

گزارش یک مورد درمان محافظه کارانه موفقیت آمیز در حاملگی سرویکال: گزارش موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۹ ویرایش: ۱۳۹۷/۰۶/۱۶ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۳ آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۱۰

زمینه و هدف: بارداری سرویکال نوعی نادر از بارداری‌های خارج رحم است. نوع درمان وابسته به وضعیت همودینامیک بیمار می‌باشد که می‌توان از درمان محافظتی تا درمان تهاجمی مانند هیستریکتومی اورژانس را به کار برد. هدف از این گزارش معرفی یک مورد درمان محافظه کارانه موفقیت آمیز حاملگی سرویکال بود.

معرفی بیمار: زن ۳۰ ساله حاملگی دوم و سابقه تولد زنده و یکبار سزارین پیشین که با تشخیص اولیه سقط فراموش شده در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرد. به دلیل عدم دفع در حین کورتاژ، بارداری سرویکال تشخیص داده شد. خونریزی واژینال شدید تهدیدکننده حیات با سوند فولی داخل رحمی حاوی ۶۰ cc نرمال سالیین و گذاشتن تامپون داخل واژن کنترل و بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

نتیجه گیری: در بیماران با بارداری سرویکال و وضعیت همودینامیک نامناسب و تمایل به حفظ باروری، جاگذاری سوند فولی داخل رحم همراه با گذاشتن تامپون داخل واژن به دنبال کورتاژ، کمک کننده می‌باشد.

کلمات کلیدی: سرویکس، درمان محافظه کارانه، حاملگی خارج رحمی، خونریزی رحمی.

لیلا پورعلی^۱، صدیقه آیتی^{۱*}
عطیه وطنچی^۱، غزل قاسمی^۱
سمیرا ساجدی رشحوار^۲
عالیه بصیری^۲

۱- گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی، گروه زنان و مامایی.
تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۱۲۴۷۷
E-mail: ayatis@mums.ac.ir

مقدمه

بسته بوده یا باز باشد و پرده‌های جنینی یا بافت حاملگی به صورت بنفش یا آبی آشکار باشد.^۳ تشخیص حاملگی سرویکال براساس یافته‌های سونوگرافی ترانس واژینال شامل ساک بارداری یا جفت در سرویکس، اندومترال لاین نرمال و نمای ساعت شنی (در رحم همراه با کانال سرویکس متورم) می‌باشد.^۴ یک راه درمان نگهدارنده تزریق کلرید پتاسیم به داخل ساک بارداری است. دیلاتاسیون و کورتاژ یک روش جراحی محافظه کارانه است. عارضه اصلی آن شیوع بالای خونریزی شدید است که ممکن است منجر به هیستریکتومی شود، ولی با اقداماتی از جمله بستن ترانس واژینال شاخه‌های سرویکال شریان رحمی، سرکلاژ سرویکس و آمبولیزاسیون شریان رحمی یا تزریق ایتراسرویکال وازوپرسین، پیش از عمل و تامپوناد سرویکس ریسک آن را می‌توان کاهش داد.^۵ هدف از این گزارش

حاملگی سرویکال شکل نادری از بارداری خارج از رحمی است که در آن بارداری در کانال آندوسرویکس جایگزینی پیدا می‌کند و کمتر از ۱٪ بارداری‌های خارج رحمی را به خود اختصاص می‌دهد.^۱ فاکتورهای مستعدکننده حاملگی سرویکال شامل نقایص کروموزمی محصولات حاملگی، سابقه کورتاژ، سزارین و استفاده از روش‌های کمک باروری می‌باشد. شایعترین نشانه حاملگی سرویکال، خونریزی واژینال است که اغلب شدید و بدون درد است.^۲ در نظر داشتن حاملگی سرویکال و تشخیص زودهنگام، از خونریزی شدید منجر به هیستریکتومی جلوگیری کرده و منجر به یک درمان موفق و حفظ باروری می‌شود. در معاینه با اسپکولوم، آندوسرویکس ممکن است

معرفی یک مورد درمان محافظه کارانه موفقیت آمیز حاملگی سرویکال می باشد.

