

پارگی رحم به دنبال دریافت میزوپروستول در یک خانم شکم اول: گزارش موردی

ناهید رادنی^۱، مرضیه اتوگرا^{۲*}، فاطمه سجادی^۳، سمیه حسینی راد^۴

^۱ گروه زنان و زایمان، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۲ گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۳ گروه مامایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۴ گروه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۷/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۵

چکیده

زمینه و هدف: میزوپروستول یک آنالوگ سنتتیک پروستاگلاندین E1 است که برای پیشگیری از زخم اولسرپتیک ناشی از NSAID به کار می‌رود. میزوپروستول جهت القای لیبر و ختم بارداری در اواسط بارداری و قبل از دیلاتاسیون و کورتاژ در سه ماهه اول بارداری استفاده می‌شود. پارگی رحم یکی از عوارض نادر اما جدی القای لیبر در مصرف میزوپروستول است. این مقاله با هدف یک مورد پارگی رحم به دنبال مصرف میزوپروستول در خانم پرایمی‌گراوید بود.

معرفی بیمار: خانمی ۱۹ ساله پرایمی‌گراوید با درد اپی‌گاسترمراجع کرده که در بخش اورژانس بیمارستان به وسیله متخصص زنان تحت سونوگرافی پرتابل قرار گرفته و ضربان قلب جنین در ناحیه سوپراپوبیک قابل سمع نبود و با توجه به مایع آزاد و خون آزاد فراوان در شکم در هفته ۱۲ بارداری با تشخیص هیدروپس فتالیس مجوز سقط قانونی را گرفته و در هفته ۱۶ بارداری در بیمارستان بستری و طی ۴۸ ساعت با توجه به استفاده از میزوپروستول و اکسی‌توسین طبق پروتکل بخش بدون هیچ گونه علائمی دال بر خونریزی و دیلاتاسیون، مرخص می‌شود. مجدداً ظرف ۴۸ ساعت به بیمارستان مراجعه و مجدداً اقدامات فوق برای بیمار اجرا می‌شود که منجر به دفع جنین نمی‌گردد، ۱۸ روز پس از این اقدام با علائم شکم حاد به بیمارستان مراجعه کرده و در اورژانس اقدامات لازم برای بیمار انجام شده و با انجام سونوگرافی هموپریتول تشخیص داده می‌شود، تحت عمل لاپاروتومی قرار می‌گیرد که جراح جفت و جنین را از داخل حفره شکم خارج می‌کند و با بررسی رحم، شاخ فرعی و رحم دارای سپتوم ناقص برای بیمار در هنگام عمل مشاهده می‌شود.

نتیجه‌گیری: پارگی به دنبال میزوپروستول بسیار نادر است و با توجه به عوارض جبران ناپذیر ذکر شده در این مقاله، باید تمهیدات لازم در طی استفاده از آن به عمل آید و حتماً قبل از تجویز دارو از نرمال بودن رحم، اطمینان حاصل شود.

واژه‌های کلیدی: پارگی رحم، میزوپروستول، آبستنی

* نویسنده مسئول: مرضیه اتوگرا، همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

Email: m_otogara@yahoo.com

مقدمه

میزوپروستول یک آنالوگ سنتتیک پروستاگلاندین است که برای پیشگیری از اولسره‌های پپتیک ناشی از NSAID^(۱) به کار می‌رود. براساس برخی مطالعه‌ها، این دارو اثر القایی در زایمان و برای آماده‌سازی سرویکس در سه ماهه اول بارداری استفاده می‌شود(۱).

میزوپروستول به صورت گسترده به طریق دهانی و واژینال و رکتال برای القای لیبر در زمان ترم و ختم در اواسط بارداری و دیلاتاسیون و ساکشن در سه ماهه اول استفاده می‌شود(۳). مطالعه‌ها نشان داده است میزوپروستول عامل منقبض کننده پر قدرت رحمی است که در سقط سه ماه دوم مؤثر بوده و در چندین بررسی مقایسه‌ای ثابت شده که دوز بالای میزوپروستول خوراکی یا واژینال از روش‌های متناوب اکسی توسین و پروستاگلاندین کارآیی بیشتری داشته تا بلوی عوارض جانبی آن قابل قبول است(۳).

