Pregnancy with uterine perforation: A case report

Hana Sohrabi[1], Seyedeh Reyhaneh Yousefi Sharmi[2]

1. MSc student in midwifery education, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8568-8286
2. Assistant Professor, Obstetrics and Gynecology Department, Medical School, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, (Corresponding Author), Tel: 087-33285910, Email: Yousefi805@yahoo.com. ORCID ID: 0000-0002-4050-4137

ABSTRACT

Background and Aim: Occurrence of pregnancy in a perforated uterus is a rare phenomenon and can have serious consequences. Absence of peritoneal symptoms may be due to healthy amniotic membranes and lack of extrusion of intra-abdominal pregnancy products. Bleeding may be vaginal or inside the abdominal pelvic cavity. We report a case of pregnancy in a perforated uterus in a woman with history of curettage in the last year.

Case presentation: A 38-year-old woman, gravid 1, with gestational age of 36 weeks and 4 days, was admitted to "Besat Hospital" in Sanandaj with complaint of labor pain and reduced fetal movement. The patient had a history of endometrial polyp removal through curettage surgery in the last year, and underwent emergency cesarean section due to recurrent variations in the fetal heart rate and fetal distress. During the cesarean section, we noticed a hole measuring 3×3 cm and an apparently healthy live baby boy. The baby was born with an Apgar score of $\frac{9}{10}$. The hole in the fundus of the uterus was repaired.

Conclusion: Pregnancy with perforated uterus and birth of a healthy baby in such condition are rare phenomena. In order to reduce the incidence rates of maternal mortality and loss of pregnancy products in gynecological surgeries, such as curettage, at reproductive age more care is required.

Keywords: Pregnancy, Uterine perforation, Uterine cavity, Curettage, Polyps, Nulligravid.
Received: June 2, 2020 **Accepted:** Dec 15, 2020

How to cite the article: Hana Sohrabi, Seyedeh Reyhaneh Yousefi Sharmi. Pregnancy with uterine perforation: A case report**.** SJKU 2021;25(6):127-132.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127]

بارداری با رحم سوراخ: گزارش مورد

هانا سهرابی[۱]، **سیده ریحانه یوسفی‌شارمی**[۲]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۸۲۸۶-۸۵۶۸-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. پست الکترونیک: Yousefi 805@ yahoo.com ، **تلفن ثابت:** ۳۳۲۸۵۹۱۰-۰۸۷ کد ارکید: ۴۱۳۷-۴۰۵۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: بروز حاملگی با وجود پارگی رحم یک پدیده نادر است و می تواند عواقب جدی داشته باشد. عدم وجود علایم پریتونئال ممکن است به دلیل سالم بودن پرده‌های آمنتوتیک و عدم خروج محصولات حاملگی داخل شکمی باشد، همچنین خونریزی ممکن است واژینال یا داخل حفره شکمی‌لگنی باشد. در این مقاله یک مورد بارداری با وجود سوراخی که در رحم یک زن نولی گراوید با سابقه کورتاژ در یک سال گذشته وجود دارد، گزارش می‌گردد.

گزارش مورد: خانم ۳۷ ساله، گراوید یک با سن حاملگی ۳۶ هفته و ۴ روز به دلیل دردهای زایمانی به همراه کاهش حرکت جنین در بیمارستان بعثت شهر سنندج بستری گردید. بیمار سابقه برداشتن پولیپ آندومتر را از طریق عمل جراحی کورتاژ، در یک سال گذشته داشت و به دلیل افت‌های متغییر تکرارشونده و دیسترس جنینی تحت سزارین اورژانسی قرار گرفت. حین عمل سزارین متوجه سوراخی به ابعاد ۳×۳ سانتی‌متر شده و نوزاد پسر زنده به ظاهر سالم با آپگار $\frac{9}{10}$ متولد شد و سوراخ موجود در فوندوس رحم ترمیم گردید.

