

وارونگی رحم پس از یائسگی: گزارشی موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۲۳ ویرایش: ۱۳۹۸/۱۱/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۲۴ آنلاین: ۱۳۹۹/۰۳/۳۱

نفسیه تقفی، لیلا پورعلی*، الهام

حمیدی

گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

زمینه و هدف: وارونگی رحم در زمانی غیر از زایمان یافته نادری است. بسیاری از متخصصین زنان ممکن است حتی شاهد یک مورد از آن در دوران طبابت خود نباشند. وارونگی رحم به خروج رحم از سرویکس دیلاته گفته می‌شود. در این مقاله یک مورد وارونگی رحم پس از یائسگی گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار زن ۶۶ ساله مولتی‌پار ۶ با شکایت خونریزی رحمی، درد شکم و خروج توده از واژن در مهر ۱۳۹۶ به بیمارستان قائم (عج) مشهد مراجعه کرده بود. بیمار با تشخیص میوم همراه با وارونگی کامل رحم تحت میومکتومی واژینال قرار گرفت. با رویکرد شکمی-پریتنال، وارونگی رحم به‌طور کامل رفع و هیستریکتومی انجام شد. دو ماه پس از عمل هیچگونه شکایت و یافته بالینی غیرطبیعی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: وارونگی حاد رحم یک وضعیت خطرناک می‌باشد (خونریزی، درد شدید، احتمال نکروز رحم و عفونت سیستمیک) که در سنین پس از منوپوز به‌عنوان یک تشخیص افتراقی مهم در توده‌های واژینال باید مدنظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: لیومیوما، بعد یائسگی، وارونگی رحم.

* نویسنده مسئول: مشهد، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۱۲۴۷۷
E-mail: pouralil@mums.ac.ir

مقدمه

اول پس از زایمان و تحت حاد در ۲۴ ساعت تا پایان چهار هفته پس از زایمان رخ می‌دهد.^۸ به وارونگی رحمی پس از گذشت چهار هفته از زایمان، وارونگی مزمن بیان می‌شود.^{۹،۸} پیشرفت وارونگی رحم در چهار مرحله از شروع وارونه شدن نسبی فوندوس رحم تا وارونگی کامل رحم و خروج آن از سرویکس و واژن قابل توصیف است.^{۱۰-۱۲} وارونگی حاد رحمی با درد شدید شکمی و خونریزی شدید و وارونگی مزمن با ناراحتی مزمن لگنی، خونریزی نامنظم و آئمی تظاهر می‌یابد.^{۱۳} در برخی از مقالات ترشحات واژینال، فیستول یوتروواژینال و احتباس ادراری نیز گزارش شده است.^{۱۴،۱۵} علل وارونگی غیرنفاسی می‌تواند ایدیوپاتیک یا همراه با عوامل مستعد کننده‌ای مانند تومورهای خوش‌خیم رحمی مانند لیومیوم-پولیپ اندومتر و یا تومورهای بدخیم مانند لیومیوسارکوم و رابدومیوسارکوم

وارونگی غیرنفاسی رحم (وارونگی رحم در زمانی غیر از زایمان) یافته بالینی نادری است و در بسیاری از مقالات به‌عنوان پدیده‌ای نادر از آن یاد شده است، چنان‌که به‌طور متوسط یک متخصص زنان ممکن است حتی شاهد یک مورد آن در طی دوران طبابت بالینی نباشد و یا در نهایت با یک مورد آن مواجه گردد.^{۱-۳} وارونگی رحم به خروج رحم از درون سرویکس دیلاته گفته می‌شود، طوری که سطح داخلی رحم (آندومتر) به سمت بیرون قرار می‌گیرد.^۴ وارونگی رحم به انواع نفاسی و غیرنفاسی تقسیم می‌شود.^{۵،۶} نوع غیرنفاسی حدود ۱۷٪ تمامی موارد وارونگی رحمی را به خود اختصاص می‌دهد.^۷ وارونگی رحمی حاد در ۲۴ ساعت