سازمان غذا و دارو آمریکا چندین عوارض جانبی را در اثر مصرف میزوپروستول به شرح زیر بیان می‌کند: تحریک بیش از حد رحم، تنانی رحمی، پارگی رحم، شوک و مرگ مادری و برادی کاردی و مرگ جنینی و مایع آمنیون آغشته به مکنونیوم(۴) که چندین مطالعه نشان داده است که میزوپروستول نسبت به یوتروتویک‌های دیگر بیشتر مستعد تحریک بیش از حد رحم، مایع آمنیون آغشته به مکنونیوم و تغییراتی در ضربان قلب جنین و پارگی است(۵).

پارگی رحم یکی از عوارض نادر اما جدی القای لیبر در سه ماه دوم است. میزان آنومالی رحم ۰/۵ تا ۱/۸ درصد می‌باشد، حاملگی در شاخ فرعی رحمی نادر، اما عواقب وخیمی چون پارگی رحم، سقط و حاملگی اکتوپیک را در پی دارد(۶)

معرفی بیمار

بیمار خانم ۱۹ ساله پرایمی‌گراوید است که در هفته ۱۲ با سونوگرافی تشخیص هیدروپس فتالیس مجوز سقط قانونی را گرفته و در ۱۶ هفتگی با این مجوز در مرکز درمانی بستری شده است. پس از ۲ روز بستری و دریافت ۲۰۰ (میکرو گرم) میزوپروستول و ۱۰۰ واحد اکسی توسین، به دلیل عدم پاسخ به درمان و ذکر هیچ‌گونه علایم بالینی مبنی بر درد شکم و خونریزی و هم‌چنین در معاینه بالینی علایمی‌دال بر دیلاتاسیون سرویکس نداشته است، ۴۸ ساعت استراحت داده شده است. بیمار ظرف ۲ روز دیگر به مرکز درمانی دیگری مراجعه کرده و میزوپروستول ۴۰۰ (میکروگرم) ظرف ۴۸ ساعت، هر چهار ساعت دریافت کرده است، بیمار هیچ‌گونه سابقه‌ای از بیماری زمینه‌ای و عمل جراحی و بستری شدن نداشته است و پس از ۲ روز بستری، بیمار با رضایت شخصی ترخیص شده است و ۱۸ روز پس از بستری، با درد اپی‌گاستر مراجعه کرده است، بعد از گرفتن علایم حیاتی، نبض: ۹۸ و فشار خون: ۵۰/۹۰ میلی‌متر جیوه گزارش شده است، در بخش اورژانس بیمارستان به وسیله متخصص زنان

خون دریافت کرده و حین دریافت فرآورده برای جلوگیری از مسمومیت در نیم ساعت اول نبض و تنفس بیمار بررسی شد و آزمایش‌ها حدود ۶ ساعت بعد از عمل تکرار شد. آزمایش‌ها بعد از عمل زیر شامل: هموگلوبین، هماتوکریت و کراتینین بود. هموگلوبین بیمار ۱۱ گزارش گردید و بعد از ۶ ساعت مجدداً چک شد و ۷ گزارش شد. در بخش ICU بیمار حدود ۴۸ ساعت تحت نظر بود و با هوشیاری کامل مرخص شد.

