

پارگی کلدوساک خلفی، عارضه نادر به دنبال سزارین در موارد جایگاه پایین سر جنین: یک گزارش موردی

دکتر سیده حورا واحد العین^۱، دکتر ملیحه عافیت^{۱*}، دکتر سید مصطفی پشنگ^۳

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. متخصص بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۹

خلاصه

مقدمه: دشوار بودن خروج جنین در حین سزارین، در ۱-۲٪ موارد رخ می دهد که یکی از علل آن، پک شدن سر جنین در کانال زایمان می باشد که با عوارض مادری و جنینی زیادی همراه است. در این گزارش، خانم ۲۶ ساله ای معرفی شده که به دلیل سزارین در جایگاه پایین، دچار پارگی کلدوساک خلفی شد که یک عارضه نادر می باشد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۶ ساله حاملگی اول و ترم بود که به دلیل درد زایمانی در فاز فعال زایمانی به بیمارستان مراجعه کرد. بیمار در مرحله دوم زایمان به دلیل افت طولانی ضربان قلب جنین جهت سزارین به اتاق عمل منتقل شد. به دلیل پک بودن سر جنین در کانال زایمان، دستیار از واژن سر را به بالا رانده تا جراح بتواند جنین را خارج کند (روش ابدومینوواژینال)، ولی به دلیل عدم موفقیت این روش، جنین با روش کششی بریچ خارج شد. پس از آن متوجه پارگی کلدوساک خلفی به طول ۴ سانتی متر شدیم که پارگی ترمیم و شکم بسته شد و بیمار بعد از ۷۲ ساعت با حال عمومی خوب و بدون وجود علائم عفونت مرخص شد.

نتیجه گیری: آسیب ارگان های مجاور رحم و لیگامان ها به عنوان عارضه کلی سزارین در جایگاه پایین ذکر شده است که جراح بایستی در موقع ترمیم محل سزارین در موارد جایگاه پایین به این عوارض توجه خاصی داشته باشد.

کلمات کلیدی: جایگاه پایین، پارگی کلدوساک خلفی، مرحله دوم زایمان، روش ابدومینوواژینال، روش کششی بریچ

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر ملیحه عافیت؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۳۸۰۲۲۶۰۸

پست الکترونیک: AfiatM@mums.ac.ir

مقدمه

عمل جراحی سزارین در اکثر موارد بدون دشواری انجام می شود ولی در ۱-۲٪ موارد، انجام سزارین و خروج جنین، با دشواری انجام می شود (۱). یکی از علل سزارین دشوار، شرایطی است که سر جنین در کانال زایمانی پک می شود و موقعیت سر جنین نسبت به لگن پایین می باشد و امکان زایمان طبیعی وجود ندارد (به طور مثال به دلیل تنگی لگن (CPD)^۱ یا افت ضربان قلب جنین)، ناگزیر باید از سزارین برای خروج جنین استفاده شود که در این شرایط انجام سزارین و خروج جنین دشوار خواهد شد (۲).

این شرایط با عوارض مادری و جنینی زیادی همراه است. سزارین در جایگاه پایین می تواند باعث شکستگی سر جنین، شکستگی فمور و آسیب به ارگان های مجاور مانند پارگی مثانه، روده، گسترش برش (انسزیون) رحمی و آسیب لیگامان های اطراف رحم شود که عدم تشخیص هر کدام از این ها می تواند باعث موربیدیتی و حتی مورتالیتی شود (۳، ۴).

در این مقاله، موردی گزارش شده که سزارین در جایگاه پایین با دشواری انجام شده و پس از خروج جنین و ترمیم رحم، متوجه پارگی کلدوساک خلفی شدیم که این عارضه نادر بوده و در مقالات به صورت عارضه واحد به دنبال سزارین گزارش نشده و آسیب ارگان های مجاور رحم و لیگامان ها به عنوان عارضه کلی سزارین در جایگاه پایین ذکر شده است. در مقالات در خصوص پارگی کلدوساک خلفی، فقط چند گزارش مورد به دنبال زایمان و هیستروکتومی به ثبت رسیده است (۵-۸).

در مواردی که سزارین در جایگاه پایین انجام می شود، جراح باید با هر دو روش خروج جنین (روش ابدومینو واژینال و روش کششی بریچ) آشنا بوده و در صورت عدم خروج جنین به یک روش، اصرار و فشار زیادی وارد نکند و از روش دیگر استفاده کند. ضمناً پس از خروج جنین، جراح باید علاوه بر بررسی گسترش انسزیون، خلف رحم و اطراف رحم را نیز بررسی کند تا آسیب ارگان ها و لیگامان ها کشف شده و از موربیدیتی جلوگیری شود.