نتیجه‌گیری: بارداری و تولد یک کودک سالم با رحم سوراخ شده پدیده‌ای نادر است. برای کاهش مرگ و میر مادران و از بین رفتن محصولات بارداری ، مراقبت های بیشتری در جراحی های زنان ، از جمله کورتاژ ، در سن باروری لازم است.

کلمات کلیدی: بارداری، رحم سوراخ، حفره رحمی، کورتاژ، پولیپ، نولی گراوید

وصول مقاله: ۹۸/۳/۱۳ اصلاحیه نهایی:۹۹/۸/۷ پذیرش:۹۹/۹/۲۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127] [Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

وقوع بارداری و به نتیجه رسیدن آن با وجود پارگی رحم پدیده‌ای نادر است اما بطور بالقوه می‌تواند پیامدهای شدیدی را به‌همراه داشته باشد (۱). بیشتر در کشورهای کم درآمد اتفاق می‌افتد و ۸ درصد از مرگ ومیر مادران را تشکیل می‌دهد (۲). مهم‌ترین عارضه دیلاتاسیون و کورتاژ، سوراخ شدن رحم می‌باشد که شیوع ترمیم خودبخودی آن بدون عوارض بعدی ۰/۹-۰/۱۶ درصد است. علایم پارگی رحم در بارداری، ضربان قلب غیرطبیعی جنین، درد مداوم شکمی و خونریزی شدید واژینال می‌باشد. عدم وجود علایم پریتونئال ممکن است به دلیل سالم بودن پرده‌های آمنیوتیک و عدم خروج محصولات حاملگی داخل شکمی باشد، همچنین خونریزی ممکن است به صورت واژینال و به داخل حفره شکمی-لگنی باشد (۳). عوارض پارگی رحم شامل آنمی، پارگی مثانه، شوک، نارسایی کلیه و عارضه طولانی مدت آن شامل ناباروری است. ترمیم پارگی رحم در زنان جوانی که شرایط پایدار و تمایل به حفظ باروری دارند، ضروری است و معمولا توصیه می‌شود که در بارداری‌های بعدی سزارین الکتیو در ۳۶ هفتگی انجام شود (۴). در این مقاله یک مورد بارداری با وجود سوراخی که در رحم یک زن نولی گراوید با سابقه کورتاژ در یک سال گذشته وجود دارد، گزارش می‌گردد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۳۷ ساله و حاملگی اول با سن حاملگی ۳۶ هفته و ۴ روز با شکایت اولیه دردهای زایمانی به همراه کاهش حرکت جنین به بیمارستان دهگلان مراجعه نمود. دردهای زایمانی به صورت تشدید شونده بوده و فواصل زمانی دردها کاهش یافته بود. پس از اخذ نوارقلب جنین در بیمارستان دهگلان و غیرواکنشی (Non-Reactive) بودن آن، بیمار به مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بعثت شهر سنندج در ۱۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ اعزام شد. در معاینه واژینال بدو بستری دیلاتاسیون سرویکس ۲ سانتی متر، افاسمان ۳۰ درصد، جایگاه ۳-، عضو نمایش سفالیک، کیسه آب سالم، ضربان قلب جنین و علایم حیاتی مادر نرمال بود. معاینه لگنی محدودیتی نداشت. بیمار سابقه‌ی برداشتن پولیپ رحمی از طریق واژن را در یک سال گذشته ذکر می‌کرد. با توجه به سن حاملگی و کاهش حرکت جنین، ضربان قلب جنین تحت مانیتورینگ مداوم قرار گرفت. بیمار به دلیل افت‌های مکرر تکرار شونده و دیسترس جنینی جهت انجام سزارین به اتاق عمل منتقل شد. ابتدا پوست با برش فنل اشتیل (Pfannenstiel Incision) و لایه‌های شکمی به ترتیب آناتومیک باز شدند و سپس برش در سگمان تحتانی رحم داده شد. داخل شکم پر از مایع آمنیوتیک و ورنیکس بود. نوزاد پسر، با وزن ۲۶۰۰ گرم، قد ۴۷ سانتی‌متر، زنده به ظاهر سالم و آپگار ۹/۱۰ متولد شد. در ناحیه فوندوس خلفی رحم سوراخی به ابعاد ۳ ×۳ سانتی‌متر که به پریتوئن راه داشته، وجود داشت که می‌تواند ناشی از برداشتن پولیپ در یک سال گذشته باشد که تنها شرح‌حال دستکاری رحم در خانم بود. جفت و پرده‌های جنینی به طور کامل خارج شد و سپس سوراخی که در ناحیه فوندوس خلفی وجود داشت ترمیم گردید. سه روز بعد از عمل جراحی بیمار و نوزاد با حال عمومی خوب ترخیص شدند. لازم به ذکر است که اطلاعات فوق پس از کسب اجازه انتشار از مرکز پژوهش بیمارستان بعثت ارائه گردید.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127] [Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]



