الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جـــامعة دمشق– كلية الطـب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

تحديد الارتباط بين عوامل الخطورة واستئصال الرحم ماحول الولادة

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

إعداد طالب الدراسات العليا

مظهر دعيه الجاسم

بإشراف

الدكتور: صلاح شيخة

الأستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء

من كلية الطب البشري – جامعة دمشق

2025 م

نُوقِشت هذه الرسالة وأُجِيزت بتاريخ / /2025 م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Apporval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالب الدراسات العليا: **مظهر الجاسم** تبين أنه تم التقيد بكافة الملاحظات وتم إجراء كافة التصويبات المطلوبة.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتور صلاح شيخة: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – مشرفاً.

الاسم : أ.د. صلاح شيخة

الدكتور جميل طالب : الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د.جميل طالب

الدكتور هيثم عباسي: الأستاذ المساعد الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.م.د.هيثم عباسي

تصريح خطي

أنا الموقعة أدناه أصرح بعلمي الكامل وقبولي:

1- أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وإنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتي بنشر البحث أو الأطروحة أو جزءاً منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع الكترونية وغيرها من وسائل النشر).

2- أنه لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة مقتبس من عمل علمي آخر أو أُنجِزَ للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أية جامعة أو معهد تعليمي داخل أو خارج الجمهورية العربية السورية.

الاسم والتوقيع:

مظهر الجاسم

شهادة المشرف

نشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة أو الأطروحة نتيجة عمل قام به المُرشَّح **مظهر الجاسم** تحت إشراف الأستاذ الدكتور **صلاح شيخة** جامعة دمشق- كلية الطب البشري – قسم التوليد وأمراض النساء، وأية مراجع أخرى بُحِثَت في هذه الرسالة مُوثّقة في النص.

المشرف

الأستاذ الدكتور صلاح شيخة

شكر وتقدير Acknowledgment

أتقدّم بخالص الشكر والعرفان لكلّ من أشعل شمعة في دروب عملنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى

حصيلة فكره لينير عقولنا

فوجب علينا شكرهم و نحن نخطو خطواتنا الأولى في غمار الحياة

الشكر **لأعضاء الهيئة التدريسية** في قسم التوليد و أمراض النساء.

الشكر المخصوص **للأستاذ صلاح شيخة** لتفضله بالإشراف على انجاز هذا البحث العلمي.

الشكر **للأستاذ الدكتور جميل طالب** الذي تفضل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث ،وقدم نصائحه وملاحظاته بكامل المحبة والدعم ، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة ، لك مني كل الشكر و الاحترام و التقدير.

الشكر **للأستاذ المساعد الدكتور هيثم عباسي** الذي تفضل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث ،وقدم نصائحه وملاحظاته بكامل المحبة والدعم ، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة ، لك مني كل الشكر و الاحترام و التقدير.

الشكر للعاملين في الجهاز الطبي و الكادر التمريضي و الجهاز الفني والإداري في هيئة المشفى.

الفهرس

القسم	الصفحة
الملخص	
الجزء التمهيدي:	1
1- المقدمة	1
2- المشكلة البحثية	2
3- تساؤلات البحث	2
4- فرضيات البحث	3
5- أهمية البحث	3
6- مناهج البحث وأدواته	4
7-الدراسات الأجنبية.	5
8-مكونات البحث	6
الجزء الأول: القسم النظري	9
الفصل الأول: استئصال الرحم ماحول الولادة (الولادي).	10
1-1- تمهيد.	10
1-2- الوبائيات وعوامل الخطورة.	10
1-3- التخطيط للعمل الجراحي.	11
1-4- تقييم المخاطر قبل الجراحة.	12
1-5- تقديم المشورة للمريض.	13
1-6- جدولة الولادة عند المريضات المعرضات لخطر كبير لاستئصال الرحم خلال اجراء القيصرية.	14
1-7- استئصال الرحم الكلي مقابل استئصال الرحم تحت التام.	14
1-8- بعض الإجراءات لتقليل النزف أثناء العمل الجراحي.	15
1-9- التحضير قبل الجراحة.	17
1-10- الإجراء الجراحي.	21
1-11- المضاعفات.	31
1-12- رعاية ما بعد الجراحة.	32
1-13- الموجز.	34
الفصل الثاني: المشيمة الملتحمة.	35

