

گزارش یک مورد سزارین حوالی مرگ مادر

دکتر زهره یوسفی^{۱*}، دکتر مونا جعفریان^۲

۱. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دستیار تخصصی زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۴

خلاصه

مقدمه: تصمیم گیری در مورد سزارین حول و حوش مرگ مادر مشکل است و در شرایط ویژه ای انجام می شود. در موارد ایست قلبی عروقی مادر که اقدامات احیاء ناموفق باشد و یا در شرایطی که امیدی به زنده ماندن مادر نیست و سن بارداری بیشتر از ۲۸ هفته باشد، انجام سزارین ممکن است منجر به نجات جنین شود.

معرفی بیمار: در این گزارش مورد، یک مادر باردار مبتلا به تومور مغزی با بارداری ۳۲ هفته که سزارین حول و حوش مرگ وی انجام و منجر به تولد یک نوزاد زنده شد، معرفی می شود.

نتیجه گیری: نجات جنین با انجام سزارین در مواردی که امکان زنده ماندن مادر نیست، باید مد نظر باشد.

کلمات کلیدی: سزارین، مرگ مادر، نجات جنین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهره یوسفی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۱۷۴۹۳؛ پست الکترونیک: yousefiz@mums.ac.ir

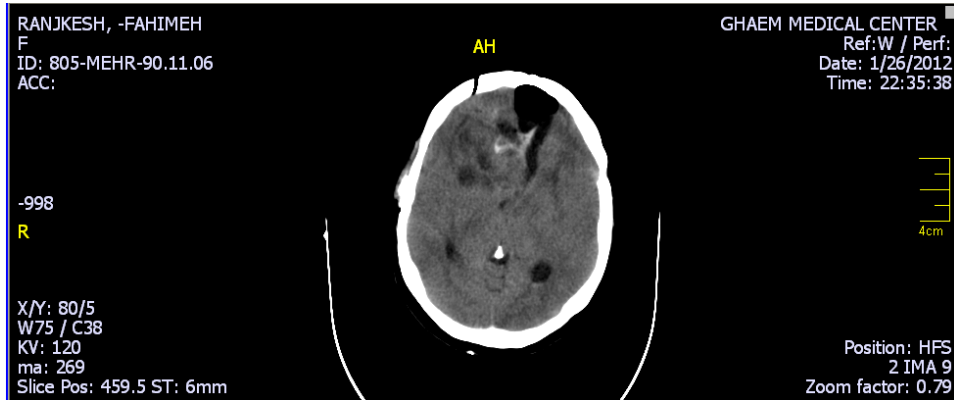
مقدمه

زایمان به روش سزارین، یکی از قدیمی ترین اعمال جراحی تاریخ است و بر اساس منابع موجود، حداقل از ۸۰۰ سال قبل از میلاد مسیح این عمل انجام می شده است (۱). گزارش هایی از قبل قرن بیستم از عمل حوالی مرگ مادر که به طور موفقیت آمیز باعث نجات جان جنین شده باشد، وجود دارد و سزارین به عنوان یک مداخله پزشکی قانونی و مشروع به طور جدی در این بیماران مطرح شده است (۲). اولین مورد مدرن سزارین حول و حوش مرگ مادر توسط کتز و همکاران (۱۹۸۷) گزارش شد. در سال های اخیر به دلیل پیشرفت روش های کنترل حین بارداری، میزان مرگ و میر مرتبط با بارداری اندک شده است. لذا سزارین بعد از مرگ مادر به ندرت انجام می شود. اما به دلیل تغییر الگوی بیماری های مادر در جهان امروز و تحول سیستم های حمل و نقل اورژانس همراه با پروتکل های پیشرفته حمایت های حیاتی، شیوع سزارین حول و حوش مرگ مادر افزایش یافته است (۳). در مطالعه کتز و همکاران (۲۰۰۴) استفاده از سیستم های حمایتی حیاتی و تغذیه وریدی به مدت ۱۵-۱ هفته و انجام عمل سزارین در حوالی مرگ مادر منجر به تولد نوزادان زنده شد (۴). مطالعه دیگر کتز نشان داد که قبل از سال ۱۹۸۶ حدود ۱۸۸ مورد سزارین حول و حوش مرگ مادر گزارش شده است ولی در سال های ۱۹۸۶-۲۰۰۴، ۳۸ مورد هم به آنها اضافه شد که این آمار با میزان زنده ماندن ۷۰ درصد از جنین ها همراه بود (۵، ۶). در سال های اخیر توجه ویژه ای به سزارین حول و حوش مرگ مادر به ویژه در افراد با مرگ مغزی شده است. با توجه به نادر بودن این نوع جراحی علیرغم شیوع بسیار زیاد سزارین در ایران، مطالعه حاضر با هدف بیان یک مورد سزارین حول و حوش مرگ مادر که منجر به تولد نوزاد زنده شد، انجام گرفت.

