

پارگی رحم در بارداری نولی‌پار با سابقه کورتاژ: گزارش موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۰۲ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۰ آنلاین: ۱۳۹۴/۰۱/۲۴

محبوبه شیرازی^۱، فاطمه رحیمی
شعرباف^{۱*}، سید اکبر موسوی^۲

۱- مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، بیمارستان جامع زنان محب یاس، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- گروه ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

زمینه و هدف: پارگی رحم هنگام بارداری یک عارضه کشنده و مرگ و میر بالایی را برای مادر و جنین به دنبال دارد. شیوع پارگی رحم در افرادی که اسکار رحمی نداشته‌اند نادر می‌باشد. مهمترین عارضه دیلاتاسیون و کورتاژ سوراخ شدن رحم می‌باشد اما کورتاژ به‌عنوان عامل خطر مهمی برای پارگی رحم مطرح نیست.

معرفی بیمار: یک مورد پارگی رحم در بیمارستان جامع زنان تهران در آذر سال ۱۳۹۳ در یک زن باردار نولی‌پار با سن بارداری ۴۱ هفته بدون وجود عوامل خطری از جمله تنگی لگن، جنین ماکروزوم، اسکار و جراحی رحمی گزارش شد. بیمار سابقه حاملگی ناخواسته دو سال پیش از آخرین بارداری و کورتاژ در مطب در سن ۹ هفتگی بارداری پیشین را داشت.

نتیجه‌گیری: برای کاهش مرگ و میر مادران، بارداری‌های ناخواسته و همچنین دقت بیشتر در اعمال جراحی زنان از جمله کورتاژ در سنین باروری و توجه به سابقه کورتاژ به‌عنوان یک عامل خطر پارگی رحم ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: پارگی رحم در بارداری، کورتاژ، نولی‌پار.

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کریم‌خان زند، خیابان استاد نجات‌اللهی شمالی، بیمارستان جامع زنان محب یاس
تلفن: ۰۲۱-۴۲۱۶۰۰۰۰
E-mail: rahimish@sina.tums.ac.ir

مقدمه

داخل شکم باشد، همچنین خونریزی ممکن است واژینال یا داخل حفره شکمی - لگنی باشد^۱ از آنجا که پارگی رحم مرگ و میر بالایی به‌دنبال دارد^{۱،۲} و در خانم‌های بارداری که سابقه اسکار و جراحی رحمی نداشته‌اند به‌خصوص در افراد نولی‌پار و بدون عامل خطر بسیار نادر است،^۳ در این مقاله یک مورد پارگی رحم در یک زن باردار نولی‌پار بدون تنگی لگن، جنین ماکروزوم و اسکار رحمی با سابقه کورتاژ در سن ۹ هفتگی بارداری پیشین گزارش می‌گردد.

معرفی بیمار

خانم ۳۲ ساله G2Ab1 با حاملگی ۴۱ هفته و شکایت کاهش حرکات جنین جهت ختم بارداری به بیمارستان جامع زنان تهران در آذر ماه ۱۳۹۳ مراجعه نمود. در معاینه بدو بستری سرویکس بسته،

پارگی رحم هنگام بارداری یک عارضه کشنده بوده و مرگ و میر بالایی را برای مادر و جنین به دنبال دارد.^{۱،۲} البته شیوع پارگی رحم در افرادی که اسکار رحمی نداشته‌اند نادر و در حدود ۲۰،۰۰۰-۱۷،۰۰۰ می‌باشد.^۳ مهمترین عارضه دیلاتاسیون و کورتاژ، سوراخ شدن رحم می‌باشد که شیوع ترمیم خودبه‌خودی آن بدون عوارض بعدی ۰/۹-۰/۱۶٪ می‌باشد.

البته آمار دقیق سوراخ شدن رحم و ترمیم خودبه‌خود آن بدون عوارض جانبی نامشخص است.^{۴،۵} علایم پارگی رحم در بارداری، ضربان قلب غیرطبیعی جنین، درد مداوم شکمی و خونریزی شدید واژینال می‌باشد.^۱ عدم وجود علایم پریتونئال ممکن است به دلیل سالم بودن پرده‌های آمیوتیک و عدم خروج محصولات حاملگی

وجود داشت. نوزاد با وزن ۳۴۰۰ gr و قد ۵۱ cm آپگار صفر متولد شد. عملیات احیاء نوزاد انجام شد که موفقیت آمیز نبود. در معاینه گوش‌های دو طرف دفورمیتی شدید و فاقد سوراخ خارجی بود. نوزاد شکاف کام و اوولای دو شاخ و تنگی اپیگلوت نیز داشت. تخمدان چپ مادر به خلف رحم چسبیده بود و لوله چپ پیچ خورده و در فضای پایین آن قسمت محصور شده بود. یک پارگی شارپ از فضای بین تخمدان و رحم تا پایین سرویکس در خلف چپ رحم وجود داشت و لوپ‌های روده در قسمت پایین پارگی به رحم چسبیده بود. لبه‌های دو طرف پارگی بسیار نازک و در حد یک میلی‌متر بود.

