

گزارش یک مورد حاملگی سرویکال در ترم

دکتر طاهره اشرف گنجویی^۱، دکتر مریم السادات حسینی^۲، دکتر زهرا واحدپور فرد^{۳*}،

دکتر میترا رفیع زاده^۴

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۴. استادیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۹

خلاصه

مقدمه: حاملگی نابجای سرویکال، یک وضعیت بالینی نادر است و شایعترین علامت آن، خونریزی واژینال می باشد که با جفت سرراهی، تشخیص افتراقی دارد. سونوگرافی ترانس واژینال جهت تشخیص، و سونوگرافی سه بعدی و ام آر آی در تأیید تشخیص حاملگی نابجای سرویکال کمک کننده می باشند.

گزارش مورد: بیمار، خانم ۲۵ ساله با حاملگی اول و خونریزی واژینال بدون درد در سه ماهه اول و سونوگرافی ۱۴ هفتگی مبنی بر قرارگیری کامل جفت روی کانال سرویکس و چندین بار تکرار خونریزی در سه ماهه دوم و سوم، در هفته ۳۷ بارداری به دلیل درد زایمان، تحت عمل سزارین قرار گرفت. حین سزارین به نظر می رسید که جفت از قدام تا خلف، سوراخ داخلی سرویکس را کاملاً پوشانده است. در قسمت بالای حفره ای که جنین خارج شده بود، فوندوس رحم در حد حاملگی ۱۰ هفته وجود داشت. به دلیل عدم کنترل خونریزی، هیستریکتومی انجام شد و بیمار پس از ۲ هفته بستری، بدون هیچ گونه عارضه ای مرخص شد. پاتولوژی جایگزین جفت داخل کانال سرویکس را گزارش کرد (حاملگی سرویکال).

نتیجه گیری: بالاترین سن حاملگی سرویکال که تاکنون گزارش شده، ۱۴ هفته بوده است، در حالی که بیمار حاضر، اولین موردی بود که حاملگی سرویکال تا سن ۳۷ هفته ادامه پیدا کرده بود. از آنجایی که بر اساس شرح حال و سونوگرافی های انجام شده، برای بیمار جفت سرراهی تشخیص داده شده بود، لذا توصیه می شود تمام بیماران باردار که با خونریزی واژینال مراجعه می کنند و در سونوگرافی، جفت پرویا گزارش می شود، از نظر حاملگی سرویکال با سونوگرافی سه بعدی یا ام آر آی بررسی شوند.

کلمات کلیدی: بارداری، جفت سرراهی، سرویکس، سزارین، هیستریکتومی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهرا واحدپور فرد؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۱۶۱۶۶۸۰؛ پست

الکترونیک: zahravahedpoor@gmail.com

مقدمه

حاملگی نابجای سرویکال، یک وضعیت بالینی نادر است (۱) که در کمتر از ۱ درصد تمام حاملگی های نابجا اتفاق می افتد (۲). شیوع این اختلال از یک در ۱۰۰۰ تا یک در ۹۵۰۰۰ حاملگی ها گزارش شده است (۳، ۴). این وضعیت در اثر جایگزینی تخم لقاح یافته در کانال سرویکس اتفاق می افتد. جایگزینی ممکن است در لایه فیبروماسکولر سرویکس هم اتفاق بیفتد (۱). هرچه تروفوبلاست، در قسمت بالاتری از کانال سرویکس جایگزین شود، احتمال رشد حاملگی داخل کانال و هموراژی افزایش می یابد. حاملگی سرویکال اولیه یا واقعی، نادر است ولی شیوع حاملگی سرویکوایسمیک و سرویکوایسمیک کورپورال بیشتر است. شیوع آن با روش های کمک باروری افزایش پیدا می کند. ۶۰ درصد از زنان با حاملگی سرویکال، سابقه دیلاتاسیون و کورتاژ دارند (۷).