2-1- المقدمة.	35
2-2- التعريف.	35
2-3- التصنيف.	35
2-4- الآلية الإمراضية.	36
2-5- عوامل الخطورة.	38
2-6- الأعراض والعلامات.	40
2-7- التشخيص.	41
2-8- الفحص بالأمواج فوق الصوتية.	43
2-9- الموجز.	45
الفصل الثالث:النزف بعد الولادة.	46
3-1- التعريف.	46
3-2- الوقوع.	46
3-3- التصنيف.	47
3-4- أسباب النزف بعد الولادة.	47
3-5- تدبير النزف بعد الولادة.	48
الفصل الرابع : الدراسات المرجعية.	51
4-1- التمهيد.	51
4-2- دراسة " Shzia Zargarوزملاؤها" بالهند	51
4-3- 2010: "دراسة Najma Bano Shaikh وزملاؤها" في الباكستان.	51
4-4- 2007:دراسة George daskalkis وزملاؤه في اليونان[18].	51
4-5- دراسة Eniola"وزملاؤها في انكلترا 2005.	52
4-6- دراسة Sahu latika"وزملاؤها في الهند 2004.	52
الجزء الثاني: القسم العملي	53
الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه	54
1-1- التمهيد.	54
1-2- هدف البحث.	54
1-3- مواد وطرائق البحث.	54

1-3-1- تصميم الدراسة	54
1-3-2- عينة الدراسة	54
1-3-3- طريقة العمل	55
1-4- المحددات الأخلاقية.	55
استمارة البحث	56
1-5- طرق التحليل الإحصائي	57
1-6- الموجز.	57

الفصل الثاني: نتائج البحث	58
2-1- تمهيد	58
2-2- خصائص المشاركات في البحث	58
2-3- التوزع حسب عمر السيدات.	59
2-4- دراسة نمط الولادة.	60
2-5- دراسة التوزع حسب نوع الحمل.	61
2-6- دراسة الولادات السابقة.	61
2-7- دراسة العمر الحملي.	63
2-8- دراسة نوع استئصال الرحم الولادي.	64
2-9- دراسة سبب استئصال الرحم الولادي.	64
2-10- دراسة الإجراءات المتخذة قبل الاستئصال.	65
2-11- دراسة حدوث الاختلاطات.	67
2-12- دراسة الحاجة إلى نقل مشتقات الدم.	69
2-13- دراسة حدوث الوفاة.	69
2-14- دراسة مدة الاستشفاء.	70
الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة	71
3-1- التمهيد.	71
3-2- لمحة موجزة عن دراسات المقارنة.	71
3-3- المقارنة من حيث مدة الدراسة.	72
3-4- المقارنة من حيث نسبة حدوث استئصال الرحم الولادي.	73
3-5- المقارنة من حيث عمر السيدات.	73

3-6- المقارنة من حيث استطباب الاستئصال الولادي.	74
3-7- المقارنة من حيث الاختلاطات.	75
3-8- الموجز.	76
الفصل الرابع: مناقشة النتائج	77
الجزء الثالث: الخاتمة	81
1. التمهيد.	82
2. المحددات والمعوقات.	82
3. الخلاصة.	82
4. التوصيات.	83
5. الموجز.	83
References المراجع	84
الملخص باللغة الانكليزية English Abstract	93

List of Tables قائمة الجداول

اسم الجدول ورقمه	الصفحة
الجدول(2-1): خصائص المشاركات في البحث	59
الجدول (2-2): التوزع حسب العمر	59
الجدول (2-3):التوزع حسب الفئات العمرية.	60
الجدول(2-4):توزع الحالات حسب نمط الولادة.	61
الجدول(2-5):التوزع حسب نوع الحمل.	61
الجدول(2-6): التوزع حسب الولادات السابقة.	62
الجدول (2-7): التوزع حسب نمط الولادات السابقة.	62
الجدول(2-8): توزع الحالات حسب عدد القيصريات السابقة.	62
الجدول (2-9): توزع الحالات حسب العمر الحملي.	63
الجدول (2-10):توزع الحالات حسب فئات العمر الحملي.	63

الجدول(2-11): توزع الحالات حسب نوع استئصال الرحم الولادي.	64
الجدول(2-12): توزع الحالات حسب سبب استئصال الرحم الولادي.	65
الجدول(2-13): توزع الحالات حسب الإجراء المتخذ قبل الاستئصال.	66
الجدول(2-14): توزع الحالات حسب حدوث الاختلاطات.	68
الجدول(2-15): توزع الحالات حسب الحاجة إلى نقل مشتقات الدم.	69
الجدول(2-16): توزع الحالات حسب سبب الوفاة.	70
الجدول(2-16): دراسة مدة الاستشفاء.	70
الجدول (3-1): لمحة عن دراسات المقارنة.	71
الجدول (3-2): المقارنة من حيث مدة الدراسة.	72
الجدول (3-3): المقارنة من حيث نسبة حدوث استئصال الرحم الولادي.	73
الجدول (3-4): المقارنة من حيث عمر السيدات اللواتي خضعن لاستئصال الرحم الولادي.	73
الجدول (3-5): المقارنة من حيث استطباب الاستئصال الولادي:	74
الجدول (3-6): المقارنة من حيث الاختلاطات.	75

جدول المصطلحات والاختصارات الطبية Table of Abbreviations

الشرح	الاختصار
منظمة الصحة العالمية World Health Organisation	WHO
الولادة القيصرية Caesarean section	CS
التخثر المنتشر داخل الأوعية	DIC

الملخص

خلفية البحث:

يعرف استئصال الرحم الولادي بأنّه استئصال الرحم الذي يحدث بعد الولادة الطبيعية أو القيصرية أو خلال 24 ساعة منهما .

