

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

گزارش موردی

گزارش یک مورد چرخش کامل رحم در رحم دو شاخ در ماه آخر حاملگی

دکتر اکرم شفیعی *

چکیده:

چرخش رحم در حاملگی به دور محور طولی خود عارضه ای نادر است و گزارشات معدودی در مورد چرخش رحم توأم با کیست تخمدان، فیبروم و ناهنجاریهای رحمی اعلام شده است. در هنگام مواجهه با این بیماران معمولاً تشخیص‌های افتراقی شایعتر مدنظر قرار می‌گیرد با رد مسائل شایع است که چرخش رحم مطرح می‌شود. بیمار موزد مطالعه زن ۲۰ ساله شکم اول بود که به علت درد شدید در ماه آخر حاملگی به بیمارستان فاطمیه همدان مراجعه کرده بود و در خصوص نامبرده عللی مانند پیلونفریت - دکولمان - دژنرسانس قرمز میوم و آپاندیسیت مطرح شد، ولی بعلت تشدید درد و رد علل فوق اقدام به باز شدن تشخیصی شکم گردید یک شاخ از رحم دو شاخ دو بار به دور محور طولی خود در جهت خلاف عقربه‌های ساعت چرخیده بود بطوریکه قسمت قدام رحم در خلف قرار گرفته بود، و رحم چرخیده در ایسم با شاخ دیگر رحم مشترک بود. سگمان رحمی تشکیل نشده بود و قسمت اعظم رحم کاملاً کیبود و محتقن بود. ابتدا رفع چرخش انجام شد. بعلت ناهنجاری مولرین و چرخش ۷۲۰ درجه رحم به دور محور طولی خود اقدام به هیسترکتومی ساب‌توتال شد به طوریکه تداوم شاخ دیگر با ایسم باقی ماند.

بیمار دو سال بعد در این مرکز تحت عمل سزارین قرار گرفت که حاصل آن نوزادی دختر و سالم بوده است.

کلید واژه ها: چرخش رحم / رحم دو شاخ / فیبروم

مقدمه:

اطلاق می‌شود که در محل اتصال رحم و سرویکس رخ می‌دهد. معمولاً بطور متوسط چرخش ۱۸۰ درجه است ولی بین ۶۰-۷۲۰ درجه نیز گزارش شده است بندرت چرخش سبب اختلال در گردش خون رحم و عوارض ناشی از آن می‌گردد. چرخش ۳۶۰ درجه رحم به دور محور طولی خود که به عنوان چرخش کامل رحم نامیده می‌شود بسته به سن حاملگی و شدت چرخش با دیسترس جنینی و حتی مرگ جنین همراه می‌باشد.

۲۱۲ مورد در سالهای ۱۹۹۰-۱۸۷۶ توسط جانسون

چرخش کامل رحم در دوران بارداری و توأم بودن آن با ناهنجاری‌های مولرین عارضه ای بسیار نادر می‌باشد و از علل شایع آن در طول حاملگی می‌توان فیبروم رحمی، کیست تخمدان و آنومالی‌های مجاری مولرین را نام برد (۱). در ۲۰ درصد موارد هیچگونه پاتولوژی توأم با چرخش رحم گزارش نشده است. اطلاعات در مورد این عارضه نادر در کتابهای مرجع محدود است. چرخش رحم بنا به تعریف به چرخش ۴۵ درجه در طول محور طولی

۱۲ ساعت بستری اقدام به لاپاراتومی تشخیصی شد.

یافته‌های حین جراحی:

شکم با برش طولی پایین باز شد. در حفره شکم، رحم دوشاخ که یک شاخ آن حاوی جنین بود وجود داشت. رحم سمت راست دو دور در حول محور طولی خود در خلاف جهت عقربه‌های ساعت در محل ایسم رحم پیچ خورده بود. بطوریکه سطح قدام رحم در خلف قرار گرفته بود. قسمت عمده رحم سیانوزه و نکروزه بود در سمت چپ شاخ دیگر با ابعاد ۸×۱۶ سانتی‌متر با تخمدان و لوله بظاهر طبیعی مشاهده شد. رحم دو بار در جهت عقربه‌های ساعت چرخانده شده و به موقعیت طبیعی برگردانده شد، دو شاخ رحم در قسمت سگمان با هم ارتباط داشتند قبل از تغییر موقعیت، رحم حالت محتقن و پر خون داشت. تخمدان و لوله‌ها کاملاً کبود بودند و بعلت عدم تشکیل سگمان، رحم با برش طولی باز شد نوزاد دختر با آپگار صفر در وضعیت بریج متولد شد بنظر می‌رسید که مدتی طولانی از مرگ جنین گذشته باشد در جدار رحم لخته‌های خون فراوان وجود داشت مایع آمنیوتیک شفاف بود. بعلت نکروزه بودن لوله و تخمدان و قسمت عمده شاخ رحمی حاوی جنین، هیستریکتومی ساب‌توتال انجام شد و تخمدان و لوله همان طرف خارج گردید شاخ دیگر رحم توام با سگمان و سرویکس همان طرف ابقا شد.

