

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۶

مجله دانشکده پزشکی اصفهان

سال سی و پنجم / شماره ۴۵۳ / هفته‌ی اول دی ماه ۱۳۹۶

درمان حاملگی سرویکال با حفظ باروری: گزارش مورد

آمنه منصوری^۱، الهه بهرامی وزیر^۲، زهرا مهدی‌زاده تورزنی^۳

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: حاملگی سرویکال، شکل نادر تهدید کننده‌ی حیات از حاملگی خارج رحمی است. مطالعه‌ی حاضر، گزارش یک مورد حاملگی سرویکال می‌باشد.**معرفی بیمار:** در مقاله‌ی حاضر، یک مورد تشخیص زود هنگام حاملگی سرویکال با سونوگرافی واژینال و تصویربرداری با Magnetic resonance imaging (MRI) گزارش شد. درمان با حفظ باروری از طریق کورتاژ، بستن شاخه‌های نزولی عروق رحمی و قرار دادن تامپوناد، به دنبال شکست درمان با استفاده از (MTX) Methotrexate به علت انصراف بیمار از درمان، شرح داده شده است.**نتیجه‌گیری:** تشخیص زود هنگام با سونوگرافی واژینال و با تأیید MRI و روش‌های محافظه کارانه‌ی غیر جراحی مانند MTX، بستن شاخه‌ی نزولی عروق رحمی و تامپوناد سرویکس، به منظور حفظ باروری، اولین اقدامات در حاملگی سرویکال می‌باشند.**واژگان کلیدی:** حاملگی ناهجا، سرویکس، تصویربرداری با روزنانس مغناطیسی، حفظ باروری**ارجاع:** منصوری آمنه، بهرامی وزیر الهه، مهدی‌زاده تورزنی زهرا. درمان حاملگی سرویکال با حفظ باروری: گزارش مورد. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۵۳): ۱۵۴۶-۱۵۴۹.

مقدمه

در کمتر از ۱ درصد حاملگی‌های ناهجا، بلاستوسیت در زیر سوراخ آندوسرویکس لانه‌گزینی می‌کند و حاملگی سرویکال تشکیل می‌شود (۱-۲). حاملگی سرویکال، منجر به اتساع سرویکس، اتساع نسبی سوراخ خارجی (۲) و ۹۰ درصد منجر به خون‌ریزی واژینال بدون درد می‌شود. در یک سوم از این موارد، خون‌ریزی شدید تهدید کننده‌ی حیات رخ می‌دهد (۳-۲). علت حاملگی سرویکال به خوبی شناخته نشده است (۴). عوامل خطر حاملگی خارج رحمی و حاملگی سرویکال عبارت از سقط خودبه‌خودی (۵)، دیلاتاسیون و کورتاژ، آندومتریوت، چسبندگی رحمی، سزارین قبلی، جراحی قبلی رحم، تکنیک‌های کمک باروری، سیگار و سرویسیت می‌باشند (۳). در گذشته، به علت خون‌ریزی بالایی که در هنگام تلاش برای خارج‌سازی حاملگی سرویکال رخ می‌داد، هیستروکتومی انجام می‌شد. به خصوص در مواردی که حاملگی سرویکال با تأخیر تشخیص داده می‌شد و تشخیص بر اساس یافته‌های هیستروکتومی بود (۶، ۴).

امروزه، حاملگی سرویکال با آگاهی از عوامل خطر احتمالی (۳)، استفاده از سونوگرافی ترانس‌واژینال و سنجش سریع‌تر Beta-human chorionic gonadotropin (B-hCG) تشخیص داده می‌شود (۷). تصویربرداری روزنانس مغناطیسی (Magnetic resonance imaging یا MRI) و سونوگرافی سه بعدی برای تأیید تشخیص استفاده می‌شود (۲). مداخله‌ی زود هنگام به منظور حفظ باروری و پیش‌گیری از هیستروکتومی و درمان‌های محافظه کارانه با استفاده از (MTX) Methotrexate، کلرید پتاسیم و بستن شاخه‌ی نزولی رحمی و تامپوناد انجام می‌شوند (۹-۷). با توجه به نادر بودن حاملگی سرویکال، روش‌های تشخیصی و درمانی آن در دست بررسی است. در گزارش موردی حاضر، تشخیص و درمان زود هنگام حاملگی سرویکال با استفاده از روش‌های جدید شرح داده شده است.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۱ ساله با بارداری هفتم، با سابقه‌ی ۳ سقط خودبه‌خودی،

۱- گروه مامایی، بیمارستان کمالی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲- گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، واحد تویسرکان، دانشگاه آزاد اسلامی، تویسرکان، ایران

۳- گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: الهه بهرامی وزیر

Email: bahramivazir2541@yahoo.com

بحث

حاملگی سرویکال شکل نادر از حاملگی خارج رحمی است (۳، ۱). بیمار دارای حاملگی سرویکال به علت لکه‌بینی در بارداری و بدون درد لگن و شکم مراجعه کرده بود. به علت انصراف از درمان و برقراری رابطه‌ی جنسی، مبتلا به خون‌ریزی واژینال شدید شد. خون‌ریزی واژینال بدون درد در ۹۰ درصد حاملگی سرویکال دیده می‌شود و در یک سوم از این تعداد، خون‌ریزی شدید تهدید کننده‌ی حیات رخ می‌دهد (۳، ۲).

