

گزارش یک مورد آمبولیزاسیون شریان رحمی به دنبال مالفورماسیون شریانی - وریدی پس از سقط

زهرا براتی^{۱*}، دکتر عظیم معتمدفر^۲

۱. دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. استادیار گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۷

خلاصه

مقدمه: ناهنجاری شریان رحمی، یک وضعیت نادر در خونریزی دیررس پس از سزارین یا کورتاژ در زنان سنین باروری است. بیمار ممکن است دچار خونریزی شدید و مکرر واژینال شده که تهدیدکننده حیات او است. در این گزارش، یک مورد آمبولیزاسیون شریان رحمی به دلیل مالفورماسیون شریان - ورید، در خانمی ۸ هفته بعد از سقط خودبه خود معرفی می شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۵ ساله گراوید ۲ و پارا ۱ بود که با شکایت خونریزی به یکی از بیمارستان های اهواز مراجعه کرد. بیمار ۴۰ روز قبل سقط ۸ هفته بارداری داشت. پس از انجام سونوگرافی، تشخیص ناهنجاری شریان رحمی داده شد. به دلیل تکرار خونریزی و عدم کنترل آن و همچنین با توجه به پارите پایین، آمبولیزاسیون شریان رحمی جهت بیمار انجام شد.

نتیجه گیری: تشخیص بدشکلی های عروقی در مراحل ابتدایی در بیماران با خونریزی غیرطبیعی رحم مهم می باشد و برای زنانی که تمایل به حفظ باروری دارند، آمبولیزاسیون، اولین و بهترین گزینه درمان است.

کلمات کلیدی: حاملگی، خونریزی، سقط

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا براتی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۳۸۱۲۷۴۳۹۳؛ پست الکترونیک: zara.barati2017@gmail.com

مقدمه

خونریزی پس از زایمان، یک اورژانس مامایی به‌دنبال زایمان طبیعی یا سزارین است که هنوز هم یکی از علل مرگ‌ومیر مادران در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت است (۱). در صورتی که علائم در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان رخ دهد، خونریزی زودرس و در صورتی که علائم پس از ۲۴ ساعت اول تا ۱۲ هفته پس از زایمان رخ دهد، خونریزی دیررس یا ثانویه است (۲).

بدشکلی اکتسابی شریان-وریدی رحمی (AVM)^۱ یکی از دلایل نادر خونریزی می‌باشد، اما به‌طور بالقوه تهدیدکننده زندگی زنان ۲۰-۴۰ سال است. مالفورماتسیون شریان وریدی اکتسابی معمولاً به‌دلیل کورتاژ، جراحی رحم یا ضربه مستقیم رحم و کمتر به‌دلیل بیماری کارسینوم سرویکس و آندومتر به‌وجود می‌آید (۳، ۴). AVM در بارداری می‌تواند مربوط به استروژن، هورمون رشد آندوتلیال عروقی یا دیگر هورمون‌ها در بارداری باشد. بر اساس این فرضیه، از دلیل اصلی افزایش بیماری، می‌تواند ناشی از افزایش استروژن در بارداری باشد (۵). هورمون آزادکننده گونادوتروپین باعث کاهش اندازه AVM می‌شود و دانازول و پروژستین می‌توانند خونریزی را کاهش دهند (۶، ۷).

دوبرئول و لوبات اولین مورد از AVM را در سال ۱۹۲۶ گزارش کردند (۸). تعیین میزان بروز و شیوع بیماری دشوار است و تنها تعداد محدودی از بیماران به دارو پاسخ می‌دهند و در ۳۰٪ بیماران، خونریزی به حدی شدید می‌باشد که در آنان نیاز به انتقال خون وجود دارد (۹، ۱۰).

