

گزارش یک مورد خونریزی داخل شکمی شدید متعاقب پارگی دیورتیکول رحم در اثر بارداری

دکتر مینو یغمایی*، دکتر مژگان مختاری*

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۷/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۲/۲۶

* استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی

چکیده

ناهنجاری های رحمی و واژینال در ۱۶/۰ درصد زنان دیده می شوند و می توانند سبب مشکلاتی مانند نازایی، سقط راجعه، دیسمنوره، دیس پارونی، آمنوره و حاملگی های عارضه دار شوند. دیورتیکول حقیقی رحم یک آنومالی نادر است که به صورت ساختمانی توبولار به حفره رحم متصل و انتهای آن نیز به شکل بن بست می باشد و در هیچ یک از گروه های آنومالی های مجاری مولرین طبقه بندی نشده است. در این مقاله موردی از پارگی دیورتیکول رحم ثانویه به استقرار محصول حاملگی در آن در یک خانم ۱۹ ساله که با شکایت درد شکم، تهوع، استفراغ و بی اشتهایی مراجعه کرده بود گزارش می شود، لذا در هنگام مواجهه با حاملگی های عارضه دار علیرغم ناشایع بودن باید به احتمال وجود ناهنجاری های دستگاه تناسلی هم توجه داشت. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۸، ص ۷۳ تا ۷۷)

کلیدواژه ها: دیورتیکول رحم، حاملگی نابجا، هموپریتونئوم

مقدمه

به شکل بن بست می باشد، سطح داخلی دیورتیکول از غدد آندومتر و استروما و دیواره آن از عضله صاف تشکیل شده است.^(۴،۵) این عارضه ممکن است منجر به وقوع پیامدهایی مانند خونریزی غیر طبیعی رحمی، درد لگنی، و لکه بینی در سنین قبل از یائسگی، و ایجاد حاملگی های عارضه دار مانند حاملگی نابجا، جفت آکرتا، و پارگی رحم شوند.^(۴،۵) این آنومالی بی اندازه نادر بوده و تاکنون موارد بسیار کمی از آن گزارش شده است.^(۴،۵) برای مثال در سال ۲۰۰۴ موردی از دیورتیکول رحم در یک خانم ۵۴ ساله یائسه که سبب خونریزی غیر طبیعی رحمی شده بود، گزارش شد. نویسندگان این مقاله مدعی شدند که این مورد سومین مورد منتشر شده از دیورتیکول رحمی می باشد.^(۶) گزارش اخیر مربوط به موردی از پارگی دیورتیکول رحم به علت حاملگی می باشد.

گاهی اختلالات موجود در دستگاه تناسلی زنان سیر حاملگی را پیچیده می کنند. به طور کلی، این اختلالات جزء ناهنجاری های تکاملی هستند که اکثراً در دوران آمبریونز رخ می دهند، اگرچه اختلالات مذکور ممکن است در دوران بلوغ و گاهی اوقات در دوران حاملگی نیز به وجود بیایند. نقایص جدی اغلب سبب عوارض قابل توجه جنینی و مادری می شوند، هر چند در برخی از موارد حتی نقایص کوچک نیز ممکن است سبب افزایش میزان بروز تهدید به سقط و قرار غیر طبیعی جنین شوند.^(۱) ناهنجاری های مولری طبق سیستم انجمن ناباروری آمریکا به زیر گروه های هیپوپلازی یا آژنزی سگمنتال مولر، رحم تک شاخ، رحم دو تایی، رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار، رحم قوسی و ناهنجاری های مرتبط با دی اتیل استیل بسترول تقسیم می شوند.^(۱-۳) دیورتیکول رحم که در هیچ گروهی از آنومالی های مجاری مولرین طبقه بندی نشده است به صورت یک ساختمان توبولار متصل به حفره رحم است که انتهای آن