يعد استئصال الرحم ما حول الولادة من الحالات الخطيرة والتي قد تترافق باختلاطات قد تنتهي بالوفاة.

هدف البحث:

تقييم معدل وقوع واستطبابات ونسبة الاختلاطات المرافقة لاستئصال الرحم ماحول الولادة.

مواد البحث وطرائقه:

دراسة راجعة – وصفية Retrospective descriptive study ، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق خلال 5 سنوات حيث درست الحالات بين عامي 2016 و 2020 في الفترة ما بين 2021/07/14 إلى 2022/07/14، على السيّدات المقبولات في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي واللواتي تم إجراء استئصال رحم ولادي لهن خلال فترة الدراسة ، عولجت البيانات ضمن البرنامج الإحصائي التحليلي (SPSS) للوصول إلى النتائج المرجوة.

النتائج:

بلغ عدد الولودات خلال فترة 5 سنوات السابقة 60581 في مشفى التوليد الجامعي بدمشق وخضعت 207 منهنّ لإجراء استئصال رحم ولادي وذلك بنسبة حدوث (incidence) 0.34 بالمئة أي ما يقارب 34 حالة لكل 10000 ولادة.

تم إجراء استئصال الرحم التام في 176 حالة ضمن الدراسة (85.02%) بينما تم إجراء استئصال الرحم تحت التام في 31 حالة (14.98%) وكانت المشيمة المنزاحة والمشيمة الملتحمة هما السبب الأشيع بواقع 118 حالة (57%).

الاستنتاجات:

يجب الانتباه الجيد وأخذ كافة الإجراءات والتدابير اللازمة لحالات المشيمة المنزاحة والملتحمة والولادت القيصرية كونها عامل مهم لاستئصال الرحم ماحول الولادة كما يفضل إجراء استئصال الرحم التام على الرحم تحت التام لخطورة حدوث النزف والحاجة لإعادة فتح البطن.

كلمات رئيسية (مفتاحية): استئصال الرحم – المشيمة المنزاحة – المشيمة الملتحمة.

الجزء التمهيدي:

1- المقدمة:

- يعرف استئصال الرحم الولادي بأنّه استئصال الرحم الذي يحدث بعد الولادة الطبيعية أو القيصرية أو خلال 24 ساعة منهما [1].
- تقدر نسبة حدوثه 1\1000 ولادة أي 0.1 % في الولايات المتحدة الأمريكية [1].
- تختلف نسبة وقوع استئصال الرحم الولادي بين البلدان إذ تقدر نسبته ب 1\1420 ولادة في استراليا [2]مقابل 1\348 في نيجيريا[3].
- تتضمن عوامل الخطورة كل[4-7]:
  - ✓ ارتكاز المشيمة المعيب : يعتبر أهم الأسباب و أشيعها.
  - ✓ الولادة القيصرية.
  - ✓ تقدّم عمر الأم.
  - ✓ الحمول المتعددة.
  - ✓ مقدمة الارتعاج الحملي.
  - ✓ اضطرابات التخثر.
- من أشيع الأسباب التي تؤدي لحدوث استئصال الرحم ما حول الولادة كل من[8-10]:
  - ✓ النزيف غير المسيطر عليه بالطرق المحافظة.
  - ✓ ارتكاز المشيمة المعيب والعطالة الرحمية تسبب 30 -50 % من اسباب الاستئصال.
  - ✓ تمزق الرحم.
  - ✓ الأورام الليفية.

- ✓ تأذي الأوعية الدموية الرحمية.

2- المشكلة البحثية:

- ✶ يمكن أن يتم التحضير لاستئصال الرحم الولادي عند بعض السيدات اللواتي تم تشخيصهن قبل الولادة كما في المشيمة المندخلة والورم الليفي العرطل[11].
- ✶ في الحالات الإسعافية يجب أن يتم إجراء التدابير المحافظة بشكل سريع وعند فشلها يجب اتخاذ القرار باستئصال الرحم الولادي بسرعة.
- ✶ في دراسة إحصائية تبيّن أن نسبة حدوث الاستئصال الولادي أقل من 1 % في القيصرية الأولى والثانية والثالثة و 2-4 % في القيصرية الرابعة والخامسة و 9% في القيصرية السادسة وما فوق[12].
- ✶ إنّ السيّدات اللواتي قد يخضعن لاستئصال الرحم الولادي يجب أن تتم استشارتهن بحيث [12]:
  - ✓ يتم اعلامهن بماهية العمل الجراحي.
  - ✓ يطلعوا على الاختلاطات والنتائج.
  - ✓ إمكانية المحافظة على المبيضين.
  - ✓ إمكانية الحاجة لنقل الدم واختلاطاته.
  - ✓ الحاجة للتهوية الآلية.
  - ✓ الحاجة للاستشفاء في وحدّة العناية المركزة.

3-تساؤلات البحث:

A. ماهو معدول وقوع واستطبابات استئصال الرحم ماحول الولادة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي؟

B. ماهي الاختلاطات المرافقة لاستئصال الرحم ماحول الولادة؟

4-فرضيات البحث:

معرفة عوامل الخطورة والاختلاطات ونسبتها المرافقة لاستئصال الرحم ماحول الولادة.

5-هدف البحث :

تقييم معدل وقوع واستطبابات ونسبة الاختلاطات المرافقة لاستئصال الرحم ماحول الولادة.

6-أهمية البحث:

- ❖ يعد استئصال الرحم ما حول الولادة من الحالات الخطيرة والتي قد تترافق باختلاطات قد تنتهي بالوفاة.
- ❖ وبالتالي فإن تحديد نسبة هذه الحالات وعوامل الخطورة المسؤولة والأسباب المؤدية لاستئصال الرحم الولادي له أهمية كبيرة في الحد من هذه الحالات والتحضير لها بشكل جيد.
- ❖ ومن الاختلاطات التي ترافق استئصال الرحم ماحول الولادة نذكر[13-15]:
  - ✓ النزف.
  - ✓ الحمى.
  - ✓ أذية الطرق البولية والمثانة.
  - ✓ اضطرابات التخثر.
  - ✓ انسداد الأمعاء وأذياتها.
  - ✓ الانتان.
  - ✓ إعادة الفتح الجراحي.
  - ✓ الاختلاطات التخديرية.
  - ✓ اختلاطات نقل الدم.

7- حدود البحث:

- ✓ الحاجة إلى عينات أكبر للحصول على نتائج أدق.
- ✓ نقص المعلومات وخلل التوثيق في بعض الحالات.

✓ الاعتماد على مجلدات المرضى فقط دون وجود مصدر آخر.

8-مناهج البحث وأدواته:

❖ **تصميم الدراسة:**

دراسة راجعة – وصفية Retrospective descriptive study ، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق خلال 5 سنوات حيث درست الحالات بين عامي 2016 و 2020 في الفترة ما بين 2021/07/14 إلى 2022/07/14،على السيّدات المقبولات في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي واللواتي تم إجراء استئصال رحم ولادي لهن خلال فترة الدراسة حسب:

❖ **معايير القبول:**

1. موافقة المريضة.
2. أن تكون السيدة حامل.
3. العمر الحملي أكثر من 24 أسبوع
4. خضعت لاستئصال رحم ولادي.

❖ **معايير الاستبعاد:**

1. العمر الحملي أقل من 24 أسبوع.
2. استئصال الرحم لأسباب غير ولادية(اسعافية).

طريقة العمل:

☒ بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.

☒ وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.

☒ تم جمع البيانات والمعلومات المطلوبة للدراسة من ملفات المرضى وسجلات العناية وسجلات العمليات والمخاض .

☒ بعد الانتهاء من جمع البيانات تم إدخالها إلى الحاسوب ودراستها إحصائياً باستخدام برنامج **SPSS** الإحصائي واستخلاص النتائج.

9-الدراسات المرجعية:

☒ **2020: دراسة " Shzia Zargarوزملاؤها" بالهند [16]:**

حسب هذه الدراسة الراجعة التي أجريت بين عامي 2019 و 2020 تم إدخال 38 سيدة تم إجراء استئصال رحم ولادي لهن، تبين أن الازدياد في عدد القيصريات وتعدد الحمول لهما دوراً أساسياً في ازدياد نسبة استئصال الرحم الولادي والإمراضية المرافقة له حيث كانت نسبة الاستئصال للولادة الطبيعية 0.07 % وللقيصرية 0.3%.

☒ **2010: "دراسة Najma Bano Shaikh وزملاؤها" في الباكستان [17]:**

تضمنت هذه الدراسة الراجعة لمدة سنة 41 سيدة خضعن لاستئصال رحم ولادي من أصل 6495 ولادة بنسبة 1\158 سيدة، أغلب السيدات كانوا من المناطق النائية الريفية وبمستوى تعليمي منخفض وحالة اقتصادية واجتماعية متدنية وكانوا عديدات ولادة حيث شكل تمزق الرحم أهم الأسباب 51.21%.

☒ **2007:دراسة George daskalkis وزملاؤه في اليونان[18]:**

وفق هذه الدراسة الراجعة لمدة 7 سنوات والتي تضمنت 45 سيدة خضعن لاستئصال رحم ولادي من أصل 32338 ولادة طبيعية وقيصرية حيث كانت نسبة الاستئصال 1\\2526 ولادة مهبلية و 1\267 ولادة قيصرية وكان السبب الأشيع للاستئصال المشيمة المندخلة 51.1% والمشيمة المنزاحة 26.7% على التوالي.

☒ **دراسة Eniola"وزملاؤها في انكلترا 2005[19]:**

وفق هذه الدراسة لرجعة لمدة سنة تم إجراء 22 استئصال رحم ولادي في منطقة جنوب انكلترا من أصل 48865 ولادة أي بنسبة 0.45\1000 حيث كانت أهم عوامل الخطورة الولادة القيصرية(68%) وسوابق القيصريات(33%) والمشيمة المنزاحة(24%).

☒ **دراسة Sahu latika"وزملاؤها في الهند 2004[20]:**

سجلت هذه الدراسة الراجعة لمدة خمس سنوات 36 استئصال رحم ولادي وبنسبة وقوع 0.2006% وكان السبب الأشيع تمزق الرحم وتم التوصل بأن مراقبة السيدة الجيدة أثناء الحمل وتحديد السيدات عاليات الخطورة ينقص من استئصال الرحم الولادي الإسعافي وكذلك من المراضة والوفيات المرافقة له.

10- مكونات البحث:

يتكون البحث من ثلاثة أجزاء:

- **الجزء الأول:**

وهو القسم النظري، ويتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعاريف الأساسية ليكون لدى القارئ الإلمام الكامل، **ويتكون هذا الجزء من أربعة فصول:**

- ✓ **الفصل الأول: استئصال الرحم ماحول الولادة (الولادي).**
- ✓ **الفصل الثاني: المشيمة الملتحمة.**
- ✓ **الفصل الثالث: النزف بعد الولادة.**
- ✓ **الفصل الرابع: الدراسات المرجعية.**

✶ **<u>الجزء الثاني:</u>**

ويتضمن القسم العملي وهو الإطار العملي لدراستنا والخطط التي اتبعناها خلال مدة الدراسة للوصول إلى النتائج الماثلة أمامكم، **ويتكون هذا الجزء من ستة فصول:**

- ✓ **الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه:** ويحوي خلفية البحث وأهميته، هدف البحث، مواد وطرائق البحث (تصميم الدراسة – عينة الدراسة – معايير الادخال والاستبعاد – طريقة العمل)، الاعتبارات الإخلاقية، حجم العينة، المفاهيم والاعتبارات، استمارة البحث العلمي المُستَخدمة، الموافقة المستنيرة، طرق التحليل الإحصائي المستَخدمة.
- ✓ **الفصل الثاني: نتائج البحث:** ويحوي عرض للنتائج الاحصائية التي وصلنا إليها في دراستنا.
- ✓ **الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة:** ويحوي مقارنة نتائج دراستنا بنتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.
- ✓ **الفصل الرابع: مناقشة النتائج:** ويحوي مراجعة للنتائج التي توصلنا لها في دراستنا ومقارنتها مع نتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.
- ✓ **الفصل الخامس: المحددات والمعوّقات:** ويحوي معوّقات دراستنا ومحدداتها.
- ✓ **الفصل السادس: الخلاصة والتوصيات:** ويحوي خلاصة دراستنا والمقترحات المستقبلية للدراسات التي قد تُجرَى لاحقاً حول هذا الموضوع.

✶ **<u>الجزء الثالث:</u>**

وتحوي الاستنتاجات والصعوبات والتوصيات: ويحوي خلاصة ما وصلت إليه هذه الدراسة والمقترحات المستقبلية للدراسات اللاحقة حول هذا الموضوع.

الجزء الأول:

القسم النظري

الفصل الأول

استئصال الرحم ماحول الولادة (الولادي)

1-1-التمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن استئصال الرحم ما حول الولادة وعوامل الخطر والاسباب والاختلاطات.

1-2-الوبائيات وعوامل الخطورة:

يبلغ معدل استئصال الرحم في الفترة المحيطة بالولادة حوالي 1 لكل 1000 من الولادات (على سبيل المثال 0.1 بالمائة) في الولايات المتحدة [21].