معرفی بیمار

بیمار، خانم ۲۵ ساله افغانی الاصل با حاملگی اول که در طول ۳ ماهه نخست بارداری به دلیل خونریزی متناوب واژینال با تشخیص تهدید به سقط، تحت درمان با داروهای ضد سقط و استراحت نسبی قرار گرفته بود، در سونوگرافی هفته ۱۴ بارداری که به دلیل تکرار خونریزی انجام گرفت، جایگزینی کامل جفت روی کانال سرویکال گزارش شد. بیمار در هفته ۱۹ بارداری به دلیل خونریزی شدید واژینال به بیمارستان سطح ۲ مراجعه و تحت نظر قرار گرفت، ولی به دلیل احتمال خونریزی بیشتر و امکان

نیاز به هیستریکتومی، به بیمارستان سطح ۳ اعزام شد. در طول بستری، علائم حیاتی بیمار و ضربان قلب جنین، طبیعی بود و خونریزی واژینال تکرار نشد. بیمار پس از ۳ روز بستری، با توصیه به انجام منظم مراقبت پره ناتال و ذکر علائم هشدار ترخیص شد.

علی رغم توصیه های داده شده، بیمار به صورت مرتب جهت مراقبت مراجعه نکرد و مجدداً در سن بارداری ۲۹ هفته و ۴ روز با شکایت درد شکم و کمر، به بیمارستان مراجعه و تحت نظر قرار گرفت. پس از کنترل انقباضات بیمار و عدم وجود خونریزی واژینال، بیمار ترخیص شد. بیمار در سن بارداری ۳۷ هفته و ۳ روز، جهت تعیین زمان سزارین به درمانگاه پره ناتال بیمارستان مراجعه کرد که طی معاینات به دلیل انقباضات رحمی، بستری و تحت مراقبت قرار گرفت.

به دلیل برطرف نشدن انقباضات رحمی و تشدید آن، پس از کسب رضایت جهت انجام هیستریکتومی، بیمار به اتاق عمل منتقل و پس از بیهوشی عمومی، برش پوستی میدلاین داده و مثانه تا حد امکان پایین زده شد. برش عرضی روی رحم کمی بالاتر از حد معمول داده شد. جفت، زیر برش قرار داشت که از بالای آن، جنین به صورت بریج خارج و حاصل سزارین، دختری با وزن ۳ کیلوگرم و آپگار ۹/۱۰ بود. به نظر می رسید که جفت از قدام تا خلف سگمان تحتانی رحم کاملاً سوراخ داخلی سرویکس را پوشانده بود. در قسمت بالای حفره ای که جنین خارج شده بود، فوندوس رحم در حد حاملگی ۱۰ هفته وجود داشت. به نظر می رسید که حاملگی در کانال سرویکس اتفاق افتاده است (شکل ۱، ۲).



شکل ۱- تصویر سطح قدامی رحم بعد از خروج جنین



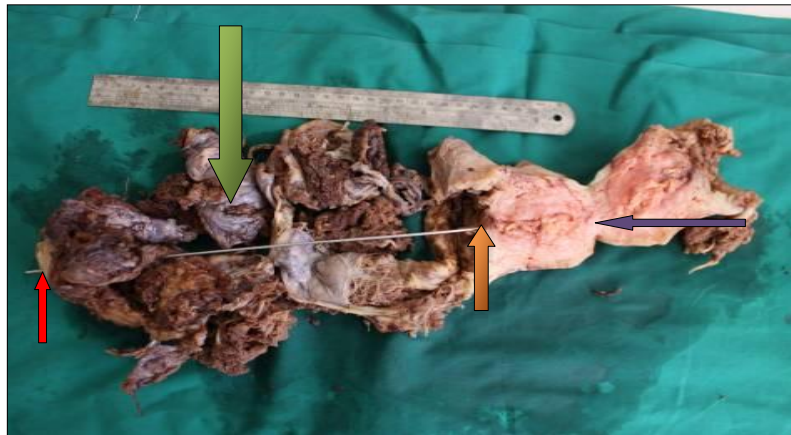
شکل ۲- تصویر سطح خلفی رحم بعد از خروج جنین

طی ۲ ساعت پس از عمل، علائم حیاتی بیمار ثابت بود. ضمناً در طول عمل و در واحد مراقبت های ویژه، بیمار ۴ واحد پک سل، ۴ واحد پلاسما منجمد تازه و ۱۰ واحد پلاکت دریافت کرد. سپس به دلیل افت فشار خون، افزایش ضربان قلب، آنوری، همچنین خونریزی واژینال، خروج خون از محل درن ها و لابلای بخیه ها، بیمار جهت لاپاراتومی مجدد به اتاق عمل منتقل شد. پس از باز کردن انسزیون، لخته های فراوان و حدود ۱/۵ لیتر خون از شکم بیمار خارج شد. شریان های ایلیاک

