

یک روش جدید سزارین با برش از رویه پشتی سگمان تحتانی رحم

محمد صادق فضل فرهادی: گروه زنان زایمان، بیمارستان زکریا تبریز، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: fazl2@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۹/۳ پذیرش: ۹۰/۱۲/۱۵

چکیده

به طور عمده سه روش عمل سزارین وجود دارد: اغلب برش عرضی و بندرت برش عمودی دیواره پیشین قسمت پائین رحم، و بعضاً برش عمودی جسم رحم. تکنیک جدید، که در آن دیواره پشتی قسمت تحتانی رحم به طور عرضی برش داده می شود. که در بعضی موارد حاملگی ترم با مشکل جدی در جلو ناحیه تحتانی رحم، مثل یک میوم بزرگ یا میومهای متعدد، جفت بخصوص نافذ، یا چسبندگی مثانه توصیه می شود. اینجا در یک زن حامله با میومهای بزرگ جلو رحم گزارش می شود که با تکنیک برش دیواره پشت رحم سزارین شده است.

کلید واژه ها: روش جدید سزارین، عارضه میوم در حاملگی، جفت نافذ، چسبندگی مثانه در سزارین، برش پشتی ناحیه تحتانی رحم

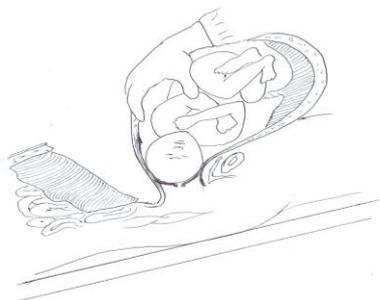
مقدمه

تجربه قراردهند. البته در چند مورد اتفاقی بیچش ۱۸۰ درجه رحم حامله که دیواره خلفی رحم در جلو قرار گرفته بود برش اجباری دیواره پشتی رحم طبق روش معمول گزارش شده است (۵-۱).

معرفی بیمار

در سال (۱۳۸۳) بیماری به اسم خانم و.ق. تحت کنترل اینجانب، با میومهای بزرگ رحمی، حاملگی دوم را به ترم کامل رساند و در سونوگرافی و معاینه، میومهای خیلی بزرگ سرویکس را کاملاً به عقب رانده و لگن را مسدود کرده بود و چند میوم دیگر نیز تماماً جلو قسمت تحتانی رحم را فراگرفته بود. چون در این موارد دستکاری و برش و یا در آوردن میومها، خونریزیهای غیر قابل کنترل ممکن بود ایجاد نماید لذا تصمیم گرفتم سزارین کلاسیک انجام دهم و به منظور دسترسی به قسمت بالای جسم رحم، شکم را مدیان پائین با کمی گسترش به بالای ناف باز کردم در آن لحظه یکباره به فکرم خطور کرد و تصمیم گرفتم که برای

براساس متون پزشکی عمل سزارین به منظور جلوگیری از مرگ و میر و آسیب های مادری و جنینی از نظر روش و چه از نظر میزان بکارگیری، مراحل تکاملی خود را طی می کند و امروزه با بکارگیری نتایج تجارب پزشکان و تغییر میزان و یا روش و تکنیک جراحی، صدمات مادری و جنینی کاهش یافته است و بر همین اساس، ابداع یک روش جدید سزارین را در راستای به حداقل رساندن صدمات جنینی و مادری، طی گزارش یک مورد بیمار در ذیل شرح می دهم و انگیزه این کار در جلسه بازآموزی زنان و زایمان در سال ۱۳۸۸ بوجود آمد که موضوع بحث، درمان جفت سرراهی و نوع آکراتا و پرکراتا و اینکراتا و استفاده از برش طولی در جسم و یا قله رحم مطرح بود که من روش جدید سزارین و کم عارضه را که در مورد میوم قسمت تحتانی رحم انجام داده بودم به جمع همکاران پیشنهاد کردم و لازم دیدم به انتشار این روش اقدام نمایم تا پزشکان و دانش پژوهان اقصی نقاط دنیا با این روش جدید آشنائی پیدا کرده و آنرا مورد استفاده و