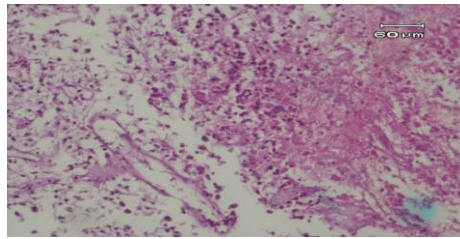
معرفی بیمار

خانم ۳۰ ساله با بارداری دوم و سابقه یک فرزند زنده با شکایت اختلال هوشیاری و اختلال رفتاری به صورت گریه و بی قراری با $GCS=9$ در تاریخ ۹۰/۱۰/۱۱ در

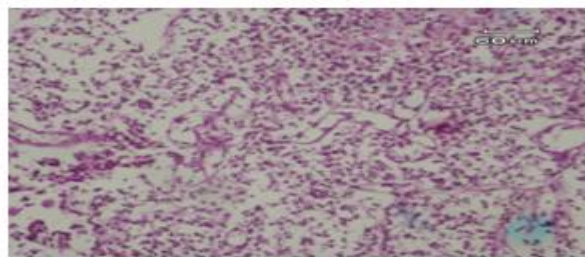
بخش جراحی اعصاب بیمارستان قائم (عج) بستری شد. بیمار سابقه تومور مغزی استروسیتوما با درجه بدخیمی پایین داشت که سال ۱۳۸۶ در همین بیمارستان تحت عمل جراحی قرار گرفته بود و سپس با توجه به پاتولوژی مربوطه، تحت رادیوتراپی قرار گرفته بود و طی این ۴ سال هم مرتب تحت پیگیری بود. در چند ماه اخیر با توجه به بروز اختلال هوشیاری و اختلال رفتاری، بررسی متاستاز در بیمار انجام شد و $CT-Scan$ ، توده نامتجانس دارای کانون های حاوی رسوب کلسیم در میدلاین و در لوب فرونتال راست گزارش کرد (شکل ۱) و MRI ، سیگنال غیرطبیعی بی شکلی در لوب های فرونتوپاریتال دو طرف بیشتر در سمت راست و در ناحیه ژنوکورپوس کالوزوم که باعث جابجایی مختصر میدلاین به سمت چپ شده بود را نشان داد. با تشخیص عود تومور و به دلیل علائم فشاری، بیمار تحت کراینوتومی مجدد قرار گرفت و تومور به صورت ساب توتال حذف شد که پاسخ پاتولوژی اخیر، تومور استروسیتوما با درجه بدخیمی بالا بود (عکس ۲، ۳). بیمار در زمان ورود به بیمارستان، باردار بود که بر اساس سونوگرافی ۸ هفته، سن بارداری حدود ۲۵-۲۴ هفته بود و بر اساس آن در زمان عمل جراحی کراینوتومی حدود هفته ۳۰ بارداری بود. در هفته ۳۲ بارداری به دلیل قریب الوقوع بودن مرگ مادر و با توجه به سن بارداری و شرایط بیمار، تصمیم به ختم بارداری گرفته شد. به دنبال بروز افت مکرر تنفسی و کاهش شدید سطح هوشیاری و دو بار انجام اقدامات احیای قلبی- ریوی ناموفق و در نهایت میدریاز دو طرفه در تاریخ ۹۰/۱۱/۲۹ تحت عمل سزارین قرار گرفت و نوزاد ۳۲ هفته با وزن ۱۹۰۰ و آپگار ۹-۸ متولد شد. مادر روز بعد از عمل جراحی به علت مرگ مغزی جهت اهداء کلیه به بخش پیوند منتقل شد. نوزاد در حال حاضر زنده است و رشد و نمو طبیعی دارد. تصمیم گیری جهت ختم بارداری بیمار، با موافقت همسر و والدین بیمار و رضایت کتبی از ایشان برای نجات جنین در زمانی که امکان حیات برای مادر وجود نداشت، انجام شد. به دلیل موافقت خانواده بیمار جهت پیوند اعضا، بعد از فوت به بخش پیوند انتقال داده شد.



