

## پرولاپس امنتوم از واژن به دنبال زایمان طبیعی بعد

### سزارین یک جنین مرده: گزارش مورد

دکتر فاطمه تارا<sup>۱</sup>، دکتر عطیه محمدزاده وطنچی<sup>۲\*</sup>، دکتر صدیقه آیتی<sup>۳</sup>،

دکتر مرضیه لطفعلی زاده<sup>۱</sup>

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۲۷

#### خلاصه

**مقدمه:** اولین و متحمل‌ترین علامت پارگی رحم، الگوی غیر اطمینان بخش ضریان قلب جنین است که می‌تواند باعث مرگ جنین شود. در موارد مرگ جنین داخل رحمی امکان تشخیص زودرس پارگی رحم بر اساس الگوی قلب جنین امکان‌پذیر نیست. در این مطالعه یک مورد نادر خروج امنتوم از واژن به دنبال زایمان طبیعی بعد سزارین یک جنین مرده گزارش شد.

**معرفی بیمار:** زن ۳۱ ساله G2L1 با سن حاملگی ۳۸ هفته با شکایت درد زایمانی به اورژانس زایشگاه یکی از بیمارستان‌های آموزشی زنان مشهد مراجعه کرد. در بدو مراجعه به اورژانس، قلب جنین سمع نشد. انقباضات خود به خودی مادر برای پیشرفت زایمانی مناسب بود. با توجه به کاهش انقباضات مؤثر، اکسی‌توسین تجویز شد و در نهایت با توجه به توقف نزول و مرگ جنین و عدم رضایت مادر به سزارین، زایمان با وکیوم انجام شد. قبل از بررسی محل انسزیون سزارین امنتوم داخل واژن لمس شد. بیمار با تشخیص پارگی رحم منتقل اتاق عمل شد. لاپاراتومی با انسزیون فان اشتیل در محل اسکار قبلی انجام شد که پارگی رحم در محل اسکار قبلی با گسترش به سگمان تحتانی مشهود بود که ترمیم شد.

**نتیجه‌گیری:** در زایمان‌هایی که مرگ داخل رحمی اتفاق افتاده است با توجه به عدم دسترسی به قلب جنین به عنوان علامت خطر پارگی رحم توجه به سیر لیبر اهمیت ویژه‌ای دارد و در صورت کاهش انقباضات زایمانی و یا عدم نزول سر بخصوص در فاز فعال زایمانی باید از تجویز اکسی‌توسین خودداری کرده و اقدام به عمل جراحی کرد.

**کلمات کلیدی:** امنتوم، جنین مرده، زایمان طبیعی بعد سزارین

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر عطیه محمدزاده وطنچی؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۴۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک: vatanchia@mums.ac.ir

## مقدمه

به جدا شدن کامل دیواره رحم و سرور آن پارگی رحم گفته می‌شود که یک عارضه نادر در حوالی زایمان تلقی می‌شود. سابقه سزارین قبلی، مهم‌ترین و شایع‌ترین عامل خطر پارگی رحم به شمار می‌رود (۱). اولین و محتمل‌ترین علامت پارگی رحم، الگوی غیرطبیعی بخش ضربان قلب جنین است که می‌تواند باعث مرگ جنین شود (۲). سایر علائم قبل از زایمان شامل درد یا حساسیت رحمی، کاهش حجم داخل عروقی مادر و بالا رفتن عضو پرزائنه جنین است. از علائم بعد از زایمان می‌توان به خونریزی و خروج احشای شکم مانند امتنوم از انسزیون رحم اشاره کرد (۳). در جنین‌های مرده داخل رحمی با توجه به عدم دسترسی به قلب جنین باید به این علائم و سیر زایمان توجه ویژه داشت (۴). هدف از این مطالعه، گزارش یک مورد پارگی رحم به دنبال زایمان واژینال بعد از سزارین (VBAC<sup>1</sup>) در یک جنین مرده داخل رحمی است که تشخیص پارگی رحم بعد از زایمان و به دنبال پرولاپس امتنوم داده شد.