دن روده ها

شکل



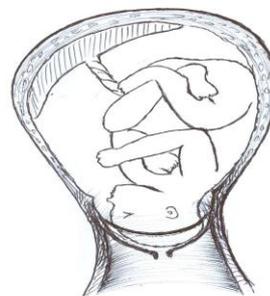
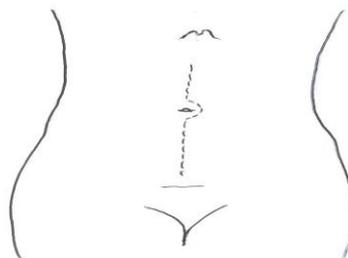
شکل ۴: خارج کردن جنین از برش پشت قسمت تحتانی رحم

احتراز از مشکلی و عوارض سزارین کلاسیک، با گسترش بیشتر برش شکم تا بالاتر از ناف (شکل ۱)، رحم را با محتویاتش، با فشار ملایم قله اش به پائین، از شکم خارج کردم و با کشیدن و خم کردن رحم به طرف بالا و پاهای بیمار، و پائین آوردن سر تخت عمل، روده ها را بوسیله لون گازهای خیس از بن بست و محل عمل کنار زدم (شکل ۲) پشت قسمت تحتانی رحم قبلاً توسط سونوگرافی عاری از فیبرم تشخیص داده شده بود و به صورت یک ناودان عریض و طویل بین دو برجستگی لیگامانهای خاجی رحمی مشاهده می شد که به بن بست دوگلاس ختم می گردید (شکل ۳). عروق رحمی در جلو این لیگامانها قرار گرفته بود و دیده نمی شد و حد و مرز مهبل و دهانه رحم و ناحیه تحتانی رحم مشخص نبود. فقط با لمس حدود راس نمایش (سر) جنین چند سانتیمتر بالاتر از آن، بین دو لیگامان خاجی رحمی بطور عرضی و قوسی شکل با تقعر به بالا، رحم را به اندازه کافی برش داده و جنین را از داخل رحم خارج نمودم (شکل ۴). بقیه مراحل عمل، مثل سزارین جلو قسمت تحتانی رحم ادامه یافت. در پایان

بحث

نظرباینکه، به علت حاملگی، رشد میومهای رحم، پرخونی و هیپرتروفی در میومتر تولید می شود و در مواردی که حاملگی همراه با میوم پیش بیاید بخصوص میومهای متعدد و بزرگ در پائین و جلو رحم، به عبارتی در جلو سگمان تحتانی، در صورت برش عرض ناحیه تحتانی رحم، در اثر ضخامت دیواره رحم ورود به حفره رحم مشکل و زمان بیشتری طول می کشد و گاهی هم لازم می شود چند تا از میومها را باید خارج کرد تا به حفره داخل رحم دسترسی پیدا نمود و به علت ضخامت و پرعروقی نسج، با وجود مراقبت جدی و کنترل خونریزی با استفاده از پنس های حلقوی و سه گوش و مشابه، اتلاف مقدار زیاد خون بیمار اجتناب ناپذیر می شود بعضاً بیمار شوکه شده و جان مادر و جنین ممکن است به خطر افتد و انفوزیون خون نیز لازم شود.