در طول مدت بستری بیمار مشکلی نداشت و سه روز بعد با حال عمومی خوب مرخص شد دو سال بعد بیمار در همین مرکز پذیرش شد و با روش سزارین نوزادی دختر و سالم دنیا آورد.

بحث:

ناهنجاریهای مادرزادی رحم از نقص یا اتصال یا جذب شدن سیستم تولید مثل مونث در خلال زندگی رویانی منشأ می‌گیرد (۴). چون اکثر این ناهنجاریها منجر به پیدایش تظاهرات بالینی نمی‌شود لذا برآورد کردن بروز آن مشکل است بیماران مبتلا به ناهنجاری علامت‌دار مولرین معمولاً نشانه‌های انسدادی یا اختلال عملکرد باروری را نشان می‌دهند (۵) و برای تشخیص میتوان از لاپاراسکوپي، هیستروسکوپي، سونوگرافی و MRI استفاده کرد (۶). بزرگ‌شدن رحم بطور یک طرفه سبب چرخش در ناهنجاری رحم می‌گردد که در صورت کامل بودن چرخش مرگ جنینی را می‌توان پیش‌بینی کرد. گزارشات معدودی در مورد چرخش رحم در مطالعات

گردآوری شده است کمترین سن حاملگی که در آن چرخش رخ داده است در هفته ششم حاملگی و بیشترین آن در هفته ۴۳ حاملگی بوده است. بیشترین موارد مشاهده شده در حاملگی ترم در مرحله اول زایمان رخ داده است. تاکنون مرگ مادر قبل از ۲۰ هفتهگی گزارش نشده است ولی با افزایش سن حاملگی میزان مرگ مادر افزایش می‌یابد به طوریکه در حاملگی کامل به ۹ درصد می‌رسد (۲). جهت درمان، رفع چرخش و یا برداشتن عامل مساعد کننده چرخش و یا حتی هیستریکتومی پیشنهاد می‌شود (۳).

معرفی بیمار:

بیمار زن ۲۰ ساله شکم اول با سن حاملگی حدوداً کامل است (۹ ماهه) که بعلت درد شدید در سال ۱۳۷۶ به بیمارستان فاطمیه همدان مراجعه می‌کند شروع درد از ۵ ساعت قبل از مراجعه بوده است که بتدریج تشدید یافته و توام با تهوع و استفراغ بوده است. حداکثر شدت درد در ناحیه ربع تحتانی چپ شکم بوده است و بیمار کاهش حرکت جنین را از روز قبل از مراجعه داشته است. سابقه خونریزی، آبریزش و علائم ادراری و تب و لرز نداشته است. سابقه بیماری خاصی را ذکر نکرده و سن بلوغ ۱۲ سالگی و قاعدگی مرتب داشته و ۸ ماه پیش ازدواج کرده است، در معاینه فیزیکی بیمار علائم حیاتی ثابتی داشته است. بیمار کاملاً بی‌قرار بنظر رسیده و سمع قلب و ریه نرمال بوده است. رنگ پریده نبود شکم در ناحیه رحم کاملاً حساس و تحت کشش بود درد کششی در ناحیه ربع تحتانی چپ شکم داشت درد پهلوئی چپ نداشت در معاینه واژن دیواره طولی داشت، در معاینه سرویکس، سرویکس سمت راست بسته و در سرویکس سمت چپ، سوراخ خارجی باز و سوراخ داخلی بسته بود. ارتفاع رحم ۳۹ سانتی‌متر و وزن جنین بطور تقریبی ۳۲۰۰ گرم حدس زده می‌شد. قلب جنین در بدو ورود مراجعه شنیده نشد در سونو انجام شده جنین واحد بریج فاقد قلب گزارش شده بود بیمار با تشخیص احتمالی ۱- دکولمان ۲- آپاندیسیت ۳- دژنراسانس قرمز میوم بستری شد، در نتایج آزمایشات اولیه یافته‌های مثبتی به نفع تشخیص‌های افتراقی مطرح شده وجود نداشت و علائمی مبنی بر پیشرفت دردهای زایمانی نبود.

آزمایش کامل ادرار منفی بود. هموگلوبین ۱۲ گزارش شده بود. بدین لحاظ با تشدید درد بیمار در طول

رحم از شکم خارج شود(۷).

