

گزارش یک مورد هیستریکتومی همراه با جنین در بیمار مبتلا به رحم فیبروماتوز و پارگی زودرس کیسه آب

دکتر سیده حورا موسوی واحد^۱، مهسا دهقانی^۲، دکتر سیده اعظم

پورحسینی^{۳*}، دکتر سید مصطفی پشنگ^۳، دکتر فرشته بزومی^۴

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۳. متخصص بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دستیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۰۶

خلاصه

مقدمه: میوم رحمی، یک توده خوش خیم رحمی می باشد که شیوع آن در حاملگی ۱۰/۷-۱/۶٪ بوده و با افزایش خطر عوارض مامایی و افزایش میزان سزارین و خونریزی بعد از زایمان همراه می باشد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۴ ساله G4L2Ab1 با سن حاملگی ۲۲ هفته بود که به دلیل پارگی زودرس کیسه آب و رحم میوماتوز همراه با میوم بزرگ سرویکس که کانال زایمانی را مسدود کرده بود، بستری گردید و کاندید سزارین و توبکتومی شد و در حین عمل به دلیل احتمال خونریزی شدید در صورت برش بر روی رحم (با توجه به کامل بودن پاریتی و تمایل بیمار برای برداشتن رحم) تصمیم به هیستریکتومی همراه با جنین و بدون برش بر روی رحم گرفته شد تا از خونریزی شدید و موربیدیتی مادر جلوگیری شود.

نتیجه گیری: هیستریکتومی همراه با جنین یکی از روش هایی است که در مواردی که رحم دارای میوم های متعدد بوده و جنین قابل حیات نمی باشد و پاریتی مادر کامل بوده و اندیکاسیون ختم حاملگی به روش سزارین وجود دارد، می تواند انجام شود تا از خونریزی شدید، ترانسفوزیون و موربیدیتی مادر جلوگیری شود.

کلمات کلیدی: پارگی زودرس کیسه آب، رحم فیبروماتوز، هیستریکتومی همراه با جنین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سیده اعظم پورحسینی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک: pourhoseinia@mums.ac.ir

مقدمه

میوم رحمی (لیومیوم)، تومور خوش خیم عضله صاف رحم می باشد. شیوع میوم در حاملگی ۱۰/۷-۱/۶٪ می باشد (۱، ۲). این تومور دارای گیرنده های استروژن، پروژسترون و هورمون آزاد کننده گونادوتروپین بوده و ممکن است تحت شرایطی نظیر حاملگی و مصرف مقادیر بالای استروژن رشد کرده و پس از یائسگی و یا مصرف داروهای آنتی استروژنی و یا آنتی پروژستینی کوچک شود. شایع ترین علامت آن، خونریزی غیرطبیعی رحم و سپس احساس فشار و سنگینی در داخل لگن، دیسمنوره ثانویه و اثرات فشاری از جمله تکرر ادرار و یبوست می باشد.

تشخیص بیماری، بالینی بوده (۹۵٪) و در معاینه دودستی، رحم به طور نامتقارن بزرگ و دارای توده های نسبتاً سفت و غیرحساس می باشد و با سونوگرافی، هیستروسکوپی یا هیستروسالپینگوگرافی تأیید می شود. بر حسب یافته های احتمالی و تشخیص های افتراقی، بایستی بررسی های تکمیلی نیز انجام شود. اکثر بیماران اندیکاسیونی برای درمان طبی و جراحی ندارند و به طور کلی اکثر موارد بدون علامت را می توان بدون درمان خاصی تحت نظر قرار داد. در این حالت بیماران بایستی از نظر رشد تومور در ابتدا هر ۳-۶ ماه مورد معاینه و ارزیابی قرار گیرند و در صورت عدم رشد تومور می توان فواصل معاینه را به یک سال افزایش داد. در صورت وجود علائم خفیف و غیر مسئله ساز می توان به صورت علامتی درمان نمود. در حال حاضر درمان های طبی فقط باعث جلوگیری از رشد و پیشرفت تومور می شوند و به طور کامل درمان نمی کنند.

درمان اصلی لیومیوم، جراحی است که ممکن است به طریق میومکتومی در بیمارانی که تمایل به بچه دار شدن دارند و یا تحمل جراحی های بزرگ و یا هیستروکتومی را ندارند، انجام شود (۳). در طی بارداری، میوم دستخوش تغییراتی می شوند و بسته به محل و اندازه و نوعشان، سبب ایجاد پیامدهای نامطلوب در برخی بارداری ها می شوند. عوارض مامایی در بیمار مبتلا به میوم در حاملگی مختصری افزایش می یابد که شامل سقط، پره ترم لیبر، قرارگیری نامناسب جنین در داخل رحم و دکولمان

جفت می باشد. همچنین خطر سزارین، خونریزی بعد از زایمان و پارگی زودرس پرده های جنینی در حاملگی پیش از موعد (PPROM)^۱ نیز افزایش می یابد (۱، ۲، ۴).