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۱۹ ساله و حامله، (G1P0)^۱ بود که شهریور ماه ۱۳۸۷ با شکایت درد شکم، تهوع، استفراغ و بی اشتهايي به اورژانس بیمارستان خاتم الانبیا(ص) شهر زاهدان مراجعه کرده بود. درد بیمار از صبح روز مراجعه از قسمت تحتانی و راست شکم به صورت کولیکی شروع شده ولی شدید نبود. چند ساعت قبل از مراجعه درد شدت یافته و در تمام شکم منتشر شده بود. قبل از مراجعه چندین نوبت استفراغ داشت. سن حاملگی او بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی ۱۳ هفته و ۱ روز محاسبه شد. بیمار حدود دو سال قبل از مراجعه ازدواج کرده بود و علیرغم عدم استفاده از روش های جلوگیری از بارداری تا زمان حاملگی اخیر (که بدون مراجعه به پزشک و مصرف دارو بوده) باردار نشده بود. در هنگام مراجعه فشار خون بیمار ۷۰/۴۰ میلی متر جیوه، نبض ۱۱۰ ضربان در دقیقه، تعداد تنفس ۱۸ در دقیقه و درجه حرارت ۳۶/۸ درجه زیر زبانی و آزمون tilt مثبت بود. شکم بیمار متسع بوده، تندرns، ریباند تندرns منتشر و گاردینگ داشت. آزمایشات بدو مراجعه شامل Hb: ۱۱/۴ g/dl، PTT: ۴۱ sec، PT: ۱۴ sec (%۷۴)، Plt: ۲۷۲۰۰۰ μl، WBC: ۱۶۸۰۰ μl و Hct: ۳۳/۹ بود. بلافاصله پس از معاینه خون هم گروه و سرم برای جبران کاهش حجم داخل عروقی به بیمار تجویز شد و مشاوره زنان و سونوگرافی درخواست شد. نتیجه سونوگرافی شکم و لگن بیمار به این شرح بود: "کبد، طحال و هر دو کلیه طبیعی می باشد. تا حد ممکن تصویری به نفع آپاندیسیت رویت نمی شود. مایع آزاد در قسمت های مختلف شکم و لگن دیده می شود. رحم دو شاخ بوده و در شاخ سمت راست ساک واحد حاملگی حاوی پل جنینی دارای ضربان قلب طبیعی رویت می شود. جفت سیرکولار می باشد. تخمدان ها تا حد قابل بررسی طبیعی دیده می شوند. یافته های فوق غیر قطعی بوده. احتمال حاملگی همزمان داخل و خارج

رحمی مطرح می باشد" در معاینه زنان با اسپکولوم سرویکس شکل طبیعی داشت، کلدوساک خلفی برجسته بود و خونریزی واژینال وجود نداشت. در معاینه دو دستی، رحم در حد ۱۴ هفته حاملگی، دهانه سرویکس بسته و حرکات آن دردناک بود و معاینه آدنکس ها مقدور نبود. بیمار با تشخیص حاملگی خارج از رحم به بخش زنان بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) منتقل شد و بلافاصله تحت عمل لاپاراتومی تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت. در شکم حجم زیاد خون و لخته (حدود ۲ لیتر) وجود داشت که تخلیه شد. هر دو لوله و تخمدان با ظاهر طبیعی و در محل معمول رویت شد. در گوشه سمت راست رحم دیورتیکولی، با جداری ضخیم و با نمایی مشابه دیواره رحم، وجود داشت که به علت استقرار حاملگی در آن پاره شده بود و محصول حاملگی (جنین حدوداً ۱۲ هفته) از محل پارگی به داخل شکم سقط شده بود ولی هم چنان توسط بند ناف به جفت که در محل دیورتیکول قرار داشت متصل بود (شکل ۱).



جفت با کورت خارج شد و به علت ادامه خونریزی، دیورتیکول که ارتباط واضحی با حفره رحم نداشت به صورت کامل برداشته شد و محل آن خون گیری شد. بیمار با حال عمومی خوب به ریکاوری منتقل شد. تزریق خون که قبل از عمل شروع شده بود در حین و پس از عمل ادامه یافت و بیمار مجموعاً ۵ واحد خون هم گروه دریافت کرد. آزمایش خون بیمار ۴ ساعت پس از اتمام تزریق خون بدین شرح بود:

Hb: ۱۰/۷ g/dl، Plt: ۹۶۰۰۰ μl، WBC: ۱۰۵۰۰۰ μl و

Hct: ۳۳/۹

I - Gravid:1, Parity:0

بیمار در سیر دوران نقاهت خود مشکلی نداشت. روز بعد از عمل سونوگرافی انجام شد که در آن اندازه رحم 110×47 میلی متر، با اکوی میومتر نرمال و ضخامت آندومتر دو لایه $14/5$ میلی متر بدون ضایعه ای در محل آدنکس ها مشاهده شد. بیمار دو روز پس از جراحی ترخیص شد. β -hCG هفته اول پس از عمل ۱۹ و ۱۰ روز پس از عمل 5 mIU/mL بود. ۱۰ روز پس از عمل MRI انجام شد که سیستم ادراری و رحم و ضمایم و سرویکس و واژن طبیعی گزارش شد.