علوم پزشکی مشهد، اعزام شد. در حین پذیرش علایم بالینی بیمار به‌طور کامل پایدار بود. در معاینه واژینال توده قرمز رنگ ۸ cm با حاشیه کاملاً صاف، با قوام معمولی و سطح صاف و براق و غیرنکروتیک در داخل واژن مشهود بود که با زور زدن بیمار به‌طور کامل از مدخل واژن خارج می‌شد. هیچ ناحیه‌ای به‌طور مشخص روی توده و یا در راس واژن به‌عنوان سرویکس قابل افتراق نبود. سوچور محل میومکتومی واژینال روی توده یادشده نمایان بود. سونوگرافی شکمی، اتساع قابل توجه کاف واژن با آندومتر نامشخص و تصاویر سطوح مایع در کایوته رحم را نشان داد (شکل ۱ و ۲). بیمار پس از هیدراتاسیون کافی و آغاز آنتی‌بیوتیک گسترده طیف (سفترباکسون و مترونیدازول تزریقی) به اتاق عمل منتقل شد. پس از بی‌هوشی عمومی و در وضعیت لیٹاتومی با رویکرد واژینال، تلاش جهت رفع وارونگی موفقیت‌آمیز نبود. بنابراین با برش فان‌اشتیل بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت. بررسی کامل شکم و لگن انجام شد که نرمال بود، فقط رحم، لوله‌های رحمی دو طرف، هر دو تخمدان و بخشی از لیگامان‌های راند دو طرف از طریق سرویکس به داخل واژن کشیده شده بودند. ابتدا با پنس‌های آتروماتیک (Allis) با گرفتن بخشی از لیگامان‌های راند دو طرف (روش هانتینگتون) تلاش در تصحیح اینورژن شد. با توجه به عدم موفقیت، با برش طولی به سایز ۳ cm در سطح خلفی سرویکس و در محاذات حلقه تنگ کننده (روش هولتین) با رویکرد شکمی-پریئیتال (فشار رو به بالای

باشد.^{۱۷،۱۶} لیومیوم‌های زیر مخاطی رحم شایعترین عامل خطر ساز وارونگی رحم به‌ویژه در زنان آفریقایی تبار گزارش شده است.^{۱۸،۱۷} وارونگی رحمی غیرنقاسی به‌طور ناشایع در زنان سنین پس از یائسگی به‌دنبال اثر کششی توده‌های رحمی گزارش شده است.^{۲۰،۱۹} به‌دلیل شروع آهسته و بروز نادر این بیماری، تشخیص بالینی آن مشکل بوده و ممکن است در مراحل اولیه وارونگی نسبی رحمی به اشتباه میوم رحمی و یا بدخیمی‌های سرویکس و حتی پرولاپس معمولی رحمی تشخیص داده شود.^{۱۱} هدف از این مقاله گزارش یک مورد نادر وارونگی کامل رحمی در دوره پس از یائسگی بود.

معرفی بیمار

بیمار زن ۶۶ ساله گراند مولتی‌پار ۶ (تمامی زایمان‌ها طبیعی) و منوپوز از ۱۵ سال پیش بود که با شکایت خونریزی واژینال همراه با دفع لخته، درد کرامپی شکم و خروج توده از واژن در مهر ۱۳۹۶ به بیمارستان امام‌خمینی (ره) شهرستان تایباد در استان خراسان جنوبی، مراجعه کرده بود. سابقه‌ی خونریزی پست منوپوزال به شکل لکه‌بینی و ترشحات غیرچرکی واژینال همراه با علایم ادراری به صورت عدم دفع کامل ادرار را از یک ماه گذشته بیان می‌کرد. بیمار با تشخیص میوم ساب‌موکوزال پدانکوله از فوندوس رحم با سایز ۶ cm همراه با وارونگی کامل فوندوس رحم تحت میومکتومی واژینال قرار گرفت ولی به‌دلیل عدم امکان جاناندازی موفق رحم و عدم وجود امکانات لازم از جمله عدم حضور جراح دیگر به بیمارستان قائم، دانشگاه



شکل ۲: سونوگرافی ترانس‌ابدومینال در مقطع سائیتال پس از میومکتومی واژینال نشان‌دهنده سطوح متعدد مایع-هوا (فلش زرد رنگ) و توده حجیم ۶۳×۷۰ mm در محل کاف واژن همراه با دیلاتاسیون کاف (فلش قرمز رنگ) بدون اندمتر واضح می‌باشد.