خلف رحم تا ۳-۴ cm سمت چپ و راست پارگی از بالا تا پایین بسیار نازک (در حد ۳-۲ mm) شده بود. ترمیم رحم در خلف از پایین تا بالا با نخ ویکریل صفر در دو لایه انجام شد. تخمین خونریزی حدود ۸۰۰ ml خون و لخته داخل شکم و ۳۰۰ ml خونریزی ماحصل سزارین بود و هموگلوبین بیمار از ۱۱ mg/dl به ۸ mg/dl افت کرد.

بیمار دو واحد پک سل دریافت کرد. هیچ آثاری از آندومتريوز در شکم و لگن مشاهده نشد. آزمایش کاریوتیپ نوزاد موزایسم تریزومی و منوزومی کروموزوم‌های ۱۳ و ۲۱ را نشان داد. دو روز پس از عمل با توجه به چسبندگی‌های بیمار و نازک شدگی یک طرفه رحم با از بیمار شرح حال دقیق‌تر گرفته شد که ایشان سابقه کورتاژ در ده هفتگی بارداری داشت. سه روز پس از جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث

شایع‌ترین علت بازشدن اسکار رحم در بارداری، سزارین پیشین می‌باشد. پس از آن و علت دوم میومکتومی قبلی است.^۶ اسکاری که به دنبال ترمیم پارگی رحم ناشی از اعمال جراحی کم‌تهاجمی مثل دیلاتاسیون و کورتاژ است حتی به‌عنوان علت کم‌اهمیت پارگی، مجدد رحم مطرح نمی‌شود چرا که خطر پارگی رحم به اندازه پارگی، عدم ترمیم یا ترمیم ناقص آن و میزان نازک شدگی و محل آن در سگمان مربوطه بستگی دارد. این نقایص گاهی توسط سونوگرافی نیز قابل تشخیص است.^۱ به‌طور کلی خطر پارگی اسکار در محلی غیر

ضربان قلب جنین و علایم حیاتی مادر نرمال بود. معاینه لگنی محدودیتی نداشت. وزن بیمار ۷۳ kg و قد وی ۱۶۵ cm بود. بدو بستری، بیمار هیچگونه سابقه بارداری پیشین، سقط یا کورتاژ را عنوان نمی‌کرد اما در ادامه روند درمان وی دو روز پس از بستری اظهار نمود که دو سال پیش نیز در دوران عقد باردار شده و با موافقت همسرش در مطب شخصی اقدام به کورتاژ کرده است. چند روز پس از کورتاژ درد و خونریزی داشته و سونوگرافی‌های مکرر انجام داده که در ابتدا مختصر بقایای بارداری با تشخیص افتراقی لخته و پس از چند روز، رحم فاقد بقایا بوده است و پس از دو سال بار دیگر باردار شده است.

به علت عدم آگاهی خانواده از بارداری در شرح حال اولیه آن را بیان نکرده بود. بیمار در بارداری اخیر سابقه فلج عصب فاسیال را روز پیش از بستری می‌داد. سابقه ناهنجاری‌های ژنتیکی، اختلالات کروموزومی بیماری‌های طبی و یا جراحی دیگری را نمی‌داد، ازدواج غیرفامیلی بود. آزمایشات غربالگری دوران بارداری برای اختلالات کروموزومی کم‌خطر انجام شده و در سونوگرافی‌ها آنومالی مشاهده نشده بود.

در آخرین سونوگرافی که سه هفته پیش از بستری انجام شده بود یک جنین سفالیک با وزن ۳۴۰۰ gr و مایع نرمال گزارش شده بود. برای بیمار با توجه به سن ۴۱ هفتگی بارداری و گذشتن از زمان زایمان همچنین کاهش حرکات جنین جهت ختم بارداری، سوند سرویکال با ۴۰ ml مایع داخل گذاشته شد. پس از چهار ساعت که سوند دفع شد، دیلاتاسیون ۲ cm و افاسمان ۲۰٪ بود و بیمار انقباضی نداشت. در نتیجه ۲۵ میکرومیزوپروستول (MISOTEC, Aburaihan Co., Iran) زیر زبانی جهت بیمار گذاشته شد. پس از شش ساعت اینداکشن لیبر با ۱۰ واحد اکسی‌توسین (LADUMIC, Aburaihan Co., Iran) در یک لیتر سرم با چهار قطره در دقیقه شروع شد. پس از هشت ساعت سرویکس بیمار دیلاتاسیون و افاسمان کامل و استیشن صفر داشته و اکسیپوت پوستریور بود. در نتیجه دو ساعت به بیمار فرصت داده شد و به‌دلیل عدم نزول سر جنین بیمار به اتاق عمل منتقل گردید.