در این مطالعه یک مورد هیستروکتومی همراه با جنین در بیمار مبتلا به رحم فیبروماتوز و پارگی زودرس کیسه آب گزارش می شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله G4L2Ab1 بود که با شکایت آبریزش به بیمارستان امام رضا (ع) مشهد مراجعه کرد. آبریزش از ۳ روز قبل شروع شده بود. لکه بینی از ابتدای بارداری وجود داشت. سن حاملگی بر اساس LMP و سونوگرافی، ۲۲ هفته و ۶ روز بود. سابقه بیماری طبی نداشت، ولی سابقه میوم رحمی از ۶ سال قبل را ذکر می کرد. بیمار سابقه یک نوبت کورتاژ ۱۱ سال قبل و یک زایمان طبیعی ۱۰ سال قبل و یک بار سزارین ۶ سال قبل داشت و داروی خاصی به جز مکمل بارداری استفاده نمی کرد.

در معاینات انجام شده، علائم حیاتی پایدار بود. ارتفاع رحم ۳۰ هفته و قلب جنین نرمال بود. در معاینه با اسپکولوم سرویکس دیده نشد و آبریزش واضح نداشت. در معاینه واژینال، سرویکس در پشت سمفیز پوبیس به دست می خورد که بسته بود و میوم حجیم به سایز ۸ سانتی متر در کلدوساک خلفی به دست می خورد که سرویکس را به قدام منحرف کرده بود. تست آمنیوشور انجام شد که مثبت بود.

در سونوگرافی انجام شده، جنین زنده ۲۲ هفته، جفت قدامی و AFI صفر بود. فیبروم متعدد غیرقابل شمارش اینترامورال ساب سروز وجود داشت. ۲ فیبروم ۷۳ و ۷۸ میلی متری در سگمان تحتانی مجاور سرویکس و داخل سرویکس وجود داشت و بزرگ ترین فیبروم، ۱۲۳ میلی متر در لترال بادی رحم وجود داشت.

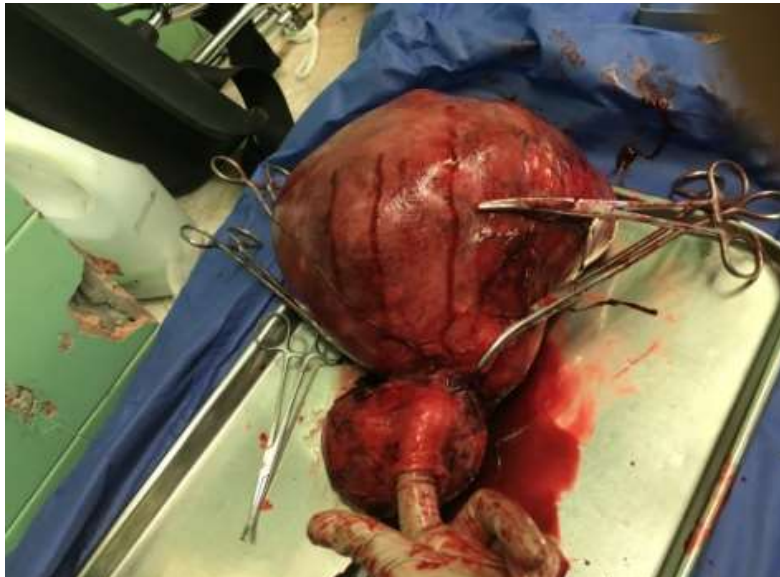
در آزمایشات بیمار CBC و U/A نرمال، هماتوکریت ۳۷٪ و گروه خونی O⁺ بود. با توجه به PPRM و سن حاملگی ۲۲ هفته و قابلیت حیات نداشتن جنین،

¹ Preterm premature rupture of the membranes

حدود ۳۰ هفته و حاوی میوم‌های متعدد در قدام، لترال، خلف رحم سگمان تحتانی و سرویکس بود که برای خروج جنین باید روی میوم برش زده می‌شد که احتمال خونریزی شدید وجود داشت. در نتیجه برای اجتناب از خونریزی شدید و جلوگیری از موربیدیتی مادر با توجه به وجود چندین میوم در دیواره قدامی و محل برش سزارین، تصمیم به هیستریکتومی همراه با جنین و بدون برش روی رحم گرفته شد. حین انجام هیستریکتومی حالب‌ها در معرض دید قرار گرفت و تا انتهای عمل نرمال بود. هیستریکتومی توتال انجام شد و بعد از برقراری هموستاز شکم بسته شد.