بیمار سابقه‌ی ۳ مورد سقط خودبه‌خودی و ۲ مورد سزارین داشت. از عوامل خطر حاملگی نابه‌جا و حاملگی سرویکال، سقط خودبه‌خودی (۵) و سزارین قبلی است (۳). آخرین بارداری بیمار، به شیوه‌ی ختم غیر قانونی بارداری به روش غیر استریل و با استفاده از میزوپروستول و داروهای گیاهی در هفته‌ی ۳۴ بارداری بود. با توجه به این که علت حاملگی سرویکال به خوبی شناخته نشده است (۴)، ممکن است این شیوه‌ی ختم بارداری و غیر استریل بودن آن بر ایجاد حاملگی سرویکس مؤثر بوده باشد.

در بیمار مورد مطالعه، سونوگرافی ترانس‌واژینال احتمال حاملگی سرویکال را مطرح کرد و MRI حاملگی سرویکال را تأیید کرد. حاملگی سرویکال با استفاده از سونوگرافی ترانس‌واژینال تشخیص داده می‌شود و MRI برای تأیید تشخیص استفاده می‌شود (۲).

برای درمان بیمار، MTX تزریق شد. به علت انصراف بیمار از ادامه‌ی درمان و شکست درمان، کورتاژ، بستن شاخه‌ی نزولی شریان‌های رحمی و تامپوناد انجام گردید. درمان‌های غیر جراحی اولین خط درمان در حاملگی سرویکال می‌باشند. تزریق MTX به تنهایی یا همراه با کلرید پتاسیم اغلب موفقیت‌آمیز است (۹-۱۱). MTX، کورتاژ و بستن شریان رحم در درمان محافظه کارانه (۷) و هیستریکتومی به دنبال شکست درمان محافظه کارانه، عدم تمایل به باروری (۱۲) و خون‌ریزی شدید تهدید کننده‌ی حیات استفاده می‌شوند (۷).

توصیه می‌شود تشخیص زودهنگام حاملگی سرویکال با استفاده از سونوگرافی واژینال و با تأیید MRI و درمان محافظه کارانه با MTX، بستن شریان رحمی و تامپوناد سرویکس به منظور حفظ باروری انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از بیمار مورد مطالعه و پرسنل بیمارستان به دلیل همکاری صمیمانه در جمع‌آوری اطلاعات سپاسگزاری می‌گردد.

۲ فرزند زنده به روش سزارین و آخرین بارداری ختم غیر قانونی بارداری در ۳۴ هفته به دلیل هیدروسفالی بود. ختم غیر قانونی، ۶ ماه قبل از بارداری فعلی بود و توسط مامای خانگی غیر آموزش دیده انجام شده بود. ابتدا، ۴ عدد میزوپروستول زیر زبانی دریافت کرده بود، بعد از گذشت ۲۴ ساعت، علائم زایمانی وجود نداشته و ماما به مدت ۲۴ ساعت داروهای گیاهی (عدم اطلاع بیمار از نام داروها) را به روش غیر استریل با استفاده از اسفنج در داخل واژن قرار داده و بارها استریپ پرده‌های جنینی انجام داده بود. در نهایت، این اقدامات منجر به مرگ داخل رحمی جنین و سپس، دفع آن شده بود.

خانم باردار با شکایت لکه‌بینی، حال عمومی خوب، علائم حیاتی طبیعی، بدون ریباند، تندرینس، درد لگن و شکم، با هموگلوبین ۱۲/۵ میلی‌گرم/دسی‌لیتر در مردامه سال ۱۳۹۴ به بیمارستان کمالی البرز مراجعه کرد. میزان B-hCG به فاصله‌ی دو روز از ۹۷۹۰ میلی واحد بین‌المللی/میلی‌لیتر به ۱۶۳۹۲ میلی واحد بین‌المللی/میلی‌لیتر رسید. سونوگرافی ترانس‌واژینال انجام شد و احتمال حاملگی سرویکال با سن بارداری ۷ هفته و جنین با ضربان قلب طبیعی مطرح شد، اما به دلیل سابقه‌ی سزارین، احتمال حاملگی اسکار سزارین مطرح شد و با انجام MRI حاملگی سرویکال جایگزین شده در قسمت عضلانی سرویکس تأیید شد.