شکل ۱. تصویر پرفوریشن رحم. این تصویر سوراخی به ابعاد ۳× ۳ سانتی‌متر در فوندوس رحم را نشان می‌دهد.



شکل۲. تصویر ترمیم پرفوراسیون رحم.

بحث

پولیپ‌های آندومتر تعداد زیادی غده و استروما در قسمت داخلی رحم می‌باشند که در سنین باروری شایع هستند (۵). شیوع بدخیمی در میان پولیپ‌ها بسیار نادر و حدود ۰ تا ۱۲/۹ درصد است (۶). پولیپ‌های آندومتر یکی از علل خونریزی در فواصل بین قاعدگی، خونریزی شدید قاعدگی، خونریزی نامنظم و دیس‌منوره هستند (۷). با توجه به همه این موارد، برداشتن پولیپ برای تشخیص و درمان به طور منظم انجام می‌شود. در سال‌های اخیر برداشتن پولیپ با استفاده از هیستروسکوپی و کورتاژ رایج است (۶).

سوراخ شدن رحم در طول هیستروسکوپی با احتمال پارگی رحم در حاملگی‌های بعدی همراه است (۸). همچنین عارضه اصلی مداخلات جراحی کم تهاجمی از جمله کورتاژ، سوراخ شدگی رحم است که بیشتر در فوندوس رحم رخ می‌دهد. این عارضه بیشتر در سقط‌های سه ماهه اول، افراد نولی‌پار، تخمین سن بارداری پایین‌تر از سن واقعی و تجربه کم افراد انجام دهنده کورتاژ اتفاق می‌افتد. سایر عوامل خطر پارگی رحم شامل پاریته بالا، ماکروزومی، استفاده از اکسی‌توسین و چرخش خارجی رحم می‌باشد (۳). بیمار گزارش شده به جز سابقه پولیپ و برداشتن آن از طریق کورتاژ ریسک فاکتور دیگری نداشت.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127]

در سطح جهانی شیوع پارگی رحم ۰/۰۷ درصد است. شانس حاملگی موفق و تولد نوزاد زنده بسیار کم است. پارگی رحم در هر زمان از طول بارداری می‌تواند بدون علامت تا پارگی در تمام لایه‌های رحم به همراه خونریزی شدید و خروج جنین به داخل حفره شکم متفاوت باشد (۹). درصورت وجود پارگی قبلی رحم در فوندوس بایستی سزارین در اولین فرصت پس از بلوغ ریه جنین انجام شود (۱۰). در بیمار ارائه شده در این گزارش، اندیکاسیون سزارین اورژانس به دنبال افت‌های متغییر تکرارشونده و دیسترس اتخاذ شد و در حین انجام عمل سزارین سوراخ رحم در ناحیه فوندوس یافت شد که ناشی از عمل جراحی کورتاژ برای برداشتن پولیپ رحم در یک سال گذشته بود و بیمار به دلیل نداشتن علایم، متوجه آن نشده‌بود.

