

گزارش دو مورد پارگی رحم فراموش شده به دنبال زایمان طبیعی بدون اسکار قبلی

دکتر کوثر دلداری^۱، دکتر سید صالح سیدین^{۲*}، دکتر مرضیه لطفعلی زاده^۳،
منصوره محمدنژاد^۴

۱. رزیدنت طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. رزیدنت طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس کتابداری پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸

خلاصه

مقدمه: پارگی رحم هنگام بارداری، یک عارضه کشنده بوده یا با عوارض شدید مادری و جنین همراه است. در برخی موارد به علت عدم تشخیص به موقع پارگی رحم، بیمار با حال عمومی بد مراجعه خواهد کرد که در صورت تشخیص زودرس، مداخله سریع تری قابل انجام است.

معرفی بیمار: در این گزارش، دو مورد پارگی رحم معرفی شد که مورد اول پارگی رحم به دنبال ترومای موتور و مرگ جنین و زایمان اتفاق افتاده و بیمار با هرنی امننوم به داخل رحم و علائم متریت مراجعه کرده است و مورد دوم، پارگی رحم به علت فشار بر فوندوس هنگام زایمان در بیمار بدون اسکار شده که به صورت دیررس به علت هرنیه شدن روده‌ها به داخل رحم با علائم انسدادی شکم حاد مراجعه کرد.

نتیجه گیری: توصیه می‌شود در بیماران با ترومای شکمی و به خصوص همراه با مرگ جنین و در بیمارانی که نوزاد به خون آغشته است، به دنبال زایمان، علی‌رغم کامل بودن جفت و نداشتن خونریزی، ارزیابی داخل رحم از نظر پارگی رحم با دست انجام شود تا در صورت تشخیص پارگی رحم، مداخله سریع تری صورت گیرد.

کلمات کلیدی: پارگی رحم فراموش شده، ترومای حاملگی، فتق روده، فتق امننوم

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سید صالح سیدین؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. تلفن: ۰۰۵۱-۳۸۴۴۷۳۱۳. پست الکترونیک:

Dr.seyedein@yahoo.com

مقدمه

پارگی رحم هنگام بارداری، یک عارضه کشنده بوده و مرگومیر بالایی را برای مادر و جنین به دنبال دارد (۱)، البته شیوع پارگی رحم در افرادی که اسکار رحمی نداشته‌اند نادر و در حدود یک مورد در هر ۲۰۰۰۰-۱۷۰۰۰ می‌باشد (۳). یکی از مواقعی که رحم دچار پارگی می‌شود، زمان کورتاژ است و مهم‌ترین عارضه دیلاتاسیون و کورتاژ، سوراخ شدن رحم می‌باشد که شیوع ترمیم خودبه‌خودی آن بدون عوارض بعدی، ۹/۰-۱۶٪ می‌باشد. البته آمار دقیق سوراخ شدن رحم و ترمیم خودبه‌خودی آن بدون عوارض جانبی نامشخص است (۴، ۵).

بیش از ۹۰٪ پارگی‌ها در رابطه با سزارین قبلی است (۶) و خطر پارگی رحم بعد از استفاده میزوپروستول برای القای لیبر در ترم در زنان با سابقه اسکار رحمی به‌خوبی اثبات شده است (۷). پارگی رحم در زنان بارداری که سابقه اسکار و جراحی نداشته، به‌خصوص در زنان نولی‌پار و بدون هیچ‌گونه عامل خطر، بسیار نادر است، اما گزارشاتی مبنی بر پارگی رحم با القای میزوپروستول در رحم‌های بدون اسکار قبلی گزارش شده است (۸، ۹). درد شدید قسمت تحتانی شکم و شوک ایجاد شده به علت خونریزی داخل شکمی، نشانه بالینی تیپیک پارگی به‌حساب می‌آیند (۱۰). علائم پارگی رحم در بارداری شامل: ضربان قلب غیرطبیعی جنین، درد مداوم شکمی و خونریزی شدید واژینال می‌باشد (۱). عدم وجود علائم پریتونئال ممکن است به دلیل سالم بودن پرده‌های آمنیوتیک و عدم خروج محصولات حاملگی داخل شکم باشد. همچنین خونریزی ممکن است واژینال یا داخل حفره شکمی - لگنی باشد (۱).

از آنجایی که پارگی رحم مرگومیر بالایی را به‌دنبال دارد (۱، ۲) و در زنان بارداری که سابقه اسکار و جراحی رحمی نداشته‌اند، به‌خصوص در افراد نولی‌پار و بدون عامل خطر بسیار نادر است، در این گزارش دو مورد پارگی رحم فراموش شده به‌دنبال زایمان طبیعی معرفی می‌گردد که به علت عدم تشخیص زودرس، بیمار با حال عمومی بد مراجعه کرد که در صورت تشخیص زودرس، مداخله زودتر انجام می‌گرفت.

