

گزارش دو مورد پارگی رحم به دنبال کارآزمایی لیبر برای زایمان طبیعی بعد از سزارین

زهرا پهلوانی شیخی^{*}

۱- مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۷

خلاصه

مقدمه: کارآزمایی لیبر با هدف تلاش برای زایمان طبیعی بعد از سزارین ممکن است ترجیح برخی زنان باشد. پارگی رحم شایع ترین پیامد شناخته شده کارآزمایی لیبر است. در این گزارش، دو مورد پارگی رحم در دو زن با سابقه سزارین قبلی به دنبال کارآزمایی لیبر معرفی می شود.

گزارش مورد: مورد اول خانمی ۲۵ ساله G5P4 بود که با سابقه دو بار سزارین قبلی با شکایت درد ناگهانی شکم و خونریزی واژینال مراجعه کرده بود. به دلیل شنیده نشدن ضربان قلب جنین با شک به پارگی رحم بیمار لاپاروتومی شد. پارگی محل انسیزیون قبلی و خروج جنین از رحم مشاهده شد. جنین مرده متولد و محل پارگی رحم ترمیم شد. مورد دوم خانمی ۱۹ ساله G3P2 بود که با شکایت درد زایمانی و ترشح واژینال خونی مختصر مراجعه کرده بود. با افت شدید ضربان قلب جنین به ۶۰ ضربه در دقیقه و بالا رفتن جایگاه سر جنین در کانال زایمان، پارگی رحم مورد شک قرار گرفت. پارگی رحم در محل اسکار قبلی مشاهده شد. نوزاد پسر با آپگار دقیقه اول ۴ خارج و پارگی رحم ترمیم شد.

نتیجه گیری: پارگی رحم پیامد مرتبط با کارآزمایی لیبر است که با افزایش موربیدیتته مادری و نوزادری همراه است. این زنان باید به محض شروع نشانه های لیبر در مراکز زایمانی مجهز تحت مراقبت قرار بگیرند تا در صورت وقوع پارگی رحم با اقدام به موقع، پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی به حداقل برسد.

کلمات کلیدی: پارگی رحم، زایمان طبیعی بعد از سزارین، کارآزمایی لیبر

^{*} نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا پهلوانی شیخی؛ مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، زاهدان، ایران. تلفن: ۰۵۴۱-۳۴۱۵۵۴۲؛ پست الکترونیک: pahlavani_86@yahoo.com

مقدمه

انتخاب زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC¹) در بسیاری از زنان ممکن است اقدامی منطقی و عاقلانه باشد و در صورتی که این زنان به درستی انتخاب شوند، خطر موربیدته‌هایی مانند خونریزی زایمانی، عفونت، آسیب‌های ناشی از جراحی، ترومبوآمبولی، هیستریکتومی و حتی مرگ کاهش می‌یابد. این موضوع برای کسانی که تصمیم دارند خانواده‌های بزرگ‌تری داشته باشند و بنابراین در معرض خطر پیامدهای احتمالی ناشی از سزارین‌های تکراری مانند هیستریکتومی، آسیب به مثانه و روده‌ها، ترانسفوزیون خون، عفونت و لانه‌گزینی غیرطبیعی جفت (پلاستا پروپا و پلاستا اکرتا) قرار دارند، باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین در افرادی که کارآزمایی لیبر در آن‌ها منجر به زایمان واژینال موفقیت‌آمیز می‌شود، دوره بهبودی سریع‌تر و میزان هزینه‌های تمام‌شده زایمان نسبت به افرادی که برای بار دوم سزارین را برمی‌گزینند، کمتر است (۱، ۲). در برابر این منافع، پارگی رحم، یکی از شایع‌ترین پیامدهایی است که ممکن است در صورت عدم موفقیت کارآزمایی لیبر رخ دهد. این عارضه ممکن است باعث افزایش پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی شود (۳). در این مقاله با هدف افزایش سطح آگاهی کارشناسان مامایی و گزارش میزان بروز شایع‌ترین خطر در زنان با سابقه سزارین قبلی که در تلاش برای دستیابی به زایمان طبیعی کارآزمایی لیبر را انتخاب می‌کنند، دو مورد پارگی رحم که در ارتباط با کارآزمایی لیبر در بیماران با سابقه سزارین قبلی رخ داده است، معرفی می‌شود و در ادامه عواملی که ممکن است احتمال موفقیت VBAC را تحت تأثیر قرار دهند، مرور خواهد شد.