## معرفی مورد

بیمار زن ۳۱ ساله G2L1 با سن حاملگی ۳۸ هفته بود که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ با شکایت درد زایمانی به اورژانس زایشگاه یکی از بیمارستان‌های آموزشی زنان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده بود. بیمار سابقه یک نوبت سزارین در ۳ سال قبل به دلیل مایع آمنیوتیک مکنونیال داشته که وزن نوزاد ۲۴۰۰ گرم بوده است. در بدو مراجعه به اورژانس، قلب جنین سمع نشد. در معاینه واژینال دیلاتاسیون ۲ سانتی‌متر، افسامان ۶۰٪ و کیسه آب سالم داشت. انقباضات خود به خودی مادر برای پیشرفت زایمانی مناسب بود. از بیمار و همسرش با توجه به مرگ جنین داخل رحم رضایت آگاهانه جهت انجام VBAC گرفته شد. زایمان به سرعت پیشرفت کرد؛ به طوری که ۲ ساعت بعد دیلاتاسیون و افسامان کامل و جایگاه ۱- داشت. نزول عضو پرزائنه به مدت ۳ ساعت تغییر نکرد. با توجه به کاهش انقباضات مؤثر، اکسی‌توسین تجویز شد و در

نهایت با توجه به توقف نزول و مرگ جنین و عدم رضایت مادر به سزارین، زایمان با وکیوم انجام شد. نوزاد پسر با آپگار صفر و وزن ۳۰۰۰ گرم متولد شد. شواهدی از ماسراسیون نداشت. بعد از خروج جنین و جفت، خونریزی در حد نرمال بعد از زایمان بود. قبل از بررسی محل انسزیون سزارین، امتنوم داخل واژن لمس شد. بیمار با تشخیص پارگی رحم منتقل اتاق عمل شد. لاپاراتومی با انسزیون فان اشتیل در محل اسکار قبلی انجام شد. در بررسی به عمل آمده خون تازه در داخل شکم وجود نداشت. رحم در محل اسکار قبلی باز شده بود و با توجه به عدم وجود خونریزی فعال و لخته‌های ارگانیزه در محل اسکار به نظر می‌رسید چند ساعت از پارگی رحم گذشته است. انسزیون از دو طرف حدود ۵-۴ سانتی‌متر به پایین گسترش پیدا کرده بود که بعد از پایین راندن مثانه ترمیم صورت گرفت. تریق بلودومتیلین به حالب چپ با توجه به شک به لیگاتور حالب انجام شد که بعد از دقایقی ماده رنگی داخل سوند ادراری دال بر عدم انسداد حالب رؤیت شد. سپس جدار شکم بسته شد و مادر با حال عمومی مناسب، فشار خون ۱۰۰/۶۰ و نبض ۹۴ و اشباع اکسیژن ۹۶٪ به ریکاوری منتقل شد. در حین عمل و بعد از آن نیاز به ترانسفوزیون خون نبود. ۲ روز بعد از عمل با حال عمومی مناسب مرخص شد و بعد از ۱۰ روز جهت کشیدن بخیه و معاینه به درمانگاه مراجعه کرد که وضعیت جسمانی کاملاً نرمال داشت، ولی به دلیل افسردگی بعد از زایمان داروهای ضد افسردگی برای بیمار شروع شد و برای ادامه درمان به روانپزشک ارجاع شد.

## بحث

با توجه به افزایش آمار سزارین در سال‌های اخیر، VBAC از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. از طرفی VBAC باعث کاهش میزان سزارین و عوارض مرتبط با سزارین‌های تکراری می‌شود و از طرفی در صورت عدم توجه کافی به شرایط بیمار می‌تواند باعث عوارض و حتی مرگ برای مادر و جنین شود. بیمارانی که قرار است زایمان طبیعی بعد از سزارین انجام دهند، باید از ویژگی‌های اول پره‌ناتال در مورد این امکان توجه شوند

<sup>1</sup>Vaginal Birth After Delivery

تغییر جایگاه، اولین نشانه‌ای از بیمار که مورد توجه قرار گرفت، خروج امنوم از واژن بود.