معرفی بیمار

مورد اول: بیمار خانم مولتی گراوید ۲ با یک فرزند زنده و سابقه زایمان طبیعی با حاملگی ۳۲ هفته به‌دنبال تصادف در ماشین به بیمارستان مراجعه کرد و در اورژانس تحت نظر گرفته شد. بیمار راننده بود و به علت حاملگی، کمربند ایمنی نبسته بود. در هنگام مراجعه علائم شکستگی نداشت. در مشاوره زنان انجام شده، FHR سمع نشد. بیمار خونریزی و علائمی به نفع دکلمان نداشت. زایمان خودبه‌خود ظرف ۸ ساعت بعد از دریافت ۲ دوز ۲۵ میکروگرمی میزوپروستول انجام و نوزاد دختر پره‌ترم با آپگار صفر متولد شد. جفت خودبه‌خودی خارج شد. در ارزیابی جفت، علائمی به نفع دکلمان نداشت. بیمار روز بعد از سرویس زنان و اورژانس با حال عمومی خوب ترخیص شد. ۷۲ ساعت بعد بیمار با حال عمومی بد، تب ۳۸ درجه و درد شکمی مجدداً به اورژانس مراجعه کرد. در سونوگرافی اولیه رزیدو به ابعاد ۷ سانتی‌متر در رحم گزارش شد. بیمار با دریافت آنتی‌بیوتیک جهت کورتاژ به اتاق عمل منتقل و در هنگام خروج رزیدو، آمنتوم از داخل رحم خارج شد. بیمار با تشخیص پارگی رحم، فوراً تحت لاپاراتومی قرار گرفت. پارگی عمودی به طول ۳ سانتی‌متر در قسمت خلفی سگمان تحتانی رحم وجود داشت که آمنتوم از محل پارگی به داخل رحم هرنی شده بود. آمنتوم و روده‌ها توسط جراح عمومی بررسی شد که هیچ مشکلی نداشت. آمنتکتومی قسمت هرنیه شده انجام و ترمیم رحم توسط متخصص زنان صورت گرفت و بیمار ۴۸ ساعت بعد با حال عمومی خوب و توصیه جهت سزارین در حاملگی بعدی ترخیص شد.

مورد دوم: خانم ۳۶ ساله مولتی گراوید ۴ و سه فرزند زنده و سابقه سه بار زایمان طبیعی قبلی، با حاملگی ترم و انقباضات زایمانی مراجعه کرد. در دیلاتاسیون و افاسمان کامل به‌علت عدم همکاری بیمار با فشار بر روی فوندوس رحم زایمان انجام و نوزاد با آپگار ۸-۲ آغشته به خون و وزن ۳۴۰۰ گرم متولد شد. جفت و ضمائم خودبه‌خود به صورت کامل خارج شد و بیمار بعد از زایمان هیچ‌گونه خونریزی واژینال نداشت و رحم کاملاً جمع بود. روز بعد مادر و نوزاد با حال عمومی خوب

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 (۱۶، ۱۷).

یکی از عوامل پارگی رحم، تروما است. تروما در طول حاملگی، یک علت مهم بیماری و همچنین مرگومیر مادر و جنین می‌باشد. برخی از این عوارض شامل: مرگ مادر یا مرگ جنین داخل رحمی، شوک، پارگی احشاء داخل شکمی و پارگی رحم، جداشدگی جفت و آسیب مستقیم جنین می‌باشند (۱۸). شایع‌ترین علل تروما در زنان باردار شامل حوادث ناشی از تصادفات وسایل نقلیه موتوری، سقوط، بدرفتاری و خشونت، آسیب‌های ناشی از گلوله و تروماهای بلانت می‌باشند.

شیوع مرده‌زایی ناشی از تروما ۲/۳ در هر ۱۰۰ هزار تولد تخمین زده می‌شود. از عوارض تروما در حاملگی، زایمان زودرس می‌باشد و آمارها نشان می‌دهد که از هر ۳ زن بارداری که به علت تروما نیاز به بستری در بیمارستان پیدا می‌کند، یک نفر در طی دوره بستری زایمان می‌کند (۲۱-۱۹).