گزارش مورد

مورد اول، خانمی ۲۵ ساله G5P4 بود که در هفته ۳۸ بارداری با شکایت درد ناگهانی شکم و خونریزی واژینال مراجعه کرده بود. درد از ۱۰ ساعت قبل از مراجعه

شروع شده بود و از ۳ ساعت قبل از مراجعه شدت پیدا کرده بود. بیمار سابقه دو بار سزارین قبلی با اندیکاسیون‌های بریچ در زایمان اول و سزارین تکراری در زایمان دوم با برش فن اشتایل^۲ را ذکر می‌کرد. زایمان‌های سوم و چهارم به صورت NVD^۳ انجام شده بود. در شرح حال مامایی سابقه هیچ‌گونه بیماری زمینه‌ای یا جراحی ژنیکولوژیک نداشت. مراقبت‌های دوران بارداری را تحت نظر ماما در مرکز بهداشتی درمانی دریافت کرده بود. بیمار تمایل به انجام NVD داشت و به دلیل عدم تمایل به انجام سزارین ترجیح داده بود مرحله فعال لیبر را در منزل بگذراند و سپس برای انجام زایمان به بیمارستان مراجعه کند. بیمار در زایشگاه بستری شد و چون در ارزیابی اولیه ضربان قلب جنین شنیده نشد، بیمار با شک به پارگی رحم جهت انجام سزارین به اتاق عمل منتقل شد. لاپاروتومی توسط جراح زنان انجام شد و پارگی محل انسیزیون قبلی مشاهده شد که بخش‌هایی از جنین از رحم خارج شده بود. جنین دختر با آپگار صفر به طور کامل از حفره رحم خارج و محل پارگی رحم ترمیم شد. بیمار در روز چهارم پس از عمل با حال عمومی خوب بیمارستان را ترک کرد.

مورد دوم، خانمی ۱۹ ساله G3P2 بود که با شکایت درد زایمانی و ترشح واژینال خونی مختصر مراجعه کرده بود. سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی (LMP^۴)، ۴۱ هفته و ۳ روز محاسبه شد. بیمار سابقه یک بار سزارین قبلی به علت دیستوزی در زایمان اول را ذکر می‌کرد و زایمان دوم به صورت NVD در منزل انجام شده بود. نوع انسیزیون رحم وی ناشناخته بود. بیمار ساکن یکی از روستاهای اطراف زاهدان بود و مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت نکرده بود. در معاینه واژینال دیلاتاسیون سرویکس ۵ سانتی‌متر و امتیاز بی‌شاپ^۵ ۸ برآورد شد. پرزانتاسیون جنین سفالیک و جایگاه سر جنین ۲ سانتی‌متر بالای خارهای ایسکیال بود و پرده‌های جنینی سالم قابل