عکس ۱- توده با دانسیته مشابه تا بالاتر از بافت مغزی در فونتانل راست همراه با رسوب کلسیم داخل توده و جابجا کردن میدلاین به سمت چپ



عکس شماره ۲: مقطعی از آزار نئوپلاستیک سلولهای استروسیتی با مقاطع نکروز تومورال



عکس شماره ۳: مقطعی از تومور حاوی پرولیفراسیون عروق، ظریف

بحث

در گذشته شایعترین علت مرگ مادر، بیماری های مزمن و اکثراً علل عفونی و سپس مشکلات قلبی - عروقی بود اما در سال های اخیر آمبولی ریه، تروما، اکلامپسی و بیماری های قلبی مادر، پارگی خود به خود رحمی، خونریزی درون مغزی و تجویز بیش از حد سولفات منیزیم از شایعترین دلایل ایست قلبی مادر هستند (۷، ۸). عوامل متعددی در تصمیم گیری سزارین بعد از مرگ مادر باید مورد توجه قرار گیرد. اولین مورد، تخمین سن بارداری است. در شرایط اورژانس، به دست آوردن سن بارداری مشکل است و انجام سونوگرافی هم عملی نیست ولی از اندازه گیری ارتفاع رحم با سانتی متر یا انگشت می توان استفاده کرد (۹). مسئله بعدی، امکانات نگهداری نوزاد متولد شده در بیمارستان یا محلی است که این عمل جراحی در آنجا انجام می شود. همچنین فاصله زمانی از ایست قلبی مادر تا زایمان از نکات ویژه ای است که باید مدنظر قرار گیرد. اکثر منابع معتقدند بهترین نتایج که بدون آسیب وضعیت نورولوژیک نوزاد باشد، با انجام سزارین حدوداً ۵ دقیقه بعد از ایست قلبی مادر حاصل می شود (۱۰، ۱۱). همکاری سریع و تنگاتنگ بین تیم جراحی و بیهوشی و نوزادان از اصول مهمی است که باید مدنظر باشد، همچنین رضایت شوهر هم می تواند باعث تقویت روحیه تیم و پشتیبانی روانی از این تصمیم گیری حساس باشد.

اما در مورد سزارین حول و حوش مرگ مادر، شرایط متفاوت است. گزارشات متعددی در دهه ۱۹۸۰ مبنی بر بهبودی غیر قابل انتظار مادر پس از سزارین منتشر شده است که این امر به دلیل بهبود جریان قلبی - عروقی مادر بعد از جراحی ناشی از تخلیه رحم بارداری است. در واقع انجام احیاء قلبی عروقی مادر ممکن است باعث بهبودی شرایط وی شده باشد. ثابت شده است که اعمال فشار مناسب روی قفسه سینه و جابجا کردن رحم بارداری از روی عروق تخلیه کننده اندام تحتانی، باعث بهبود اکسیژناسیون خون مادر می شود. در واقع خالی شدن رحم بارداری باعث بهبود شرایط فیزیولوژیک مادر و مؤثر بودن احیاء قلبی عروقی مادر (CPR) می شود (۱۱). مطالعه رودریگیتز و همکاران (۱۹۹۹) در فلوریدا، حاکی

از انجام سزارین حول و حوش مرگ مادر با بارداری دو قلوبی و سن بارداری ۲۸ هفته بود. مادر بعد از تروما دچار ایست قلبی شد و با خروج نوزادان از طریق سزارین، نه تنها نوزادان زنده متولد شدند، بلکه مادر هم تا ۱۵ ماه بعد از زایمان زنده ماند (۱۲).

در مطالعه کیزر و همکاران (۲۰۰۶)، از ۲۰ بیماری که به دلیل قریب الوقوع بودن مرگ مادر تحت سزارین حوالی مرگ قرار گرفته بودند، در ۱۴ مورد بهبودی در مادر مشاهده شد (۱۳).

پیش بینی وضعیت نوزاد با توجه به اینکه سزارین بعد از مرگ مادر و یا حول و حوش مرگ مادر انجام شده باشد، متفاوت است. در مطالعه نابلوج (۲۰۰۳)، فقط دو مورد تولد نوزاد زنده بعد از مرگ مادر گزارش شد، ولی در مطالعات انجام شده طی ۱۰ سال گذشته، ۲۵ مورد تولد نوزاد زنده از ۴۰ مادر در شرایط ذکر شده منتشر شده است (۱۴).