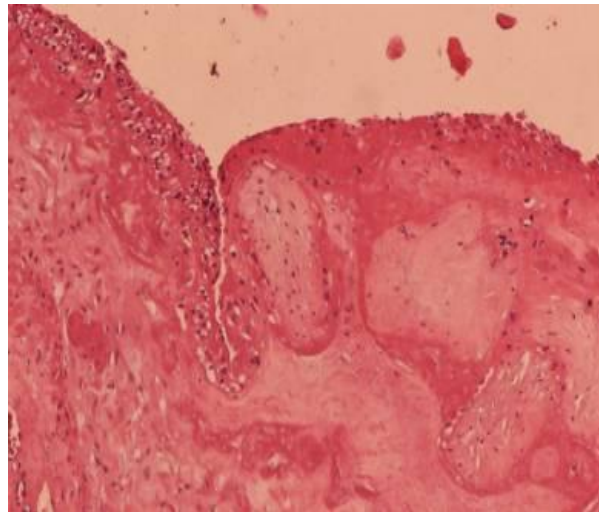
با حضور اورولوژیست، مسیر حالب مشخص شد و مثانه از چسبندگی جفت جدا و سپس هیستریکتومی انجام شد. بیمار در حین عمل، ۱۸ واحد پک سل و ۶ واحد پلاسما منجمد شده دریافت کرد. به دلیل ناپایدار شدن علائم حیاتی بیمار و از طرفی خونریزی منتشر و خفیف، ۶ عدد لنگاز و ۲ عدد درن هموواک داخل لگن گذاشته شد. سپس شکم بیمار بسته و بیمار اینتوبه به واحد مراقبت های ویژه منتقل شد.

جفت داخل کانال سرویکس جایگزین شده بود (شکل ۳) و در نمای میکروسکوپی آندومتر، تغییرات دسیدوایی بدون نشانه ای از پرزهای جفتی و در سرویکس، تغییرات دسیدوایی در استروما، پرزهای هیالینی شده و فیبروز شده و یا طبیعی در استرومای سرویکس و یا در مجاورت پوشش اپی تلیالی آن مشاهده شد (شکل ۴).

داخلی دو طرفه بسته شد و نقاطی از کاف واژن که در حال خونریزی بود، هموستاز شد. پس از گذاشتن درن، شکم بیمار بسته شد. بیمار در حین عمل، ۵ واحد پک سل و ۱۲ واحد پلاکت دریافت کرد. بیمار مجدداً به واحد مراقبت های ویژه منتقل شد و پس از دو هفته بستری، بدون هیچ گونه عارضه ای مرخص شد. گزارش پاتولوژی به این صورت بود: در نمای ماکروسکوپی، حفره آندومتر کاملاً کوچک و خالی و



شکل ۳- نمای ماکروسکوپی رحم و جفت داخل کانال سرویکس (توضیح فلش ها سبز: جفت، بنفش: حفره آندومتر، قرمز: سوراخ خارجی سرویکس، نارنجی: سوراخ داخلی سرویکس)



شکل ۴- پرزهای جفتی در استرومای دسیدوایی شده سرویکس در مجاورت پوشش سرویکس (بزرگ نمایی ۱۰)

بحث

شیوع حاملگی سرویکال ممکن است از آنچه تشخیص داده می شود، بیشتر باشد، زیرا اکثر حاملگی های سرویکال به طور خودبخودی در سه ماهه اول بارداری سقط می شوند و یا ممکن است حاملگی سرویکال با مرحله سرویکال سقط خودبخودی اشتباه شود (۵).

خونریزی بدون درد واژینال در ۹۰ درصد از زنان با حاملگی سرویکال گزارش شده و حدود یک سوم آنها دچار خونریزی شدید می شوند. تنها یک چهارم این زنان، درد شکمی همراه با خونریزی دارند (۷). همانطور که گفته شد، بیمار حاضر در سه ماهه اول و دوم بارداری با خونریزی های متناوب واژینال مراجعه می کرد که با توجه به گزارش سونوگرافی، برای او تشخیص جایگزینی جفت در سگمان تحتانی داده می شد، ولی هیچ گاه خونریزی شدید تهدید کننده حیات که نیاز به ختم بارداری باشد، در او اتفاق نیفتاد.