بحث

پارگی رحم عارضه جدی مامایی که عمدتاً در سه ماهه سوم و یا در طول لیبر مخصوصاً در رحم‌های دارای اسکار اتفاق می‌افتد و در رحم‌های بدون اسکار نادر است و بروز پارگی در رحم‌های بدون اسکار ۲ درصد و در رحم‌های دارای اسکار ۳/۴ تا ۸/۳ درصد می‌باشد. سن بالای مادر، مولتی پار بودن، پلاستنا اینکرتا، ماکروزوم، دیستوشی شانه، ختم دارویی بارداری جز فاکتورهای شرکت کننده در پارگی رحم هستند بروز پارگی در رحم‌های با و بدون اسکار درکل ۰/۷ و ۵/۱ در ۱۰۰۰۰ زایمان می‌باشد (۷). پارگی رحم در کشورهای در حال توسعه که خدمات مراقبتی به اندازه کافی وجود ندارد با شیوع بیشتری اتفاق می‌افتد. میزان پارگی در کشورهای مختلف متفاوت است؛ مثلاً در در نیجریه یک مورد در ۴۱۶ زایمان و در ایالات متحده یک مورد در هر ۱۵۰۰ زایمان و در کراچی یک مورد در هر ۱۸۹ زایمان اتفاق

تحت سونوگرافی پرتابل قرار گرفت. ضربان قلب جنین در ناحیه سوپراپوبیک قابل سمع نبود و با توجه به مایع آزاد و خون آزاد فراوان در شکم و به دلیل رنگ پریده بودن، بیمار در اورژانس بستری شده هموگلوبین بیمار چک شد، که برابر با ۱۱ گزارش گردید و به دلیل تاکی کاردی بودن، بیمار تحت نظر قرار گرفت و بعد از ۶ ساعت مجدد هموگلوبین چک شد که برابر با ۷ گزارش شده است. در معاینه واژینال خونریزی وجود نداشته دهانه رحم بسته و لمس آدنکس با حساسیت همراه بوده است. سمع قلب و ریه نرمال بود و طبق دستور پزشک بلافاصله بعد از ورود دو line درون وریدی سریعاً برقرار شد و ۵۰۰ سی‌سی رینگر برای بیمار برقرار شد و سوند فولی فیکس شده و حجم ادرار مورد سنجش قرار گرفت. آزمایش‌های کبدی و کلیوی نرمال بود و بیمار از درد شانه شاکی بوده که احتمال تحریک پریتونن مطرح شد و علائم حیاتی؛ فشار خون ۸۰/۵۰، نبض ۱۰۰ در دقیقه و در حالی که دو کیسه pack cell دریافت می‌کرد به اتاق عمل منتقل شد و تحت لاپاروتومی قرار گرفت و در اتاق عمل مقدار ۱۰۰۰ سی‌سی خون و ۴۰۰ سی‌سی لخته از شکم خارج شد، جنین مرده از حفره شکم خارج و نشانه‌ای از آنومالی رحم در حین عمل دیده شد که در اتاق عمل مجبور به خارج کردن رحم شده پس انجام عمل هیستریکتومی بیمار حدود ۲ ساعت در ریکاوری تحت نظر بوده و علائم حیاتی در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه چارت شد و با وضعیت نیمه هوشیار در بخش ICU بستری شده و سریعاً یک واحد

می‌افتد(۸) پارگی ممکن است هم در رحم‌های دارای اسکار و هم بدون اسکار رخ دهد. به علت کنترل ضعیف زایمان در زنان مولتی پار، استفاده غلط از اکسی توسین، دستکاری‌ها، پلی هیدر آمنیوس حاملگی چند قلبی، نمایش نادرست جنین و زایمان ابزاری اتفاق می‌افتد(۸) لیبر خود به خود در زنان با سابقه اسکار رحمی به ندرت منجر به مشکلات می‌شود، اما القای لیبر منجر به پارگی و جداسدگی اسکار می‌شود(۹). تقریباً در ۱ درصد حاملگی همراه با اسکار رحمی در طول القای لیبر با میزوپروستول و اکسی توسین اتفاق می‌افتد(۱۰) حتی پارگی رحمی در القای سقط‌های سه ماهه دوم با میزوپروستول گزارش شده است(۱۱) و بیش از ۹۰ درصد پارگی‌ها در رابطه با سزارین قبلی است(۱۲) و خطر پارگی رحم بعد از استفاده میزوپروستول برای القای لیبر در ترم در زنان با سابقه اسکار رحمی به خوبی اثبات شده است(۱۳) در خانم‌های بارداری که سابقه اسکار و جراحی را نداشته به خصوص در زنان نولی پار و بدون هیچ گونه عامل خطری بسیار نادر است، اما گزارش‌هایی مبنی بر پارگی رحم با القای میزوپروستول در رحم‌های بدون اسکار قبلی گزارش شده است (۱۴ و ۱۵) درد شدید قسمت تحتانی شکم و شوک ایجاد شده به علت خونریزی داخل شکمی نشانه بالینی تیپیک پارگی به حساب می‌آیند(۱۶).