در بعضی متون پزشکی استفاده از سزارین کلاسیک، با وجود عوارض بیشترش، در این موارد توصیه شده است (۶) در حالیکه روش ابداعی یعنی برش رویه پشتی سگمان تحتانی به علت عدم عوارض دو روش سزارین فوق الذکر انتخاب اول و جایگزین معرفی می شود. در موارد دیگر حاملگی های پر خطر مثل قرارگیری جفت در پائین و جلو ناحیه تحتانی رحم، بخصوص در نوع نافذ (پرکراتا و اینکراتا و اکراتا)، به علت پرعروقی و نفوذ رگهای جفتی به دیواره رحم، برش عرضی قسمت تحتانی رحم سبب خونریزی های خیلی شدید مادری و جنینی می شود و برای اجتناب



شکل ۲: نمایش پشت رحم، لیگامانهای رحمی خاجی و محل برش رحم کمی بالاتر از راس سر جنین

طولی و تا بالای ناف برش داده شود اگر چه در این نوع برش عوارض برش عرضی شکم (فانشتیل) مثل هماتوم و عفونت در حد باین تر بیش می آید از طرفی شکم سریعتر باز می شود و خونریزی کمتر است (۶-۷) ولی از نظر زیبایی برای خانمها ناخوشایند می باشد که با توضیح موضوع قابل قبول خواهد شد. بعلاوه ضعف اسکار و شیوع فتق در برش طولی شکم نسبت به برش عرضی بالا است که باحداقت و دقت در ترمیم برش طولی و سفارشات بعدی به بیمار می توان احتمال بروز آنرا به حداقل رسانید. برای به کارگیری و استفاده از این روش جدید، آگاهی و شناخت پزشک از این تکنیک و موارد اندیکاسیونهای ذکر شده و مشابه آنها ضروری است. بعلاوه بکار گیری روشهای تشخیصی، بخصوص سونوگرافیهای مکرر و دقیق از اوایل تا اواخر حاملگی و تعیین اندازه و بررسی موقعیت فیرومها نسبت به رویه پیشی و پشتی ناحیه تحتانی رحم، و یا محل قرارگیری جفت در محلهای ذکر شده بخصوص مطالعه وضع چسبندگی جفت ونفوذ آن به میومتر و پرعروقی ناحیه تحتانی رحم، یا پیش بینی احتمال چسبندگی مثانه به بالای رحم در اثر سزارین های قبلی را، جزء اصول و مهارتهای کنترل قبل از زایمان باید قرار داد.

نتیجه گیری

سزارین به روش جدید، یعنی باز کردن طولی شکم با گسترش کافی تا بالای ناف و خارج کردن رحم از شکم و برش عرضی از رویه پشتی ناحیه تحتانی رحم و خارج کردن جنین در حاملگی ترم تحت بیهوشی عمومی تعریف می شود، که در مواردی مثل وجود فیبرم های بزرگ یا متعدد و یا قرار گیری جفت، بخصوص نوع نافذ، در جلو ناحیه تحتانی رحم و یا تشخیص پر عروقی قسمت تحتانی رحم یا احتمال چسبندگی مثانه بالاتر به جلو رحم در اثر سزارین های قبلی و هر گونه مشکل جدی دیگر در جلو ناحیه پایینی رحم بکار گرفته می شود که از تمام روش های قبلی، یعنی برش عرضی جلو قسمت تحتانی یا برش کلاسیک، در جای خود سالم تر و کم عارضه تر می باشد.

تشکر و قدردانی

از همکار محترم جناب آقای دکتر مداین و سایر افرادی که در تدوین این مقاله مرا تشویق و راهنمایی نموده اند تشکر می نمایم.

از این عوارض، سزارین کلاسیک یعنی برش طولی قسمت فوقانی یا قله رحم توصیه شده است (۶-۷) که صلاح است با روش جدید ارائه شده که عوارض سزارین کلاسیک را ندارد جایگزین شود، بعلاوه در مواردی که پرعروقی قسمت تحتانی رحم تشخیص داده شود و یا به علت سزارین های قبلی، چسبندگی شدید مثانه به جلو قسمت تحتانی رحم پیش بینی شود برای احتراز از خونریزی بیش از حد و یا صدمات مثانه، استفاده از متد جدید ارائه شده بجای سزارین کلاسیک توصیه می شود. در ضمن، تجارب آینده نشان خواهد داد که این روش تازه در موارد دیگر غیر از موارد فوق الذکر نیز ممکن است بکار گرفته شود.