معرفی بیمار

بیمار زن ۳۰ ساله حاملگی دوم و سابقه تولد زنده می باشد که با سابقه یکبار سزارین ترم در سه سال قبل (به علت دیسترس جنین) با شکایت لکه بینی به دنبال ۱۰ هفته تاخیر قاعدگی در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان آموزشی قائم (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرد. در بررسی های سونوگرافیک انجام شده برای بیمار در دو نوبت در فاصله یک ماه و دو هفته پیش از مراجعه سقط فراموش شده مطرح شده بود. سن بارداری براساس تاریخ آخرین قاعدگی و سونوگرافی ۱۰ هفته و دو روز بود و بیمار سابقه بیماری طبی نداشت. در معاینه ارتفاع رحم در حد ۱۲-۱۰ هفته و خونریزی در بدو مراجعه در حد لکه بینی بود. در سونوگرافی شکمی یک ماه پیش از مراجعه، حاملگی منفرد داخل رحمی با سن شش هفته و شش روز بدون ضربان قلب و یک هماتوم 65×30 mm در قسمت پروگزیمال ساک مشاهده شده بود.

در سونوگرافی پس از دو هفته با ابعاد 118×59 mm و اکوی میومتر نرمال، تصویر ساک بارداری 73×59 mm با جدار نامنظم با تصاویر اکوژن و اکوفری در حفره آندومتر مشاهده شد که فاقد کیسه زرد و قطب جنینی بود. با تشخیص سقط فراموش شده برای بیمار $800 \mu\text{g}$ میزوپروستول (واژینال) تجویز شد.

۲۴ ساعت پس از دریافت میزوپروستول به علت شرح حال خونریزی و دفع مشکوک محصولات بارداری تحت سونوگرافی ترانس ابدومینال قرار گرفت. ابعاد رحم 128×66 mm و اکوی میومتریال هموژن، تصویر یک ناحیه هتروژن با ابعاد تقریبی 90×50 mm در سگمان تحتانی رحم حاوی نواحی هایپراکو و بدون اکو در درون آن رویت شد. در بررسی کالرداپلر برخی نواحی هایپراکو دارای فلوی عروقی بود که در درجه اول رزیدوی بارداری مطرح شده بود. بیمار مجدد $800 \mu\text{g}$ میزوپروستول واژینال دریافت کرد. پس از ۲۴ ساعت به دنبال معاینه واژینال دچار خونریزی ناگهانی و بسیار شدید شد که ضمن انتقال به اتاق عمل، بیمار حدود دو لیتر خون از دست داد.

در بدو ورود به اتاق عمل بیمار در شوک بود. تعریق سرد، آنمی، تاکی کاردی در حد ۱۴۰ و نبض بسیار ضعیف داشت. بلافاصله رانیماسیون شروع و ترانسفوزیون خون انجام و بیمار تحت کورتاژ قرار گرفت. مقدار زیادی نسج خارج شد ولی رحم به ویژه در ناحیه سگمان تحتانی و سرویکس به طور کامل دیلاته و در حال خونریزی فعال بود. سونوگرافی پرتابل در اتاق عمل انجام شد. رزیدو داخل رحم نداشت. ماساژ رحمی دو دستی انجام و ابتدا $400 \mu\text{g}$ میزوپروستول رکتال تجویز شد. به علت ادامه خونریزی یک عدد آمپول مترژن عضلانی دریافت کرد. با وجود ماساژ دو دستی رحم و ادامه خونریزی مجدد $400 \mu\text{g}$ میزوپروستول رکتال تجویز شد. همچنین سه واحد خون (گلوبول قرمز شسته شده)، سه واحد پلاسما منجمد شده تازه و سه واحد پلاکت تجویز شد. پس از تثبیت علائم حیاتی برای بیمار ۱۰۰ واحد اکسی توسین انفوزیون شد. با وجود ادامه خونریزی بسیار شدید و تهدید کننده حیات، درمان نگهدارنده جهت حفظ باروری بیمار انجام شد.

دو عدد سوند فولی شماره ۲۰ داخل سرویکس و رحم که با 400 cc مایع پر شده بود ثابت شد. شش عدد سرجی سل آغشته به دو بسته پودر هموستاتیک در داخل سرویکس و دو عدد گاز در داخل واژن تامپون شد. سوند ادراری در داخل مجرای ادراری تعبیه شد و خونریزی کنترل شد. یک گرم سفازولین پیش از عمل برای بیمار تجویز شد. پس از ۲۴ ساعت نداشتن خونریزی واژینال، به علت تداوم آنمی، برای بیمار دو واحد دیگر، خون ترانسفوزیون شد. پس از ۴۸ ساعت سوند فولی رحمی خارج و بیمار با حال عمومی خوب ترخیص شد. این نتایج با کسب رضایت نامه از بیمار گزارش شده است.