در حاملگی های سرویکال با پیشرفت حاملگی، سرویکس با دیواره نازک و متسع با سوراخ خارجی نسبتاً باز آشکار می شود. بالای توده سرویکال، فوندوس رحم کمی بزرگ لمس می شود (۷).

شناسایی حاملگی سرویکال بر پایه معاینه با اسپکولوم، لمس و سونوگرافی ترانس واژینال می باشد. یافته های سونوگرافی شامل رحم خالی و حاملگی داخل کانال سرویکال است (۷). در بیمار حاضر، حاملگی سرویکال تشخیص داده نشد، زیرا اولاً به دلیل شیوع اندک حاملگی سرویکال، احتمال آن در نظر گرفته نشد و ثانیاً چون سونوگرافی شکمی، جفت سرراهی گزارش کرده بود، از معاینه و سونوگرافی ترانس واژینال که ممکن بود باعث خونریزی غیر قابل کنترل شود، پرهیز شد.

MRI و سونوگرافی سه بعدی به تأیید تشخیص حاملگی سرویکال کمک می کند (۷). تشخیص افتراقی حاملگی سرویکال شامل: کارسینوم سرویکال، میوم زیر مخاطی برجسته شده داخل کانال سرویکس یا میوم

سرویکال، تومور تروفوبلاستیک و جفت سرراهی می باشد (۷). در صورت تشخیص حاملگی سرویکال، اداره بیماران با حاملگی نابجای سرویکال در سه ماهه اول شامل: درمان طبی با متوترکسات و درمان جراحی با دیلاتاسیون و کورتاژ می باشد (۸).

مروری بر مقالات نشان داد که موارد مشابهی که به طور اولیه به عنوان حاملگی های سرویکال ترم توصیف شده بودند، احتمالاً سرویکوایسمیک بوده اند (۶). در بیشتر حاملگی های سرویکال که به ترم می رسند، قسمت بزرگی از جفت، داخل حفره آندومتر و قسمت کوچکی از آن، داخل سرویکس است (۶). همانطور که قبلاً گفته شد در بیمار حاضر، جفت کاملاً در کانال سرویکس جایگزین شده بود.

خلاصه

در بیمار حاضر با توجه به شواهد حین عمل و گزارش نتایج پاتولوژی مبنی بر حضور پرزهای جفتی در داخل کانال سرویکس و عدم گسترش جفت به داخل حفره آندومتر، به نظر می رسد که حاملگی سرویکال واقعی است که تا ترم رسیده است، در حالی که موارد مشابهی که به طور اولیه به عنوان حاملگی های سرویکال ترم توصیف شده بودند، سرویکوایسمیک بوده اند.

با توجه به اینکه تاکنون هفته ۱۴ بارداری، بالاترین سن بارداری بوده که حاملگی سرویکال تا آنجا ادامه پیدا کرده، بنابراین بیمار حاضر اولین مورد حاملگی سرویکال ترم است (۷).

نتیجه گیری

توصیه می شود تمام بیمارانی که با خونریزی واژینال در سه ماهه اول بارداری مراجعه می کنند و در سونوگرافی، جفت پرویا گزارش می شود، از نظر گسترش جفت به داخل سرویکس با سونوگرافی سه بعدی یا MRI بررسی شوند.

1. Ozawa N, Takamatsu K, Fujii E, Saito H. Pregnancy implanted in the fibromuscular layer of the cervix: a case report. *J Reprod Med* 2006 Apr;51(4):325-8.
2. Marcovici I, Rosenzweig BA, Brill AI, Khan M, Scommegna A. Cervical pregnancy: case reports and a current literature review. *Obstet Gynecol Surv* 1994 Jan;49(1):49-55.
3. Ranade V, Palermino A, Tronik B. Cervical Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1978 Apr;51(4):502-3.
4. Hofmann HM, Urdl W, Hofler H, Honigl W, Tamussino K. Cervical pregnancy: case reports and current concepts in diagnosis and treatment. *Arch Gynecol Obstet* 1987;241(1):63-9.
5. Paalman RJ, McElin TW. Cervical pregnancy: review of the literature and presentation of cases. *Am J Obstet Gynecol* 1959 Jun;77(6):1261-70.
6. David MP, Bergman A, Delighdish L. Cervico-isthmic pregnancy carried to term. *Obstet Gynecol* 1980 Aug;56(2):247-52.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York:McGraw Hill;2010.
8. Berek JS, Berek DL. *Berek & Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins Health;2012.