عدم تشخیص پارگی کلدوساک خلفی می تواند باعث پرولاپس روده ها، گیر کردن روده ها در محل پارگی، انسداد روده، نکروز احشایی و پریتونیت شود و باید دقت لازم برای تشخیص و ترمیم آن انجام شود. در این مطالعه، موردی از پارگی کلدوساک خلفی به دنبال سزارین گزارش می شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۶ ساله با حاملگی اول بود که با شکایت درد زایمانی در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴ به بیمارستان ام البنین (س) مشهد مراجعه کرده بود. سن حاملگی بر اساس LMP و سونوگرافی اوایل بارداری ۳۹-۴۰ هفته بود. بیمار سابقه بیماری طی نداشت و تاکنون تحت عمل جراحی قرار نگرفته بود، همچنین داروی خاصی به جز مکمل بارداری استفاده نمی کرد. در معاینات انجام شده، علائم حیاتی بیمار پایدار بود. ارتفاع رحم ترم و قلب جنین نرمال و انقباضات رحمی ۴۰ ثانیه هر ۳ دقیقه بود. در معاینه واژینال انجام شده دیلاتاسیون ۴ سانتی متر و افساسیان ۵۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- بود و در معاینه لگن محدودیت خاصی وجود نداشت. بیمار جهت زایمان طبیعی با سیر انقباضات خودبخودی تحت نظر قرار گرفت و بعد از ۵ ساعت از بستری، بیمار وارد مرحله دوم لیبر شد. دیلاتاسیون کامل و جایگاه صفر بود و بیمار در این شرایط دچار افت های متغیر قابل توجه و در نهایت افت طولانی شده و چون جایگاه همچنان صفر بود، جهت انجام سزارین به اتاق عمل منتقل شد. برای انجام سزارین، شکم با برش فانشیتیل باز شد و پس از باز کردن فاسیا و پریتون جدار، پریتون احشایی بین مثانه و رحم باز شده و برش بالاتر از محل رفلکشن پریتون مثانه زده شد. به دلیل پک بودن سر جنین در کانال زایمان، دستیار از داخل واژن، سر جنین را به بالا جابجا کرده تا جراح بتواند جنین را خارج کند، ولی بعد از چند بار تلاش، به دلیل موفقیت آمیز نبودن این روش، جنین با روش کششی به صورت بریچ خارج شد که نوزاد پسر با آپگار ۸-۶ و وزن ۳۳۴۰ گرم و دور سر ۳۳ سانتی

¹ Cephalo pelvic disproportion

فوندوس رحم بالا می رود و پاهای جنین را می گیرد و به سمت انسزیون می کشد تا جنین به صورت بریچ خارج شود (۱، ۱۳).

در مورد گزارش شده، سر جنین به دلیل تنگی لگن (CPD) کاملاً در لگن پک شده بود و فشار انگشتان دستیار زیاد بوده و هر چند تروما به سر جنین وارد نشده، ولی فشار زیاد انگشتان، باعث آسیب به دیواره خلفی واژن و پاره کردن آن و ورود به ناحیه کلدوساک خلفی لگن شده بود. پارگی کلدوساک خلفی عارضه نادری است که در جریان زایمان های ابزاری ممکن است رخ دهد. در طی زایمان های دشوار نیز این اتفاق می تواند رخ دهد.

برای یافتن مقالات مشابه، پایگاه های اطلاعاتی Google, Scopus, Cochrane, Pubmed, Journal of Medical Case Reports, Scholar جستجو شدند که مقاله ای تحت عنوان پارگی کلدوساک خلفی به دنبال سزارین یافت نشد. ولی در مقالات، از عبارت کلی "لاسرسیون ساختارهای آناتومیکی اطراف" به دنبال سزارین در جایگاه پایین سر جنین استفاده شده بود (۴، ۱۰، ۱۱).

همچنین چندین مورد از پارگی کلدوساک خلفی به دنبال مقاربت جنسی و همچنین به دنبال هیستروکتومی گزارش شده است (۸-۵).

در متاآنالیز برهان (۲۰۱۴) که ۱۱ مطالعه بررسی شد، در روش ابدومینوواژینال احتمال گسترش انسزیون رحمی ۸ برابر افزایش داشت و از دست دادن خون و ترانسفوزیون نیز ۳ برابر افزایش داشت و احتمال اندومتريت پست پارتوم نیز بیشتر بود و در این متاآنالیز روش خارج کردن بریچ، ارجح معرفی شد (۱۴، ۱۵).