کوئلار و همکاران در گزارش خود به یک مورد پارگی رحم اشاره دارد که با آخرین دوره قاعدگی ۱۰ هفته و ۵ روز و با سونوگرافی انجام شده

۱۶ هفته و ۵ روز گزارش شده است. این پارگی مربوط به خانم ۲۷ ساله با دو زایمان قبلی و بدون سابقه سزارین و القای سقط است که برای بیمار ختم بارداری با دارو درخواست شده که مطابق با پروتکل بیمارستانی ۸۰۰ میلی گرم میزوپروستول به عنوان دوز شروع کننده و به طور واژینال استفاده شده و بعد، سه دوز دیگر به صورت دهانی به بیمار داده شده و بیمار روز بعد وقتی برای پیگیری به کلینیک مراجعه کرده و تحت پروسه واکيوم قرار گرفته بعد از معاینه‌ها، پارگی در سگمان تحتانی رحم رخ داده است، تفاوت این نوع پارگی با مورد گزارش شده در این تحقیق مولتی پار بودن است(۱۷).

هندرسون و همکاران گزارشی مبنی بر پارگی رحمی در خانم ۱۷ ساله ای را گزارش کرده‌اند که با فاصله ۳ ماه دوباره باردار شده و در این بارداری با سن حاملگی ۳۷ هفته سونوگرافی مرگ جنین را اثبات کرده است که هر ۴ ساعت ۲۵ میلی گرم میزوپروستول واژینال را دریافت کرده که بعد از دو دوز هیچ انقباضی نداشته، اما قبل از تجویز دوز سوم، انقباضات بسیار شدید رحمی رخ داده و در نتیجه با سونوگرافی به عمل آمده تشخیص پارگی رحم اثبات و به طور اورژانسی مورد لاپاراتومی قرار گرفت شباهت این پارگی با مورد گزارش شده در این مقاله عدم وجود اسکار ی در واقع عدم وجود سابقه سزارین است(۱۸)

نتیجه‌گیری

پارگی به دنبال میزوپروستول بسیار نادر است و با توجه به عوارض جبران ناپذیر ذکر شده در این مقاله، باید تمهیدات لازم در طی استفاده از آن به عمل آید و حتماً قبل از تجویز دارو از نرمال بودن رحم، اطمینان حاصل شود.

تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان فاطمیه استان همدان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Özden S, Delikara M, Avci A, Ficicioglu C. Intravaginal misoprostol vs. expectant management in premature rupture of membranes with low Bishop scores at term. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 77(2): 109-15.
2. Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol Sci* 2004;104(1): 174-85.
3. Ramin KD, Ogburn PL, Danilenko DR, Ramsey PS. High-dose oral misoprostol for mid-trimester pregnancy interruption. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54(3): 176-9.
4. FDA. U.S. Food and Drug Administration. Cytotec — misoprostol tablets; 2012 [cited 2015 10/4]. Available from: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/019268s047lbl.pdf
5. Wing DA, Lovett K, Paul RH. Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol Sci* 1998; 91(5): 828-30.
6. Rydahl E, Clausen JA. An Unreported Uterine Rupture in an Unscarred Uterus After Induced Labor With 25µg Misoprostol Vaginally. *Case Reports in Women's Health* 2014; 1: 8-10.
7. Rupture of the unscarred uterus: uptodate; 2015 [updated 2015/10/28; cited 2015 10/30]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents>.
8. Butt MH. uterine Rupture: A study of its Frequency and Aetiology at Military Hospital Rawalpindi. *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*. 2011 Jun 10;19(1).
9. Bennett BB. Uterine rupture during induction of labor at term with intravaginal misoprostol. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89(5): 832-3.
10. Lin C, Raynor BD. Risk of uterine rupture in labor induction of patients with prior cesarean section: an inner city hospital experience. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(5): 1476-8.
11. Petri A. Uterine rupture during second trimester abortion induced with misoprostol. *Ugeskr Laeger* 2003; 165(29): 2894-5.
12. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. *Williams obstetrics*. 24 ed. New York: McGraw Hill Press; 2014 ; 350-370.
13. Plaut MM, Schwartz ML, Lubarsky SL. Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(6): 1535-42.
14. Mazzone MF, Woolever J. Uterine rupture in a patient with an unscarred uterus: a case study. *WMJ-MADISON* 2006; 105(2): 64.
15. Akhan S, Iyibozkurt A, Turfanda A. Unscarred uterine rupture after induction of labor with misoprostol: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2000; 28(2): 118-20.
16. Nayki U, Taner CE, Mizrak T, Nayki C, Derin G. Uterine rupture during second trimester abortion with misoprostol. *Fetal Diagn Ther* 2005; 20(5): 469-71.
17. Cuellar Torriente M. Silent uterine rupture with the use of misoprostol for second trimester termination of pregnancy: a case report. *Obstetrics and gynecology international*. 2011 ;2011.
18. Henderson CE, Hana RG, Woroch R, Reilly KD. Short interpregnancy interval and misoprostol as additive risks for uterine rupture: a case report. *The Journal of reproductive medicine*. 2009 Dec;55(7-8):362-4.

Uterine Ruptures as a Result of Misoprostol in a Case Study of a Primigravida Woman

Radnia N¹, Otogara M^{2*}, Sajadi F³, Hosseinirad S⁴

¹Department of Gynecology, Clinical Research Development Unit of Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, ²Health education and health promotion, Clinical Research Development Unit of Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, ³Clinical Research Development Unit of Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, ⁴Department of Medical Library and Information Science, Clinical Research Development Unit of Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 4 Oct 2015

Accepted: 25 Jan 2016

Abstract

Aim & Objective: Our purpose was to report the experience of uterine rupture in a primigravida patient with uterine anomaly for whom misoprostol is used for induced abortion in the second trimester. Misoprostol is a synthetic analogue of E1 prostaglandin which is used to prevent the ulcer peptic causing NSAID.

Case study: A 19 year old woman with prime gravid with epigastric pain was referred to the hospital by a gynecologist and was put under the portable ultrasound but the fetal heartbeat was not audible in the suprapubic region, and given the free fluid in the abdomen at 12 weeks of pregnancy and a lot of free blood with a diagnosis of hydrops a legal abortion license was granted to her. At 16 weeks of gestation and admitted to the hospital within 48 hours due to the use of misoprostol and oxytocin, and in accordance with the protocols, due to no signs of bleeding and expansion, she was eventually discharged from the hospital. Once again she referred to the hospital in 48 hours and the mentioned procedures was done once more but the abortion did not succeed. 18 days after the last admission, she was once again referred to the hospital with the sign of acute stomach pain. The emergency care unit conducted the necessary procedures. Using sonography, peritoneal is diagnosed, and she underwent a laparoscopy. The surgeon removed the placenta and fetus from the abdominal cavity, and when examining the uterus, and uterine rudimentary horn with a septum was observed to be incomplete for the patient during surgery.

Conclusion: although uterine rupture is rarely followed by the usage of Misoprostol, it is of great importance to take into consideration the irrecoverable complications which compel us undertaking vital cautions and also make sure of the normality of uterine before prescribing Misoprostol.

Key words: Uterine Rupture, Misoprostol, Gravidity

Corresponding author: Otogara M, Health education and health promotion, Clinical Research Development Unit of Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Email: m_otogara@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Radnia N, Otogara M, Sajadi F, Hosseinirad S. Uterine Ruptures as a Result of Misoprostol in a Case Study of a Primigravida Woman. *Armaghane-danesh* 2016; 21 (1): 107-113.