وارونگی غیر مامایی رحم - گزارش یک مورد

طاهره اشرف گنجویی (.M.D).

استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمان، کرمان، ایران.

چکیده

وارونگی رحم یک مشکل کلینیکی نادر است که به عنوان یکی از موارد اورژانس مامایی و یا یک معضل تشخیصی در بیماریهای زنان و زایمان مطرح می‌باشد. اینورشن غیر مامائی رحم معمولاً ناشی از توموری است که در ناحیهٔ فوندوس رحم کاشته شده است. درمان بستگی به مرحله اینورشن و پاتولوژی مربوطه دارد. یک مورد نادر از اینورشن غیرمامائی رحم ناشی از یک فیبروم بزرگ ناحیه فوندوس رحم در یک خانم ۳۸ ساله در بیمارستان باهنر شهر کرمان مشاهده شد. بیمار فوق به علت درد شدید قسمت تحتانی شکم و خونریزی شدید واژینال مراجعه کرده بود. بعد از میومکتومی ناقص واژینال اینورشن رحم و بعد هیسترکتومی شکمی انجام شد.

گل واژگان : وارونگی رحم، غیر مامایی و گزارش موردی.

آدرس مکاتبه: دکتر طاهره اشرف گنجویی، بیمارستان باهنر، زایشگاه نیک نفس. کرمان، ایران.

پست الکترونیک: tashrafganjoei@yahoo.com

Downloaded from http://www.jri.ir

مقدمه

وارونگی رحمی در زنان یک مشکل کلینیکی بسیار نادر می‌باشد(٤-١). وارونگی ممکن است بصورت مامایی[1] یا غیر مامایی[2] باشد که از این میان نوع غیر مامایی آن فوق‌العاده نادر است (٧-٤). وارونگی غیر مامائی رحم زمانی رخ می‌دهد که یک فیبروم زیر مخاطی در ناحیهٔ فوندوس رحمی وجود داشته باشد و در این حالت رحم سعی بر دفع و خروج آن دارد (٨،٦،٤). اما کارسینوم آندومتر و سارکوم رحمی هم ممکن است باعث وارونگی رحمی گردند (٩). در مورد وارونگی رحم ناشی از میوم، بدلیل اتساع حفرهٔ رحمی و ضعف دیوارهٔ رحم و از طرفی انقباضات رحمی جهت خروج توده و وزن توده رخ می‌دهد. وارونگی ناشی از تومور اکثراً همراه با ترشح مزمن واژینال و خونریزی نامنظم رحمی است که ممکن است منجر به کم خونی در فرد شود و در اکثر موارد با درد لگنی همراه است. هنگام خروج توده ممکن است دردهای زایمانی نیز احساس شود.

وارونگی رحمی طی چهار مرحله انجام می‌شود:

مرحله اول- وارونگی داخل رحم که ناقص بوده و فوندوس داخل حفرهٔ رحمی می‌ماند.

مرحله دوم- وارونگی کامل فوندوس رحم از ناحیه سرویکس

مرحله سوم- خروج فوندوس رحم از ناحیه ولو

مرحله چهارم-وارونگی کامل واژن از ناحیهٔ ولو همراه با رحم وارونه شده.

در وارونگی کامل رحم دیدن سوراخ خارجی سرویکس غیر ممکن است و عدم اطلاع قبلی از وجود یک تومور ممکن است گمراه کننده باشد و تودهٔخارج شده به عنوان یک میوم زیر مخاطی پایه‌دار فرض شده و توده برداشته و خارج شود (٤).

