



وارونگی رحم

سکینه کلاهدوزان^۱، مهدی ابراهیمی^۲، کوثر کوثری^۳، پونه ذوالفقاری^۴، سینا سهرابی^۵، محمدباقر سهرابی^۶، مرجان رشیدان^{۶*}

۱- دپارتمان بیماری‌های زنان و زایمان، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۲- دپارتمان جراحی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۴- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۵- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۶- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۱

چکیده

وارونگی حاد رحم یک پدیده نادر اما تهدیدکننده زندگی است که در طی زایمان و پس از جدا شدن جفت از رحم و کشیده شدن فوندوس به داخل حفره آندومتر رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به شوک، خونریزی شدید و حتی مرگ مادر شود.

بیمار حاضر خانم ۲۳ ساله با حاملگی ۳۹ هفته است که به دنبال زایمان طبیعی به دلیل درد شدید شکم، تغییر در ظاهر واژن و عدم لمس رحم از روی شکم، با احتمال وارونگی رحم بلافاصله به اتاق عمل منتقل شد. در اتاق عمل، بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت و داروهای شل‌کننده رحم تجویز شد. با مانور دو دستی فوندوس به حالت اولیه برگردانده شد و رحم به مدت چند دقیقه، همزمان با تزریق داروهای منقبض‌کننده رحمی، در این حالت نگه داشته شد. خوشبختانه پاسخ به اقدامات درمانی مناسب بود و مشکل وارونگی رحم کنترل و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

واژه‌های کلیدی: وارونگی رحم، زایمان طبیعی، درد شکم.

*نویسنده مسئول: شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۲۳-۰۲۳۲۳۹۵۰۵۴، شماره: ۰۲۳-۰۲۳۲۳۹۴۸۰۰۰، Email: marjan.rashidan@yahoo.com

ارجاع: کلاهدوزان سکینه، ابراهیمی مهدی، کوثری کوثر، ذوالفقاری پونه، سهرابی سینا، سهرابی محمدباقر، رشیدان مرجان. وارونگی رحم. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی ۱۴۰۴؛ ۲۰(۱): ۶۵-۶۱.



مقدمه

وارونگی حاد رحم یک پدیده نادر و تهدیدکننده زندگی است که زمانی رخ می‌دهد که جفت پس از زایمان به سختی از رحم جدا شود و فوندوس رحم به داخل حفره آندومتر کشیده شود (۱). رحم ممکن است فقط به داخل دهانه رحم نزول کند که این وارونگی ناقص است یا ممکن است از دهانه رحم خارج شود که به آن وارونگی کامل می‌گویند (۲). میزان بروز این پدیده یک در ۲۱۰۰ تا ۲۵۰۰۰ زایمان گزارش شده و در برخی منابع، شیوع آن یک در ۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ زایمان ذکر شده است (۱ و ۲). نوع غیر زایمانی وارونگی رحم نیز وجود داشته ولی بسیار نادر است و زمانی رخ می‌دهد که فیبروم زیر مخاطی در ناحیه فوندوس رحم وجود داشته باشد که در این صورت رحم سعی می‌کند آن را دفع کند. کارسینوم و سارکوم رحم نیز ممکن است باعث وارونگی رحم شوند (۳).

شدت وارونگی رحم دارای انواع ناقص که در آن فوندوس در داخل حفره رحم باقی می‌ماند، کامل که فوندوس از دهانه رحم خارج می‌شود و وارونگی کامل و شدید که فوندوس از ولوا و واژن نیز خارج می‌شود، می‌باشد (۴). وارونگی رحم را می‌توان به صورت یک توده متورم قرمز گلابی شکل در قسمت بالایی واژن یا ولوا مشاهده کرد که معمولاً هنگام لمس به راحتی خونریزی می‌کند (۵). بیمار درد شدید در ناحیه سوپراپوبیک را در مرحله سوم زایمان ذکر می‌کند. این پدیده ممکن است منجر به شوک، منوراژی (خونریزی شدید و نامنظم رحمی) شدید و حتی مرگ مادر شود (۶). شوک نامتناسب با خونریزی آشکار خود را به صورت شوک همورائیک نشان می‌دهد که با کاهش تدریجی فشار خون، برادی کاردی و ایست قلبی در مدت کوتاهی همراه است که بسیار جدی بوده و نیاز به مداخلات فوری پزشکی دارد (۵ و ۶).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۳ ساله‌ای بود که به دنبال شروع درد شدید زایمان در هفته ۳۹ بارداری در بیمارستان بهار شاهرود بستری شد. این دومین بارداری این خانم بود و یک فرزند ۳ ساله سالم حاصل زایمان طبیعی داشت. علائم حیاتی بیمار در زمان بستری ثابت و طبیعی بود (BP: 110/80 mmHg, RR: 13/min, PR: 100/min, T: 37.3°C) و در معاینه مامایی: 30-40% dilatation, 4-5Cm effacement و قرار جنین سفالیک بود.

