

گزارش یک مورد دفع واژینال میوم اینترامورال بعد از زایمان

دکتر معصومه میر تیموری^۱، دکتر سلمه دادگر^{۱*}، دکتر منیره پورجوادی^۲

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۱

خلاصه

مقدمه: لیومیوم ها، شایع ترین تومورهای خوش خیم رحم هستند که در دوران بارداری و زایمان نیز مشاهده می شوند و درمان قطعی آن، جراحی و حذف میوم است که در بارداری ممنوع و در زمان زایمان کمتر استفاده می شود. درمان های دارویی متعددی برای آن وجود دارد که هیچ کدام با حذف کامل میوم همراه نیستند، لذا در مطالعه حاضر، درمان دارویی خاص استفاده شده در یک بیمار که با دفع واژینال میوم همراه بود، معرفی می شود.

گزارش مورد: خانمی ۲۵ ساله با سابقه میوم داخل جدار، ۲ ماه پس از سزارین با شکایت خونریزی واژینال و گزارش توده ۴۷×۴۸ سانتی متری در داخل حفره رحم مراجعه کرد و با تشخیص احتمالی میوم دژنره تحت درمان با پروژسترون و آنتی بیوتیک قرار گرفت و ۱۷ روز بعد، میوم از راه واژن دفع شد.

نتیجه گیری: مهاجرت میوم از داخل جدار به داخل حفره رحم و دفع واژینال آن به دنبال درمان آنتی بیوتیکی و پروژسترون با دوز بالا از طریق کاهش یا قطع خون رسانی میوم محتمل است، لذا می توان از این درمان در بیمارانی که به طور صحیح انتخاب شده اند، استفاده کرد.

کلمات کلیدی: آنتی بیوتیک، پروژسترون، درمان، فیبروم

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سلمه دادگر؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۳۷۶۱۶۷۳۲-

۰۵۱ : پست الکترونیک: dadgars@mums.ac.ir

مقدمه

لیومیوم های رحمی، شایع ترین تومورهای خوش خیم رحم هستند که ممکن است به صورت زیر سروزی، داخل میومتری و یا زیر مخاطی باشند. تخمین زده می شود که میوم ها در تعداد زیادی از زنان واقع در سنین باروری وجود داشته باشند و اکثراً نیز بدون علامت هستند. میزان بروز این تومورها در بارداری حدود ۲٪ است که به ویژگی های جمعیت مورد نظر و دفعات انجام سونوگرافی بستگی دارد. بارداری تأثیر متفاوت و غیر قابل پیش بینی بر رشد میوم دارد که احتمالاً به دلیل اختلاف فردی در بیان ژن فیبرم، فاکتورهای رشد موجود در گردش خون و گیرنده های موضعی در میوم است (۱).

میزان بروز عوارض بارداری در زنان دارای فیبروئید حدود ۱۰٪ است. خطر عوارض بارداری، تحت تأثیر اندازه و محل قرار گیری میوم می باشد که شامل سقط جنین، زایمان زودرس، اختلال در رشد داخل رحمی جنین، بد قرار گرفتن جنین، دکولمان جفت، ایجاد انسداد در مسیر زایمان، افزایش سزارین و پارگی کیسه آب می باشد (۲، ۳).

جراحی و حذف میوم ها طی بارداری عمدتاً ممنوع است اما گاهی عدم تسکین درد ناشی از انفارکتوس و دژنراسیون میوم، درمان جراحی را ضروری می سازد (۱، ۳).

در برخی موارد، تشخیص میوم از سایر ضایعات آدنکس دشوار است و برای تشخیص قطعی باید سونوگرافی انجام شود. سونوگرافی یک روش تشخیصی ایمن و مناسب در دوران بارداری است، ولی در مواردی که نتایج سونوگرافی تشخیصی نیست، استفاده از MRI به تشخیص بهتر کمک می کند و امکان استفاده از روش های درمانی غیر تهاجمی را در بارداری فراهم می کند (۲، ۴).

درمان قطعی فیبرم، جراحی است که به چند شکل انجام می شود: میومکتومی شکمی، میومکتومی لاپاروسکوپی، میومکتومی هیستروسکوپی و هیستروکتومی که خود به طرق مختلف انجام می شود. درمان های دارویی شامل استفاده از ضد التهاب های غیر استروئیدی

(NSAID)^۱، آگونیست ها و آنتاگونیست های هورمون گونادوتروپین^۲، داروهای ضد پروژسترونی و IUD پروژسترونی می باشند، ولی هیچ کدام باعث حذف کامل میوم نمی شوند و فقط از رشد بیشتر آن جلوگیری می کنند و یا اندکی اندازه میوم را کاهش می دهند. در صورتی که درمان جراحی، مقدور و یا مناسب نباشد، از درمان های دارویی استفاده می شود. در صورت مواجهه با فیبروم در زمان سزارین، بسیاری از جراحان به دلیل نگرانی از عوارض حذف فیبروم در این زمان، از انجام میومکتومی خودداری می کنند (۲، ۳).