تتضمن عوامل الخطر الهامة لاستئصال الرحم الولادي – بالإضافة إلى ارتكازالمشيمة المعيب – عمر الأم المتقدم، وعديدات الولادة، والحمل المتعدد، والنزف قبل الولادة، ومقدمة الارتعاج، والاضطرابات النزفية، واستخدام تقنيات الإخصاب المساعد [22،23].

سجلت تجربة تحليلية كبيرة متعددة المراكز أن ارتكاز المشيمة المعيب كان أكثر الأسباب شيوعًا لاستئصال الرحم الولادي، وأن تقدم سن الأم والولادة القيصرية عوامل خطر هامة أيضاً [24].

على الرغم من أن غالبية المريضات مع عوامل الخطر هذه لن يعانين من نزف كبير ولن يخضعن لاستئصال الرحم الولادي، لكن يجب على المريضات اللواتي لديهن عوامل خطر متعددة أو قصة نزف سابق بعد الوضع أن يلدن في مراكز متخصصة ومجهزة يكون فيه استئصال الرحم متاحاً بسهولة إذا لزم الأمر.

1-3-التخطيط للعمل الجراحي:

يمكن أن يتم التخطيط لهذا الإجراء أو تنفيذه في الحالات الطارئة. إن الاستطباب الأكثر شيوعاً للإجراءات الطارئة هو النزف الرحمي الشديد الذي لا يمكن السيطرة عليه من خلال التدابير المحافظة. يحدث هذا النزف في أغلب الأحيان بسبب ارتكاز المشيمة المعيب أو عطالة الرحم، حيث يمثل كل منهما 30 إلى 50 % من عمليات استئصال الرحم الولادي [25،26].

وتشمل الأسباب المحتملة الأخرى تمزق الرحم، والأورام العضلية الملساء، وتمزق أوعية الرحم [27].

يمكن إجراء عملية استئصال الرحم الولادي المخطط لها في المريضات مع تشخيص مشيمة ملتصقة، أو نادرًا في المرحلة IA2 و IB1من سرطان عنق الرحم أو الأورام الليفية الكبيرة جدًا[28].

يبدو أن الانتان سبب مساهم مهم في استئصال الرحم الولادي. لا يعتبر انتان الحوض الشديد بعد الولادة مؤشرًا محتملاً فحسب لهذا الإجراء، ولكن ظهر أن إزالة الرحم بسبب العطالة الرحمية يترافق مع معدل مرتفع نسبيًا للانتان والالتهاب في نتائج التشريح المرضي للعينة[27].

يجب أن يكون طبيب التوليد مستعدًا للحاجة المحتملة لإجراء استئصال الرحم الولادي الاسعافي، وخاصة في المريضات اللواتي يعانين من عوامل خطر مهمة أو نزف حاد بعد الولادة.

لا يتم إجراء عملية استئصال الرحم عادة في وحدات المخاض والولادة؛ اعتمادا على موارد غرفة العمليات المتوفرة، حيث قد تكون غرفة العمليات العامة ضرورية.

في حالات الطوارئ، يتم اتخاذ سلسلة من التدابير المحافظة للسيطرة على نزف الرحم والتي يجب تجربتها قبل اللجوء إلى إجراءات جراحية أكثر جذرية. يجب البدء بالعلاج التالي بالتسلسل بسرعة إذا لم ينجح التداخل المجرى.

ينبغي تطبيق التدابير المحافظة بهدف تجنب المراضة والتعقيم اللذان يترافقان مع استئصال الرحم. بالنسبة للمريضات اللواتي يحتجن حتما لاستئصال الرحم، فان التطبيق الفوري للإجراء (دون تطبيق التدابير المحافظة المتعددة) يؤدي إلى انخفاض متطلبات نقل الدم وربما معدلات مراضة أقل [29]. علاوة على ذلك، هناك زيادة في فقدان الدم تترافق مع زيادة المدة الزمنية قبل اجراء استئصال الرحم وبالتالي، ينبغي تطبيق التدابير المحافظة بتتابع سريع، ويجب أن يبدأ التحضير لاستئصال الرحم على الفور في حالات النزف الشديد الكتلي أو عدم استقرار حالة الأم.

1-4-تقييم المخاطر قبل الجراحة:

في بعض الأحيان يمكن لطبيب التوليد توقع الحاجة المحتملة لاستئصال الرحم في الفترة المحيطة بالولادة على أساس عوامل الخطر الخاصة للمريض. وهذا يتيح إعداد المريضة وتقديم المشورة لها في فترة ما قبل الولادة، والتخطيط الجراحي التفصيلي، وربما تجنب الإجراءات الاسعافية. وهذا ينطبق في المقام الأول على النساء مع مشيمة غير طبيعية.

معظم المريضات اللواتي يعانين من المشيمة الملتصقة أو المشيمة المندخلة أو المشيمة المخترقة سيخضعن لعملية استئصال الرحم عند الولادة (79 من 133 مريضة [60 %] في دراسة واحدة[30]).