اگر سوراخ شدن رحم کوچک و دارای موقعیت فوندال باشد، مانند حالتی که در اثر دیلاتورهای باریک به وجود می‌آید، معمولا نظارت بر علایم حیاتی و خونریزی رحم کفایت می‌کند (۱۱). ترمیم موفقیت‌آمیز پارگی رحم در تمام لایه‌ها نه تنها ناشایع می‌باشد بلکه زایمان موفقیت‌آمیز حاملگی بعدی به دنبال آن نادر است (۹). در این بیمار سوراخ رحم بطور موفقیت‌آمیز ترمیم گردید و نوزاد سالم متولد شد. در زنانی که به دنبال پارگی رحم و ترمیم مجدد آن باردار می‌شوند، باید مراقبت‌های پره‌ناتال مادر و جنین با دقت بیشتر انجام شود و بلافاصله با شروع دردهای زایمان سزارین انجام گردد.

نتیجه‌گیری

اعمال جراحی و دستکاری‌های رحم می‌تواند بطور بالقوه منجر به ایجاد نقص و بوجود آمدن حفره در رحم شود و به تبع آن امکان وقوع بارداری نیز وجود دارد که ممکن است با تبعات بالینی مختلفی همراه باشد. برای کاهش میزان مرگ ومیر مادران و از دست رفتن محصولات حاملگی، دقت بیشتر در اعمال جراحی زنان از جمله کورتاژ در سنین باروری ضروری است. همچنین توجه به سابقه‌ی کورتاژ به عنوان یک عامل خطر هنگام زایمان یک امر مهم است. در موارد ترمیم پارگی رحم باید مراقبت‌های پره‌ناتال در بارداری‌های بعدی با دقت بیشتری انجام شود. این مطالعه نشان داد حاملگی به دنبال سوراخ شدگی رحم می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد و عوارض شدید مادری و جنینی را به همراه نداشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله پس از کسب اجازه انتشار از مرکز پژوهش بیمارستان بعثت ارائه گردید. بدینوسله از بیمار، مرکز پژوهش بیمارستان بعثت شهر سنندج و همکارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1.Islam A, Ali Shah A, Jadoon H, Fawad A, Javed M, Un A, et al. A two-year analysis of uterine rupture in pragnancy. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2018;30(4):639-641.
2.Gebretsadik A, Hagos H, Tefera K. Out come of uterine rupture and associated factors in yirgalem general and teaching hospital, southern Ethiopia: a crossectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20(256):1-7.
3.Shirazi M, Rahimi Shaar-Baf F, Moosavi S. Rupture of an unscarred uterus in a nullipar pregnant women with a history of curettage: Case report. TUMJ. 2015;73(2):138-142.
4.Khan N, Gul H, Qdir M. Predisposing factors and outcome in patients with ruptured uterus.JSMC. 2019;9(2):233-237.
5. Selam B, Danismah N, Ekemen S, Bircan C. Endometrial polyp in early pregnancy ending with term labor. ACU Saglik Bil Derg. 2020;11(1):68-71.
6. Lee M. Endometrial polyp removed by a manual hystroscopic tissue removed device. GMIT. 2020; 9(1): 34-35.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127]

7. Berek J, Berek D. Berek and Novaks Gynecology. 1nd ed. Tehran. Golban, 2018:238-239.
8. Uccella S, Cromi A, Bogani G, Zaffaroni E, Ghezzi F. Spontaneous prelabor uterine rupture in a primigravida: a case report and review of literature.AJOG.2011;205(5):6-8.
9.Bouzari Z, Mohammadnetaj M, Ghanbarpour A. Successful pregnancy and delivery after uterine rupture in previous pregnancy: A Case Report. J Babol Univ Med Sci.2019;21:345-348.
10.Conturso R, Redaelli L, Pasini A, Tenore A. Spontaneous uterine rupture with amniotic sac protrussion at 28 weeks subsequent to previous hysteroscopic metroplasty. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;107:98-100.
11.Cunningham F, Leveni K, Bloom S, Spong C, Dashe L, Hoffman M. Williams Obstetrics. 25nd ed. Tehran. Golban,2018:434-436.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.52547/sjku.25.6.127]