بحث

به دلیل نادر بودن حاملگی سرویکال هیچ توافقی برای درمان این نوع حاملگی وجود ندارد و هیچ استانداردی موجود نمی باشد. درمان های نگهدارنده مختلفی گزارش شده است. تزریق متوترکسات به تنهایی یا همراه با کورتاژ موفقیت آمیز بوده است.^۷ برخی از پژوهشگران کورتاژ را برای درمان حاملگی سرویکال معرفی کرده اند.^۸ در مطالعه Fylstra و همکاران که ۱۳ مورد حاملگی

جدول مطالعات مشابه

| نویسندگان | سال انتشار | مجله | عنوان |
|-------------------------------|------------|---------------------|---|
| Fylstra DL ^۹ | ۲۰۱۴ | Am J Obstet Gynecol | ۱۳ مورد حاملگی سرویکال در سه ماهه اول را گزارش کرد و پیشنهاد کرد که حتی حاملگی‌های هتروتوپیک سرویکال را نیز می‌توان به راحتی با ساکشن کورتاژ و تامپوناد با موفقیت درمان کرد. |
| Asante A, et al ^{۱۰} | ۲۰۱۵ | J Reprod Med | دو مورد درمان موفقیت‌آمیز حاملگی سرویکال با تک دوز متوتروکسات عضلانی گزارش کردند. |
| Jeng CJ, et al ^{۱۱} | ۲۰۰۷ | Obstet Gynecol | ۳۸ مورد حاملگی سرویکال را با تزریق متوتروکسات با هدایت اولتراسوند خاتمه دادند و طی میانگین مدت زمانی ۴۹ روز، محصولات حاملگی جذب شد. |
| Takeda K, et al ^{۱۲} | ۲۰۱۸ | Case Rep Emerg Med | دو مورد از حاملگی سرویکال را گزارش کردند که به وسیله آمبولیزاسیون شریان رحمی دوطرفه همراه با متوتروکسات درمان شدند. |
| Hu J, et al ^{۱۳} | ۲۰۱۶ | BIOG | ۱۹ بیمار با حاملگی سرویکال که تحت درمان با آمبولیزاسیون شریان رحمی و کورتاژ قرار گرفته بودند را گزارش کردند و نتیجه‌گیری کردند که آمبولیزاسیون شریان رحمی همراه با کورتاژ یک روش ایمن و موثر جهت درمان حاملگی سرویکال همراه با حفظ رحم است. |

همکاران، دو مورد از حاملگی سرویکال را گزارش کردند که به وسیله آمبولیزاسیون شریان رحمی دوطرفه همراه با متوتروکسات درمان شدند.^{۱۳} Hu و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۱۹ بیمار با حاملگی سرویکال که تحت درمان با آمبولیزاسیون شریان رحمی و کورتاژ قرار گرفته بودند، گزارش کردند که آمبولیزاسیون شریان رحمی همراه با کورتاژ یک روش ایمن و موثر جهت درمان حاملگی سرویکال همراه با حفظ رحم می‌باشد.^{۱۳}

تشخیص حاملگی سرویکال بسیار مشکل می‌باشد. حدس بالینی و استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال و تیراژ β hCG در سه ماهه اول در موارد مشکوک می‌تواند به تشخیص زودرس و دقیق حاملگی سرویکال کمک کند. تشخیص زودرس حاملگی سرویکال در بیماران پرخطر نظیر افراد با سابقه سزارین پیشین و مداخله زودرس می‌تواند با درمان نگهدارنده، حفظ باروری و بدون عوارض همراه شود.

سرویکال در سه ماهه اول را گزارش کرده است پیشنهاد می‌کند که حتی حاملگی‌های هتروتوپیک سرویکال را نیز می‌توان به راحتی با ساکشن کورتاژ و تامپوناد با موفقیت درمان کرد. از یک طرف عوارض مادری درمان با متوتروکسات و پیگیری طولانی مدت و از طرف دیگر مخارج درمان با آمبولیزاسیون شریان رحمی نیز در این روش حذف می‌شود.^۹

در مطالعه Asante و همکاران، دو مورد درمان موفقیت‌آمیز حاملگی سرویکال با تک دوز متوتروکسات عضلانی گزارش شده است.^{۱۰} Jeng و همکاران، ۳۸ مورد حاملگی سرویکال را با تزریق متوتروکسات با هدایت اولتراسوند خاتمه دادند و طی میانگین مدت زمانی ۴۹ روز، محصولات حاملگی جذب شد.^{۱۱} آمبولیزاسیون شریان رحمی به تنهایی یا همراه با کورتاژ منجر به ختم حاملگی‌های سرویکال بدون خونریزی و همراه با حفظ رحم می‌شود. Takeda و