در گزارش مورد یانگ و همکار (۲۰۱۰)، پارگی کلدوساک خلفی در طی لیبر خودبخودی در زنی با سن حاملگی ۲۸ هفته که دچار آنومالی ژنیتال بود، گزارش شد (۵). در مطالعه ایران (۲۰۱۱) که عوارض سزارین الکتیو و اورژانس بررسی شده بود، هیچ عارضه ای تحت عنوان پارگی کلدوساک خلفی گزارش نشده بود (۱۶).

در مطالعه دستجردی (۲۰۰۰) که در بیمارستان آرش تهران انجام شد، عوارض سزارین بررسی شد که پارگی

متر متولد شد که در بررسی گازومتری شریان بند ناف PH=۷/۱۷ (ABG) بود.

بعد از خروج جفت و روزیون رحم، انسزیون رحم بررسی شد که به اطراف و به عروق رحمی گسترش پیدا نکرده بود. پس از ترمیم انسزیون رحم، متوجه خونریزی در اطراف رحم شدیم. قسمت های مختلف رحم از قدام و خلف بررسی شد که پارگی حدود ۴ سانتی متر و u شکل در ناحیه کلدوساک خلفی وجود داشت. معاینه واژینال توسط دستیار انجام شد که انگشت دستیار از قسمت بالای واژن وارد لگن شد و پارگی کلدوساک خلفی تأیید شد. معاینه رکتال انجام شد که نرمال بود. حالب های دو طرف نیز چک شد که نرمال بود. پارگی ترمیم شد، خونریزی کنترل و شکم در پلان های آناتومیکی بسته شد. بیمار حین عمل ۱ لیتر خونریزی داشت و تاکی کاردی در حد ۱۲۰ داشت که ۱ واحد پک سل کراس ماچ شده دریافت کرد.

به دلیل آلودگی حفره لگنی با فلور واژن، آنتی بیوتیک وریدی پروفیلاکسی به مدت ۴۸ ساعت تجویز شد و بعد از ۷۲ ساعت بیمار با حال عمومی خوب و عدم وجود علائم عفونت مرخص شد.

بحث

خروج جنین از محل برش رحم (هیستروتومی) در هنگام سزارین، در شرایط جایگاه پایین سرجنین به دو روش انجام می شود. روش اول، زایمان شکمی - واژنی^۱ می باشد که در این روش، دستیار دستش را از واژن وارد کرده و ۳ یا ۴ انگشت را در اطراف سر گذاشته و فشار ملایمی به سر پک شده جنین وارد می کند و آن را به بالا می راند تا جراح بتواند سر را از برش رحم خارج کند (۹). فشار بر سر جنین توسط دستیار نباید زیاد باشد چون می تواند باعث تروما و شکستگی سرجنین شود (۳، ۴، ۱۰)، همچنین این روش می تواند باعث گسترش انسزیون رحم و لاسراسیون ساختارهای آناتومیکی اطراف شود (۴، ۱۰، ۱۱). روش دوم، روش کششی بریچ^۲ می باشد (۱۲) که در این روش دست جراح در امتداد

¹ Abdominovaginal Delivery

² Reverse breech extraction

کلدوساک وجود نداشت (۱۷). در مطالعه مایکی و همکاران (۱۹۹۷) که در طی ۱۰ سال انجام شد، عوارض حین عمل و بعد از عمل سزارین بررسی شد که عوارض حین سزارین حدود ۱۴٪ بود که شایع ترین آن لاسراسیون جسم رحم بود و آسیب به شریان رحمی، لیگامان های رحمی و روده ها در ۶٪ از سزارین های اورژانس و آسیب واژن و سرویکس در ۴٪ سزارین های اورژانس وجود داشت و عارضه ای تحت عنوان پارگی کلدوساک خلفی ذکر نشده بود. همچنین در این مطالعه عوارض سزارین اورژانس بیشتر از سزارین الکتیو گزارش شد که در بیمار مطالعه حاضر نیز سزارین اورژانس بود (۱۸).

در مطالعه گلانس و همکاران (۲۰۱۴) میزان عوارض مامایی مازور در بیمارستان های مختلف آمریکا در سال ۲۰۱۰ بررسی شد و ۷۵۰ هزار زایمان بررسی و مشخص شد زایمان هایی که در بیمارستان های سطح ۱ انجام می شود، نسبت به زایمان های انجام شده در بیمارستان های سطح ۳، بیشتر دچار عوارض مامایی می شود. در این مطالعه آسیب مثانه، روده و ارگان های مجاور بیان شد، ولی آسیب کلدوساک خلفی به تفکیک بیان نشده بود (۱۹). همچنین در مطالعه الکساندر و همکاران

(۲۰۰۷) عوارض مادری و جنینی سزارین در مرحله اول لیبر، کمتر از سزارین در مرحله دوم لیبر بود (۲۰). نقطه قوت این مطالعه این بود که تأکید زیادی بر عدم فشار شدید به سرجنین می شود و روش آلترناتیو (روش کششی بریچ) در صورت عدم موفقیت روش اول باید مدنظر باشد.