چرخش رحم بارداری اغلب به سمت راست بوده است و طی بارداری شایع است اما اگر چرخش به اندازه‌ای باشد که باعث قطع جریان خون رحم شود ندرتاً شکم حاد رخ می‌دهد و بسیار نادر می‌باشد. چرخش رحم در ماه‌های اول بارداری ممکن است خود را به شکل حاملگی خارج از رحم نشان دهد در سه ماهه دوم چرخش شایع‌تر است و به طور ناگهانی ممکن است بروز کند. در صورتیکه چرخش همراه با تومور یا میوم رحمی باشد علائم تومور نیز به سایر اقدامات جراحی شامل رفع چرخش همراه با میومکتومی (در صورتیکه میوم پایه‌دار باشد) توصیه می‌شود. خارج کردن تخمدان یا هیستریکتومی نیز لازم است. ناهنجاری مجاری مولرین همراه با حاملگی ممکن است شامل هر دو شاخ باشد و یا یک شاخ حاملگی کامل را در برگیرد. از آنجائیکه چرخش رحم نادر است ابتدا ذهن به طرف مسائل شایع مانند پیلونفریت، آپاندیسیت، دکولمان، دژنراسانس قرمز میوم معطوف می‌شود. ولی با رد این مسائل شایع است که تشخیص به طرف مسئله نادری چون چرخش رحم معطوف می‌گردد. اگر چرخش کامل باشد مانند مورد فوق‌الذکر همراه با درد شکم و مرگ جنین است و در چرخش ناکامل قطع کامل عروق ایجاد نمی‌شود و لذا در صورت سزارین به موقع می‌توان به جنین کمک کرد.

منابع:

1. Berek J, Adashi E, Hillard PA. Novak's gynecology. 12 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
2. Pope CH. Uterine rotation. E Med J 2001 Jul; 2(7): 4-7.
3. Cunningham F, McDonald DC, Gant NF, et al. Williams obstetrics. 20th ed. Stamford: Appleton & Lange, 1997.
4. Rayan KJ, Berkowits RS, Babieri RI, et al. Kistner's gynecology and women's health. 7 th ed. New York: Mosby, 1999.
5. Rock J, Thompson J. Telind's operative gynecology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott - Raven, 1997.
6. Speroff L, Glass LR, Bert H, et al. Clinic gynecologic endocrinology and infertility. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999.
7. Kerr's M. Operative obstetrics. 10th ed. Delhi: Balliere Tinedal, 1996: 232.

مختلف به چاپ رسیده است که برای اولین بار در سال ۱۹۳۱ این عارضه توسط Robinson در رحم دو شاخ ذکر گردید(۷).

اداره بارداری بر حسب سن حاملگی و پاتولوژی رحمی متفاوت است، در صورتیکه چرخش رحم در حین عمل دیگری قبل از قابلیت زنده ماندن جنین تشخیص داده شود اصلاح چرخش و برداشتن پاتولوژی و آنومالی که سبب چرخش شده است توصیه می‌شود ولیکن در خصوص اینکه حاملگی ادامه یابد و یا ختم گردد بر حسب مورد تصمیم‌گیری می‌شود. قابل ذکر است ثابت کردن رحم در وضعیت آناتومیک طبیعی هنوز مورد بحث است (۲). در موارد شدید چرخش، هیستریکتومی بعد از سزارین انجام می‌شود و گاهی نیز انسزیون سزارین در سطح خلفی رحم انجام می‌گردد، زیرا تصحیح چرخش رحم امکان پذیر نمی‌باشد. انسزیون خلفی را می‌توان به همان صورت انسزیون قدامی انجام داد (روش معمول سزارین) و در صورت نیاز می‌توان انسزیون را به طرفین به صورت هلالی توسعه داد. پلیکاسیون لیگامان گرد جهت جلوگیری از عود چرخش که بخصوص در پور پریم (۶ هفته بعد از زایمان) شایع است و در حاملگی بعدی توصیه می‌شود.

در سال ۱۹۴۳ Corr چرخش رحم همراه با فیبروم بزرگ رحمی را گزارش کرده است که در حاملگی اول و دوم ایجاد شده است و در هر دو مورد همانند مطالعه حاضر فرد سزارین گشته است(۷).

Siegler یک مورد چرخش از رحم حامله را توام با پارگی رحم شرح داده است(۷). در بیمار ما پارگی رحم وجود نداشت.

Eisenten and Konicoff مواردی از چرخش رحم را حدود ۹۰ درجه حول محور رحم موافق عقربه‌های ساعت ذکر کرده است که رباط گرد در قدام آن قرار گرفته بود(۷) و این مورد برخلاف بیمار مورد مطالعه ما بود که چرخش رحم در آن ۷۲۰ درجه و بر خلاف جهت عقربه‌های ساعت بود.

Macleod یک مورد رحم حامله را با کیست تخمدان که ۱۸۰ درجه چرخش داشت و همراه با پارگی رحم بود گزارش کرده است(۷) و Helson چرخش شدید رحم به چپ و افت صدای قلب جنین را ذکر کرده است، در مطالعه ما مرگ جنینی رخ داده بود، در موارد فوق ذکر شده است که جهت برگرداندن رحم به جای خود ابتدا

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

توجه: بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

PROPOSAL
پروپوزال

توجه: پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

ISI
Scopus

توجه: آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو