

گزارش یک مورد نادر بارداری ترم در نارسایی سرویکس به دنبال استراحت مطلق

صدیقه آیتی (M.D.)^۱، فاطمه وحید رودسری (M.D.)^۱، لیلا پورعلی (M.D.)^۱

۱- گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی سرویکس یکی از عوامل خطر ساز در ایجاد زایمان زودرس می باشد که با دیلاتاسیون بدون درد آن و پرولاپس پرده های جنینی به داخل واژن در سه ماهه دوم و سوم بارداری مشخص می شود. هدف از ارائه این گزارش، معرفی یک مورد نادر نارسایی سرویکس در سه ماهه دوم بارداری است که با درمان انتظاری با موفقیت بارداری به سرانجام رسید.

معرفی مورد: بیمار خانمی ۲۴ ساله و با تاریخچه نارسایی سرویکس در بارداری قبلی بود که در بارداری دوم با دیلاتاسیون و افسمان در هفته ۲۴ بارداری بستری و با استراحت در بستر و درمان های نگهدارنده با موفقیت بارداری را در هفته ۳۹ به پایان رساند.

نتیجه گیری: درمان انتظاری به صورت استراحت در بستر در وضعیت مناسب همراه با تجویز پروفیلاکسی داروهای ضد انعقادی می تواند برای اداره نارسایی سرویکس در مراحل پیشرفته بارداری که خطر بارز زایمان زودرس وجود دارد، روش موثر و بی خطری باشد.

کلید واژگان: نارسایی سرویکس، سرکلاژ، استراحت مطلق، زایمان زودرس، بارداری ترم، دیلاتاسیون، افسمان.

مسئول مکاتبه: دکتر فاطمه وحید رودسری، مرکز تحقیقات سلامت زنان، بیمارستان قائم (عج)، مشهد، ایران.

پست الکترونیک: ff_vahid@yahoo.com

زمینه و هدف

نارسایی سرویکس یکی از عوامل خطر زایمان زودرس است که با دیلاتاسیون بدون درد سرویکس همراه با پرولاپس پرده‌های جنینی به داخل واژن در سه ماهه دوم یا سوم بارداری مشخص می‌شود. درمان جراحی نارسایی سرویکس سرکلاژ است و خونریزی، انقباض رحمی، پارگی پرده‌های جنینی و دیلاتاسیون بیشتر از 4cm سرویکس از کتراندیکاسیون‌های انجام سرکلاژ می‌باشند. هرچه سن بارداری بیشتر باشد احتمال اینکه جراحی سبب تحریک زایمان زودرس شود بیشتر می‌گردد و معمولاً بعد از هفته بیست و سوم بارداری بهتر است سرکلاژ انجام نشود (۱). اگر اندیکاسیون بالینی سرکلاژ مورد تردید باشد باید به این زنان توصیه شود فعالیت فیزیکی خود را کاهش داده و از فعالیت جنسی پرهیز کنند و معاینه سرویکس هر ۱ تا ۲ هفته برای بررسی دیلاتاسیون سرویکس انجام شود.

هرچند عقیده بر این است که ارتباطی بین فعالیت فیزیکی مادر و خطر زایمان زودرس وجود دارد، مدرکی که نشان دهد استراحت در بستر برای این بیماران مفید است وجود ندارد (۲). بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ انجام شد مشخص شد که در نارسایی سرویکس تفاوتی بین زنان درمان شده با سرکلاژ و کسانی که فقط استراحت در بستر داشتند وجود نداشت (۳).

در این گزارش یک مورد نادر بارداری با نارسایی سرویکس و علائم شروع زایمان که با استراحت مطلق به ترم رسید معرفی می‌گردد.

معرفی مورد

بیمار خانمی است ۲۳ ساله G2P1Ab0L0 که در بارداری قبلی، در هفته ۲۴ بارداری با شکایت دفع موکوس و خون، بدون درد و انقباض به بیمارستان

قائم (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه می‌کند و در معاینه واژینال مشخص می‌شود که دیلاتاسیون کامل سرویکس، کیسه آب به داخل واژن پرولاپه و جنین در حال دفع می‌باشد که به دنبال آن زایمان انجام و جنین ظاهراً سالم و با وزن ۵۵۰g زنده متولد می‌شود اما دقایقی بعد فوت می‌کند.