در زنانی که به دقت انتخاب شده اند، میومکتومی در زمان سزارین به صورت ایمن توسط جراح ماهر و با تجربه انجام می شود (۵). در مطالعه رومان و همکار (۲۰۰۴)، ۱۱۱ زن میومکتومی شده در زمان سزارین با ۲۵۷ زن میومکتومی نشده مقایسه شدند که افزایش عوارض در گروه میومکتومی شده مشاهده نشد، ولی قطعاً این جراحی باید توسط جراح با تجربه انجام شود (۶). با توجه به اینکه مهارت بسیاری از جراحان برای حذف میوم در حین سزارین کافی نیست و اکثر میوم ها بعد از زایمان کوچک می شوند، لذا بسیاری از جراحان، میوم ها را در زمان زایمان حذف نمی کنند و در صورت نیاز از جراحی با فاصله زمانی مناسب از سزارین و یا درمان های دارویی استفاده می کنند. از آنجایی که درمان دارویی به کار رفته در گزارش قعلی به صورت معمول استفاده نمی شود و گزارشی نیز در مورد دفع واژینال میوم به دنبال درمان دارویی وجود ندارد، معرفی این مورد خاص را لازم دانستیم.

گزارش مورد

بیمار خانمی ۲۵ ساله می باشد که با شکایت گذشتن از موعد زایمان و کاهش حرکات جنین در تاریخ ۱۳۹۰/۹/۱ به درمانگاه اورژانس بیمارستان ام البنین (س) مشهد مراجعه کرد. سن بارداری بیمار، ۴۱ هفته بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP)^۳ و

¹ Non-steroidal anti-inflammatory drug

² GnRH

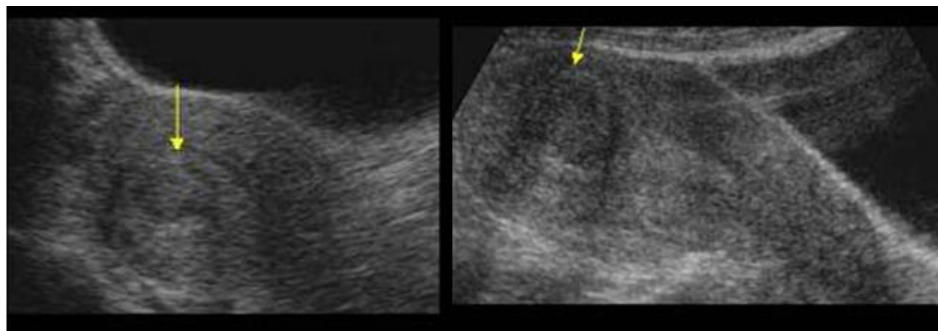
³ last menstrual period

۴۰ هفته و ۳ روز با سونوگرافی ۱۲ هفتگی بود و NST غیر اطمینان بخش داشت و به همین دلیل بستری شد.

بیمار با توجه به دستور جراح عمومی مبنی بر منع زایمان طبیعی به دلیل هموروئید گرید II توسط رزیدنت سال سوم کشیک تحت سزارین قرار گرفت.

در گزارش عمل جراحی بیمار، به میوم حجیم اینترامورال ۶×۶ سانتی متر در ناحیه فوندال چپ رحم اشاره شده بود و بدون هرگونه مداخله در مورد میوم، برش رحمی ترمیم شده بود. طبق معمول بیمارستان،

بیمار پس از اجابت مزاج در تاریخ ۱۳۹۰/۹/۳ با حال عمومی خوب ترخیص شد. ولی مجدداً در تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۷ به دلیل خونریزی واژینال به درمانگاه زنان بیمارستان ام البنین (س) مراجعه کرد. خونریزی روشن بود و روزانه ۴ پد استفاده می کرد. در تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۹ سونوگرافی انجام داده بود که رحم حدود ۶۷×۷۶ سانتیمتر و حاوی توده اکوژن ۴۸×۴۷ سانتیمتر با نواحی اکوفری گزارش شده بود و سه تشخیص مول هیداتیدفرم هیپرپلازی آندومتر و سرطان آندومتر مطرح شده بود (شکل ۱).