پس از ۶ ساعت از زایمان طبیعی، یک نوزاد دختر سالم با آپگار ۹/۱۰ به دنیا آمد. وقتی جفت خارج شد، مادر به درد شدید در ناحیه سوپراپوبیک اشاره کرد. جفت بدون فشار به بند ناف به طور ناقص خارج شد. با توجه به درد شدید و ظاهر شدن دهانه رحم و واژن و عدم لمس رحم از روی شکم، احتمال وارونگی رحم داده شد و بیمار بلافاصله به اتاق عمل منتقل گردید. در اتاق عمل، علائم حیاتی BP: 115/70:

mmHg و PR: 110/min بود. بلافاصله یک رگ وریدی دیگر برای بیمار گرفته شد و سرم درمانی بیشتری شروع گردید. همچنین دو واحد گلبول قرمز فشرده (pacted cells) متجانس نیز برای بیمار رزرو گردید.

در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی، ابتدا داروی شل‌کننده رحم تجویز شد و سپس به صورت دو دستی (مانور Johnson) و قرار دادن یک دست در داخل واژن و دست دیگر روی شکم، به آرامی فوندوس رحم به حالت اولیه بازگردانده شد. رحم به مدت چند دقیقه در همان وضعیت نگه داشته شد و سپس داروهای انقباض رحم (اکسی توسین و متیل ارگونوین مالئات) به طور همزمان تزریق شد. متأسفانه پس از گذشت چند دقیقه، مجدداً رحم وارونه شد که این بار نیز با همان روش قبلی رحم به حالت اولیه خود برگردانده شد.

پس از اطمینان از برگشت کامل رحم به وضعیت طبیعی خود، کورتاژ انجام شد و قطعات چسبیده جفت و غشاها به طور کامل با دست خارج شدند. برای جلوگیری از خونریزی شدید و همچنین جلوگیری از عود وارونگی رحم، چهار شیاف میزوپروستول به صورت رکتال تجویز گردید. در طی عملیات، دو واحد pacted cells ایزوگروپ و دو واحد پلاسماهای تازه منجمد (FFP) تزریق شد. همچنین آمبی سلین وریدی با دوز ۱ گرم به طور همزمان و سپس ۱ گرم هر ۶ ساعت تجویز گردید. در نهایت پس از ۳ ساعت درمان، بیمار با علائم حیاتی باثبات و جمع شدگی و انقباض رحم به زیر ناف و خونریزی جزئی به ICU منتقل و تحت مراقبت‌های ویژه قرار گرفت. دو روز بعد بیمار به بخش زنان منتقل و پس از یک روز بستری در بخش، با حال عمومی خوب و دستورات دارویی مرخص گردید.

نتایج

وارونگی رحم یک عارضه‌ی جدی، اما نادر پس از زایمان است که در صورت وقوع آن رحم مادر برعکس می‌شود. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، قسمت بالای رحم که فوندوس نام دارد وارد گردن رحم می‌شود یا حتی به طور کامل از واژن خارج می‌شود (۱). این عارضه در حدود یک مورد در هر ۳۰۰۰ مادر رخ می‌دهد. پس از یک زایمان طبیعی، انقباضات باعث جدا شدن جفت از دیواره‌ی رحم می‌شود. این جدا شدن معمولاً ۵ تا ۱۰ دقیقه پس از زایمان اتفاق می‌افتد، هرچند ممکن است بیشتر نیز طول بکشد (۱ و ۲). اگر جفت خودبه‌خود جدا نشود، از روش دستی برای خارج کردن جفت استفاده می‌شود. این روش شامل وارد کردن دست در رحم از طریق واژن و برداشتن جفت از دیواره‌ی رحم است که گاهی باعث وارونگی رحم می‌شود (۳). همچنین وارونگی رحم می‌تواند به صورت خودبه‌خودی نیز اتفاق بیفتد. وارونگی رحم می‌تواند منجر به مشکلات جدی از جمله خونریزی

تهدیدکننده حیات و شوک شود، به ویژه اگر تشخیص داده نشده و درمان نشود (۴).

