حاملگی در شاخ فرعی غیر ارتباطی رحم تک‌شاخ: گزارشی از سقز

جمیله صلواتی[1]، فریبا ابتکار[2]، وجیهه باغی[3]، بختیار مسلمی[4]، رضا قانعی قشلاق[5*]

۱- متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- کارشناس مامایی، بیمارستان بعثت سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴- کارشناس پرستاری، بیمارستان تأمین اجتماعی سقز، سنندج، ایران.

۵- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)

تلفن: ۰۹۱۴۴۰۵۰۲۸۴ ایمیل: Rezaghanei30@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۱۵ **تاریخ پذیرش:** ۹۶/۰۵/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی در شاخ فرعی غیر ارتباطی رحم تک‌شاخ پدیده‌ای بسیار نادر است که اغلب پس از پارگی رحم و ایجاد شوک هموراژیک یا هماتوم‌های پریتوئن تشخیص داده می‌شود.

گزارش مورد: در این گزارش خانمی ۳۶ ساله با سن حاملگی ۱۷ هفته و شکایت درد شکمی از یک هفته قبل با وضعیت پره شوک به بیمارستان مراجعه کرده بود. بیمار به دلیل خون‌ریزی شدید داخل شکمی به اتاق عمل منتقل شد و تحت بیهوشی اسپاینال برش عمودی داده شد. شاخ تکامل نیافته را از پایه آن در حد امکان بدون ایجاد آسیب به رحم جدا و محل آن ترمیم شد.

نتیجه‌گیری: حاملگی در شاخ فرعی خطرات زیادی برای مادران دارد. توصیه می‌شود حاملگی با شاخ فرعی به‌محض تشخیص جراحی شود حتی اگر شاخ فرعی پاره نشده باشد.

واژه‌های کلیدی: حاملگی، شاخ فرعی رحم، سقز

مقدمه

آنومالی‌های رحمی اغلب به دلیل نقص در جوش خوردن کامل مجرای مولرین طی دوران امبریوژنزیس ایجاد می‌شوند (۱). ناهنجاری مولرین با خطرات مامایی چشمگیر از قبیل سقط در سه‌ماهه اول و دوم، نمایش غیرطبیعی، محدودیت رشد جنین، مرگ جنین، پارگی بیش از موعد پرده‌ها و زایمان زودرس همراه است (۲).

رحم تک‌شاخ نوعی آنومالی نادر رحمی می‌باشد که به دلیل مشکل مجرای مولرین ایجاد می‌شود (۳). رحم تک‌شاخ ممکن است شاخ تکامل نیافته فرعی داشته باشد یا نداشته باشد. شاخ تکامل نیافته می‌تواند دارای حفره آندومتر باشد یا نباشد. رحم‌های تک‌شاخ دارای شاخ فرعی ممکن است با آندومتر اصلی رحم ارتباط داشته باشد یا بدون ارتباط باشد. حاملگی در شاخ تکامل نیافته دارای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]

آندومتر غیر مرتبط با حفره اصلی آندومتر اغلب در ماه‌های اول حاملگی منجر به سقط فراموش‌شده یا مرگ جنین می‌شود (۴). با رشد جنین معمولاً دیواره رحم پاره می‌شود و خونریزی حاد داخل پریتوئن ایجاد می‌شود (۲). این حاملگی نادر برای اولین بار در سال ۱۶۶۹ توسط Mauriceau و Vassal توصیف شد (۱).

انجمن باروری امریکا بر اساس تنوع آناتومیکی شاخ فرعی، رحم‌های تک‌شاخ را طبقه‌بندی کرده است: شاخ فرعی با حفره و دارای ارتباط با رحم تک‌شاخ (Class II A)، شاخ فرعی با حفره بدون ارتباط با رحم تک‌شاخ (Class II B) که شایع تراست، شاخ فرعی بدون حفره (Class II C) و رحم تک‌شاخ بدون شاخ فرعی (Class II D)(۵). حاملگی در شاخ فرعی غیر ارتباطی رحم تک‌شاخ شکایت نادری است که ۱ مورد در هر ۷۶ هزار حاملگی رخ می‌دهد و اغلب در سه‌ماهه دوم دیده می‌شود (۶, ۷). حاملگی در شاخ فرعی غیر ارتباطی به دلیل مهاجرت اسپرم یا تخمک بارورشده رخ می‌دهد که در ۵۰ تا ۹۰٪ موارد خطر پارگی رحم وجود دارد و هماتوم‌های پریتوئن و شوک هموراژیک همواره مادر باردار را تهدید می‌کند (۷, ۸). این حاملگی پیش‌آگهی جنینی ضعیفی دارد به‌طوری‌که شانس بقای جنین کمتر از ۶٪ است (۹).

در این مقاله یک حاملگی ۱۷ هفته در شاخ فرعی غیر ارتباطی رحم تک‌شاخ خانمی ۳۶ ساله گزارش می‌شود.

گزارش مورد

بیمار خانمی ۳۶ ساله بود که تاریخ ۱۱ مهر ۱۳۹۴ با شکایت درد شدید شکمی بدون خونریزی واژینال با وضعیت پره-شوک به زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی سقز مراجعه کرده بود. درد شکمی بیمار از یک هفته قبل شروع شده بود و در این مدت دو بار به صورت سرپایی به بیمارستان مراجعه کرده بود که با دریافت مسکن و رضایت شخصی بیمارستان را ترک نموده بود. سن حاملگی بر اساس سونوگرافی که بیمار در هفته نهم انجام داده بود، ۱۷ هفته بود. سونوگرافی هفته نهم حاکی از وجود جنین در داخل رحم و لانه گزینی در محل نرمال همراه با میوم در لترال رحم با سایز ۵ سانتیمتر بود.

بیمار سابقه یک حاملگی قبلی به روش سزارین داشته است و از هفت سال قبل دچار نازایی ثانویه بود. حاملگی اخیر خودبه‌خود و بدون مصرف داروی خاصی بوده است. در معاینات اولیه فشارخون سیستولیک بیمار ۸۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۱۱۰ و درجه حرارت طبیعی بود. هموگلوبین و شمارش گلبول‌های سفید بیمار به ترتیب ۹ گرم بر دسی لیتر و ۱۲۷۰۰ در هر میلی‌متر مکعب بود. شکم نرم و مختصری متسع بود که تندرنس خصوصاً در سوپراپوبیک و RLQ داشت. در معاینه واژینال خونریزی مشاهده نشد و سرویکس و رحم در لمس دردناک بودند.

پس از ارجاع بیمار به زایشگاه، بلافاصله برای بیمار دو خط وریدی گرفته و سرم رینگر انفوزیون شد. آزمایش‌ها ارسال و برای بیمار ۴ واحد پکسل درخواست شد. سونوگرافی اورژانسی واژینال و شکمی درخواست شد. سونوگرافی شکمی و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]

واژینال نشان داد که حجم زیادی از مایع در داخل رحم و لگن وجود دارد، رحم خالی و جنین با سن ۱۷ هفته و فعالیت قلبی طبیعی داخل شکم است. بلافاصله بیمار به دلیل خون‌ریزی شدید داخل شکمی به اتاق عمل منتقل شد و تحت بیهوشی اسپاینال برش عمودی داده شد. حدود دو لیتر خون و لخته داخل شکم بود، رحم پاره و جنین از رحم خارج شده بود. جنین متصل به جفت از طریق بند ناف تا زیر کبد کشیده شده بود. رحم به صورت تک‌شاخ و حاملگی در شاخ تکامل نیافته غیر ارتباطی لانه گزینی کرده بود که در ۱۷ هفتگی پارگی داده بود. شاخ تکامل نیافته را از پایه آن در حد امکان بدون ایجاد آسیب به رحم جدا و محل آن ترمیم شد. خون و لخته‌های داخل شکمی تخلیه و با سرم شستشو و جدار شکمی ترمیم شد. بعد از دریافت سرم و دو واحد پکسل بیمار به بخش جراحی منتقل شد. هموگلوبین بیمار قبل عمل ۹ و چهار ساعت پس از دریافت خون هم ۹ بود. بیمار سه روز پس از عمل جراحی با حال عمومی خوب ترخیص شد.

شکل ۱: تصویر شاخ تکامل نیافته و پاره شده رحم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]

شکل ۲: تصویر جنین و جفت

بحث و نتیجه‌گیری

رحم تک‌شاخ با شاخ فرعی نوعی آنومالی نادر مجرای مولرین است که امروزه به دلیل استفاده از روش های کمک باروری در حال افزایش است (۱۰). در گذشته بسیاری از حاملگی‌های شاخ فرعی رحم تک‌شاخ تنها در صورت پارگی شاخ فرعی مشخص می‌شدند؛ اما امروزه با دسترسی به سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، MRI و لاپاراسکوپی امکان تشخیص قبل از پارگی میسر شده است (۱۱). تشخیص حاملگی در شاخ فرعی خیلی مشکل است به طوری که تنها در ۵٪ موارد به طور مناسب تشخیص داده می‌شود. حاملگی در شاخ فرعی رحم تک‌شاخ در سه‌ماهه دوم در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد منجر به پارگی می‌شود (۱۰). به دلیل تهدیدهای بالقوه برای پیشگیری از مشکلات مادری معمولاً شاخ فرعی را (ترجیحاً قبل از حاملگی) به‌محض تشخیص برش می‌دهند (۲).

وجود دیس منوره های شدید اغلب کلید تشخیص حاملگی در شاخ فرعی رحم است، هرچند ممکن است به دلیل عدم توسعه شاخ فرعی و آندومتریوم آن این علامت هم دیده شود. معاینه دقیق لگن در سه‌ماهه اول انحراف رحم را با توده آدنکس قابل‌لمس (واضح) نشان می‌دهد که سبب شک به آنومالی مولرین می‌شود که با سونوگرافی و MRI تأیید می‌شود (۱). ارتفاع رحم بیمار به دلیل چاقی بیمار، درد شدید در معاینه واضح و مشخص

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]

نبود. این بیمار با توجه به سونوگرافی با تشخیص حاملگی داخل شکمی اولیه یا حاملگی اینترستیشیال اولیه به اتاق عمل منتقل شد.