آمبولیزاسیون شریان رحمی ده‌ها سال است که برای درمان خونریزی بعد از زایمان و تروما حاملگی با هدف جلوگیری از هیستریکتومی و حفظ باروری مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۱، ۱۲). آمبولیزاسیون شریان رحمی از سال ۱۹۷۹ به‌عنوان یک روش کم‌تهاجم و مؤثر جهت کنترل خونریزی‌ها مورد استفاده قرار گرفت و میزان موفقیت این روش ۹۰-۸۵٪ گزارش شده است و در سال ۲۰۱۳، کالج زنان و زایمان آمریکا اعلام کرد که انجام

آمبولیزاسیون شریان رحمی در درمان میوم و یا خونریزی پس از زایمان بر باروری بعدی زنان نیز تأثیر بیشتری دارد (۱۳، ۱۴).

کنت و همکاران (۲۰۰۷) یک مورد آنوریسم کاذب شریان رحمی در یک زن ۳۱ ساله ژاپنی را گزارش کردند. در این زن در سونوگرافی واژینال در روز ششم پس از زایمان، توده‌ای لگنی به قطر ۴۹ میلی‌متر گزارش شد که در آنژیوگرافی آنوریسم کاذب شریان رحمی تشخیص داده شد و با موفقیت تحت آمبولیزاسیون شریانی قرار گرفت (۱۵).

در مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۴) انجام آمبولیزاسیون شریان رحمی بعد از خونریزی شدید در ۱۲ بیمار با سزارین، جفت سرراهی، ناهنجاری‌های جفت در کاهش خونریزی در این بیماران مؤثر بود (۱۶).

در این گزارش، یک مورد مالفورماتسیون عروق شریان ورید که به‌دنبال خونریزی ۸ هفته بعد از سقط تشخیص داده شده بود و تحت درمان با آمبولیزاسیون شریان رحمی قرار گرفت، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۵ ساله گراوید ۲ و پارا ۱ بود که با شکایت خونریزی واژینال در یکی از بیمارستان‌های اهواز بستری شد. بیمار سابقه یک بار سزارین را ذکر می‌کرد که بعد از سزارین اول، خونریزی اولیه و ثانویه نداشته است. بیمار در شرح‌حال خود سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی‌کرد. بیمار ۴۰ روز قبل یک سقط ۸ هفته به‌صورت خودبه‌خودی داشته است و به گفته بیمار کورتاژ صورت نگرفته بود. ۲۹ روز بعد از سقط، بیمار دچار لکه‌بینی شده که در تشخیص ابتدایی در سونوگرافی شکمی، ۰/۹ سی‌سی لخته خون در حفره آندومتر تشخیص داده شد که پیشنهاد انجام سونوگرافی واژینال جهت تشخیص بهتر به بیمار داده شده بود، اما بیمار سونوگرافی واژینال انجام نداده بود و تحت درمان طبی برای کنترل لکه‌بینی قرار گرفته که لکه‌بینی بیمار به‌طور موقت قطع شده بود، اما با گذشت ۱۰ روز، بیمار مجدداً دچار لکه‌بینی و متعاقب آن خونریزی واژینال شده و به مطب مراجعه کرد که جهت بیمار سونوگرافی واژینال درخواست شد.

¹ Uterine arteriovenous Malformation



حین آنژیوگرافی و آمبولیزاسیون، عارضه‌ای مشاهده نشد. سپس بیمار به اتاق عمل جراحی منتقل شد. بیمار ۲ روز بعد از عمل در بیمارستان از نظر خونریزی و حال عمومی تحت نظر گرفته شد که خونریزی بیمار کاهش پیدا کرده بود و بیمار با دادن توضیحات لازم و توصیه به مراجعه یک هفته بعد به مطب دکتر، با حال عمومی خوب ترخیص شد. پیگیری بیمار ۱ و ۲ هفته بعد از عمل توسط پزشک انجام شد و در مطب سونوگرافی مجدد انجام شد که وضعیت بیمار و سونوگرافی او رضایت‌بخش بود. بیمار تا قطع کامل لکه‌بینی تحت پیگیری قرار گرفت و همچنین قاعدگی بیمار به یک چرخه طبیعی بازگشت.