شکل ۱- تصویر سونوگرافی رحم بیمار

آزمایشگاهی قابل بررسی نبود. بیمار مجدداً تحت سونوگرافی قرار گرفت؛ رحم ۴۵×۷۶ سانتیمتر با مایع بین دو لایه سرویکس گزارش شد، توده هتروژن ۳۰×۵۸ سانتی متر در قسمت مرکزی رحم گزارش شد. درمان دارویی بیمار ادامه پیدا کرد ولی به دلیل ادامه علائم بیمار، در تاریخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۴ دستور بستری برای ساکشن کورتاژ داده شد.

صبح روز بستری، بیمار با توده حجیم صورتی رنگ کلسیفیه حدود ۴×۵ سانتی متر مراجعه کرد. همان روز توده دفع شده بود. مجدداً سونوگرافی انجام شد و رحم فاقد توده گزارش شد. توده جهت بررسی پاتولوژی ارسال شد و میوم رحمی با تغییرات دژنراتیو گزارش شد.

بحث

مدیریت میوم در بارداری، تحت نظر گرفتن، دادن مسکن و استراحت در بستر است و در صورتی که انقباضات زودرس زایمان اتفاق بیافتد، از داروهای توکولیتیک می توان کمک گرفت. تا سه ماه پس از

در تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۷ برای بیمار تیتراژ BHCG انجام شد که صفر گزارش شد و سونوگرافی ترانس واژینال در حضور جراح زنان انجام شد که رحم به ابعاد ۶۷×۸۶ سانتیمتر و حاوی توده اکوژن به ابعاد ۵۴×۷۶ سانتیمتر با فلوی خفیف در قسمت تحتانی گزارش شد، جسم خارجی و بدخیمی توسط رادیولوژیست مطرح شد.

ولی بر اساس نظر پزشک جراح و با توجه به عدم وجود میوم گزارش شده در حین جراحی در سونوگرافی اخیر و نمای سونوگرافیک، بیشتر میوم دژنره مطرح شد و با توجه به عوارض کورتاژ در این مرحله و تجربه قبلی جراح، تصمیم به درمان دارویی گرفته شد.

درمان با مدروکسی پروژسترون ۵ میلی گرم یک عدد هر ۸ ساعت، سفکسیم ۴۰۰ میلی گرم یک عدد روزانه و ایترومایسین ۴۰۰ میلی گرمی هر ۶ ساعت برای مدت ۲ هفته آغاز شد.

بیمار در تاریخ ۱۳۹۰/۱۲/۹ با شکایت دفع نسج مراجعه کرد ولی به دلیل دفع نسج به داخل دستشویی، از نظر

آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE^۳) یک درمان مناسب در زنان خاص مبتلا به میوم است، ولی آثار آن بر نارسایی زودرس تخمدان و باروری بعدی نامشخص است. دفع واژینال میوم داخل جدار و میوم زیر مخاطی بعد از UAE بیان شده که این اتفاق عارضه ثابت شده بعد از UAE می باشد و در حدود ۶-۳٪ زنان، روزها و هفته ها پس از آمبولیزاسیون میوم دفع شده دیده شده است.

دفع واژینال میوم که یک عارضه شناخته شده بعد از UAE می باشد، بعد از تجویز آگونیست ها (GnRH) و بعد از بارداری نیز می تواند ایجاد شود که به دلیل قطع ناگهانی خون رسانی به میوم است (۱۲).

بنابراین با توجه به اینکه روش های گسترده و متعددی برای درمان میوم وجود دارد و از آن جایی که داروهای مورد استفاده در بیمار فوق با کمترین عوارض ممکن همراه بودند، درمان فوق در نظر گرفته شد و تمام مراحل درمان توسط چند جراح نظارت شد. در بیمار توصیف شده به خاطر دریافت پروژسترون و ایجاد آتروفی، میوم داخل جدار به داخل حفره رحم مهاجرت کرده و از راه واژن دفع شد.

نتیجه گیری

مهاجرت میوم از داخل جدار به داخل حفره رحم و دفع واژینال آن به دنبال درمان آنتی بیوتیکی و پروژسترون با دوز بالا از طریق کاهش یا قطع خون رسانی میوم محتمل است، لذا می توان از این درمان در بیمارانی که به طور صحیح انتخاب شده اند، استفاده کرد.

زایمان، میوم به اندازه اولیه بر می گردد، بعد از این زمان مانند سایر بیماران دارای میوم می توان درمان های مختلف را بر حسب شرایط بیماران در نظر گرفت. گزارش های متفاوتی در مورد تأثیر درمان های مختلف دارویی وجود دارد (۳).