رحم وارونه شده بصورت یک تورم گلابی شکل، قرمز پررنگ در قسمت فوقانی واژن یا ناحیهٔ ولو دیده می‌شود که معمولاً با لمس به سهولت دچار خونریزی می‌شود. این تودهٔ هموراژیک و اغلب شکننده ممکن است با یک تومور اگزوفیتیک بزرگ جابه‌جا کننده سرویکس اشتباه شود. سوراخهای لوله‌های فالوپ بندرت قابل تشخیص هستند. در صورت عدم لمس حلقهٔ تنگ‌کننده در ناحیهٔ سرویکس نشان دهندهٔ وارونگی کامل سرویکس است. در معاینهٔ دو دستی جسم رحم در محل، طبیعی احساس نمی‌شود، در این حالت معاینهٔ رکتوآبدومینال مناسبترین اقدام تشخیصی می‌باشد و نشان می‌دهد رحم وارونه‌شده واژن را اشغال کرده است. درمان مناسب بستگی به تشخیص قبل از عمل دارد. در صورتی که تومور خوش خیم باشد و فرد تمایل به بچه‌دار شدن نداشته باشد هیسترکتومی واژینال یا آبدومینال با سالپنگواوفورکتومی توصیه می‌شود. در صورت شک به بدخیمی هیسترکتومی شکمی، انجام بیوپسی جهت مرحله‌بندی[3] بدخیمی الزامی است(٢).

معرفی بیمار: خانمی ٣٨ ساله، اهل و ساکن کرمان با سابقه ٣ مرتبه بارداری و سه زایمان و سه فرزند زنده، به علت درد شدید قسمت تحتانی شکم و بدنبال آن خروج ناگهانی توده‌ای از ناحیه واژن و خونریزی شدید واژینال در سال ١٣٨٠ به بیمارستان باهنر شهر کرمان مراجعه کرد. بیمار از حدود دو سال قبل سابقه خونریزی نامنظم رحمی و قاعدگی دردناک را عنوان می‌نمود. در معاینه عمومی رنگ پریده به نظر می‌رسید و در هنگام لمس قسمت تحتانی شکم حساسیت وجود داشت. در معاینه واژینال توده‌ای لوبولر سفت و قرمز، پررنگ و شکننده به ابعاد ١٥×١٢ سانتیمتر با نواحی نکروزه و کبود از واژن خارج شده بود،بطوری که امکان دیدن یا لمس سرویکس وجود نداشت. حدود یک هفته قبل در سونوگرافی لگنی توده‌ای میوماتوم به ابعاد ٤×٨× ١١ سانتیمتر در خلف فوندوس رحم گزارش شده بود. ابتدا اقدام به جایگزینی به روش Johnson شد که

1- Puerperal
2- Non-puerperal
3- Staging

Downloaded from http://www.jri.ir

مؤثر واقع نگردید (۱۰)، سپس لاپاراتومی فوری انجام شد و پس از بازکردن حفرهٔ شکمی تشخیص وارونگی رحمی تأیید شد. بطوری که لیگامانهای گرد، تخمدانها و قسمتی از لوله‌های رحم در عمق لگن مشهود بود. استفاده از تکنیک Huntington مؤثر واقع نگردید (۱۰)، بنابراین میومکتومی ناکامل واژینال تا حد امکان انجام و بدنبال آن reinversion به روش مذکور صورت گرفت و اقدام به هیسترکتومی شکمی شد. در حین عمل بدلیل از دست‌دادن زیاد خون آنمی حاصل(Hb =۷) ٤ واحد خون کامل دریافت کرد. با تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاتیک دورهٔ بعد از عمل بدون مشکل سپری گردید. بررسی پاتولوژیک حضور یک لیومیوم رحمی همراه با نواحی ادم و دژنرسانس را نشان داد.