بحث

در مطالعه حاضر به دلیل سن بیمار، پاریته پایین مادر و عدم کنترل خونریزی واژینال، آمبولیزاسیون شریان وریدی انجام شد و باروری بیمار حفظ گردید. ناهنجاری شریان رحمی شرایطی نادر و در حدود ۱-۲٪ از عوارض بعد از زایمان و در نتیجه افزایش زایمان سزارین با علائم خونریزی واژینال یا داخل صفاقی است (۱۷، ۱۸). این ناهنجاری به دلیل خونریزی از اتصالات غیرطبیعی عروقی، تهدیدکننده زندگی هستند. اکثر زنان مبتلا به AVM در سنین باروری بوده و دارای خونریزی بیش از حد واژن هستند. آنژیوگرافی لگن ابزار تشخیصی استاندارد است و دو یافته‌ای که به طور معمول کشف می‌شوند، گرفتگی عروق رحم و بازگشت سریع وریدی می‌باشند (۱۹).

تشخیص اشتباه در این بیماران به دلیل کمبود اطلاعات در این زمینه و تعداد کم بیماران است. انتخاب مدیریت و درمان این بیماران از درمان هورمونی تا عمل جراحی باز و کم‌تهاجمی متفاوت است (۲۰). AVM بدون علامت را می‌توان با مدیریت انتظاری درمان کرد. وقتی علائم تکراری مشاهده شد، می‌توان مدیریت سنتی، هیستریکتومی یا بستن شریان را انتخاب کرد (۲۱، ۲۲). هیستریکتومی (برداشتن رحم)، نیز در صورت عدم وجود امکانات انجام آمبولیزاسیون شریان رحمی و برای

در گزارش سونوگرافی بیمار در مجاور آندومتر، تصویر نواحی اکوفری توبولار در یک منطقه که در بررسی دارای واسکولاریته بالایی بوده و نمای کلافه عروقی داشت، مشاهده شد که شک به ضایعات عروقی مانند AVM شد. همان روز (۴۰ روز بعد از سقط)، به دلیل عدم کنترل خونریزی، بیمار با حال عمومی بد و خونریزی زیاد واژینال به یکی از بیمارستان‌های اهواز مراجعه کرد. بیمار در بدو ورود دچار خونریزی واژینال و افت فشارخون شد که جهت بیمار اقدامات حمایتی و طبی انجام شد. جهت بیمار دو رگ گرفته شد و سریعاً بیمار ۲ لیتر سرم رینگر لاکتات دریافت کرد. آزمایشات اولیه شامل هموگلوبین ۸ و پلاکت ۱۹۵۰۰۰ بود. بیمار تحت ترانسفوزیون یک واحد خون (پک سل) قرار گرفت. خونریزی بیمار کاهش یافت. با توجه به خونریزی بیمار و شک به ناهنجاری شریان- ورید، جهت بررسی دقیق‌تر بیمار، سونوگرافی داپلر درخواست شد که در این بررسی، تشخیص مالفورماسیون شریان وریدی تأیید شد. به دلیل تکرار خونریزی و عدم پاسخ به اقدامات حمایتی و با توجه به حفظ باروری، بیمار کاندید عمل آمبولیزاسیون شریان رحمی شد که پس از پایدار شدن شرایط بیمار و رد موانع استفاده از آمبولیزاسیون، بعد ارائه توضیحات لازم به بیمار و همسر وی و دریافت رضایت‌نامه کتبی، بیمار آماده عمل گردید. روز بعد از اینکه شرایط بیمار کمی بهتر شد، بیمار به اتاق عمل رادیولوژی منتقل شد. عمل آمبولیزاسیون توسط متخصص رادیولوژیست انجام شد. پس از درپ و پرپ به روش دیژیتال، آنژیوگرافی عروق ایلیاک و پودندال و شریان رحمی سمت چپ انجام شد. شریان رحمی سمت چپ دارای واسکولاریته متوسط بود. با کمک یک ویال (پی وی آ ۵۰۰-۳۵۵)، آمبولیزاسیون شریان رحمی سمت چپ انجام شد. سپس با مانور والتمن کاتتر کبری به شریان ایلیاک راست هدایت و آنژیوگرافی شریان ایلیاک و پودندال و شریان رحمی راست انجام گردید. شریان رحمی سمت راست متسع بود و یک AVM در مسیر آن مشاهده شد که به کمک یک ویال (پی وی آ ۵۰۰-۳۵۵) و یک عدد ژلفوم، آمبولیزیشن شریان رحمی راست انجام شد. در

بیمارانی که تمایل به باروری ندارند، انتخاب خوبی است (۲۳).

در مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۳)، در کنترل خونریزی خانم ۳۲ ساله گراوید ۳ و پاریتی ۲ که ۲ ماه بعد از سقط دچار خونریزی غیرطبیعی از واژن شده بود و در سونوگرافی داپلر بیمار ناهنجاری شریان رحمی تشخیص داده شد، آمبولیزاسیون از طریق عروق دوطرفه رحمی انجام شد که نتیجه عمل بیمار در کنترل خونریزی موفقیت‌آمیز بود (۲۴).

در مطالعه گذشته‌نگر دوان و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی ۴۲ بیمار سزارینی دارای جفت سررراهی که همه بیماران تحت عمل آمبولیزاسیون قرار گرفته بودند، پرداختند، استفاده از این روش به‌طور معنی‌داری میزان خونریزی حین سزارین و نیاز به دریافت خون و میزان هیستریکتومی را کاهش داده بود (۲۵).

در مطالعه اریکسون و همکاران (۲۰۰۷) در تمام ۲۰ موردی که به‌علت خونریزی پس از زایمان تحت آمبولیزاسیون شریانی قرار گرفته بودند، موردی از عوارض کوتاه‌مدت و یا درازمدت رخ نداد. تمام بیماران قاعدگی نرمال داشتند (۲۶).

نتیجه‌گیری

در بیماران با خونریزی غیرطبیعی واژن به‌ویژه کسانی که سابقه‌ای از سزارین، کورتاژ و سقط جنین در گذشته دارند، باید به ناهنجاری شریان رحم شک کرد. مالفورماسیون شریان وریدی از علل نادر خونریزی دیررس بعد از زایمان است و توجه به آن به‌دلیل پتانسیل بالای خونریزی و پارگی که می‌تواند کشنده باشد، اهمیت زیادی دارد. در گزارش حاضر انجام آمبولیزاسیون شریان رحمی در کنترل خونریزی بعد از سقط در بیمار فوق‌الذکر مفید بود، لذا توصیه می‌شود در بیماران با خونریزی واژینال مخصوصاً در مواردی که به اقدامات حمایتی و درمان‌های طبی پاسخ نمی‌دهند، از نظر ناهنجاری شریان رحمی بررسی شوند. تشخیص بیماری در مراحل اولیه منجر به کاهش عوارض و حفظ باروری می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت افرادی که ما را در نوشتن این مقاله همراهی کردند و از بیمار محترم که با رضایت ایشان مقاله نوشته شد، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Mousa HA, Blum J, Abou E, Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane database of systematic reviews. 2014(2).
2. Jacobs AJ, Lockwood CJ, Barss VA. Overview of postpartum hemorrhage. UpToDate. (Accessed in Feb 6, 2012 at <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>); 2013.
3. Peitsidis P, Manolagos E, Tsekoura V, Kreienberg R, Schwentner L. Uterine arteriovenous malformations induced after diagnostic curettage: a systematic review. Archives of gynecology and obstetrics 2011; 284(5):1137-51.
4. Vijayakumar A, Srinivas A, Chandrashekar BM, Vijayakumar A. Uterine vascular lesions. Reviews in Obstetrics and Gynecology 2013; 6(2):69.
5. Katano K, Takeda Y, Sugiura-Ogasawara M. Conservative therapy with a gonadotropin-releasing hormone agonist for a uterine arteriovenous malformation in a patient with congenital heart disease. Clinical case reports 2015; 3(6):479.
6. Morikawa M, Yamada T, Yamada H, Minakami H. Effect of gonadotropin-releasing hormone agonist on a uterine arteriovenous malformation. Obstetrics & Gynecology 2006; 108(3):751-3.
7. Khatree MH, Titiz H. Medical treatment of a uterine arteriovenous malformation. Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology 1999; 39(3):378-80.
8. Renu A, Achla B, Pinkee S, Purba G, Bharti M. Arteriovenous malformations of the uterus. The New Zealand Medical Journal (Online). 2004 Nov 26;117(1206).
9. Katimada Annaiah T, Kodakkattil Sreenivasan S. Uterine arteriovenous malformations: clinical implications. The Obstetrician & Gynaecologist 2015; 17(4):243-50.
10. Timmerman D, Wauters J, Van Calenbergh S, Van Schoubroeck D, Maleux G, Van Den Bosch T, et al. Color Doppler imaging is a valuable tool for the diagnosis and management of uterine vascular malformations. Ultrasound in obstetrics & gynecology 2003; 21(6):570-7.
11. Judeh H, Min R, Khilnani N, Kandarpa K. Uterine artery embolization. Applied Radiol 2002;31 :29-37.