پس از مشاوره با بیمار و همسرش تصمیم به ختم حاملگی گرفته شد. با توجه به اینکه بیمار هم سابقه زایمان طبیعی و هم سزارین داشت، در شرایط مناسب می‌توانست زایمان طبیعی کند، ولی با توجه به وجود میوم‌های حجیم در سرویکس و سگمان تحتانی رحم، امکان زایمان طبیعی وجود نداشت و تصمیم به سزارین گرفته شد.

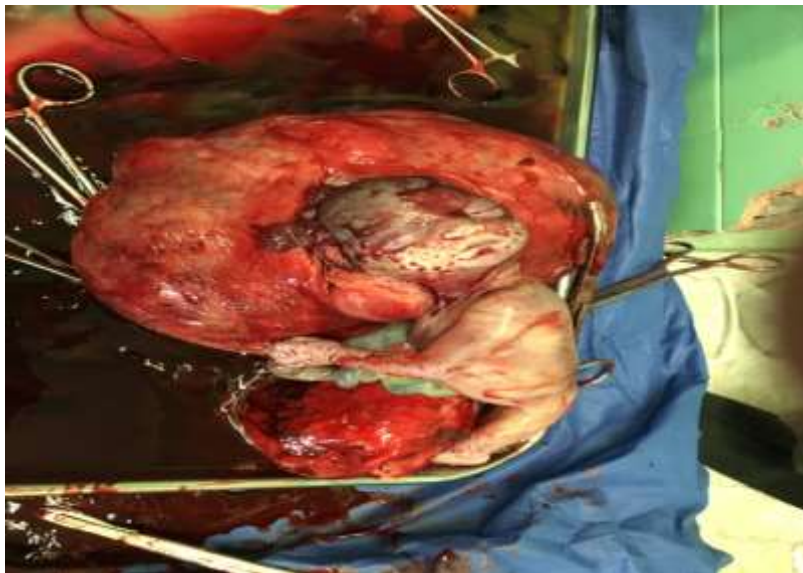
قبل از جراحی توضیحات کامل برای بیمار و همسرش در مورد احتمال خونریزی شدید حین سزارین داده شد و رضایت هیستریکتومی گرفته شد و بیمار منتقل اتاق عمل شد. شکم با برش مدین تا بالای ناف باز شد. رحم



شکل ۱- رحم فیبروماتوز هیستریکتومی شده



شکل ۲- برش بر روی رحم فیبروماتوز هیستریکتومی شده



شکل ۳- جنین خارج شده از رحم فیبروماتوز

بحث

فیبروئید معمولاً در حاملگی بدون علامت است، ولی گاهی درد فشار لگنی و خونریزی واژینال ایجاد می‌شود. افزایش عوارض مامایی در فرد باردار مبتلا به فیبروئید مشاهده می‌شود. یکی از این عوارض، سقط است که در فیبروئید ساب موکوزال به دلیل تداخل در لانه‌گزینی ایجاد می‌شود. عارضه دیگر، زایمان زودرس است که به دلیل عدم قابلیت اتساع رحم دارای فیبروئید اتفاق می‌افتد. خونریزی آنته پارتوم و دکولمان نیز در فیبروئید افزایش می‌یابد (۴). PPRM در صورتی که فیبروئید در تماس مستقیم با جفت باشد، اتفاق می‌افتد (۵). بیمار معرفی شده گزارش حاضر در سن حاملگی ۲۲ هفته و رحم دارای فیبروم متعدد بود که دچار آبریزش شده و به دلیل سن حاملگی کمتر از ۲۴ هفته (مرز سنی قابل حیات بودن جنین)، اندیکاسیون ختم بارداری داشت و تصمیم به سزارین گرفته شد.

میومکتومی معمولاً طی حاملگی و یا حین سزارین انجام نمی‌شود. اندیکاسیون قطعی میومکتومی در حاملگی، ایجاد شکم حاد در اثر تورشن فیبروم ساب سرور می‌باشد.

وجود فیبروئید در حاملگی، اندیکاسیون سزارین نیست و باید سعی در انجام زایمان طبیعی نمود، مگر اینکه میوم باعث پرزانتاسیون غیرطبیعی جنین و یا عدم پیشرفت زایمان یا انسداد کانال زایمانی شده باشد.