با توجه به تشخیص مشکل و اغلب تأخیری حاملگی در شاخ فرعی، Tsafrir الگوی کاذب غیرمتقارن از رحم دوشاخ، عدم رؤیت اتصال بین کانال سرویکس و لومن شاخ دارای حاملگی و وجود بافت میومتریوم به دور ساک حاملگی را به عنوان معیارهای تشخیصی ارائه داده‌اند. در این مورد باید شاخ فرعی با حاملگی و لوله رحم را با لاپاراتومی برداشت. لاپاراسکوپی به دلیل نیاز به برش شکمی وسیع و پیامدهای خطر و پخش و لانه گزینی مجدد جفت توصیه نمی‌شود (۱). به دلیل ناپایدار بودن وضعیت همودینامیکی بیمار جراحی لاپاراتومی انجام شد، همچنین این مرکز مجهز به لاپاراسکوپی نمی‌باشد.

حاملگی در شاخ فرعی به دلیل پیشگیری از پارگی و مشکلات مادری نیازمند تشخیص و درمان مناسب است. بهتر است که برداشتن شاخ فرعی قبل از حاملگی صورت گیرد و در صورت حاملگی برداشتن شاخ فرعی الزامی است. در موارد دیگر لازم است برای افتراق بین حاملگی دو شاخ که قابلیت حیات دارد، با حاملگی تک‌شاخ که نیازمند درمان فوری است از تکنیک های تشخیصی از قبیل MRI یا هیسترسکوپی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که ما را در این مطالعه یاری رساندند، قدردانی می‌شود.

References

1. Ambusaidi Q, Jha C. Pregnancy in the Rudimentary Uterine Horn: Case report of an unusual presentation. Sultan Qaboos University Med J. 2014, 14(1):134-138.
2. Cunningham FG MacDonald PC, Gants NF. Williams obstetrics. 21th edition, USA, Appleton and Lange. 2001.
3. Donderwinkel PJ, Dorr JJ, Willemsen WP. The unicornuate uterus: clinical implications. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1992, 47:135-139.
4. Khooshideh M. A case report of asymptomatic rupture of a rudimentary uterin horn in a patient with nephrotic syndrome. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences (JSKUMS). 2004, 6(1):34-36.
5. Park JK, Dominguez CE. Combined medical and surgical management of rudimentary uterin horn pregnancy. JSLS. 2007, 11:119-122.
6. Okonta PI, Abedi H, Ajuyah C, Omo-Aghoja L. Pregnancy in a noncommunicating rudimentary horn of a unicornuate uterus: a case report Case Journal. 2009, 3:6624.
7. Goel P AA, Devi K, Takkar N, Saha PK, Huria A. Unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn different clinical presentations. J Obstet Gynecol India. 2005, 55(2):155-158.
8. Caserta D, Mallozzi M, Meldolesi C, Bianchi P, Moscarini M. Pregnancy in a unicornuate uterus: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2014, 8:130.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]

9. Alborzi S, Asadi N, Attar A, Maharlooei MK, Alborzi S. Management of an Abdominal Pregnancy by Laparoscopy: A Case Report and Review of the Literature. Journal of Minimally Invasive Surgical Sciences. 2013, 2(2):67-69.
10. van Esch EMG LE, Berning B, de Kroon CD. The value of hysteroscopy in the diagnostic approach to a rudimentary jorn pregnancy. BMJ Case Report. 2010, 1:1-5.
11. Buntugu KA, Ntumy MY, Ameh EO, Obed SA. Rudimentary Horn Pregnancy: Pre-Rupture Diagnosis and Management. Ghana Med J. 2008, 42(2):92-94.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]

Pregnancy in the non-communicating rudimentary horn of a unicornuate Uterus: a case report of Saghez

Salavati Jamileh[1], Ebtekar Fariba[2], Baghi Vajihe[3], Moslemi Bakhtyar[4], Ghanei Gheshlagh Reza[5*]

1- Gynecologist, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3- BSc in Midwifery, Hospital of Be'sat, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
4- BSc in Nursing, Saghez social security hospital, Sanandaj, Iran.
5- Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
(Corresponding Author), **Tel:** +098 9144050284 **Email:**Rezaghanei30@yahoo.com.

Received:6 July 2017 **Accepted:** 24 July 2017

Abstract

Background and Aim: Pregnancy in the Non-communicating Rudimentary Horn of a Unicornuate Uterus is a very rare and dangerous that often after uterine rupture, hemorrhagic shock or peritoneal hematomas detected.

Case presentation: In this report, a 36 year old woman with abdominal pain and gestational age of 17 weeks with the pre-shock was admitted to the hospital. The patient was transferred to the operating room because of abdominal bleeding and a vertical incision was made under spinal anesthesia. Horns evolved apart without causing damage to the uterus.

Conclusion: Pregnancy in a rudimentary horn carries severe risk to the mothers. It is recommended that immediately surgery in a rudimentary horn is made even if unruptured.

Keywords: Pregnancy, Rudimentary uterine horn, Saghez

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/sjnmp.3.3.17]