شکل ۱: وارونگی کامل رحم، محل سوچور میومکتومی روی آندومتر فوندوس

در این بیماران عنوان شده است.^{۹،۱۰} تشخیص اولیه این عارضه در معاینه بالینی آسان نیست چراکه پرولاپس رحم با توده سرویکال افتراق داده نمی‌شود. در مورد حاضر نیز در ابتدا تشخیص میوم پدانکوله ساب‌موکوزال داده شده بود. اقدامات رادیولوژی مانند سونوگرافی و توموگرافی کامپیوتری نیز ممکن است تشخیص دقیق را امکان‌پذیر نسازند، چرا که این روش‌ها دقت لازم برای آشکارسازی بافت نرم را ندارد (سونوگرافی هم فقط توده را در محل اتصال سرویکس و واژن مشخص می‌کند)، ولی تصویربرداری با تشدید مغناطیسی بهترین روش رادیولوژی در تشخیص وارونگی رحم می‌باشد که در آن لوله‌های رحمی و لیگامان راند در سمت پایین و داخل فوندوس وارونه‌شده به خوبی مشاهده می‌شود.^{۱۱} در مورد حاضر نیز سونوگرافی به جز گزارش توده واژینال کمک بیشتری در تشخیص نکرده بود. از این‌رو شرح حال و معاینه دقیق در بیشتر گزارشات در تشخیص اولیه این عارضه نادر نقش اصلی را داشته‌اند.^{۱۷،۱۶،۹} همان‌طوری که در مورد حاضر نیز تشخیص نهایی از طریق معاینه دقیق قبل و حین بیهوشی داده شد.

درمان نهایی و رایج وارونگی حاد رحم به‌ویژه در سنین پس از یائسگی هیستریکتومی می‌باشد. بیشتر روش‌های جراحی، جانداختن رحم و سپس هیستریکتومی را توصیه نموده‌اند.^{۲۲} دو روش جراحی برای این اقدام توصیف شده است، در روش هانتینگتون که یک رویکرد شکمی است، لیگامان‌های راند دو طرف گرفته می‌شود و به آرامی به سمت بالا کشیده می‌شوند تا رحم را به سمت بالا بیاورند. در روش هالتین، قسمت خلف رینگ سرویکس در محل اتصال سرویکس و واژن انسزیون داده می‌شود تا به قسمت خلفی دیواره رحم دسترسی ایجاد شود و سپس رحم به سمت بالا کشیده می‌شود در مورد حاضر نیز ابتدا با روش هانتینگتون سعی در بالا کشیدن رحم شد که موفقیت‌آمیز نبود و سپس با استفاده از روش هالتین رحم به جای اولیه خود برگردانده و هیستریکتومی ابدومینال انجام شد. در برخی گزارشات دیگر نیز از این روش‌ها جهت اصلاح وارونگی و سپس هیستریکتومی استفاده شده است.^{۳،۱۷،۱۶،۹}

وارونگی حاد رحم یک وضعیت بالقوه خطرناک (به‌علت بروز خونریزی، درد شدید، احتمال نکروز رحم و عفونت سیستمیک) می‌باشد که در سنین پس از منوپوز به‌عنوان یک تشخیص مهم در توده‌های واژینال باید مدنظر قرار گیرد.

فوندوس پرولاپس شده داخل واژن جهت عبور از حلقه سرویکال و ورود رحم به لگن) اینورژن به‌طور کامل رفع و هیستریکتومی توتال شکمی انجام شد. با توجه به سن بالا و یائسه بودن بیمار، لوله و تخمدان‌های دو طرف نیز حذف شدند. در حین عمل بیمار کمتر از ۵۰۰ ml خونریزی داشت و در نهایت پس از سه روز بدون عوارض با علایم بالینی پایدار ترخیص شد. نتایج پاتولوژی، توده اولیه میوم رحمی را گزارش کرد. دو ماه پس از عمل، بیمار جهت پیگیری به درمانگاه مراجعه کرد. هیچگونه شکایت بالینی و یافته غیرطبیعی در معاینه وجود نداشت. رضایت آگاهانه جهت گزارش این مورد و عکس مربوطه از بیمار اخذ شد.

بحث

این گزارش، یک مورد نادر وارونگی رحم پس از یائسگی به‌علت میوم بزرگ رحمی را گزارش کرد. وارونگی غیرنفاسی رحم کمابیش به‌دنبال توده‌های ساب‌موکوزال رحمی مانند میوم ساب‌موکوزال، سارکوم و کانسر آندومتر رخ می‌دهد.^{۱۷،۱۶} در بیمار حاضر نیز میوم بزرگ ساب‌موکوزال منجر به وارونگی کامل رحم شده بود. در برخی گزارشات موردی دیگر نیز توده‌های رحمی به‌عنوان علت این عارضه نادر شناسایی شده‌اند.^{۱۰،۹،۱۷،۱۶} مکانیسم وارونگی رحم به‌طور کامل شناخته نشده است ولی به‌نظر می‌رسد توده ساب‌موکوزال رحمی منجر به تضعیف دیواره‌های رحمی می‌شود و به‌دنبال آن، دیواره‌های ضعیف شده به‌علت وزن توده به سمت پایین کشیده می‌شوند. به‌نظر می‌رسد انقباضات رحمی نیز در این مکانیسم نقش داشته باشند.