در یک مطالعه رندومیز کلینیکال تریال دوسوکور که در هندوستان انجام شد، ۴۰ بیمار با میوم علامت دار و سیتولوژی اندومتريال طبیعی به دو گروه دریافت کننده دارونما و ۱۰ میلی گرم میفه پریستون تقسیم شدند و به مدت ۳ ماه دارو گرفتند و ماهانه علائم مربوط به میوم و اندازه میوم بررسی شد. تفاوت معناداری در میزان خونریزی دو گروه در ماه اول ایجاد شد؛ دیسمنوره در گروه مورد کم شد و اندازه میوم پس از گذشت ۳ ماه کوچک شد (۷). در مطالعه هالدر و همکاران (۲۰۱۲) که در آمریکا انجام شد، از ۱ و ۲۵ دی هیدروکسی ویتامین D3 برای کوچک کردن میوم در موش ها استفاده شد و به این نتیجه رسیدند که دارو در دوز ۰/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز ایمن است و به خوبی تحمل شده و با کاهش اندازه میوم همراه می باشد (۸).

تنها مورد مشابه مطالعه حاضر توسط کیم و همکاران (۲۰۱۱) گزارش شد که دفع واژینال میوم رحمی به دنبال جراحی اولتراسونیک با هدایت رزونانس مغناطیسی (MRVFUS^۱) بود. در این مطالعه با روش MRVFUS، نکرور انعقادی در جسم میوم ایجاد شد و به دنبال آن دفع واژینال میوم در طول درمان گزارش شد (۹).

در مطالعه میکالسکا و همکاران (۲۰۱۱)، تأثیر درمان آنتی بیوتیکی بر سطح فاکتورهای آنژیوژنیک در بیماران با توده های خوش خیم ژنیکولوژیت گزارش شد. سطح بالای فیبرین باعث افزایش فعالیت فاکتورهای پیش ساز عروق می شود و می تواند با تشکیل میوم تداخل کند (۱۰). در مطالعه دیگری نیز یک مورد دفع واژینال میوم بعد از تخریب اندومتر با استفاده از نواشور (NEA^۲) گزارش شد (۱۱).

¹ Magnetic Resonance Guided Focused Ultrasound Surgery

² Novasure Endometrial Ablation

³ Uterine Artery Embolization

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hanth JC, Rouse DL, Spong CY. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Parker WH. Uterine fibroids. In: Berek JS, Berek DL. Berek & Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins; 2012. pp: 438-69.
3. Breech LL, Rock JA. Leiomyomata uteri and myomectomy. [Rock JA, Jones III HW trans]. Te Linde's operative gynecology. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins; 2008: 687-726.
4. Tomasik P, Bomba-Opon D, Krupniewski L, Palczewski P, Wielgos M. *Evaluation of uterine myomas during pregnancy* using magnetic resonance imaging. Neuro Endocrinol Lett 2014; 35(4):262-4.
5. Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI. Myomectomy during cesarian section. Int J Gynecol Obstet 2001; 75(1):21-5.
6. Roman AS, Tabsh KM. Myomectomy at time of delivery: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2004; 4(1):14.
7. Bagaria M, Suneja A, Vaid NB, Guleria K, Mishra K. Low-dose mifepristone in treatment of uterine leiomyoma: a randomised double-blind placebo-controlled clinical trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2009; 49(1):77-83.
8. Halder SK, Sharan C, Al-Hendy A. 1, 25-dihydroxyvitamin D3 treatment shrinks uterine leiomyoma tumors in the Eker rat model. Biol Reprod 2012; 86(4):116.
9. Kim CH, Kim SR, Lee HA, Kim SH, Chae HD, Kang BM. Transvaginal ultrasound-guided radiofrequency myolysis for uterine myomas. Hum Reprod 2011; 26(3):559-63.
10. Michalska M, Palatyńska-Ulatowska A, Palatyński A, Mirowski M, Kaplińska K, Nawrot-Modranka J, et al. Influence of antibiotic therapy on the level of selected angiogenic factors in patients with benign gynecologic tumors--preliminary report. Pharmazie 2011; 66(8):619-2
11. van Riemsdijk VM, Graziosi GC, Veersema S, Bongers M. Vaginal myoma expulsion after NovaSure endometrial ablation. J Minim Invasive Gynecol 2009; 6(4):496-7.
12. Tropeano G, Di Stasi C, Litwicka K, Romano D, Draisci G, Mancuso S. Uterine artery embolization for fibroids does not have adverse effects on ovarian reserve in regularly cycling women younger than 40 years. Fertil Steril 2004; 81(4):1055-61.