در مقام مقایسه، در سزارین کلاسیک که در قسمت ضخیم و فعال رحم برش طولی داده می شود، علاوه بر تاخیر زمانی در باز کردن رحم و خارج کردن جنین، خون بیشتری از مریض تلف می شود و دوختن و ترمیم محل برش مشکل و زمان بیشتری لازم دارد و احتمال بروز چسبندگی چادرینه و روده نیز در آن بیشتر است از طرفی به علت تولید اسکار طولی در قسمت جسم و فعال رحم، در حاملگیهای بعدی امکان گسیختگی اسکار و پارگی رحم به میزان قابل توجه وجود دارد که برای مادر و جنین خطر آفرین خواهد بود (۶-۷). بخصوص عارضه اخیر موجب ترس و عدم مقبولیت عموم می باشد و به این علت، بعضا بدنبال سزارین کلاسیک، بستن لوله های رحمی را توصیه می کنند. متد جدید ارائه شده، چون در رویه خلفی قسمت نازک و غیر فعال رحم، یعنی قسمت تحتانی، برش هلالی و عرضی داده می شود حتی نسبت به برش دیواره جلوی قسمت تحتانی، که به علت وجود مثانه در جلو و عروق رحمی در کنار، احتمال بروز صدمات مثانه و یا خونریزی جود دارد، روش سالمتری است و از طرفی به لحاظ نازکی و غیرفعال بودن محل برش، دسترسی به حفره رحم آسانتر و سریعتر، و خونریزی در حداقل بوده و ترمیم آن آسانتر است بعلاوه خطر پارگی رحم نیز در آینده وجود نخواهد داشت. در ضمن خطرات گسترش برش به طرفین بعلت وجود لیگامانهای خاجی رحمی غیرمحمتمل است بخصوص اینکه عروق رحمی جلوتر از این لیگامانها قرار گرفته و از پشت قابل رویت نمی باشد بعلاوه حالب ها که از ریشه و جلوی این لیگامانها عبور می کند به علت تشکیل سگمان تحتانی و کشیدگی و طولیل شدن لیگامانها، از محل برش چندین سانتیمتر پائین و کنار تر قراردارند. تا اینجا به نظر می رسد از بعضی لحاظ این روش جدید از برش قدامی تحتانی رحم سالمتر است ولی چون بالاجبار جدار شکم باید

References

1. Pelosi MA, Pelosi MA. Managing extreme uterine torsion at term. A case report. *J Report Med* 1998; **43**(2): 153-157.
2. Kim SK, Chung JE, Bai SW, Kim JY, Kwon HK, Park KH. Torsion of the pregnant uterus. *Yonsei Med J*. 2001; **42**(2): 267-269
3. Picone O, Fubini A, Doumerc S, Frydman R. Cesarean delivery by posterior hysterotomy due of the pregnant uterus torsion *Obstet Gynecol* 2006; **107**(2): 533-555
4. De Ioris A, Pezzuto C, Nardelli GB, Modena AB. Cesarean delivery through deliberate posterior

- hysterectomy in irreducible uterine torsion: case report. *Acta Biomed* 2010; **81**(2): 141-143.
5. Albayrak M, Benian A, Ozdemir I, Demiraran Y, Guralp O. Deliberate posterior low transverse incision at cesarean section of a gravid uterus in 180 degrees of torsion: a case report. *J Report Med* 2011; **56**(3-4): 181-183.
 6. Cummingham FG, Leveno KJ, Bloom SL. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. NewYork, McGraw-Hill, 2010; PP: 544-555.
 7. Lambrau NC, Morse AN, Wallach EE. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 1999; PP: 39-42.

Archive of SID