ترتبط المشيمة المنزاحة بما يقرب من 5% من خطر استئصال الرحم، عادة في حالات المشيمة الملتصقة [31].

يرتبط ارتفاع تواتر ارتكاز المشيمة المعيب بشكل كبير مع عدد الولادات القيصرية السابقة، وكذلك مع تقدم عمر الأم [31].

حتى في حالة غياب ارتكاز المشيمة المعيب يبدو أن الولادة القيصرية وكذلك جراحات الرحم السابقة هي عامل خطر لاستئصال الرحم الولادي [32].

في دراسة حالة شاهد، كان خطر استئصال الرحم الولادي هو الأدنى لدى النساء الخاضعات لولادة أولى مهبلية (1 في 30.000) والأعلى عند النساء اللاتي لديهن قصة اثنين أو أكثر من الولادات القيصرية السابقة (1 في 220) [33].

في دراسة أجريت على 30 ألف امرأة خضعن لولادة قيصرية، كان خطر استئصال الرحم الولادي أقل من 1% في القيصرية الأولى أو الثانية أو العملية القيصرية الثالثة، 2 إلى 4% للقيصرية الرابعة والخامسة؛ و 9% بعد ستة قيصريات أو أكثر [32].

بينما تساهم المشيمة ذات الارتكاز المعيب بزيادة خطر استئصال الرحم مع تكرر العمليات القيصرية، فمن غير الواضح ما إذا كان الخطر المتزايد مع الولادة القيصرية الأولية يتعلق بالجراحة نفسها، أو يعكس استطباب العملية القيصرية.

إن المؤشرات مثل الانفكاك المفاجئ أو الانتان أو العرطلة الجنينية أو الحمل المتعدد هي عوامل خطر بحد ذاتها للنزف و/أو عطالة الرحم. وبدلاً من ذلك، قد ينتقل مقدمو الخدمة بسرعة أكبر إلى استئصال الرحم لتدبير النزف لدى المريضات مع جراحة بطن سابقةً.

1-5-تقديم المشورة للمريض:

يجب تقديم النصح حول احتمالية اجراء استئصال الرحم للمريضات المعرضات لخطر الاستئصال الولادي في حالات الطوارئ وكيفية اتخاذ القرار والمضي قدماً.

يجب على المريضات المعرضات للخطر واللواتي لديهن إجراءات مخطط لها فهم ما ينطوي عليه الإجراء، ومضاعفات ونتائج استئصال الرحم، والقضايا المتعلقة بالحفاظ على المبيض.

يجب أن تكون المريضة أيضًا على دراية بالحاجة المحتملة لنقل الدم والتهوية الميكانيكية والاستشفاء في وحدة العناية المركزة.

1-6-جدولة الولادة عند المريضات المعرضات لخطر كبير لاستئصال الرحم خلال اجراء القيصرية :

ينبغي تحديد موعد الولادة في الوقت المناسب عند المريضات مع خطر مرتفع لاجراء عملية استئصال الرحم الولادي خلال القيصرية وذلك عندما يتوفر الطاقم الطبي الجراحي والموارد بشكل فوري، ويفضل تجنب الولادة الاسعافية بعد بداية المخاض.

وينبغي ترتيب جدولة العمل الجراحي والاستشارات مع الطاقم المساعد المناسب، الذي قد يشمل أطباء التخدير ذوي الخبرة في حالات المخاطر العالية، وأطباء الأشعة التداخلية، وأطباء الأورام النسائية، وأطباء المسالك البولية، وذلك اعتمادًا على مدى تعقيد الحالة.

يجب أن يتمتع الجراح الأساسي بخبرة كبيرة في جراحة الحوض واستئصال الرحم. قد يكون الانتقال إلى مركز رعاية ثالثية ضروريًا إذا لم تكن هذه الموارد متاحة [34].

1-7-استئصال الرحم الكلي مقابل استئصال الرحم تحت التام:

في الجراحة النسائية المجدولة، لا توجد فوائد طبية أو جراحية مثبتة لإجراء استئصال الرحم فوق عنق الرحم أو استئصال الرحم تحت التام إذ يمكن إزالة عنق الرحم بسهولة مع جسم الرحم.