بیمار به بیمارستان اکبرآبادی تهران ارجاع داده شد. ۴ واحد Pack cell رزرو شد. به دلیل داشتن ضربان قلب جنین، ۸ دز MTX با دز ۵۰ میلی‌گرم از طریق واژن به داخل ساک حاملگی تزریق شد. بیمار از درمان منصرف و با رضایت شخصی از بیمارستان مرخص شد.

بیمار به دلیل داشتن رابطه‌ی جنسی دچار خون‌ریزی شدید شده و سریع به بیمارستان اکبرآبادی تهران مراجعه کرده بود. وی به اتاق عمل انتقال داده شد. شاخه‌ی نزولی شریان‌های رحمی با استفاده از بخیه‌های هموستاتیک در موقعیت ساعت‌های ۳ و ۹ بسته شد و سپس، کورتاژ ساکشنی انجام شد و به دنبال آن تامپوناد با گذاشتن کاتتر فولی در داخل مجرای سرویکس انجام شد. حجم بالای خون‌ریزی و کاهش هموگلوبین تا میزان ۶ میلی‌گرم/دسی‌لیتر، منجر به تزریق ۳ واحد خون شد و منجر به افزایش هموگلوبین تا میزان طبیعی گردید. بیمار ۳ روز در Intensive care unit (ICU) بستری شد. بعد از یک ماه بستری در بخش جراحی زنان، از بیمارستان مرخص شد. بعد از ترخیص بیمار هفته‌ای یک بار B-hCG تا زمان غیر قابل سنجش شدن بررسی گردید. در سونوگرافی بعد از ترخیص بیمار، بقایایی به اندازه‌ی ۱۸ × ۱۶ میلی‌متر و حجم ۲ سی‌سی در سرویکس با گسترش به محل سزارین قبلی دیده شد که می‌تواند ناشی از ساک دفرمه باشد.

References

1. Celik C, Bala A, Acar A, Gezginc K, Akyurek C. Methotrexate for cervical pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2003; 48(2): 130-2.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2014.
3. Hoellen F, Diedrich K, Dittmer C, Kelling K, Bohlmann MK. Therapeutic management of cervical ectopic pregnancy. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2011; 6(1): 85-92.
4. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52(1): 45-59.
5. Moini A, Hosseini R, Jahangiri N, Shiva M, Akhoond MR. Risk factors for ectopic pregnancy: A case-control study. *J Res Med Sci* 2014; 19(9): 844-9.
6. Jurkovic D, Hacket E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and a report of two cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8(6): 373-80.
7. Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: The importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14(4): 481-4.
8. Singh S. Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci* 2013; 6(4): 273-6.
9. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27(4): 430-7.
10. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van HS, Timmerman D, et al. A prospective evaluation of a single-visit strategy to manage pregnancies of unknown location. *Hum Reprod* 2005; 20(5): 1398-403.
11. Fakheri T, Nankali A, Shahlazadeh H, Ataee M, Neyakan Shahri M. Comparison of single-dose and multiple-dose systemic methotrexate regimen for ectopic pregnancy. *J Isfahan Med Sch* 2014; 32(292): 1054-60. [In Persian].
12. Alammari R, Thibodeau R, Harmanli O. Vaginal hysterectomy for treatment of cervical ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2017; 129(1): 63-5.

Fertility Preservation in Treatment of Cervical Pregnancy: A Case Report

Ameneh Mansouri¹, Elaheh Bahrami-Vazir², Zahra Mehdizadeh-Tourzani³

Case Report

Abstract

Background: Cervical pregnancy is a rare life threatening form of ectopic pregnancy. This is a case report of cervical pregnancy.

Case Report: We describe a case of cervical pregnancy early diagnosed via transvaginal ultrasound and magnetic resonance imaging (MRI). She was treated through curettage, ligation of descending branch of uterine vessels, and tamponade following treatment failure using methotrexate (MTX) due to the patient's refuse to continue treatment; her fertility was preserved, too.

Conclusion: Early diagnosis via vaginal ultrasonography and confirmation of magnetic resonance imaging, and using nonsurgical conservative treatment methods such as methotrexate, ligation of uterine vessels, and cervical tamponade, to preserve the fertility, are the first actions in cervical pregnancy.

Keywords: Ectopic pregnancy, Cervix, Magnetic resonance imaging, Fertility preservation

Citation: Mansouri A, Bahrami-Vazir E, Mehdizadeh-Tourzani Z. **Fertility Preservation in Treatment of Cervical Pregnancy: A Case Report.** J Isfahan Med Sch 2018; 35(453): 1546-9.

1- Department of Midwifery, Kamali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

2- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tuyserkhan Branch, Islamic Azad University, Tuyserkhan, Iran

3- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Corresponding Author: Elaheh Bahrami-Vazir, Email: bahramivazir2541@yahoo.com