ۱: سونوگرافی لگن بیمار فوق.

بیمار تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. پس از باز شدن جدار شکم، حدود ۶ لیتر مایع داخل شکم که کمی خونی بود، ساکشن شد. جنین با سنی حدود ۲۴ هفته از داخل شکم خارج شد بیمار دارای یک رحم تک شاخ بود که پارگی در شاخ فرعی اتفاق افتاده بود. جفت در حال خروج به محل پارگی چسبیده و آن را مسدود کرده بود و به همین دلیل خونریزی از محل پارگی وجود نداشت. شاخ فرعی برداشته شد و بقیه رحم ترمیم گردید. هموستاز انجام شد و جدار ترمیم و بیمار با حال عمومی خوب جهت ادامه درمان سندرم نفروتیک به بخش داخلی ارجاع شد.

بحث:

بیمار مورد نظر از چند جنبه غیر معمول بود: اول اینکه در زمانی که حفره آندومتر در شاخ فرعی بدون ارتباط با شاخ اصلی است، افزایش شیوع آندومتریوز، هماتومترا، دیسمنوره وجود دارد (۱). زیرا آندومتر شاخ فرعی به هورمون ها پاسخ داده و ریزش آندومتر با قطع هورمون ها اتفاق می افتاد و راهی برای خروج خون قاعدگی به خارج وجود ندارد. در این بیمار قبل از

مهلک می باشد مگر آنکه مداخله جراحی اورژانس انجام شود. گزارش ذیل در مورد بیماری است که حاملگی همراه با سندرم نفروتیک و آنومالی رحم (رحم تک شاخ با شاخ فرعی) داشته است و در او، پارگی رحم بدون علامت بوده است.

شرح مورد:

بیمار خانم ۲۰ ساله با حاملگی سوم و سابقه ۲ بار سقط قبلی، با حاملگی ۲۵ هفته که به دلیل سندرم نفروتیک تحت درمان با کورتیکواستروئید بوده است، به دلیل افزایش ادم اندام ها و پری ارییت مراجعه و در معاینه متوجه آسیت و تب و افزایش فشار خون بیمار شده و بیمار بستری گردید. لمس حد رحم و سمع قلب جنین به دلیل آسیت بسیار زیاد داخل شکم میسر نبود. حال بیمار خوب و علائم حیاتی قابل قبول بود. (درجه حرارت: ۳۸/۲ درجه سانتی گراد، فشار خون: ۱۴۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه، نبض: ۸۰ بار در دقیقه، تنفس: ۱۸ بار در دقیقه).

ادم اندام ها + 3 و ادم پری ارییت وجود داشت. بیمار از عدم حرکت جنین در چند روز اخیر شاکی بود. برای بیمار سونوگرافی درخواست شد. در سونوگرافی به عمل آمده، مایع آزاد فراوان داخل شکم، جنین ۲۵ هفته فاقد ضربان قلب در داخل لوپ های روده و رحم در طرف چپ جنین دیده شد. توده ای به ابعاد ۶۰ در ۸۰ میلیمتر در قدام رحم گزارش شد. تصویر شماره ۱ تصویر سونوگرافی بیمار می باشد. شواهد فوق راپچر رحم یا حاملگی داخل شکمی را مطرح می کرد.

آزمایشات بیمار:

Hb=12, WBC=9200, Platellet=120000,
BUN=14, Creatinine=1.3, Na=130, K=3-8,
PT=13.2, PT activity=97%, PTT=36sec,
U/A: Protein=+++, WBC=4-5, RBC=10-12.

اینکه به علت محدودیت فضا در چنین بیمارانی
اکثراً در زیر بیست هفتگی پارگی اتفاق می افتد که
در بیمار مورد نظر ما سن جنین تا ۲۵ هفتگی ادامه یافته
بود.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات جناب آقای دکتر علی شهریار و
سرکار خانم دکتر محمد نجار و مسئولین محترم بیمارستان
قدس که ما را در انجام این مهم یاری نمودند تشکر
می نمایم.

حادثه فوق حین حاملگی هیچ علامتی از قبیل دیسمنوره
و آندومتر یوز و غیره وجود نداشته است. دوماً پارگی
رحم صرف نظر از علت یک حادثه بسیار خطرناک و
مهلک می باشد. اکثر اوقات بدنبال پارگی رحم
همودینامیک بیمار سریعاً مختل شده و در اثر
خونریزی داخلی و خارجی ناشی از پارگی بیمار دچار
شوکه شده و در صورت عدم رسیدگی و اقدام فوری
جراحی، ضررهای جبران ناپذیر وارد آمده و اکثراً
منجر به فوت بیمار می شود.
در بیمار فوق علائم حیاتی کاملاً ثابت بود. سوم

References :

1. Cunningham FG.; Gant NF.; Leveno KJ. Abnormalities of the reproductive tract. In: Cunningham FG.; Gant NF.; Leveno KJ. William's Obstetrics: From McGraw Hill. NewYork: USA, 21th ed. 915-17, 2001.
2. Gergely E.; Masou DJ. Pregnancy in a non communicating rudimentary horn. Am J Obstet & Gynecol, 78: 1202, 1961.
3. Green Lk.; Harris RG. Uterine anomalies, frequency and associated obstetric complications. Obstet & Gynecol, 47: 427, 1976.
4. Hill JA.; Recurrent abortion. In: Ryan KY.; Berkowits RS. . Kistner,s gynecology & women's health: From Mosby. Boston: USA, 7th ed. 398-9, 1999.
5. Muram D.; Spence JEH. Rupture of a pregnant rudimentary horn in an adolescent girl followed by a successful pregnancy. Pediatr Adolesc Gynecol, 1: 53, 1983.
6. Schrinky DC.; Ben Son RC. Rupture of the pregnant uterus: A review. Obstet & Gynecol Surv, 33: 217, 1978.
7. Schust DJ.; Hill JA. Recurrent pregnancy loss. In: Berek JS. Novak's gynecology: From Lippincott Williams & Wilkins Company. Philadelphia: USA, 13th ed, 1072-3, 2002.
8. Semens JP. Congenital anomalies of female genital tract. Obstet & Gynecol, 19: 328, 1962.