² Pfannenstiel

³ Natural Vaginal Delivery

⁴ Last Menstrual Period

⁵ Bishop Scor

¹ Vaginal Birth After Cesarean

انسیزیون عرضی پایین^۲ شیوع پارگی رحم ۰/۱۵-۰/۹٪ تعیین شده است، بنابراین در صورتی که زنان تنها یک انسیزیون عرضی پایین بر روی رحم داشته باشند، می توانند به عنوان کاندید کارآزمایی لیبر در نظر گرفته شوند. در سایر انواع انسیزیون ها (انسیزیون کلاسیک یا T شکل، پارگی قبلی رحم، جراحی قبلی بر روی فوندوس رحم) خطر پارگی رحم بیشتر است و به طور کلی در این موارد کارآزمایی لیبر توصیه نمی شود (۱)، در مورد ارتباط تعداد انسیزیون های قبلی رحم و افزایش احتمال پارگی رحم نتایج ضد و نقیضی گزارش شده است (۷-۵). مکونز و همکاران (۲۰۰۵) خطر پارگی رحم در زنان با سابقه دو بار سزارین قبلی را دو برابر میزان خطر در زنان با سابقه یک بار سزارین قبلی گزارش کردند (۷)، در حالی که کاهیل و همکاران (۲۰۱۰) و لاندن و همکاران (۲۰۰۶) بر این باورند که افزایش خطر معناداری در پارگی رحم بین دو گروه زنان با سزارین های متعدد و زنان با سابقه یک بار سزارین قبلی وجود ندارد (۵، ۶). به نظر می رسد همانند مورد گزارش شده اول، افزایش تعداد انسیزیون ها حتی در صورت وجود انسیزیون عرضی پایین می تواند به عنوان یک عامل خطر مستقل و در غیاب القاء یا تقویت لیبر با عوامل یوتروتونیک، احتمال پارگی رحم را افزایش دهد. در مواردی که نوع انسیزیون ناشناخته است (همانند مورد گزارش شده دوم)، خطر پارگی رحم ناشناخته است، اما از آنجایی که بر اساس نظر کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا، زنان با سابقه یک مورد سزارین قبلی با انسیزیون رحمی نامشخص که بر اساس اندیکاسیون سزارین قبلی آن ها احتمال انسیزیون کلاسیک رحمی رد شده است، می توانند کاندید لیبر در نظر گرفته شوند (۸). همچنین چون مشابه هر دو مورد گزارش شده اکثر موارد پارگی رحم در مراحل لیبر رخ می دهد، بنابراین در صورتی که این زنان تمایل به کارآزمایی لیبر داشته باشند، باید به محض شروع نشانه های لیبر در مراکز زایمانی مجهز تحت نظر قرار گیرند تا در صورت وقوع پارگی رحم با

لمس بودند. بیمار در زایشگاه بستری شد و چون تمایل به انجام سزارین نداشت، جهت انجام زایمان طبیعی در لیبر تحت نظر قرار گرفت. در طی دو ساعت پس از پذیرش، بیمار انقباضات رحمی شدید و منظم با تعداد ۳-۵ انقباض در دوره های ۱۰ دقیقه ای داشت. آمنیوتومی انجام شد که مایع خارج شده شفاف بود. در تمام زمان حضور بیمار در لیبر مانیتورینگ خارجی ضربان قلب جنین انجام شد که طبیعی بود. با ورود بیمار به مرحله دوم زایمان، بیمار جهت انجام زایمان به تخت لیتوتومی منتقل شد. با افت شدید ضربان قلب جنین به ۶۰ ضربه در دقیقه و معاینه واژینال که نشان دهنده بالا رفتن جایگاه سر جنین در کانال زایمان بود، بیمار با شک به پارگی رحم به اتاق عمل منتقل شد. پس از انجام برش شکم، پارگی رحم در محل اسکار قبلی مشهود بود که به سمت سرویکس کشیده شده بود و دست جنین از رحم خارج شده بود. نوزاد پسر با آپگار ۴ خارج شد و رحم و سرویکس توسط جراح زنان ترمیم شد. بیمار و نوزادش در روز چهارم پس از عمل با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص شدند. آموزش های لازم در رابطه با بارداری های بعدی به بیمار داده شد و بر این نکته تأکید شد که وی کاندید مناسبی برای انجام کارآزمایی لیبر در بارداری های بعدی نیست.

بحث

پارگی خودبخود در رحم فاقد اسکار، یافته ای نادر است اما پارگی یا از هم گسیختگی^۱ رحم، شایع ترین عارضه مرتبط با کارآزمایی لیبر در زنان با سابقه سزارین قبلی است. ماهیت آتروفیک و غیر الاستیک اسکارهای رحمی باعث تطابق کمتر رحم با نیروهای انقباضی شده و توزیع غیر طبیعی نیروها در سگمان های فوقانی و تحتانی، احتمال پارگی رحم را افزایش می دهد (۴). شیوع پارگی رحم متغیر است، مهم ترین عامل تأثیرگذار در افزایش احتمال پارگی رحم، نوع، محل و تعداد انسیزیون های قبلی رحم می باشد. در زنان با

² Low transverse incision

¹ Dehiscence

اقدام به موقع عوارض مادری و جنینی به حداقل برسد (۹). در مورد گزارش شده دوم علی رغم پارگی رحم با تشخیص به موقع و اقدام فوری تیم پزشکی، سرانجام مادری و نوزادی رضایت بخش حاصل شد.

