

گزارش یک مورد نادر خونریزی شدید پست پارتوم در نتیجه پارگی لایه داخلی میومتر به دنبال زایمان طبیعی

دکتر صدیقه آیتی^۱، دکتر لیلا پورعلی^{۲*}، دکتر نفیسه ثقفی^۳،

دکتر آزاده شوروی^۴، دکتر عطیه محمدزاده وطنچی^۴

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹

خلاصه

مقدمه: خونریزی پست پارتوم به دنبال زایمان، بالاترین میزان مرگومیر را به همراه دارد که علل شناخته شده مختلفی دارد. پارگی لایه داخلی میومتر از علل کمتر شناخته شده‌ای است که عدم تشخیص آن می‌تواند منجر به مرگ مادر گردد. در این گزارش، یک مورد نادر خونریزی پست پارتوم به دنبال پارگی لایه داخلی میومتر معرفی می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۵ ساله G3L2 بود که با حاملگی ترم و شکایت پارگی پرده‌های جنینی جهت ختم بارداری تحت نظر قرار گرفت و به دنبال القاء زایمان، زایمان طبیعی انجام شد. به دنبال تولد نوزاد با وزن ۳۷۰۰ گرم، مادر دچار خونریزی پست پارتوم شدید شد که به دلیل عدم پاسخ به اقدامات حمایتی و دریافت داروهای یوتروتونیک و یک نوبت CPR، منتقل اتاق عمل شد و تحت هیستریکتومی قرار گرفت. در بررسی پاتولوژی رحم، پارگی لایه داخلی میومتر در دیواره خلفی رحم مشاهده شد. در روز اول بستری در ICU بیمار به دلیل تاکی کاردی بطنی و سپس برادی کاردی و ایست قلبی و تنفسی، CPR شد ولی ناموفق بود و متأسفانه بیمار فوت شد.

نتیجه گیری: در نظر داشتن پارگی لایه داخلی میومتر به عنوان یک علت مهم و قابل کنترل خونریزی بعد از زایمان می‌تواند منجر به تشخیص این عارضه شود.

کلمات کلیدی: پارگی رحم، خونریزی بعد از زایمان، میومتر

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلا پورعلی؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۲۸۴۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک: pouralil@mums.ac.ir

مقدمه

خونریزی پست‌پارتوم، یکی از اورژانس‌های مامایی و از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر مادران به‌شمار می‌آید که سالانه باعث ۱۴۰۰۰۰ مرگ مادران پس از زایمان در کل جهان می‌شود (۱). آتونی رحم، علت شایع خونریزی پست‌پارتوم است، با این حال سایر علل خونریزی شامل: احتباس جفت، پارگی‌های دیواره واژن و سرویکس، وارونگی رحم، اختلالات انعقادی و پارگی رحم می‌باشد (۲، ۳).

پارگی رحم مانند پارگی هر ارگان داخلی (طحال، کبد و ...) یک وضعیت تهدید کننده حیات مادر و جنین است (۴). بیشتر پارگی‌های رحم در افراد با سابقه اسکار رحمی (سزارین، میومکتومی) رخ می‌دهد. با این حال موارد نادری از پارگی در رحم‌های بدون اسکار گزارش شده است که با افزایش عوارض و مرگ‌ومیر نسبت به پارگی رحم دارای اسکار همراه بوده است (۵). شیوع پارگی رحم بدون سابقه اسکار حدود ۰/۷ در هر ۱۰۰۰۰ زایمان گزارش شده است (۶). این پارگی‌ها می‌تواند در زمینه تروما، اختلالات بافت همبند (اهلرز دانلوس، ...)، مانورهای مامایی (چرخش داخلی و خارجی، فشار فوندال رحمی)، سن بالای مادر، پاریده بالا، چندقلویی، جفت غیرطبیعی، ناهنجاری‌های رحمی و داروهای یوترتونیک رخ دهد (۱، ۷). مانور فشار فوندال رحمی جهت تسریع خروج جنین در مرحله دوم زایمان در برخی مراکز انجام می‌شود، هرچند در مطالعات مختلف، سود و زیان این مانور به‌طور کامل مشخص نشده است. گاهی این مانور جهت کوتاه کردن مرحله دوم لیبر در زمان افت ضربان قلب جنین و یا خستگی مادر انجام می‌شود که می‌تواند باعث افزایش فشار داخل رحمی شود. با این حال این مانور می‌تواند در همراهی با سایر ریسک فاکتورها در پارگی رحم نقش داشته باشد (۸، ۹). در این گزارش، یک مورد نادر خونریزی پست‌پارتوم به‌دنبال پارگی لایه داخلی میومتر معرفی می‌شود.