بحث

وارونگی رحمی یک عارضه کلینیکی نادر بوده(٤-۱) که ممکن است علت آن مامایی یا غیرمامایی باشد. این وارونگی در تحقیقی ۸۵/۸٪ موارد مامایی و ۱٦/۳۵٪ موارد غیر مامایی گزارش شده است(۲). وارونگی غیرمامایی رحم فوق‌العاده نادر است، بطوریکه اکثر متخصصین زنان و زایمان هرگز با آن برخورد نخواهند داشت، بنابراین درصورت مواجهه، باید با تجارب جزئی یا بدون تجربهٔ قبلی از عهدهٔ آن برآیند. تا کنون ۷۷ مورد وارونگی غیر مامایی رحمی در جهان گزارش شده که در ۹۷/٤٪ آنها با تومورهای رحمی همراه بوده و ۲۰٪ تومورها بدخیم بوده‌اند که این نکته اهمیت انجام بیوپسی را در موارد مزمن قبل از درمان قطعی خاطر نشان نموده‌اند(۷،۱۱).

وارونگی غیرمامایی اغلب به صورت مزمن تظاهر می‌کند اما در ۸/٦٪ موارد بروز حاد و ناگهانی دارد(۲) و در مورد گزارش شده در این مقاله نیز تظاهر حاد داشت.

Gowri در سال ۲۰۰۰ شایعترین تومور خوش‌خیم عامل وارونگی رحم میوم می‌باشد و در میومهای با پایهٔ پهن احتمال وارونگی بیش از میومهای با پایه نازک (پدونکوله) می‌باشد(۲) و در مورد گزارش شده در این مقاله نیز از نوع میوم پایهٔ پهن داشت. شایعترین علائم در وارونگی رحم به ترتیب عبارت از افزایش میزان خونریزی قاعدگی یا بروز خونریزی نامنظم رحمی، ترشحات واژینال، درد شکم، اختلال ادراری و قاعدگی دردناک می‌باشد(۲). در معاینه فیزیکی، توده‌ای هموراژیک و اغلب شکننده در ناحیه واژن یا ولو دیده می‌شود. در معاینه دو دستی رحم در محل طبیعی احساس نمی‌شود که این نکته وجه افتراقی وارونگی رحم با یک میوم یا سارکوم پایه‌دار و آویزان است. CT[1] در تشخیص وارونگی مزمن رحم کاربرد دارد(۱۲)، از طرفی MRI[2] نیز کمک‌کننده است و حفرهٔ رحم را به شکل U نشان می‌دهد(۷،۱۳). میزان مرگ و میر ناشی از وارونگی رحم به میزان خونریزی، سرعت تشخیص و تأثیر درمان ارتباط دارد. از طرفی به دنبال وارونگی رحمی دلیل احتمال بروز آندومتریت تجویز آنتی‌بیوتیک و کنترل دقیق علائم حیاتی بیمار الزامی است(۳). تأخیر در درمان وارونگی حاد رحم باعث ایجاد حلقهٔ تنگ‌کننده در ناحیه سرویکس، افزایش خونریزی، ادم سریع و پیشرونده بافتی می‌شود و برگرداندن وارونگی را مشکلتر می‌سازد، بنابراین باید بعد از ثابت شدن علائم حیاتی بیمار و تهیه خون، وی را سریعاً به اطاق عمل منتقل کرد. ابتدا با روش Johnson (فشار رو به بالا با دست از طریق واژن) اقدام به برگرداندن وارونگی می‌کنیم (۱۵)، اگر ناموفق بود از روشهای آبدومینال کمک می‌گیریم از جمله روش Huntington که با کلامپ آلیس یا کلامپ مشابه روی لیگامانهای گرد و رو به بالا کشش وارد می‌کنیم و همزمان کمک جراح با فشار آهسته و رو به بالا از طریق واژن، رحم را به بالا می‌راند و اگر این روش مؤثر نبود روش Haultain مورد استفاده قرار می‌گیرد بدین صورت که در پشت

1- Computer Tomoghraphy
2- Magnetic Resonance Imaging

Downloaded from http://www.jri.ir

سرویکس یک برش طولی ایجاد می‌شود تا حلقهٔ تنگ‌کننده سرویکس آزادشده و دهانهٔ قیف گشاد شود و در این حالت جایگذاری رحم به سهولت انجام می‌شود(۱۵).