تقریباً تمام موارد وارونگی رحم بعد از زایمان روی می‌دهد و به دو دسته کامل و ناقص تقسیم می‌شود. عواملی که در وارونگی کامل یا ناقص رحم بعد از زایمان نوزاد نقش دارد، تقریباً همیشه در نتیجه کشش شدید بندناف جفتی است که به رحم چسبیده است و شایع‌ترین محل این چسبندگی فوندوس است (۵). پلاستا آکرتا، ضعف مادرزادی یا اکستابی در میومتر، آنومالی‌های رحم، لیبر طول کشیده، سابقه وارونگی رحم، عفونت‌های رحمی، میوم‌های رحمی، گاه محکم نجسبیدن جفت به دیواره رحم و مصرف سولفات منیزیم حین زایمان نیز ممکن است در بروز وارونگی رحم نقش داشته باشند (۵ و ۶). تاخیر در درمان منجر به عوارض شدید و حتی مرگ بیمار خواهد شد. انجام فوری و همزمان اقداماتی از جمله شستن رحم با بتادین و گرم نگه داشتن در یک شان مرطوب و استریل، شروع اکسیژن به میزان شش تا هشت لیتر در دقیقه، برقراری دو راه وریدی و انفوزیون یک لیتر رینگر لاکتات، درخواست و رزرو خون و تزریق عضلانی ۵۰ - ۱۰۰ میلی گرم پتیدین از مهم‌ترین موارد در شروع درمان می‌باشد (۷).

در صورتی که جفت جدا شده باشد، در اغلب موارد می‌توان به سادگی با اعمال فوری فشار رو به بالا بر فوندوس توسط کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، رحمی را که به تازگی وارونه شده، به جای خود برگرداند. پس از اطمینان از قرارگرفتن رحم در محل اصلی، ۲۰ واحد اکسی توسین داخل ۵۰۰ سی سی سرم ریخته شده و ماساژ دو دستی شروع می‌شود تا زمانی که رحم جمع شود (۸). اگر جفت همچنان به رحم چسبیده باشد، نباید جفت را از رحم جدا کرد، زیرا منجر به خونریزی شدید خواهد شد. در این موارد پس از بیهوشی بیمار و انفوزیون سولفات منیزیم، رحم به‌طور موفقیت‌آمیزی شل شده و به جای اولیه اش برگردانده شد. پس از موفقیت در برگرداندن رحم، جفت با کوراز خارج خواهد شد (۸ و ۹).

به محض اینکه رحم در موقعیت طبیعی خود حفظ شد، داروهای شل‌کننده رحمی قطع شده و هم زمان ۲۰ واحد اکسی توسین در ۵۰۰ سی سی سرم برای منقبض کردن رحم شروع می‌شود. در همین حال عامل زایمان فوندوس را در موقعیت طبیعی خود نگه می‌دارد. در آغاز، ماساژ دودستی به کنترل خونریزی بیشتر کمک می‌کند تا تون رحم مجدداً برگردد. بعد از انقباض خوب رحم، عامل زایمان به پایش از طریق واژن ادامه می‌دهد تا هر گونه نشانه‌ای از وارونه شدن مجدد رحم را کشف کند. در صورتی که با روش توضیح داده شده نتوان رحم را به جای خود بازگرداند، باید از طریق جراحی لاپاروتومی اقدام به این کار کرد (۱۰).

شارما در مطالعه خود بیان کرده است که تأخیر در درمان وارونگی حاد رحم باعث ایجاد حلقه تنگ‌کننده در ناحیه سرویکس، افزایش خونریزی، ادم سریع و پیشرونده بافتی می‌شود و برگرداندن وارونگی را مشکل‌تر می‌سازد، بنابراین باید بعد از ثابت شدن علایم حیاتی بیمار و تهیه خون، وی را سریع به اتاق عمل منتقل کرد. ابتدا با روش جانسون (Johnson method) و از طریق فشار رو به بالا با دست از طریق واژن اقدام به برگرداندن وارونگی کرده و اگر ناموفق بود از طریق برش شکمی مثل روش هانتینگتون (Huntington's method) که با کلامپ لیگمان‌های گرد رو به بالا کشش وارد کرده و همزمان با فشار آهسته و رو به بالا از طریق واژن، رحم را به بالا می‌راند، استفاده خواهد شد. در صورت ناموفق بودن این روش، روش هولتین (Hultain method) مورد استفاده قرار می‌گیرد، بدین صورت که در پشت سرویکس یک برش طولی ایجاد می‌شود تا حلقه تنگ‌کننده سرویکس آزاد شده و دهانه قیف گشاد شود که در این حالت جاگذاری رحم به سهولت انجام می‌شود (۱۱). در مورد حاضر به دلیل مداخله سریع و عدم تشکیل حلقه تنگ‌کننده سرویکس، با مانور جانسون رحم برگردانده شد.