اتساع حفره رحمی می‌تواند منجر به اتساع سرویکس شده و توده مذکور به خارج از سرویکس رانده شود. به‌نظر می‌رسد سایر عواملی که منجر به افزایش فشار داخل شکمی می‌شوند مانند سرفه مزمن، عطسه و زور زدن ممکن است در پدیده وارونگی رحم نقش داشته باشند.^{۱۶} علایم بالینی این عارضه نادر شامل ترشحات و خونریزی واژینال و علایم ادراری مانند تکرر و یا احتباس ادرار و درد لگن می‌باشد.^{۱۳} در مورد حاضر نیز بیمار با درد شدید و با علایم خونریزی واژینال و دفع ناکامل ادرار مراجعه کرده بود. در گزارشات موردی مشابه نیز درد و خونریزی واژینال به‌عنوان شایعترین علایم

جدول مطالعات مشابه

| عنوان | مجله | سال انتشار | نویسندگان |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|-----------------------------------|
| بیمار خانم ۵۶ ساله مبتلا به وارونگی غیرنفاسی رحم ناشی از لیومیوم فوندال رحم بود که با میومکتومی و هیستریکتومی واژینال درمان شد. | <i>J evolution Med Dental Sci</i> | ۲۰۱۳ | Kagne SS و همکاران ^۱ |
| بیمار خانم ۶۵ ساله منوپوز مبتلا به وارونگی غیرنفاسی رحم ناشی از میوم سابموکوزال رحمی بود که با رویکرد ابدومینو-پرینتال هیستریکتومی شد. | <i>Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol</i> | ۲۰۱۶ | Kalarani E و همکاران ^۳ |
| بیمار خانم ۵۶ ساله مبتلا به وارونگی غیرنفاسی رحمی بود که با خونریزی و ترشحات واژینال مراجعه کرد. هیستریکتومی برای بیمار انجام شد و ارزیابی های هیستوپاتولوژیک آدنوفیبروم رحم را نشان داد. | <i>J Midlife Health</i> | ۲۰۱۷ | Chawla L و همکاران ^{۱۱} |