پس از عمل برش بر روی رحم زده شد که جنین ۵۶۰ گرمی با آپگار صفر متولد شد. بیمار حین عمل ۴۰۰ سی‌سی خونریزی داشت و نیاز به تزریق خون نشد و هماتوکریت پس از عمل ۳۵٪ بود. بیمار بدون موربیدیتی و با حال عمومی خوب بعد از ۴۸ ساعت مرخص شد.

گزارش پاتولوژی:

ماکروسکوپی: رحم با وزن ۲۹۹۹ گرم، جسم رحم به طول ۲۰ سانتی‌متر، فوندوس به اقطار ۱۴×۲۱، ضخامت آندومتر ۰/۴ و میومتر ۲/۵ سانتی‌متر، دارای ۱۰ میوم اینترامورال به اقطار ۰/۵ تا ۱۰/۵ سانتی‌متر و سرویکس به طول ۹ سانتی‌متر و قطر دهانه ۲ سانتی‌متر و یک میوم به قطر ۸ سانتی‌متر در خلف سرویکس وجود داشت.

جفت به ابعاد ۱۲×۱۱×۲/۵ سانتی‌متر و بند ناف به قطر یک سانتی‌متر بود.

میکروسکوپی: آندومتر دسیدوالیزه با تغییرات نکروتیک و هموراژیک و در محل اتصال با پرولیفراسیون سلول‌های تروفوبلاستی در لابلاهی الیاف عضلانی صاف همراه با ویلوزیته‌های کوریال و پرده‌های جنینی با التهاب حاد مشاهده شد. در دیواره رحم پرولیفراسیون سلول‌های عضلانی صاف با طرح فاسیکولر با آتیپی سیتونوکلئو و بدون نکروز و با میتوز اندک مشهود بود. سرویکس با التهاب مزمن و متاپلازی اسکواموس مخاط آندوسرویکال همراه با لیومیوم اینترامورال بود.

مانک و همکار (۱۹۹۲)، ۱۳ بیمار مبتلا به سرطان سرویکس مهاجم تحت رادیکال هیستریکتومی همراه با جنین و لنفادنکتومی قرار گرفتند و ۸ بیمار ابتدا تحت سزارین و به دنبال آن رادیکال هیستریکتومی و لنفادنکتومی قرار گرفتند که در گروه اول میزان خونریزی ۷۷۷ میلی‌لیتر و در گروه دوم ۱۷۵۰ میلی‌لیتر بود که از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0.01$)، ولی سایر عوارض در دو گروه مشابه بود (۷). در مطالعه حاضر که هیستریکتومی همراه با جنین انجام شد، ۴۰۰ سی‌سی خونریزی وجود داشت و نیاز به خون نشد.

در مطالعه واتانایی و همکاران (۲۰۰۹)، ۱۲ بیمار با سرطان مهاجم سرویکس تحت رادیکال هیستریکتومی قرار گرفتند که در ۴ بیمار رادیکال هیستریکتومی با جنین و در ۸ بیمار رادیکال هیستریکتومی به دنبال سزارین انجام شد که در هر دو گروه موربیدیتی و بقاء مشابه بود (۸). در گزارش مورد براکرت و همکاران (۲۰۱۰) خانم ۳۳ ساله با حاملگی ۱۷ هفته حاصل IVF به دلیل شکم حاد و فشارخون پایین تحت لاپاراتومی قرار گرفت که هموپریتوئن در شکم وجود داشت و خونریزی از عروق رحمی وجود داشت که به دلیل عدم توانایی در برقراری هموستاز، هیستریکتومی با جنین انجام شد که بیمار ۱۴ لیتر خونریزی کرد و ۲۰ واحد گلبول قرمز فشرده، پلاکت و پلاسمای منجمد تازه دریافت کرد و در نهایت با حال عمومی خوب مرخص شد (۹).

نتیجه‌گیری

فیبروم در حاملگی می‌تواند سبب افزایش عوارض حاملگی شود. روش زایمان ارجح در موارد فیروئید، زایمان واژینال می‌باشد و سزارین در موارد اندیکاسیون مامایی انجام می‌شود. تا حد امکان نباید میومکتومی در طی بارداری و در حین سزارین انجام شود، چون احتمال خونریزی شدید وجود دارد. هیستریکتومی همراه با جنین بیشتر در سرطان‌های سرویکس با درجه بالا که در نیمه اول حاملگی کشف می‌شوند، به کار می‌رود، اما با توجه به تصمیم بیمار و نوع پاتولوژی (سرطان سرویکس، رحم میوماتوز، تورشن رحمی منجر به نکروز) و نظر جراح در

در بیمار ذکر شده به دلیل انسداد کانال زایمان، امکان زایمان طبیعی وجود نداشت و باید سزارین انجام می‌شد که برش پوستی باید عمودی باشد و برش روی رحم به صورت کلاسیک یا خلفی در محل غیرمیوم زده می‌شود.