در گزارش سالامه بیان شد که بیمار به دلیل خونریزی شدید و شوک، در ابتدا تحت اقدامات حمایتی قرار گرفت و سپس به اتاق عمل منتقل شد و به دلیل ایجاد حلقه انقباضی، برش طولی در سگمان تحتانی رحم زده شد و رحم برگردانده شد (۱۲). خوشبختانه بیمار حاضر دچار خونریزی شدید و شوک نشد و به دلیل تشخیص سریع و به موقع، رحم بدون نیاز به برش به حالت نرمال برگردانده شد.

اواراجانیس در مطالعه خود اظهار داشتند که وارونگی مرتبط با زایمان بر اساس تأخیر بین زایمان و تشخیص وارونگی رحم به انواع حاد، تحت حاد و مزمن طبقه‌بندی می‌شود. در نوع حاد وارونگی طی ۲۴ ساعت بعد از زایمان رخ می‌دهد، در نوع تحت حاد بین ۲۴ ساعت تا ۴ هفته بعد از زایمان رخ می‌دهد و نوع مزمن بعد از ۴ هفته رخ می‌دهد (۱۳). در مورد حاضر وارونگی حین زایمان رخ داده است که در نتیجه نوع حاد طبقه‌بندی می‌شود.

در مطالعه سونجایا و همکاران بیان شد که در کنار عوامل شناخته شده مؤثر در بروز وارونگی رحم، احتمالاً با افزایش تعداد زایمان به‌خصوص به بیش از ۴ زایمان، شانس بروز وارونگی رحم افزایش یابد (۱۴). در مطالعه شارما مورد خانمی جوان و پرایمی گراوید است (۱۱). در مطالعه سالامه بیمار مورد بررسی خانمی ۲۱ ساله و پرایمی پارا است (۱۲). در مطالعه اواراجانیس بیمار مورد بررسی خانمی ۲۷ ساله که زایمان دوم اوست (۱۳). در مطالعه حاضر بیمار خانمی ۲۳ ساله است که دومین زایمانش را تجربه کرده است.

References

- Herath RP, Patabendige M, Rashid M, Wijesinghe PS. Nonpuerperal Uterine Inversion: What the Gynaecologists Need to Know? *Obstet Gynecol Int* 2020;2020:8625186. doi: 10.1155/2020/8625186
- Monteiro Leal RF, Mano Luz R, de Almeida JP, Duarte V, Matos I. Total and acute uterine inversion after delivery: a case report. *J Med Case Rep* 2014;8:347. doi: 10.1186/1752-1947-8-347
- Zhan J, Xing A, Tan X. Complete cervical inversion and nearly inappropriate stitching with cesarean section during the second stage of labor: a case report. *J Int Med Res* 2021;49:0300060521999522. doi: 10.1177/0300060521999522
- Gao Q, Jiang H, Jia M, Xiong J. Acute puerperal uterine inversion with successful manual transvaginal repositioning: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2024;103:e37986. doi: 10.1097/MD.00000000000037986
- Asefa E, Abdulhay F, Dhugasa D. Chronic Uterine Inversion in 54-Year-Old Woman: Case Report. *Int Med Case Rep J* 2023;16:627-631. doi: 10.2147/IMCRJ.S411300
- Sunjaya AP, Dewi AK. Total Uterine Inversion Post-Partum: Case Report and Management Strategies. *J Family Reprod Health* 2018; 12:223-225.
- Kumari S, Singh V, Ray A, Swain A. Post-partum complete acute uterine inversion: A coordinated multi-disciplinary approach ameliorates an obstetric nightmare, a case report. *J Family Med Prim Care* 2022;11:793-795. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1164_21
- Abubeker FA, Misgina M, Ehabu A, Fekade E, Gashawbeza B. Management of Nonpuerperal Uterine Inversion Using a Combined Vaginal and Abdominal Approach. *Case Rep Obstet Gynecol* 2020; 2020:8827207. doi: 10.1155/2020/8827207
- Shasindran R, Dharshini N, Aruku N, Sasikala A. Exploring Non-puerperal Uterine Inversion: A Case Series. *Cureus* 2024;16:e53071. doi: 10.7759/cureus.53071
- Marlina D, Susandi D, Utomo A. Uterine inversion in retained placenta that is why a good management of third stage of labor matters: A case report. *SAGE Open Med Case Rep* 2024;12: 2050313X241266582. doi: 10.1177/2050313X241266582
- Sharma N, Mishra J, Saha A, Kalita A. A High-Grade Undifferentiated Endometrial Stromal Sarcoma Presenting as Inversion of the Uterus: A Rare Case. *J Midlife Health* 2020;11:40-44. doi: 10.4103/jmh.JMH_75_19
- Salameh AE, Aljaberi LM, Almarzooqi RM, Khloof DR, Abu Ras SA, Tabanja R. Non-puerperal uterine inversion associated with adenosarcoma of the uterus: A case report. *Case Rep Womens Health* 2019;22:e00107. doi: 10.1016/j.crwh.2019.e00107
- Owaraganise A, Tibaijuka L, Ngonzi J. Subacute uterine inversion following an induced abortion in a teenage girl: a case report. *BMC Womens Health* 2020;20:220. doi:10.1186/s12905-020-01089-0
- Monteiro Leal RF, Mano Luz R, de Almeida JP, Duarte V, Matos I. Total and acute uterine inversion after delivery: a case report. *J Med Case Rep* 2014;8:347. doi: 10.1186/1752-1947-8-347