در گزارش مورد پهلوانی شیخی (۲۰۱۵)، دو مورد پارگی رحم که در ارتباط با کارآزمایی لیبر در بیماران با سابقه سزارین قبلی رخ داده بود، معرفی گردید که 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 را ذکر می‌کرد. زایمان‌های سوم و چهارم به صورت طبیعی انجام شده بود. بیمار تمایل به انجام زایمان طبیعی داشت و به‌دلیل 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

ترخیص شدند. حدود ۴ روز بعد بیمار با دیستانسیون شکمی، استفراغ صغراوی، درد و تب به اورژانس مراجعه کرد. در سونوگرافی انجام شده، رحم سایز نرمال بعد از زایمان داشت. به علت دیستانسیون شکمی و درد شدید، آندومتر غیرقابل ارزیابی بود. روده‌ها متسع و دیامتر آپاندیس ۰/۷ سانتی‌متر گزارش شد. در رادیوگرافی انجام شده، سطوح مایع و هوا در روده‌ها گزارش شد و بیمار با تشخیص احتمالی پریتونیت توسط جراح عمومی با انسزیون میدین تحت لاپاراتومی قرار گرفت. پارگی رحم در سطح خلفی رحم در محل فوندوس و بدنه رحم، به ابعاد ۵ سانتی‌متر به صورت طولی و نامنظم وجود داشت که ۲ لوپ روده به داخل آن هرنیه شده بود. روده‌ها از رحم خارج و تمام روده‌ها از نظر گانگرن بررسی شد که نرمال بود. با توجه به جواب سونوگرافی، آپاندکتومی توسط جراح انجام شد که جواب پاتولوژی آن، کونژسیون پری آپاندیکولر گزارش شد. ترمیم رحم توسط متخصص زنان صورت گرفت. لوله‌های رحمی بسته و درن داخل شکم تعبیه شد. سوند معده و سوند رکتال جهت بیمار گذاشته شد. بیمار ۷۲ ساعت بعد با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص گردید.

بحث

پارگی رحم مانند پارگی هر ارگان داخلی (طحال، کبد و ...) یک وضعیت تهدید کننده حیات مادر و جنین است (۱۲). 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 (۱۳). شیوع پارگی رحم بدون سابقه اسکار حدود ۰/۷ در هر ۱۰۰۰۰ زایمان گزارش شده است (۱۴). 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 یوترونیك رخ دهد (۱۱، ۱۵). مانور فشار فوندال رحمی جهت تسریع خروج جنین در مرحله دوم زایمان در برخی

عمل منتقل شد. لاپاراتومی توسط جراح زنان انجام شد و پارگی محل انسزیون قبلی مشاهده شد که بخش‌هایی از جنین از رحم خارج شده بود. جنین دختر با آپگار صفر به‌طور 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)^۱، ۴۱ هفته و ۳ روز محاسبه شد. بیمار سابقه یک بار سزارین قبلی به علت دیستوشی در زایمان اول را ذکر می‌کرد و زایمان دوم به صورت NVD در منزل انجام شده بود. نوع انسزیون رحم وی ناشناخته بود. پرزانتاسیون جنین سفالیک و جایگاه سر جنین ۲ سانتی‌متر بالای خارهای ایسکیال بود و پرده‌های جنینی سالم و قابل لمس بودند. از آنجایی که بیمار تمایل به انجام سزارین نداشت، جهت انجام زایمان طبیعی در لیبر تحت نظر قرار گرفت. در 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 نشان‌دهنده 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. آموزش‌های لازم در رابطه با بارداری‌های بعدی به بیمار داده شد و بر این نکته تأکید شد که وی کاندید مناسبی برای انجام کارآزمایی لیبر در بارداری‌های بعدی نیست (۲۲).

کوتلار (۲۰۱۱) در گزارش خود به یک مورد پارگی رحم اشاره کرد که با آخرین دوره قاعدگی، ۱۰ هفته و ۵ روز و با سونوگرافی انجام شده، ۱۶ هفته و ۵ روز گزارش شده بود. این پارگی مربوط به خانم ۲۷ ساله با دو زایمان قبلی و بدون سابقه سزارین و القای سقط بود که برای

بیمار ختم بارداری با دارو درخواست شده بود که مطابق با پروتکل بیمارستانی، ۸۰۰ میلی‌گرم میزوپروستول به عنوان دوز شروع کننده و به‌طور واژینال استفاده شده و بعد، سه دوز دیگر به صورت دهانی به بیمار داده شده و بیمار روز بعد وقتی برای پیگیری به کلینیک مراجعه کرده و تحت پروسه واکيوم ماحصل حاملگی قرار گرفت. بعد از معاینه، پارگی در سگمان تحتانی رحم تشخیص داده شد (۲۳).