بیمار پس از ۶ ماه مجدداً باردار شده و به او توصیه می‌شود که با توجه به تابلوی مراجعه در بارداری اول بررسی‌های لازم در هفته ۱۴ بارداری انجام و در صورت لزوم سرکلاژ انجام شود. در بارداری دوم بیمار اولین بار با ۵ روز تاخیر پرپود و تست بارداری مثبت مراجعه می‌نماید که براساس تاریخ دقیق LMP توصیه می‌شود در هفته ۱۴ بارداری سونوگرافی و بررسی طول سرویکس انجام شود. سونوگرافی انجام شده در این زمان بارداری ۱۳ هفته و ۵ روز و طول سرویکس (در سونوگرافی شکمی) ۳۴mm را گزارش می‌نماید. با توجه به این که فرد در بارداری قبلی نیز در همین مرکز تحت نظر بوده و تابلوی مراجعه بیمار بسیار شبیه تابلوی نارسایی سرویکس بوده است به او توصیه می‌شود که مجدداً دو هفته بعد سونوگرافی تکرار شود که بیمار در زمان ذکر شده مراجعه نمی‌نماید و در هفته ۲۰ بارداری سونوگرافی انجام می‌دهد که طول کانال سرویکال ۲۷mm بوده است. به بیمار توصیه می‌گردد که برای سرکلاژ بستری شود؛ اما وی توجهی به توصیه نمی‌کند و در هفته ۲۴ بارداری با ترشحات واژینال بیش از حد معمول مراجعه می‌نماید. در معاینه با اسپکولوم کیسه آب به داخل واژن برجسته مشاهده می‌شود و دیلاتاسیون 4cm و افاسمان ۵۰٪ بدون انقباض بدست می‌آید. بیمار بستری و برای وی استراحت مطلق در وضعیت ترندلبرگ توصیه می‌شود و تصمیم گرفته می‌شود که در صورت بالا رفتن کیسه آب به داخل سرویکس، سرکلاژ اورژانس انجام شود. در ویزیت‌های مکرر نه تنها وضعیت بهبود

1- Bloody show

بحث

در صورت تشخیص نارسایی سرویکس و تهدید به زایمان زودرس در ماه‌های پایانی بارداری اقدام به سرکلایز اورژانس توصیه می‌شود که با افزایش قابل توجه خطر عفونت و از دست رفتن بارداری همراه است. در مطالعه Heath و همکاران نشان داده شد که تولد قبل از هفته ۳۲ بارداری در ۴۲ زن که طول سرویکسی کمتر از ۱/۵cm در هفته ۲۳ داشتند و با سرکلایز درمان شده بودند، کمتر از گروه تحت درمان انتظاری بود؛ ولی هیچگونه تفاوتی در آینده نوزادان وجود نداشت (۴).

Althusius و همکاران در سال ۲۰۰۲ تعداد ۲۳ زن مبتلا به نارسایی سرویکس قبل از ۲۷ هفته را به‌طور تصادفی در ۲ گروه استراحت در بستر همراه با سرکلایز به‌طور اورژانس و استراحت در بستر بدون سرکلایز قراردادند. به تاخیر افتادن زایمان در گروه سرکلایز شده در مقایسه با گروهی که سرکلایز نشدند به‌طور قابل توجهی بیشتر بود (۵۴ روز در برابر ۲۴ روز) (۵). در مطالعه دیگری که توسط وی در سال ۲۰۰۲ در هلند صورت گرفت سرکلایز درمانی^۲ همراه با استراحت سبب افزایش بیشتر طول سرویکس و لذا کاهش زایمان زودرس نسبت به استراحت به تنهایی شد (۶). در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۳ انجام شد، ۱۶ زن که در سه ماهه دوم تحت سرکلایز اورژانسی قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نولی پاریته، بیرون‌زدگی پرده‌ها از دهانه خروجی سرویکس و سرکلایز قبل از ۲۲ هفته با افزایش چشمگیر ادامه بارداری تا هفته ۲۸ یا بعد از آن همراه بود (۷).

در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۰ گزارش کردند که استراحت در بستر به مدت بیشتر از ۳ روز با افزایش احتمال بروز عوارض ترومبوآمبولی همراه است (۸). در مورد بیمار این مقاله، با توجه به تجویز

نمی‌یابد و کیسه آب بالا نمی‌رود بلکه آفاسمان سرویکس بیشتر شده و در هفته ۲۸ بارداری دیلاتاسیون ۷cm و آفاسمان حدود ۷۰٪ پیدا می‌کند. در این هنگام برای کمک به بلوغ^۱ ریه جنین، برای مادر ۲ دوز ۱۲mg عضلانی بتامتازون با فاصله ۲۴ ساعت به صورت عضلانی تجویز می‌گردد.