در تمام مدت قلب جنین مانیتور شده و ضربان قلب حدود ۱۲۵ ضربه در دقیقه بود. برش شکمی فانل اشتیل (Pfannenstiel incision) و برش رحمی در سگمان تحتانی داده شد. در شکم خون و لخته

پارگی‌های خودبه‌خود می‌تواند درد خفیف باشد و تشخیص آن با سونوگرافی محل پارگی و مشاهده نقص دیواره رحمی^{۱۳} امکان پذیر است اگرچه پارگی رحم خودبه‌خود در بارداری بدون هیچگونه عامل خطری ممکن است با علامت شوک خود را نشان دهد.^{۱۴} سازمان بهداشت جهانی برای کاهش مرگ و میر مادران، کاهش حاملگی‌های ناخواسته را ضروری دانسته است.^{۱۵}

مسئله مهم دیگری که در بیمار گزارش شده وجود داشت ضربان طبیعی قلب جنین حدود ۱۲۵ ضربه در دقیقه بود که توسط مانیتورینگ خارجی ثبت می‌شد. اینکه آیا بیمار در فاصله اتاق زایمان و اتاق عمل دچار پارگی رحم شده است یا اینکه پیش از این زمان، این اتفاق افتاده مشخص نیست. همچنین تست‌های غربالگری و سونوگرافی آنومالی اسکن بیمار با وجود اینکه در مراکز معتبر انجام شده بود، مشکلی را نشان نداده بود، تاکید بر خاصیت غربالگری این تست‌ها و نه تشخیصی این تست‌ها دارد. همچنین در مورد خطاهای سونوگرافی که همیشه آنومالی‌ها را نشان نمی‌دهد.

برای کاهش مرگ و میر مادران کاهش بارداری‌های ناخواسته دقت بیشتر در اعمال جراحی زنان از جمله کورتاژ در سنین باروری ضروری به نظر می‌رسد. همچنین توجه به سابقه کورتاژ به‌عنوان یک عامل خطر، هنگام زایمان، یک امر مهم می‌باشد.

از سگمان تحتانی رحم ۱۹-۴٪ می‌باشد.^۱ عارضه اصلی مداخلات جراحی کم‌تهاجمی از جمله دیلاتاسیون و کورتاژ، سوراخ شدگی رحم است که در فوندوس، سقط‌های سه ماهه اول، رحم‌های رتروورسه، افراد نولی‌پار، تخمین سن بارداری پایین‌تر از سن واقعی و تجربه کم‌فرد انجام‌دهنده بیشتر اتفاق می‌افتد. سایر عوامل خطر پارگی رحم شامل پاریتی بالا، ماکروزومی، استفاده از اکسی‌توسین و چرخش خارجی رحم می‌باشد.^۲ اما بیمار گزارش شده به‌جز سابقه کورتاژ ریسک فاکتور دیگری نداشت.

از آنجا که احتمال تکرار پارگی رحم در صورتی که پارگی پیشین در فوندوس باشد، ۱۹-۴٪ گزارش شده است،^۸ سزارین در اولین فرصت پس از رسیدگی ریه جنین در این افراد بایستی انجام شود^۹ در نتیجه در صورت آگاه شدن ما از کورتاژ در مطب و شک به پارگی رحم بایستی بیمار با احتیاط بیشتری بررسی و بایستی سزارین انتخابی جهت وی انجام می‌شد.

نه تنها پارگی خودبه‌خود رحم در زنان باردار بدون ریسک فاکتور و فقط با سابقه کورتاژ^{۱۱} یا هیستروسکوپی^{۱۲} گزارش شده است بلکه این پارگی خودبه‌خود در بیمار پرایمی گراویدی که وزن جنین وی ۲۶۰۴ gf بود بدون هیچ عامل خطری از جمله اسکار رحمی نیز به‌صورت خودبه‌خود گزارش شده است.^{۱۳} علایم این