12. Wang H, Garmel S. Successful term pregnancy after bilateral uterine artery embolization for postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 102(3):603-4.
13. Kwon JH. Uterine necrosis and hysterectomy in a postpartum hemorrhage patient who underwent repeated uterine artery embolization. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54(6):791-2.
14. Mohan PP, Hamblin MH, Vogelzang RL. Uterine artery embolization and its effect on fertility. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2013; 24(7):925-30.
15. Jan H, Mehra G, Kent A. Postpartum hemorrhage due to a pseudo-aneurysm formation following cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3):263-4.
16. Li Q, Yang ZQ, Mohammed W, Feng YL, Shi HB, Zhou X. Prophylactic uterine artery embolization assisted cesarean section for the prevention of intrapartum hemorrhage in high-risk patients. *Cardiovascular and interventional radiology* 2014; 37(6):1458-63.
17. Moshiri M, Osman S, Bhargava P, Maximin S, Robinson TJ, Katz DS. Imaging evaluation of maternal complications associated with repeat cesarean deliveries. *Radiologic Clinics* 2014; 52(5):1117-35.
18. Scribner D, Fraser R. Diagnosis of acquired uterine arteriovenous malformation by doppler ultrasound. *The Journal of emergency medicine* 2016; 51(2):168-71.
19. Maleux G, Timmerman D, Heye S, Wilms G. Acquired uterine vascular malformations: radiological and clinical outcome after transcatheter embolotherapy. *European radiology* 2006; 16(2):299-306.
20. Yoon DJ, Jones M, Al Taani J, Buhimschi C, Dowell JD. A systematic review of acquired uterine arteriovenous malformations: pathophysiology, diagnosis, and transcatheter treatment. *American Journal of Perinatology Reports* 2016; 6(01):e6-14.
21. Akashi K, Tanno K, Chikazawa K, Mikami Y, Netsu S, Konno R. Expectant management of a case of uterine arteriovenous malformation with an ovarian artery aneurysm. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2016; 42(5):579-83.
22. Levy-Zaubermann Y, Capmas P, Legendre G, Fernandez H. Laparoscopic management of uterine arteriovenous malformation via occlusion of internal iliac arteries. *Journal of minimally invasive gynecology* 2012; 19(6):785-8.
23. Kaump GR, Spies JB. The impact of uterine artery embolization on ovarian function. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2013; 24(4):459-67.
24. Chen Y, Wang G, Xie F, Wang B, Tao G, Kong B. Embolization of uterine arteriovenous malformation. *Iranian journal of reproductive medicine* 2013; 11(2):159.
25. Duan XH, Wang YL, Han XW, Chen ZM, Chu QJ, Wang L, et al. Caesarean section combined with temporary aortic balloon occlusion followed by uterine artery embolisation for the management of placenta accreta. *Clinical radiology* 2015; 70(9):932-7.
26. Eriksson LG, Mulic-Lutvica A, Jangland L, Nyman R. Massive postpartum hemorrhage treated with transcatheter arterial embolization: technical aspects and long-term effects on fertility and menstrual cycle. *Acta Radiologica* 2007; 48(6):635-42.