در معاینات سریال، بیمار در همین وضعیت باقیمانده می‌ماند و پیشرفتی در دیلاتاسیون و آفاسمان روی نمی‌دهد. بدلیل بستری بودن طولانی، جهت جلوگیری از ترومبوآمبولی هپارین (کاسپین تأمین، ایران) با دوز ۵۰۰۰ IU، دو بار در روز تجویز و به‌طور هفتگی PT، CBC، PTT کنترل می‌شود. درجه حرارت به‌طور مرتب کنترل و در چارت علائم حیاتی ثبت می‌شود. بیمار در مدت ارزیابی و بستری تب نداشت و هیچگونه آنتی‌بیوتیکی دریافت نکرد. در هفته ۳۴ بارداری به دلیل طولانی شدن زمان بستری و خستگی بیمار، علی‌رغم دیلاتاسیون ۷-۸cm و کیسه آب برجسته داخل واژن و آفاسمان ۷۰٪، فرد با رضایت شخصی و اصرار فراوان بیمارستان را ترک نمود اما به وی توصیه شد که در صورت پارگی کیسه آب یا درد مراجعه نماید. با استراحت در منزل در وضعیت ترندلنبرگ بارداری تا هفته ۳۹، ادامه یافت و بیمار در هفته ۳۹ با شروع انقباض و آبریزش مختصر مراجعه نمود. زایمان طبیعی پس از نیم ساعت خودبه‌خود انجام و نوزاد ترم با آگار^۹ و وزن ۳۵۰۰gr متولد شد. پس از ویزیت توسط متخصص نوزادان و اطمینان کامل از سلامتی وی، روز بعد مادر و نوزاد مرخص گردیدند. یک هفته بعد مادر و نوزاد هر دو با حال عمومی خوب و سالم جهت کنترل پس از زایمان مراجعه نمودند که هیچکدام مشکلی نداشتند.

سن بالاتر بارداری با توجه به خطرات سرکلاژ اورژانسی مبنی بر افزایش خطر عفونت و از دست رفتن بارداری، درمان انتظاری به صورت استراحت در بستر، قرارگرفتن فرد با وضعیت مناسب، تجویز داروهای ضد انعقاد جهت کاهش خطر عوارض ترومبوآمبولی و تجویز آنتی بیوتیک در صورت نیاز، مطلوب به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه دستیاران محترم زنان و زایمان پرسنل زحمتکش بخش مامایی بیمارستان قائم (عج) به خصوص سرپرستار محترم سرکارخانم آسیه وحیدی و مامای محترم سرکارخانم زهرا نگهبان که در طول مدت بستری بیمار زحمات فراوانی را متحمل شدند و به هر وسیله‌ای، نویسندگان مقاله را یاری نمودند. همچنین از سرکارخانم اکرم مشتاقی برای تایپ مقاله تشکر و قدردانی می‌شود.

پروفیلاکسی هپارین چنین عارضه‌ای رخ نداد. در سال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای در یونان که توسط Daskalaskas و همکاران انجام شد، سرکلاژ اورژانس در بیماران با دیلاتاسیون سرویکس و برجستگی پرده‌های جنینی انجام و سبب کاهش زایمان زودرس و نتایج بهتر نوزادی نسبت به استراحت به تنهایی گردید و عارضه‌ای هم گزارش نشد (۹).

در ۲ مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ انجام شد هیچگونه فایده‌ای برای زنان درمان شده با سرکلاژ که براساس شرح حال مامایی و شواهد سونوگرافیک دچار نارسایی سرویکس بودند مشاهده نشد (۱۰، ۱۱).

نتیجه گیری

علیرغم وجود مطالعات متعدد در زمینه اداره نارسایی سرویکس، در مورد بهترین درمان براساس وضعیت بیمار و نظر پزشک همچنان اختلاف نظر وجود دارد. با این وجود در مراحل پیشرفته دیلاتاسیون سرویکس و

References

- 1- Cunningham FG. William's Obstetrics. 22nd Edition. Newyork Mc Graw-Hill Co. 2005;P:236-237.
- 2- Gabbe SG. Obstetrics. Normal and problem pregnancies, 4th Edition, Philadelphia churchill living stone. 2002;P:773-5.
- 3- Woodring TC, Kausar CK, Cromartie DA, Magann EF, Chauhan SP, Morrison JC. When is a cerclage indicated for cervical insufficiency? A literature review. J Miss State Med Assoc. 2006;47(9):264-6.
- 4- Heath VC, Souka AP, Erasmus I, Gibb DM, Nicolaides KH. Cervical length at 23 weeks of gestation: the value of Shirodkar suture for the short cervix. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998;12(5):318-22.
- 5- Althusius SM, Dekker GA, van Geijn HP. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(4):907-10.
- 6- Althusius S, Dekker G, Hummel P, Bekedan D, Kuik D, van Geijn H. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial effect of therapeutic cerclage with bed rest vs. bed rest only on cervical length. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;20(2)163-7.
- 7- Terkildsen MF, Parilla BV, Kumar P, Grobman WA. Factors associated with success of emergent second trimester cerclage. Obstet Gynecol. 2003;101(3):565-9.
- 8- Kovacevich GJ, Gaich SA, Lavin JP, Hopkins MP, Crane SS, Stewart J, et al. The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 2000;182:1089-92.
- 9- Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S, Antsaklis A. Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes. Obstet Gynecol. 2006;107(2 Pt1): 221-6.
- 10- Rust OA, Atlas RO, Jones KJ, Benham BN, Balducci J. A randomized trial of cerclage vs. no cerclage in patients with sonographically detected 2nd trimester premature dilation of the internal os. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(4):830-5.
- 11- Althusius SM, Dekker GA, Van Geijn HP. Bekedan DJ, Hummel P. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial (abstract19). Am J Obstet Gynecol. 2000;183(4):830-5.