References

- Ramphal SR, Moodley J. Antepartum uterine rupture in previous caesarean sections presenting as advanced extrauterine pregnancies: lessons learnt. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;143(1):3-8.
- Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351(25):2581-9.
- Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and an unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(2):425-9.
- Amarin ZO, Badria LF. A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(3):203-6.
- Hefler L, Lemach A, Seebacher V, Polterauer S, Tempfer C, Reinthaller A. The intraoperative complication rate of nonobstetric dilation and curettage. *Obstet Gynecol* 2009;113(6):1268-71.
- Rabinowitz R, Samueloff A, Sapirstein E, Shen O. Expectant management of fetal arm extruding through a large uterine dehiscence following sonographic diagnosis at 27 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;28(2):235-7.
- Allen RH, Goldberg AB; Board of Society of Family Planning. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks' gestation). SFP Guideline 2007.1. *Contraception* 2007;76(2):139-56.
- Ahmadi S, Nouria M, Bibi M, Boughuizane S, Saidi H, Chaib A, et al. Uterine rupture of the unscarred uterus. About 28 cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31(9):713-7.
- Conturso R, Redaelli L, Pasini A, Tenore A. Spontaneous uterine rupture with amniotic sac protrusion at 28 weeks subsequent to previous hysteroscopic metroplasty. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;107(1):98-100.
- Punguyire D, Iserson KV. A ruptured uterus in a pregnant woman not in labor. *Pan Afr Med J* 2011;8:2.
- Nkwabong E, Kouam L, Takang W. Spontaneous uterine rupture during pregnancy: case report and review of literature. *Afr J Reprod Health* 2007;11(2):107-12.
- Uccella S, Cromi A, Bogani G, Zaffaroni E, Ghezzi F. Spontaneous prelabor uterine rupture in a primigravida: a case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(5):e6-8.
- Matsubara S, Shimada K, Kuwata T, Usui R, Suzuki M. Thin anterior uterine wall with incomplete uterine rupture in a primigravida detected by palpation and ultrasound: a case report. *J Med Case Rep* 2011;5:14.

14. Misra M, Roychowdhury R, Sarkar NC, Koley MM. The spontaneous prelabour rupture of an unscarred uterus at 34 weeks of pregnancy. *J Clin Diagn Res* 2013;7(3):548-9.
15. Bjorklund K. Minimally invasive surgery for obstructed labour: a review of symphysiotomy during the twentieth century (including 5000 cases). *BJOG* 2002;109(3):236-48.

Rupture of an unscarred uterus in a nullipar pregnant women with a history of curettage: *case report*

Mahboobeh Shirazi M.D.¹
 Fatemeh Rahimi Shaar-Baf
 M.D.^{1*}
 Seyed Akbar Moosavi Ph.D.²

1- Maternal, Fetal and Neonatal
 Research Center, Moheb Yas
 Women General Hospital, Tehran
 University of Medical Sciences, Te-
 hran, Iran.

2- Department of Jenetic of Iran
 University of Medical Sciences
 (IUMS), Tehran, Iran.

Abstract

Received: 22 Jan. 2015 Accepted: 09 Feb. 2015 Available online: 13 Apr. 2015

Background: Rupture of uterus is a catastrophic complication associated with significant maternal and fetal morbidity and mortality. The prevalence of an unscarred uterine rupture is very rare. Although the most important complication of dilatation and curettage is perforation of uterus, dilatation and curettage is not introduced as an important cause of uterine rupture.

Case presentation: Here we present a case of uterine rupture in a pregnant woman that was admitted in Tehran General Women Hospital, in December 2014, with reducing fetal movement in her 41th weeks of pregnancy. She did not have any risk factors for rupture of uterus including cephalo-pelvic disproportion and polyhydramnios, also there was no history of uterine surgery such as myomectomy and uterine abnormality repair. A term dead male neonate was delivered by cesarean section due to arrest of descending in stage 2 of labor. The baby weighed 3400 gr and had anomaly in ears, larynx, uvula and soft palate. Its chromosomal study depicted both trisomy and monosomy for chromosome 13 and 21. Mother had a history of illegal curettage and trauma to the uterus in her first pregnancy two years ago. She did not say to us this history and abortion during admission. After cesarean section we saw that in the left side of the posterior wall of uterus was ruptured and baby was died. At surgical exploration, moderate hemoperitoneum was evident. Fetus was already dead at the time of extraction. Total estimated blood loss was 100 ml, the patient was transfused with two units of packed cell. The woman was discharged on the fifth postoperative day in good condition.

Conclusion: Effective contraception and safe curettage can reduce maternal mortality and morbidity. Also special attention to a history of curettage to predict uterine rupture is critical.

Keywords: case reports, curettage, nulliparous, pregnancy, uterine rupture.

* Corresponding author: Moheb Yas
 Women General Hospital, Ostad Nejatol-
 lahi St., Karim Khan Blvd., Tehran, Iran.
 Tel: +98- 21- 42160000
 E-mail: rahimish@sina.tums.ac.ir