در بیمار حاضر که بعد از زایمان واژینال و خروج جفت به دلیل چسبندگی شدید جفت و غشاء به دیواره رحم، وارونگی رحم رخ داده بود، با تشخیص و درمان سریع و به موقع، رحم به حالت عادی بازگشت و خوشبختانه بیمار پس از بهبودی و با حال عمومی خوب مرخص گردید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله قدردانی و سپاس خود را از پرسنل مامایی و اتاق عمل بیمارستان بهار دانشگاه علوم پزشکی شاهرود اعلام می‌دارند.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان این پژوهش اعلام می‌دارند که نتایج گزارش شده در آن، پیش از این در هیچ مجله دیگری منتشر نشده است و کلیه ملاحظات اخلاقی مرتبط با نگارش و تحقیق رعایت شده‌است.

تعارض منافع

نویسندگان تأیید می‌کنند که هیچ تضاد منابعی ندارند.

مشارکت نویسندگان

دکتر سکینه کلاهدوزان: پیگیری بیمار و جمع‌آوری اطلاعات، دکتر مهدی ابراهیمی: ویرایش و آماده‌سازی بخشی از مقاله و مشاوره علمی، کوثر کوثری: جمع‌آوری داده‌ها، دکتر پونه ذوالفقاری: مشاوره و ویرایش مقاله و نظارت بر مطالعه، سینا سهرابی: آماده‌سازی درفت اولیه و ویرایش مقاله، دکتر محمدباقر سهرابی: آماده‌سازی درفت اولیه و نظارت بر مطالعه و ویرایش مقاله، دکتر مرجان رشیدان: تهیه درفت اولیه مقاله، مشاوره و ویرایش مقاله.

حمایت مالی

حمایت مالی برای این کار وجود ندارد.

کد اخلاق

IR.SHMU.REC.1401.046





Inversion of the Uterus

Sakineh Kolahdozan (M.D.)¹, Mehdi Ebrahimi (M.D.)², Kousar Kousari (G.P.)³, Pouneh Zolfaghari (M.D.)⁴, Sina Sohrabi (G.D.)⁵, Mohammad Bagher Sohrabi (M.D.)⁶, Marjan Rashidan (Ph.D.)^{6*}

1- Department of Obstetrics and Gynecology, Bahar Center for Education, Research and Treatment, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Department of Surgery, Imam Hossain Center for Education, Research and Treatment, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

3- Student Research Committee, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

4- Vice-chancellery of Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

5- Student Research Committee, School of Dentistry, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

6- School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Received: 23 November 2024, Accepted: 31 December 2024

Abstract:

Acute uterine inversion is a rare but life-threatening condition that occurs when the uterine fundus collapses into the endometrial cavity, typically following placental separation after delivery. This condition can lead to shock, severe hemorrhage, and even maternal death.

The patient is a 23-year-old woman at 39 weeks of gestation who presented with severe abdominal pain, changes in vaginal appearance, and the absence of a palpable uterus on abdominal examination following vaginal delivery. She was immediately transferred to the operating room with a suspected diagnosis of uterine inversion. Under general anesthesia, uterine relaxants were administered, and the uterine fundus was successfully repositioned using a two-handed manual maneuver. The uterus was held in its natural anatomical position for several minutes while uterotonic agents were administered to promote and maintain continued contraction. Fortunately, the patient responded well to the intervention, and the uterine inversion was effectively managed.

Keywords: Inversion of the uterus, Vaginal delivery, Abdominal pain.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: M. Rashidan, Email: marjan.rashidan@yahoo.com

Citation: Kolahdozan S, Ebrahimi M, Kousari K, Zolfaghari P, Sohrabi S, Sohrabi M.B, Rashidan M. Inversion of the Uterus. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences 2025;20(1):61-65.