انجام عمل سزارین باید توسط پزشک با تجربه و با رعایت شرایط استریل و تکنیک صحیح جراحی با محافظت روده و مثانه انجام شود. برش انتخابی در شکم میدلاین و در رحم، برش طولی، از حد فوندوس تا سمفیز (از قسمت سقف رحم تا قسمت استخوان شرمگاهی) است. پس از تولد نوزاد، یک حلقه از بند ناف با دو کلامپ در انتهاها باید جهت بررسی گازهای خون بند ناف و یا سایر آزمایشات بیوشیمی احتمالی نگه داشته شود. این قسمت می تواند تا ۶۰ دقیقه بدون تغییر قابل توجه در آزمایشات نگه داشته شود (۱۵).

مسئله مهمی که باید مدنظر قرار گیرد این است که بستن انسزیون باید بر اساس شرایط مادر و پاسخ او به احیاء انجام شود زیرا به دلیل کاهش جریان خون مادر در زمان ایست قلبی، مکان های خونریزی غیر فعال هستند. ولی وقتی که جریان خون بهبود یافت، این نقاط دچار خونریزی فعال می شوند. علاوه بر اینکه خونریزی منتشر داخل عروقی هم عارضه ای شایع در این بیماران است.

بارداری کمتر از ۲۴ هفته و همچنین برگشت جریان خون مادر به فاصله کوتاهی از احیاء قلبی عروقی مادر، از موارد منع انجام سزارین حوالی مرگ مادر است (۱۶).

نتیجه گیری

در هر شرایطی که امکان زنده ماندن مادر نیست، با احتمال تولد جنین قابل حیات، سزارین حوالی مرگ مادر را باید مدنظر داشت.

ارائه خدمات حمایتی، مدنی، اخلاقی، قانونی و مالی از نگرانی هایی است که در موارد انجام سزارین حول و حوش مرگ مادر باید مد نظر باشد. اگرچه بر اساس بررسی مطالعات، تاکنون پرونده دادخواهی برای انجام اشتباه در این نوع جراحی گزارش نشده است (۱۷).

منابع

1. Weber CE. Postmortem cesarean section: review of the literature and case reports. *Am J Obstet Gynecol* 1971 May 15;110(2):158-65
2. Kue R, Coyle C, Vaughan E, Restuccia M. Perimortem Cesarean section in the helicopter EMS setting: a case report. *Air Med J* 2008 Jan-Feb;27(1):46-7.
3. Yildirim C, Goksu S, Kocoglu H, Gocmen A, Akdogan M, Gunay N. Perimortem cesarean delivery following severe maternal penetrating injury. *Yonsei Med J* 2004 Jun 30;45(3):561-3.
4. Katz V, Balderston K, DeFreest M. Perimortem cesarean delivery: were our assumptions correct?. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(6):1916-20.
5. Smith S. Mother and baby survive near-death experiences. Available at: <http://articles.www.cnn.com/2010-01-05/health/mother.baby>. Accessed January 5, 2010.
6. Capobianco G, Balata A, Mannazzu MC, Oggiano R, Pinna Nossai L, Cherchi PL, et al. Perimortem cesarean delivery 30 minutes after a laboring patient jumped from a fourth-floor window: Baby survives and is normal at age 4 years. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Jan;198(1):e15-6.
7. Atta E, Gardner M. Cardiopulmonary resuscitation in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007 Sep;34(3):585-97, xiii. Review.
8. Shapiro JM. Critical care of the obstetric patient. *J Intensive Care Med* 2006 Sep;21(5):278-86. Review.
9. Stallard TC, Burns B. Emergency delivery and perimortem C-section. *Emerg Med Clin North Am* 2003 Aug;21(3):679-93.
10. Brown HL. Trauma in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2008;111(2 Pt 2):481-2.
11. Saha R. Perimortem caesarean delivery (PMCD). *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2007 Oct-Dec;5(4):534-7.
12. Page-Rodriguez A, Gonzalez-Sanchez JA. Perimortem cesarean section of twin pregnancy: case report and review of the literature. *Acad Emerg Med* 1999 Oct;6(10):1072-4.
13. Keizer JL, Zwart JJ, Meerman RH, Harinck BI, Feuth HD, van Roosmalen J. Obstetric intensive care admission: a 12-year review in a tertiary care centre. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006 Sep-Oct;128(1-2):152-6.
14. Knobloch K. Re: Perimortem Cesarean section in the helicopter EMS setting. *Air Med J* 2008 Jul-Aug;27(4):152-3.
15. DePace NL, Betesh JS, Kotler MN. 'Postmortem' cesarean section with recovery of both mother and offspring. *JAMA* 1982 Aug 27;248(8):971-3.
16. Katz VL. Perimortem cesarean delivery: its role in maternal mortality. *Semin Perinatol* 2012 Feb;36(1):68-72.
17. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidenced-base surgery for cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Nov;193:1607-17. Review.