معرفی بیمار

خانم ۳۵ ساله G3L2 با سابقه ۲ زایمان طبیعی بدون

عارضه در ۱۴ و ۹ سال قبل و مراقبت‌های بارداری نرمال با حاملگی ترم و شکایت پارگی کیسه آب و سونوگرافی مبنی بر اندکس مایع آمنیوتیک ۳ سانتی‌متر (الیگوهایدروآمنیوس) در آذر ماه ۱۳۹۵ به بیمارستان دانشگاهی در مشهد مراجعه و جهت ختم بارداری بستری شد. با توجه به عدم وجود انقباضات رحمی جهت القاء زایمان، بیمار ۲ دوز میزوپروستول ۲۵ میکروگرم با فاصله ۴ ساعت دریافت کرد. ۶ ساعت پس از آخرین دوز میزوپروستول، اینداکشن با اکسی‌توسین جهت ایجاد انقباضات مؤثر رحمی شروع شد. فاز فعال زایمان پیشرفت طبیعی داشت و در نهایت ۵ ساعت پس از شروع اینداکشن در مرحله دوم زایمان (دیلاتاسیون و افاسمان کامل جهت کمک به تسریع زایمان) با مانور فوندال رحمی نوزاد با وزن ۳۷۰۰ گرم و آپگار ۸-۶ متولد شد. جفت به‌صورت خودبه‌خودی خارج شد. بیمار بلافاصله پس از زایمان دچار خونریزی شدید پست‌پارتوم شد که داروهای یوتروتونیک (۸۰۰ میکروگرم میزوپروستول) تجویز و ماساژ دودستی رحمی انجام شد. رحم روزیون شد که هیچ‌گونه رزیدوی بارداری وجود نداشت. با ادامه خونریزی سه عدد سوند فولی با ۶۰ سی‌سی مایع در رحم فیکس شد. سپس اپی‌زیوتومی تحت بی‌حسی ترمیم شد.

علی‌رغم اقدامات درمانی، خونریزی بیمار ادامه داشت و بیمار دچار شوک هموراژیک شد و در طی یک ساعت از اقدامات انجام شده، ایست قلبی و تنفسی رخ داد. CPR انجام شد و پس از احیاء اولیه و انتوباسیون بیمار، سونوگرافی شکم جهت بررسی مایع آزاد و هماتوم داخل شکم انجام شد که نرمال گزارش شد. با توجه به عدم وجود علت مشخص برای خونریزی علائم ناپایدار بیمار و مردمک‌های میدراتیک، لاپاراتومی اورژانس ۹۰ دقیقه پس از زایمان انجام شد. پس از ورود به حفره شکم، رحم به‌شدت اتون بود که با توجه به شرایط بیمار، بلافاصله هیستریکتومی توتال انجام شد. به‌دلیل خونریزی شدید، بیمار ۶ واحد پک سل، ۳ واحد FFP و ۶ واحد پلاکت در اتاق عمل دریافت کرد. پس از لاپاراتومی، بیمار منتقل ICU شد. در روز اول بستری در ICU بیمار به‌دلیل تاکی‌کاردی بطنی و سپس برادی‌کاردی، CPR

شد و به دلیل ایست قلبی و تنفسی، متأسفانه بیمار فوت شد. در بررسی پاتولوژیک رحم بعد از برش رحم، پارگی لایه داخلی میوتر به طول ۴ سانتی‌متر و عمق ۱

سانتی‌متر در دیواره خلفی سگمان تحتانی مشاهده شد. این گزارش پس از اخذ رضایت از خانواده بیمار جهت انتشار اطلاعات ایشان تهیه شده است.



شکل ۱- پارگی لایه داخلی میومتر

بحث

خونریزی پست پارتوم، از علل شایع مرگ‌ومیر مادران است که علت آن باید به‌طور کامل مشخص و درمان مؤثر انجام شود (۱۰). پارگی لایه داخلی میومتر علت نادر خونریزی پست پارتوم است که در موارد خونریزی مقاوم به درمان و رد سایر علل شایع باید مورد توجه قرار گیرد (۱۱). علل مختلفی برای پارگی رحم گزارش شده است که تمام آنها دارای فیزیوپاتولوژی مشترک هستند. در طی لیبر نرمال، انقباضات رحمی و فشار داخل رحمی افزایش می‌یابد که این افزایش فشار باعث افزایش استرس بر دیواره‌های رحمی می‌شود. بر اساس قوانین فیزیک (قانون پاسکال)، فشار داخل رحمی به‌صورت یکسان توزیع می‌شود، ولی گاهی به‌دلیل قرار جنین و تجمع مایع آمنیوتیک اطراف جنین، فشار داخل رحمی به‌صورت غیر یکنواخت بر دیواره‌های رحم توزیع می‌گردد که این مسأله خود باعث افزایش استرس بر بخشی از دیواره‌های رحم می‌شود (۷). در دو مورد گزارش شده توسط وانی و همکاران (۲۰۱۲) و راستوم و همکاران (۲۰۰۶) هر دو بیمار که به‌دنبال زایمان طبیعی دچار خونریزی شدید و مقاوم به درمان شده بودند،

همانند بیمار گزارش حاضر مولتی‌پار و سن مادر در محدوده ۲۵-۳۱ سال بود، در حالی که مورد گزارش شده توسط کنراد و همکاران (۲۰۱۵)، ۱۷ ساله و پرایمی‌گراوید بود (۲، ۵، ۱۰). در مطالعه وانی و همکاران (۲۰۱۲)، ختم بارداری بدون القاء و اینداکشن انجام شده بود، در حالی که در مطالعه راستوم و همکاران (۲۰۰۶) همانند بیمار گزارش حاضر، جهت ختم بارداری اینداکشن انجام شده بود (۲، ۱۰).