References

- Kagne SS, Thawal YA, Tambe SG. An extremely rare case of chronic non-puerperal uterine inversion treated by myomectomy preceding vaginal hysterectomy. *J Evol Med Dent Sci* 2013;2(46):8976-9.
- Atalay MA, Demir BÇ, Solak N, Atalay FO, Küçükkömürçü S. An unusual presentation of a submucous leiomyoma accounting to a non-puerperal uterine inversion: A case report. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2013;14(2):116-8.
- Kalarani E, Amudha P, Rubini M, Karthika A. Nonpuerperal inversion of uterus secondary to leiomyoma in menopause: a rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016;5(8):2859-61.
- Sunanda N, Lokeshchandra HC, Sudha R, Sharma KD. Chronic non puerperal uterine inversion secondary to uterine leiomyoma misdiagnosed as advanced cervical cancer: a rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6(1):344-7.
- Shabbir S, Ghayasuddin M, Younus SM, Baloch K. Chronic non puerperal uterine inversion secondary to sub-mucosal fibroid. *J Pak Med Assoc* 2014;64(5):586-8.
- Teimoori B, Esmailzadeh A. A large uterine leiomyoma leading to non-puerperal uterine inversion: A case report. *Int J Reprod Biomed (Yazd)* 2017;15(1):55-6.
- Leconte I, Thierry C, Bongiorno A, Luyckx M, Fellah L. Non-Puerperal Uterine Inversion. *J Belg Soc Radiol* 2016;100(1):47.
- South Australian perinatal practice guidelines-Uterine inversion. 2014; p.2-6.
- Singh V. Acute non puerperal inversion of uterus with submucous fibroid. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;5(7):2460-2.
- Chawla L, Vatsa R, Roy KK, Kumar S. Uterine adenofibroma: an unusual cause of nonpuerperal uterine inversion in postmenopausal female. *J Midlife Health* 2017;8(2):95-7.
- Belfort MA, Dildy III GA. Postpartum hemorrhage and other problems of the third stage. In: James DK, Weiner CP, Steer PJ, Gonik B, Crowther C, Robson SC, editors. High-Risk Pregnancy Management Options. 4th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2011. P. 1307-8.
- Fofie CO, Baffoe P. Non-puerperal uterine inversion: A case report. *Ghana Med J* 2010;44(2):79-81.
- Umeonihuh OS, Adinma JL, Obiechina NJ, Eleje GU, Udegbunam OI, Mbachu II. Uterine leiomyoma associated non puerperal uterine inversion misdiagnosed as advanced cervical cancer: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2013;4(11):1000-3.
- Krenning RA, Dorr PJ, De Groot WH, De Goey WB. Nonpuerperal uterine inversion. Case report. *Br J Obstet Gynecol* 1982;8(9):247-9.
- Babah OA, Afolabi BB, Ayanbode O, Atoki A, Okfor O. Prolapsed submucous uterine fibroid with associated uterovaginal prolapsed, a case report. *IOSR J Dent Med Sci* 2014;13:64-7.
- Girija BS, Sundha TR. Management of acute non-puerperal complete uterine inversion. *J Case Rep* 2014;4(1):13-6.
- Lupovitch A, England ER, Chen R. Non puerperal uterine inversion in association with uterine sarcoma: case report in a 26-year-old and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005;97(3):938-41.
- Ueda K, Okamoto A, Yamada K, Saito M, Takakura S, Tanaka T, et al. Non puerperal inversion of the uterus associated with endometrial cancer: a case report. *Int J Clin Oncol* 2006;1:153-5.
- Ymele FF, Nana P, Fouedjio JH, Bechem E, Mbu RE. Non-puerperal uterine inversion following a prolapsed leiomyoma in Cameroonian woman. *Clin Mother Child Health* 2011;8(1):602-4.
- Eigbefoh JO, Okogbenin SA, Omorogbe F, Mabayoje PS. Chronic uterine inversion secondary to submucous fibroid: a case report. *Niger J Clin Pract* 2009;12(1):106-7.
- Song YJ, Yang J, Yun HS, Lee SK, Kim HG, Lee DH, et al. Non-puerperal uterine inversion presented with hypovolemic shock. *J Menopausal Med* 2016;22(3):184-7.
- Kumari KS, Radha S. Inversion of uterus with sub mucus fundal fibroid with secondary infection and shock: a rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2015;4(2):477-9.

Uterine inversion in postmenopausal age: case report

Nafiseh Saghafi M.D.
Leila Pourali M.D.*
Elham Hamidi M.D.

Department of Obstetrics and
Gynecology, Faculty of Medicine,
Mashhad University of Medical
Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Received: 12 Feb. 2020 Revised: 19 Feb. 2020 Accepted: 13 Jun. 2020 Available online: 20 Jun. 2020

Background: Nonpuerperal uterine inversion is a rare medical condition that many gynecologists might not be encountered even with one case during their entire medical practice. It refers to the expulsion of uterine corpus from the dilated cervix resulting in uterus being turned inside out. There are two kinds of uterine inversion, puerperal and non-puerperal, which the second condition is less common. Acute uterine inversion usually presented by crampy abdominal or pelvic pain, vaginal bleeding, anemia, and even symptoms of severe sepsis. We describe a case of uterine inversion in a postmenopausal woman.

Case Presentation: A 66 years old grand multiparous woman (6 normal vaginal delivery) who was menopause since 15 years ago, was referred to the emergency unit of an academic hospital of Mashhad University of Medical Sciences at October 2016 due to postmenopausal uterine bleeding, cramp-like abdominal pain and mass protrusion from the vagina. The vital sign was stable at the first visit but a big non-necrotizing red vaginal mass was protruded from vaginal opening that connected to other soft intravaginal mass. Abdominal ultrasonography revealed the dilated vaginal cuff and some air-fluid levels in the uterine cavity. The patient referred to the operative room and vaginal myomectomy was done with diagnosis of pedunculated submucosal leiomyoma. Then, total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed after the correction of uterine inversion by abdominoperineal approach.

Conclusion: Acute uterine inversion is a potentially dangerous condition (due to vaginal bleeding, severe abdominal or pelvic pain, and the possibility of uterine necrosis and even systemic infection). This condition should be considered as an important differential diagnosis as a vaginal mass in the post-menopausal period.

Keywords: leiomyoma, postmenopause, uterine inversion.

* Corresponding author: Department of
Obstetrics and Gynecology, Faculty of
Medicine, Mashhad University of
Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Tel: +98-51-38012477
E-mail: pouralil@mums.ac.ir