بحث

دیورتیکول حقیقی رحم یک آنومالی بی اندازه نادر، به صورت یک ساختمان توبولار متصل به حفره رحم است که انتهای آن به شکل بن بست می باشد. (۴۵) در مورد علت به وجود آمدن این عارضه اتفاق نظر وجود ندارد. برخی اعتقاد دارند که آندومتریوز یا آدنومیوز می توانند سبب تضعیف میومتر و ایجاد دیورتیکول شوند (۵) ولی دیورتیکول حقیقی رحم احتمالاً از دوپلیکاسیون منطقه ای قسمت دیستال مجرای مولرین یک طرف ناشی می شود. (۴) ساکولاسیون رحم که در آن دیواره از لایه نازکی از میومتر تشکیل شده و احتمالاً به علت صدمه قبلی به رحم (کورتاژ یا جراحی رحمی) ایجاد می شود و ناهنجاری نمی باشد و از دیورتیکول متفاوت است. (۶)

در سال ۱۹۸۴ Engel و Rushovich در مقاله خود موردی از دیورتیکول رحم را که به محوطه آندومتر مرتبط بود در یک

خانم نولی پار گزارش کردند. نامبردگان مدعی شدند که این بیمار دومین مورد گزارش شده در این باب است. (۴) هم چنین در سال ۲۰۰۴ موردی از دیورتیکول رحم، در یک خانم ۵۴ ساله یائسه که سبب خونریزی غیر طبیعی رحمی در غیاب هورمون درمانی جایگزین شده بود، گزارش شد که با استفاده از هیستروسکوپی و سونوگرافی سه بعدی تشخیص داده شده بود. نویسندگان این مقاله مدعی شدند که این سومین مورد منتشر شده و اولین مورد تشخیص داده شده با سونوگرافی سه بعدی و هیستروسکوپی می باشد. (۶) اگرچه که ما در جستجوی خود چند گزارش موردی دیگر مربوط به سال های ۱۹۵۳ (دو مورد) و ۱۹۶۸ یافتیم که چون بسیار قدیمی بودند حتی خلاصه مقالات آن ها نیز موجود نبود. (۷-۹)

در این جا مجدداً اهمیت توجه به ناهنجاری های مادرزادی مولرین در هنگام مواجهه با مواردی چون خونریزی غیر طبیعی رحمی، درد لگنی، نازایی و حاملگی های عارضه دار و اطلاع از نحوه تشخیص و اداره آن ها قبل و بعد از به وجود آمدن عوارض مرتبط مورد تاکید قرار می گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از تمامی کسانی که در امر تشخیص و درمان این بیمار ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: Medical Publishing Division; 2005:950.
2. Speroff L, Marca AF. Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:132-135.
3. Anderson JR, Genadry R. Anatomy and Embryology. In: Berek JS. Berek & Novaks Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:103-104.

4. Engel G, Rushovich AM. True uterine diverticulum. A partial mullerian duct duplication? Arch pathol Lab Med. 1984; 108(9):734-736.
5. Sa Adu. Uterine sacculation: myth, reality or rarity: a case report. Cent Afr J Med. 1996; 42:211-215.
6. Schmidt AP, Glitz CL, Passos EP, et al. Hysteroscopy and three dimensional ultrasonography in uterine diverticulum diagnosis: a case report. AJOG. 2004; 190(2): 561-562.
7. Lukic D, Maldenovic D. Uterine diverticulum as a cause of threatening, symptomless rupture of pregnant uterus. Srp Arh Celok Lek. 1953; 81(10):1025-30. [Title]
8. Pierce JR. The etiology of diverticulum of the uterus in pregnancy; with report of a case. Am J Obstet Gynecol. 1953; 75(6):1279-82. [Title]
9. Wolke P. Diverticule of the uterus in pregnancy with atonic postpartum hemorrhage. Zentralbl Gynakol. 1968; 90(21): 744-7. [Title]

Severe Hemoperitoneum Following Rupture of Uterine Diverticulum due to Pregnancy: a Case Report

Yaghmaei Minoo. MD*; Mokhtari Mojgan. MD*

Received: 2/Oct /2008
Accepted: 16/Mar /2009

Uterovaginal malformations, occur in 0.16% of women and contribute to the problems of infertility, recurrent pregnancy loss, dysmenorrhea, dyspareunia, amenorrhea and a poor outcome in pregnancy. True diverticulum is an exceedingly rare anomaly and is like a tubular formation connected to uterine cavity that ends in a cul-de sac and It is not classified as any of mullerian duct anomalies. In this article a case of uterine diverticulum rupture due to pregnancy in a 19 years old woman with nausea, vomiting and abdominal pain is reported. Although rare, in complicated pregnancy we should think to genital tract anomalies.

KEY WORDS: *Uterine diverticulum, Ectopic pregnancy, Hemoperitoneum*

*Assistant Prof, Dept of Obstetric and Gynecology, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.