هیستریکتومی همراه با جنین بیشتر در سرطان‌های سرویکس با درجه بالا که در نیمه اول حاملگی کشف می‌شوند، به کار می‌رود، اما با توجه به تصمیم بیمار و نوع پاتولوژی (سرطان سرویکس، رحم میوماتوز، تورشن رحمی منجر به نکروز) و نظر جراح در حین عمل جراحی، می‌توان به منظور سهولت انجام عمل و در نتیجه کاهش مدت زمان عمل جراحی و کاهش میزان خونریزی، از این روش استفاده کرد.

در بیمار ذکر شده چون کل رحم میوماتوز بود، باید بر روی میوم برش زده می‌شد که احتمال خونریزی شدید و ترانسفوزیون و احتمال هیستریکتومی وجود داشت و با توجه به کامل بودن پاریتی مادر، تصمیم به هیستریکتومی همراه با جنین و جفت برای جلوگیری از موربیدیتی مادر گرفته شد که هیچ‌گونه موربیدیتی برای مادر ایجاد نشد.

برای یافتن مقالات و مطالعات مشابه به پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف جستجو شدند که مقاله‌ای تحت عنوان هیستریکتومی همراه با جنین در رحم میوماتوز یافت نشد، ولی هیستریکتومی همراه با جنین در موارد سرطان سرویکس و تورشن رحم انجام شده بود. در مطالعه مورگان و همکاران (۲۰۱۱) خونریزی قبل از زایمان در گروه مادران با فیروئید (۳۰ نفر از ۶۵ نفر)، نسبت به گروه مادران بدون فیروئید (۱۱ نفر از ۱۶۵ نفر) و PPRM در گروه مادران با فیروئید (۱۱ نفر از ۶۵ نفر) نسبت به گروه مادران بدون فیروئید (۱۱ نفر از ۱۶۵ نفر) بیشتر بود (۵). در مطالعه حاضر نیز خونریزی از ابتدای بارداری وجود داشت و PPRM اتفاق افتاده بود.

در گزارش مورد کوهیل و همکار (۲۰۱۳) هیستریکتومی همراه با جنین در رحم زن باردار که دچار تورشن شده بود و کاملاً هایپرواسکولار و محتقن بود، انجام شده بود که عارضه‌ای برای مادر ایجاد نشده بود (۶). در مطالعه

شدید، نیاز به ترانسفوزیون و موربیدیتی ناشی از آن جلوگیری شود، هرچند مطالعات بیشتری برای بررسی فواید و مطالب این روش باید انجام شود.

حین عمل جراحی، می‌توان به منظور سهولت انجام عمل و در نتیجه کاهش مدت زمان عمل جراحی و کاهش میزان خونریزی، از این روش استفاده کرد تا از خونریزی

منابع

1. Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006; 107(2 Pt 1):376-82.
2. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5):1056-63.
3. Feizi I, Samadi R, Samadi N. A Case Report of large Subserosal Myoma. *J Ardabil Univ Med Sci* 2011; 11(2):186-190.
4. Lee HJ, Norwitz ER, Shaw J. Contemporary management of fibroids in pregnancy. *Rev Obstet Gynecol* 2010; 3(1):20-27.
5. Morgan Ortiz F, Piña Romero B, Elorriaga García E, Báez Barraza J, Quevedo Castro E, Peraza Garay Fde J. [Uterine leiomyomas during pregnancy and its impact on obstetric outcome]. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(8):467-73.
6. Gohil A, Patel M. Torsion of Gravid Uterus Managed by Obstetric Hysterectomy with the Fetus In Situ. *J Obstet Gynaecol India* 2013; 63(4):279-81.
7. Monk BJ, Montz FJ. Invasive Cervical Cancer Complicating Intrauterine Pregnancy: Treatment With Radical Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1992; 80(2):199-203.
8. Watanabe Y, Tsuritani M, Kataoka T, Kanemura K, Shiina M, Ueda H, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer during pregnancy: a retrospective analysis of a single institution experience. *Eur J Gynaecol Oncol* 2009; 30(1):79-81.
9. Brouckaert OM, Oostenveld E, Quatero H. Spontaneous hemoperitoneum and fetal demise in a nulliparous woman requiring hysterectomy with fetus in situ. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110(3):273.