هندرسون و همکاران (۲۰۰۹) گزارشی مبنی بر پارگی رحمی در خانم ۱۷ ساله گزارش کردند که با فاصله ۳ ماه، دوباره باردار شده و در این بارداری با سن حاملگی ۳۷ هفته، سونوگرافی مرگ جنین را اثبات کرده بود که هر ۴ ساعت، ۲۵ میلی‌گرم میزوپروستول را دریافت کرده که بعد از دو دوز، هیچ انقباضی نداشته، اما قبل از تجویز دوز سوم، انقباضات بسیار شدید رحمی رخ داده و در نتیجه با سونوگرافی به‌عمل آمده، تشخیص پارگی رحم اثبات و به‌طور اورژانسی مورد لاپاراتومی قرار گرفت (۲۴). در مطالعه صدرزاده و همکاران (۲۰۱۸) که به معرفی چند مورد تروما در بارداری پرداختند، ۷ زن باردار در سنین مختلف بارداری که به تعدادی از مراکز درمانی آکادمیک شهر مشهد مراجعه کرده بودند، شامل ترومای بلانت شکم، ترومای ناشی از سوختگی و ترومای متعدد و آسیب مغزی معرفی شدند و توصیه شد مادران باردار در هنگام رانندگی حتماً از کمربند ایمنی استفاده کنند (۲۵).

نتیجه‌گیری

توصیه می‌شود در بیماران با ترومای شکمی یا فشار فوندال و به‌خصوص همراه با مرگ جنین و در بیمارانی که نوزاد به خون آغشته است، به‌دنبال زایمان علی‌رغم کامل بودن جفت و نداشتن خونریزی، ارزیابی داخل رحم از نظر پارگی رحم با دست انجام شود تا در صورت تشخیص پارگی رحم، مداخله سریع‌تری صورت گیرد.

¹ Last Menstrual Period

1. Ramphal SR, Moodley J. Antepartum uterine rupture in previous caesarean sections presenting as advanced extrauterine pregnancies: lessons learnt. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 143(1):3-8.
2. 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.
3. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and an unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(2):425-9.
4. Amarin ZO, Badria LF. A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271(3):203-6.
5. Hefler L, Lemach A, Seebacher V, Polterauer S, Tempfer C, Reinthaller A. The intraoperative complication rate of nonobstetric dilation and curettage. *Obstet Gynecol* 2009; 113(6):1268-71.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw Hill Press; 2014. P. 350-70.
7. Plaut MM, Schwartz ML, Lubarsky SL. Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(6 Pt 1):1535-42.
8. Mazonne MF, Woolever J. Uterine rupture in a patient with an unscarred uterus: a case study. *WMJ* 2006; 105(2):64-6.
9. Akhan SE, Iyibozkurt AC, Turfanda A. Unscarred uterine rupture after induction of labor with misoprostol: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2000; 28(2):118-20.
10. Nayki U, Taner CE, Mizrak T, Nayki C, Derin G. Uterine rupture during second trimester abortion with misoprostol. *Fetal Diagn Ther* 2005; 20(5):469-71.
11. 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.
12. 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.
13. Conrad LB, Groome LJ, Black DR. Management of persistent postpartum hemorrhage caused by inner myometrial lacerations. *Obstet Gynecol* 2015; 126(2):266-9.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Murphy NJ, Quinlan JD. Trauma in pregnancy: assessment, management, and prevention. *Am Fam Physician* 2014; 90(10):717-22.
19. Karimi-Zarchi M, Ghane-Ezabadi M, Vafaienasab M, Dehghan A, Ghasemi F, Zaidabadi M, et al. Maternal mortality in Yazd Province, Iran. *Electron Physician* 2016; 8(2):1949-54.
20. Vaghardoost R, Kazemzadeh J, Rabieepoor S. Epidemiology of burns during pregnancy in Tehran, Iran. *Burns* 2016; 42(3):663-7.
21. Zangene M, Ebrahimi B, Najafi F. Trauma in pregnancy and its consequences in Kermanshah, Iran from 2007 to 2010. *Glob J Health Sci* 2014; 7(2):304-9.
22. Pahlavani Sheikhi Z. Two case reports of uterine rupture following trial of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(149):17-21. (Persian).
23. Cuellar Torriente M. Silent uterine rupture with the use of misoprostol for second trimester termination of pregnancy: a case report. *Obstet Gynecol Int* 2011; 2011:584652.
24. Henderson CE, Hana RG, Woroch R, Reilly KD. Short interpregnancy interval and misoprostol as additive risks for uterine rupture: a case report. *J Reprod Med* 2009; 55(7-8):362-4.
25. Sadrzadeh SM, Mousavi SM, Rezvani KB, Deldar K, Rahmani S. Trauma in pregnancy: a case series and literature review. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(6):100-5. (Persian).