References

- Mouhajer M, Obed S, Okpala AM. Cervical ectopic pregnancy in resource deprived areas: a rare and difficult diagnosis. *Ghana Med J* 2017;51(2):94-7.
- Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: the importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14(4):481-4.
- Uludag SZ, Kutuk MS, Aygen EM, Sahin Y. Conservative management of cervical ectopic pregnancy: Single-center experience. *J Obstet Gynaecol Res* 2017;43(8):1299-1304.
- Pourali L, Ayati S, Moecendarbari S, Mirzamarjani F, Ayati E. A successful treatment of cervical ectopic pregnancy with multidose methotrexate. *Curr Women Health Rev* 2016;12(1):71-3.

5. Murji A, Garbedian K, Thomas J, Cruickshank B. Conservative Management of Cervical Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37(11):1016-20.
6. Sørensen M, Clausen HV. Cervical pregnancy can be managed conservatively with methotrexate. *Ugeskr Laeger* 2011;173(43):2722-3.
7. Verma U, English D, Brookfield K. Conservative management of nontubal ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 2011;96(6):1391-95.e1.
8. Bianchi P, Salvatori MM, Torcia F, Cozza G, Mossa B. Cervical pregnancy. *Fertil Steril* 2011;95(6):2123.e3-4.
9. Fylstra DL. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(6):581.e1-5.
10. Asante A, Verma U, Coddington CC, Stewart EA. Single-dose intramuscular methotrexate treatment of cervical ectopic pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2015;60(1-2):78-82.
11. Jeng CJ, Ko ML, Shen J. Transvaginal ultrasound-guided treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;109(5):1076-82.
12. Takeda K, Mackay J, Watts S. Successful management of cervical ectopic pregnancy with bilateral uterine artery embolization and methotrexate. *Case Rep Emerg Med* 2018;2018:9593824.
13. Hu J, Tao X, Yin L, Shi Y. Successful conservative treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization followed by curettage: a report of 19 cases. *BJOG* 2016;123 Suppl 3:97-102.

Successful conservative management of cervical pregnancy: case report

Leila Pourali M.D.¹
Sedigheh Ayati M.D.^{1*}
Atiyeh Vatanchi M.D.¹
Ghazal Ghasemi M.D.¹
Samira Sajedi Roshkhar M.D.²
Alih Basiri M.D.²

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

2- Medical Students, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

* Corresponding author: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Tel: +98- 51- 38412477
E-mail: ayatis@mums.ac.ir

Abstract

Received: 31 Aug. 2018 Revised: 07 Sep. 2018 Accepted: 22 Feb. 2019 Available online: 01 Mar. 2019

Background: Cervical pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy (EP) in which the pregnancy implants in the lining of the endocervical canal. It accounts for less than 1 percent of ectopic pregnancies. The cause is unknown; local pathology related to previous cervical or uterine surgery may play a role given an apparent association with a prior history of curettage or cesarean delivery. The most common symptom of cervical pregnancy is vaginal bleeding, which is often profuse and painless. Lower abdominal pain or cramps occur in less than one-third of patients; pain without bleeding is rare. It is important to think about the possibility of cervical pregnancy in such patients since early diagnosis is critical to avoidance of complications and successful treatment. Management of this pregnancy is dependent on the hemodynamic status of the patient. Conservative management and some more aggressive therapy such as emergency hysterectomy can be used. The aim of this report was to introduce a case of successful conservative management of cervical pregnancy.

Case presentation: A 30-year-old G2L1 woman with history of a previous cesarean section and possible diagnosis of missed abortion referred to the Gynecology Clinic of Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Iran, in 21 May 2017. Cervical pregnancy was diagnosed during curettage. Severe hemorrhage occurred after curettage and the hemodynamic status of the patient was unstable immediately after curettage. Severe threatening vaginal bleeding was controlled with intrauterine Foley catheter containing 60 cc normal saline and then vaginal packing. The patient was discharged with good general condition.

Conclusion: In cervical pregnancy and unstable hemodynamic status and desire to preserve fertility, intrauterine Foley catheter and vaginal packing after curettage is helpful.

Keywords: cervix, conservative treatment, ectopic pregnancy, uterine hemorrhage.