در تمام موارد گزارش شده همانند مورد مطالعه حاضر، حاملگی ترم و وزن نوزادان بین ۳۷۰۰-۲۷۰۰ بوده است و در هیچ‌کدام از موارد، سابقه بیماری سیستمیک وجود نداشته است. (۲، ۵، ۱۰).

در بیمار گزارش حاضر برخلاف سایر موارد گزارش شده، آتونی رحمی به‌دنبال مانور فوندال رحمی و خروج جنینی رخ داده بود (۲، ۵). در بیمار حاضر همانند سایر موارد گزارش شده به‌دنبال عدم پاسخ به داروهای یوتروتونیک و اقدامات حمایتی و ادامه خونریزی، لاپاراتومی انجام شد (۲، ۱۰). در این موارد نیز مانند بیمار حاضر، پارگی لایه داخلی میومتر در دیواره خلفی رحم وجود داشته است، با این تفاوت که به‌علت تشخیص حین عمل و ترمیم آن، خونریزی کنترل شده و نیاز به

لاپاراتومی زودهنگام و تشخیص و ترمیم پارگی لایه داخلی میومتر باعث نجات بیمار از مرگ شده است.

نتیجه‌گیری

در نظر داشتن پارگی لایه داخلی میومتر در زنان با خونریزی پست‌پارتوم بسیار حائز اهمیت است، مخصوصاً مواردی که به اقدامات حمایتی و درمان‌های طبی پاسخ نمی‌دهند. درمان سریع این عارضه (از طریق انسزیون روی رحم و بررسی میومتر و ترمیم آن) می‌تواند موجب کنترل سریع‌تر خونریزی و پیشگیری از عوارض شدید و مرگ‌ومیر مادران گردد.

هیستریکتومی نبوده است، در حالی که بیمار حاضر به دلیل عدم بررسی قسمت‌های داخلی رحم، پارگی میومتر تشخیص داده نشده و در نهایت هیستریکتومی انجام شده بود.

در مطالعه گزارش حاضر همانند مورد گزارش شده وانی و همکاران (۲۰۱۲)، بیمار ۲ روز پس از لاپاراتومی در ICU فوت شد، در حالی که در مطالعه راستوم و همکاران (۲۰۰۶)، بیمار پس از ترمیم پارگی لایه داخلی میومتر و اقدامات حمایتی، بهبودی کامل یافته بود (۲، ۱۰). به نظر می‌رسد اقدامات حمایتی سریع‌تر و

منابع

1. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213(1):76.e1-10.
2. Malhotra V, Nanda S, Chauhan MB, Juneja M, Malhotra N. Inner myometrial laceration: a newer entity causing postpartum hemorrhage. *J Gynecol Surg* 2012; 28(6):439-40.
3. Kaplanoglu M, Kaplanoglu D, Bulbul M, Dilbaz B. Inner myometrial laceration - an unusual presentation of antepartum and postpartum hemorrhage: case reports and review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29(16):2621-4.
4. Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM, Porter TF, Varner MW, Manuck TA. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213(3):382.e1-6.
5. Conrad LB, Groome LJ, Black DR. Management of persistent postpartum hemorrhage caused by inner myometrial lacerations. *Obstet Gynecol* 2015; 126(2):266-9.
6. Zwart J, Richters J, Öry F, de Vries J, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG* 2009; 116(8):1069-78.
7. Hayashi M, Mori Y, Nogami KI, Takagi Y, Yaoi M, Ohkura T. A hypothesis to explain the occurrence of inner myometrial laceration causing massive postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79(2):99-106.
8. Sturzenegger K, Schaffer L, Zimmermann R, Haslinger C. Risk factors of uterine rupture with a special interest to uterine fundal pressure. *J Perinat Med* 2017; 45(3):309-13.
9. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Kopelman JN, Weiner CP. The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour. *BJOG* 2002; 109(5):520-6.
10. Abu-Rustum RS, Abu-Rustum SE, Abdo BK, Jamal MH. Inner myometrial laceration causing a massive postpartum hemorrhage: a case report. *J Reprod Med* 2006; 51(2):135-7.
11. Hishikawa K, Watanabe R, Onuma K, Kusaka T, Fukuda T, Kohata Y, et al. Spontaneous uterine laceration in labor: a type of intrapartum uterine injury different from the classical uterine rupture. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 31(3):401-3.