نتیجه گیری

عارضه پارگی کلدوساک خلفی، در اثر انجام نادرست روش ابدومینوواژینال که برای خروج سر پک شده جنین به کار می رود، ایجاد شده است. رزیدنت ها در این زمینه باید بیاموزند که در شرایط سزارین جایگاه پایین، دو روش برای خروج جنین وجود دارد: ۱- روش ابدومینوواژینال ۲- روش کششی بریچ. در صورتی که روش اول موفقیت آمیز نباشد، نباید اصراری برای انجام آن داشت و باید از روش دوم استفاده کرد چون ایجاد فشار شدید بر سر جنین می تواند سبب شکستگی سر جنین یا لاسراسیون ساختار های آناتومیکی اطراف رحم شود. ضمناً در موارد انجام سزارین در جایگاه پایین، بعد از خروج جنین و جفت، همه قسمت های اطراف رحم بررسی گردد تا آسیب احتمالی کشف گردد.

منابع

1. Levy R, Chernomoretz T, Appelman Z, Levin D, Or Y, Hagay ZJ. Head pushing versus reverse breech extraction in cases of impacted fetal head during Cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 121(1):24-6.
2. Blickstein I. Difficult delivery of the impacted fetal head during cesarean section: intraoperative disengagement dystocia. *J Perinat Med* 2004; 32(6):465-9.
3. Sung JF, Daniels KI, Brodzinsky L, El-Sayed YY, Caughey AB, Lyell DJ. Cesarean delivery outcomes after a prolonged second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(3):306.e1-5.
4. Tan EK. Difficult caesarean delivery of an impacted head and neonatal skull fracture: can the morbidity be avoided? *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(4):427-8.
5. Young B, Takoudes T, Lim KH, Rana S. Rupture of the posterior cul-de-sac during spontaneous labor. *Obstet Gynecol* 2010; 115(2 Pt 2):414-7.
6. Cetinkaya M, Kokcu A, Alpeer T. The rupture through posterior vaginal fornix of the posterior lower uterine segment. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 16(5):295-6.
7. Lask S. Perforation of the posterior fornix and pouch of Douglas during coitus. *Br Med J* 1948; 1(4555):786.
8. Symmond RE, Couanseller VS, Pratt JH. Prolapse of a fallopian tube as a complication of hysterectomy; report of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 74(1):214-7.
9. Landesman R, Graber EA. Abdominovaginal delivery: modification of the cesarean section operation to facilitate delivery of the impacted head. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148(6):707-10.
10. Lippert TH. Abdominovaginal delivery in case of impacted head in cesarean section operation. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151(5):703.
11. Lippert TH. Bimanual delivery of the fetal head at cesarean section with the fetal head in midcavity. *Arch Gynecol* 1983; 234(1):59-60.
12. Fong YF, Arulkumaran S. Breech extraction--an alternative method of delivering a deeply engaged head at

- cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56(2):183-4.
13. Chopra S, Bagga R, Keepanasseril A, Jain V, Kalra J, Suri V. Disengagement of the deeply engaged fetal head during cesarean section in advanced labor: conventional method versus reverse breech extraction. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(10):1163-6.
 14. Berhan Y, Berhan A. A meta-analysis of reverse breech extraction to deliver a deeply impacted head during cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 124(2):99-105.
 15. Fasubaa OB, Ezechi OC, Orji EO, Ogunniyi SO, Akindele ST, Loto OM, et al. Delivery of the impacted head of the fetus at caesarean section after prolonged obstructed labour: a randomized comparative study of two methods. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22(4):375-8.
 16. Hadar E, Melamed N, Tzadikvitch-Geffen K, Yogev Y. Timing and risk factors of maternal complications of cesarean section. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283(4):735-41.
 17. Vahid Dastjerdi M. A survey of indications, outcomes and complications of caesarean section. *Tehran Univ Med J* 1998; 56(1):42-5. (Persian).
 18. van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 74(1):1-6.
 19. Glance LG, Dick AW, Glantz JC, Wissler RN, Qian F, Marroquin BM, et al. Rates of major obstetrical complications vary almost fivefold among US hospitals. *Health Aff (Millwood)* 2014; 33(8):1330-6.
 20. Alexander JM, Leveno KJ, Rouse DJ, Landon MB, Gilbert S, Spong CY, et al. Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4):917-21.