با توجه به مراحل وارونگی رحم، در مرحله اول،اغلب اصلاح وضعیت[1] فوندوس کافی است اما از مرحله دوم تا مرحله چهارم به احتمال بیشتری نیاز به هیسترکتومی می‌باشد(۷).

در مورد بیمار گزارش شده وارونگی رحم در حد مرحله دوم بود که ابتدا اقدام به جایگزینی به روش Johnson شد که مؤثر واقع نگردید، پس از لاپاراتومی و تأیید وارونگی تکنیک Huntington نیز مؤثر نبود، سپس اقدام به میومکتومی واژینال شد که به دلیل پایه پهن میوم امکان میومکتومی کامل وجود نداشت وبعد از آن برگرداندن وارونگی با تکنیک مذکور صورت گرفت و اقدام به هیسترکتومی شکمی شد. بعضی مؤلفین نیز برداشتن ترانس واژینال توده و سپس هیسترکتومی شکمی را توصیه می‌کنند. معمولاً پیش‌آگاهی وارونگی رحم به پاتولوژی مربوطه و مرحله بیماری بستگی دارد (۲).

در نهایت پیشنهاد می‌شود که در برخورد با توده‌های خارج شده از واژن باید وارونگی رحمی را نیز در نظر داشت. از آنجایی که وارونگی غیر مامائی رحم می‌تواند در زمینه بدخیمی رحم رخ دهد بنابراین انجام بیوپسی قبل از درمان قطعی به ویژه در موارد وارونگی مزمن رحمی ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مسئولین بیمارستان باهنر، زایشگاه نیک‌نفس به جهت همکاری در اجرای این تحقیق، تشکر و قدردانی می‌گردد.

Reference

1- Barhmi R., Ferhati D. Complete non- obstetrical uterine inversion. J Obs Gyn Biol Reprod. 1995; 24(2): 155-7.
2- Gowri V. Uterine inversion and corpus malignancies: a historical review. Obs Gyn surv. 2000; 11: 703-7.
3- Kapernick P. S. Post partum hemorrhage and the abnormal puerperium. Current Obs Gyn Diagnosis Treatment. East Norwalk. Appleton and Lange. 7th Edition. 1991.
4- Krenning R. A., Dorr P. J. Non- puerperal uterine inversion. Case report. Br J Obst Gyn. 1982; 89(3): 247-9.
5- Lai F.M., Tseng P. Non-puerperal uterine inversion-a case report. Singapore Med J. 1993; 34(5): 466-8.
6- Rattray C.A., Parris C.N. Complete non-puerperal uterine inversion as a result of a uterine sarcoma. West Indian Med J. 2000; 49(3): 254.
7- Skinner G.N., Louden K.A. Non-puerperal uterine inversion associated with an atypical liomyoma. Aust NZ J Obs Gyn. 2001;41(1): 100-1.
8- Kopal S., Seckin N.C. Acute uterine inversion due to a growing submucous myoma in an olderly woman: case report. Eur J Obs Gyn Reprod Biol. 2001; 1: 118-20.
9- Sobandc A., EL-Amin A. Non-puerperal inversion of the uterus in a teengar: Saudi Med J. 1998; 19(4): 500-2.
10- Winyoglee M. J., Simeleta N. Non- puerperal uterine inversion. Two case report and review of literature. Gent Afr Med. 1997; 43(9): 268-71.
11- Salomon C.G., Patel S.K. Computed tomography of chronic non - puerperal inversion. J comput Assist Tomogr. 1990;14(6): 1024-6.
12- Takano K., Ichikawa Y. Uterine inversion caused by uterine surcoma. A case report. J Clin Oncol. 2001; 31(1): 39-42.
13- Lucy A., Martin L., Gimorsky. Operative obstetrics. USA. Williams Wilkins 1995.

1- Repositioning

Downloaded from http://www.jri.ir