علاوه بر نوع انسیزیون قبلی رحم، سایر مواردی که ممکن است احتمال پارگی رحم را افزایش دهند شامل القاء لیبر با پروستاگلاندین ها، بستن تک لایه محل انسیزیون قبلی رحم، فاصله بین زایمان ها کمتر از ۱۸ ماه و زایمان سزارین پره ترم قبلی می باشند. بنابراین اطلاع از نوع و وسعت انسیزیون و چگونگی ترمیم آن برای تصمیم گیری و انتخاب بیمار برای کارآزمایی لیبر ضروری به نظر می رسد (۱۰).

پارگی رحم اغلب ناگهانی رخ می دهد. هیچ فاکتور شناخته شده ای برای پیشگویی وقوع آن وجود ندارد و علائم آن ممکن است از برادی کاردی جنین تا افزایش انقباضات رحمی، خونریزی واژینال و تغییر جایگاه سر جنین^۱ متغیر باشد. شایع ترین نشانه پارگی رحم، افت ضربان قلب جنین است، مانند آنچه در مورد گزارش شده دوم رخ داد که در ۷۰٪ موارد همراه با پارگی رحم مشاهده می شود (۹، ۸).

کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا تأکید کرده است که هر چند کارآزمایی لیبر برای بسیاری از زنان قابل اجراست، حدود ۸۰-۶۰٪ افرادی که برای کارآزمایی لیبر تلاش می کنند، می توانند به VBAC دست پیدا کنند. چندین عامل در موفقیت یا شکست کارآزمایی لیبر مؤثر هستند، بنابراین باید هنگام انتخاب زنان مناسب برای کارآزمایی لیبر، عواملی که ممکن است احتمال موفقیت VBAC را پیشگویی کنند در نظر گرفته شوند. شرایطی که می تواند احتمال انجام VBAC در زن باردار را افزایش دهد شامل سابقه زایمان واژینال قبلی و لیبر خودبخود می باشند. در مقابل سزارین قبلی با اندیکاسیون دیستوشی، سن بالای مادر، سن بارداری بالای ۴۰ هفته، چاقی مادر، پره اکلامپسی، کم بودن فاصله بین زایمان ها و ماکروزومی جنین ممکن است احتمال دستیابی به VBAC را کاهش دهند (۸).

نتیجه گیری

در زنان با سابقه سزارین قبلی که تمایل به انجام کارآزمایی لیبر دارند باید بحث در مورد تصمیم برای VBAC در ویزیت های ابتدایی پره ناتال مطرح شود تا فرصت کافی برای تصمیم گیری داشته باشند. از طرفی این زنان باید آموزش داده شوند تا به محض شروع نشانه های لیبر به مراکز زایمانی مجهز مراجعه کرده تا در صورت وقوع پارگی رحم با اقدام به موقع، پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی به حداقل برسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام ماماها و دستیاران زنان بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) تشکر و قدردانی می شود.

¹ Loss of fetal station

1. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351(25):2581-9.
2. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(5):1656-62.
3. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):945-50.
4. Navaratnam K, Ulaganathan P, Akhtar MA, Sharma SD, Davies MG. Posterior uterine rupture causing fetal expulsion into the abdominal cavity: a rare case of neonatal survival. *Case Rep Obstet Gynecol* 2011;2011:426127.
5. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(1):12-20.
6. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after cesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG* 2010;117(4):422-7.
7. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(4):1223-8.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) bulletin no 115. *Obstet Gynecol* 2010;116(2):450-63.(reaffirmed 2013)
9. 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.
10. Ho SY, Chang SD, Liang CC. Simultaneous uterine and urinary bladder rupture in an otherwise successful vaginal birth after cesarean delivery. *J Chin Med Assoc* 2010;73(12):655-