در مطالعه ماکونس و همکاران (۲۰۰۶) به این پرسش پاسخ داده شد که آیا می‌توان پارگی رحم در زایمان-های VBAC را پیشگویی کرد. در این مطالعه که به روش هم‌گروهی گذشته‌نگر انجام شد، ۱۳۴ زن با سابقه پارگی رحم حین VBAC با ۶۶۵ زن با سابقه زایمان طبیعی موفق بعد از سزارین از نظر فاکتورهای مختلف مقایسه شدند. این فاکتورها شامل اطلاعات فردی، سابقه مامایی، سابقه بیماری طبی، فاکتورهای اجتماعی، فاکتورهای حین زایمان و روش زایمان (خودبخود یا القاء) بود. این مطالعه نتیجه‌گیری کرد که بر اساس این فاکتورها نمی‌توان پارگی رحم را پیشگویی کرد. در این مطالعه زنده یا مرده بودن جنین در موارد مقایسه شده لحاظ نشده بود (۱۰).

در مواردی که جنین داخل رحم مرده است، نگرانی موربیدتیه و مورتالتیه نوزاد وجود ندارد، لذا ممکن است تمایل متخصص زنان برای زایمان طبیعی این موارد بیشتر باشد. زنانی که موفق به زایمان طبیعی می‌شوند، درد کمتر بعد از زایمان، طول بستری کوتاه‌تر و ناتوانی کمتر دوران نفاس را تجربه می‌کنند (۱۱). از طرفی در این بیماران مهم‌ترین علامت هشدار دهنده پارگی رحم که همان افت ضربان قلب جنین است در اختیار نیست و لذا ممکن است تشخیص پارگی رحم دیرتر داده شود و موربیدتیه بیشتری متوجه مادر شود، لذا در زایمان VBAC جنین‌های مرده حتماً باید به سایر علائم خطر مانند توقف یا کندی سیر لیبر توجه مضاعف شود و زایمان یک جنین مرده باعث امنیت خاطر کاذب نشود.

در مطالعه رامیرز و همکاران (۲۰۱۰) به مطالعه موفقیت زایمان طبیعی بعد از سزارین در ۲۰۹ زن با مرگ داخل رحمی پرداختند که موفقیت زایمان بالا بود و پارگی رحم در ۵ مورد (۲/۴٪) موارد رخ داد (۱۲).

در مورد بیمار معرفی شده به نظر می‌رسد پارگی رحم به صورت ناکامل قبل از بستری اتفاق افتاده و منجر به مرگ داخل رحمی جنین شده است و چون به آن دقت نشده است در مرحله دوم زایمان منجر به پارگی کامل

و در صورت درد زایمانی به بیمارستان سطح سه مراجعه نمایند (۵).

در گزارش مورد وندا (۲۰۱۳) یک بیمار G3L2 با سابقه یک نوبت سزارین و VBAC گزارش شد که مانند مورد معرفی شده ما قلب جنین در هنگام مراجعه به اورژانس سمع نشد. مادر انقباضات خود بخودی مناسب داشته و اگمنت نشد، ولی نوزاد مرده ۳۲۰۰ گرم با دیستوشی شانه و انجام مانور شانه خلفی خارج شد که پس از زایمان با پرولاپس امنوم به داخل واژن، تشخیص پارگی رحم داده شد و دو ساعت بعد از لاپاراتومی و ترمیم موفق رحم مادر به علت نامشخص فوت کرد. خانواده بیمار اجازه اتوپسی ندادند (۶). در مطالعه رویکی و همکاران (۲۰۱۲)، ۱۲ مورد پارگی رحم از بین ۳۶۰۰۰ تولد نوزاد گزارش شد که مهم‌ترین علت آن سزارین قبلی بود. در این مطالعه نویسنده گزارش کرد که علائم و نشانه‌های پارگی رحم کاملاً غیر اختصاصی هستند که تشخیص آن را سخت می‌کنند و لذا VBAC حتماً باید در یک مرکز مجهز انجام شود (۷). در مطالعه هارپر و همکاران (۲۰۱۲) در دانشگاه واشنگتون، سیر زایمان بیماران منجر به پارگی رحم با بیمارانی که برای زایمان طبیعی بعد از سزارین اقدام کردند (TOLAC)

مقایسه شد. منحنی پیشرفت زایمان بعد از دیلاتاسیون ۷ سانتی‌متر در بیماران پارگی رحم کندتر از بیماران TOLAC موفق و همانند بیماران TOLAC ناموفق بود و لذا نتیجه‌گیری شد فاز نهفته طولانی تا دیلاتاسیون ۶ سانتی‌متر اهمیتی از جهت افزایش احتمال پارگی رحم ندارد، ولی بعد از دیلاتاسیون ۷ سانتی‌متر، طولانی شدن سیر لیبر می‌تواند هشدار مهم برای پارگی رحم باشد و لذا مزایا و معایب انجام زایمان طبیعی در این بیماران باید مجدداً ارزیابی شود (۸). در گزارش مورد حاضر نیز توقف سیر لیبر مربوط به مرحله دوم زایمان بود که به این هشدار مهم توجه نشده بود.

در ۲ مورد گزارش مورد در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۸، هرنی امنوم و روده بعد از مرحله سوم زایمان اولین علامت پارگی رحم بود (۴، ۹). در مورد این بیمار نیز به علت عدم توجه به سیر طولانی مرحله دوم و عدم

<sup>1</sup>Trial of Labor After Cesarean Section

تازگی اتفاق افتاده، همیشه یکی از تشخیص افتراقی-های مهم، پارگی رحم است. نکته دوم اینکه در زایمان VBAC مرحله دوم طولانی زایمان و به ویژه عدم تغییر جایگاه می‌تواند علامت خطری برای پارگی رحم باشد. همچنین در زایمان‌های IUPD با توجه به عدم دسترسی به قلب جنین به عنوان علامت خطر پارگی رحم، توجه به سیر لیبر اهمیت ویژه‌ای دارد و حذف خطر موربیدیتة نوزادی نباید ما را از عوارض مادری غافل کند.

رحم شده است. توقف نزول جنین نیز با پارگی رحم در مرحله دوم زایمان توجیه می‌شود. در نهایت همچنان این سؤال باقی است که در این مورد آیا پارگی رحم بعد از شروع انقباضات رحمی منجر به مرگ داخل رحمی شده یا مرگ داخل رحمی و عدم توجه به سیر طولانی زایمان منجر به پارگی رحم شده است. در هر دو صورت باید به سیر لیبر توجه بیشتری می‌شد و این عارضه زودتر شناسایی می‌شد.

### نتیجه‌گیری

در زایمان طبیعی بعد سزارین جنین مرده که علت و زمان مرگ جنین مشخص نیست و مرگ جنین به

### منابع

1. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(4):1042-6.
2. Smith JG, Mertz HL, Merrill DC. Identifying risk factors for uterine rupture. *Clin Perinatol* 2008; 35(1):85-99.
3. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 6<sup>th</sup> ed. Illinois, USA: American Academy of Pediatrics; 2007.
4. Guasch E, Millan MJ, Gilsanz F, González A. Omentum through the vulva as the first sign of uterine rupture. *Anesth Analg* 2004; 99(6):1871-8.
5. Pahlavani Sheikhi Z. Two case reports of uterine rupture following trial of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Iran Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(149):17-21. (Persian).
6. Mwenda AS. 4th stage transvaginal omental herniation during VBAC complicated by shoulder dystocia: a unique presentation of uterine rupture. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:76.
7. Revicky V, Muralidhar A, Mukhopadhyay S, Mahmood T. A case series of uterine rupture: lessons to be learned for future clinical practice. *J Obstet Gynaecol India* 2012; 62(6):665-73.
8. Harper LM, Cahill AG, Roehl KA, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. The pattern of labor preceding uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207(3):210.e1-6.
9. Singhal SR, Singhal SK, Gupta P. Bowel and omentum prolapse into the vagina after third stage: an unusual presentation of ruptured uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(5):577-8.
10. Macones GA, Cahill AG, Stamilio DM, Odibo A, Peipert J, Stevens EJ. Can uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery be predicted? *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(4):1148-52.
11. Greene MF. Vaginal delivery after cesarean section--is the risk acceptable? *N Engl J Med* 2001; 345(1):54-5.
12. Ramirez MM, Gilbert S, Landon MB, Rouse DJ, Spong CY, Varner MW, et al. Mode of delivery in women with antepartum fetal death and prior cesarean delivery. *Am J Perinatol* 2010; 27(10):825-30.