رغم ذلك في الحالات التوليدية، قد يكون استئصال الرحم فوق عنق الرحم هو الأفضل لأن إزالة عنق الرحم يمكن أن يكون صعبًا بشكل خاص عندما يكون عنق الرحم متسعاً بشكل كبير. فضلاً عن ذلك، قد يؤدي استئصال الرحم فوق عنق الرحم إلى تقليل إجمالي فقدان الدم ووقت العملية، والذي يكون على قدر كبير من الأهمية في حالات النزف الحاد الشديد. كدليل عام، ينبغي أن يتم ازالة عنق الرحم إذا كانت إصابة عنق الرحم مساهمة في النزف، أو كان هناك شك بأن المشيمة المنزاحة/الملتصقة تغزو لحمة عنق الرحم (في كثير من الأحيان، لا يمكن معرفة ذلك على وجه

اليقين حتى يتم إجراء التشريح المرضي). من المهم التأكد من ازالة السرير المشيمي بأكمله في حالات المشيمة المنزاحة، والذي قد يتطلب استئصال الرحم كليًا أو قطع جزئي لعنق الرحم.

في دراسة كبيرة، ترافق إجراء استئصال الرحم الكلي بمزيد من أذيات المثانة والإصابات "الأخرى" (غير المعدية المعوية أو الأوعية الدموية أو الحالب)، فضلا عن المزيد من المضاعفات الرئوية ومضاعفات نقل الدم، ولكن ترافق استئصال الرحم فوق عنق الرحم مع ارتفاع معدلات إعادة الفتح الجراحي والوفيات المحيطة بالجراحة [35].

على الرغم من أن دراسة حشدية راجعة سجلت عدم وجود زيادة كبيرة في معدل المضاعفات عندما يتم إزالة عنق الرحم بعد الولادة القيصرية الاسعافية، حيث كانت مدة العمل الجراحي متطابقة تقريبًا مع استئصال عنق الرحم أو بدونه، مما يشير إلى أن إجراء الاستئصال فوق عنق الرحم ربما يكون أكثر تعقيداً بشكل عام وأن إزالة عنق الرحم ربما قد يجنب زيادة المراضة [36].

1-8-بعض الإجراءات لتقليل النزف أثناء العمل الجراحي:

1-8-1- وضع القثطرة البالونية في الشريان الحرقفي:

لا يضع الجراحون القثطرة الشريانية قبل الجراحة بشكل روتيني قبل عمليات استئصال الرحم المخطط لها في فترة النفاس، ومع ذلك، تختلف أنماط الممارسة فيما بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

في حالات محددة، قد يكون تصميم الشريان الرحمي أثناء العملية الجراحية مفيدًا، على الرغم من أن فوائد هذا الإجراء تكون أقل وضوحًا عند إجراء عملية استئصال الرحم[37].

اقترح وضع القثطرة البالونية قبل الجراحة في الشرايين الحرقفية كوسيلة لتقليل فقدان الدم الإجمالي أثناء العملية الجراحية في المريضات المعرضات لخطر النزف الشديد بعد الولادة.

توضع البالونات عمومًا بواسطة أخصائيي الأشعة التداخلية تحت التوجيه مباشرة قبل الجراحة ويتم نفخه بعد الولادة أو في حالة النزف.

على الرغم من أن العديد من المراكز سجلت نجاح هذا التدخل، إلا أنه تم الإبلاغ عن عدد قليل من التجارب المعشاة، وكانت النتائج غير متسقة [38].

وجدت دراسة حالة شاهد راجعة أجريت على 117 مريضةً يعانين من مشيمة ملتصقة، أن المريضات اللواتي تم وضع قثطرة بالون حرقفي لهن قبل الجراحة كان فقدان الدم لديهن أقل من اللواتي بدون قثطرة (2165 مقابل 2837 مل)؛ 50% من المريضات مع وضع القثطرة لم يتطلب الوضع نفخ البالون [39]. أحد محددات هذه الدراسة هو أنه تم ملاحظة المشيمة الملتصقة قبل الولادة في 98 % من مجموعة القثطرة، وفي 29 % فقط من مجموعة اللواتي لم يتم وضع القثطرة لديهن [40].

تم إجراء تجربة معشاة مضبوطة لوضع قثطرة بالون حرقفي قبل الجراحة. في هذه الدراسة التي أجريت على 27 امرأة، تم توحيد التدابير الجراحية، وتم نفخ البالونات دائمًا عندما يتم وضعها. ولم يذكر المؤلفون أي اختلاف في كمية الدم المفقودة عند استخدام القثطرة البالونية ولم يتم الإبلاغ عن مضاعفات وعائية [41].

وقد تم وصف المضاعفات الهامة المتعلقة بالقثطرة. في سلسلة مرضى واحدة (19 مريضة)، طورت مريضتان خثار شرياني وحصل لدى احداهن تسلخ شريان حرقفي باطن (معدل مضاعفات16%) [38].

وفي دراسة أخرى (59 مريضة)، طورت مريضة واحدة خثار وعائي ومريضة ورم دموي في موقع القثطرة (معدل المضاعفات 4%).

سجلت دراسة ثالثة من 21 مريضة تم استخدام بالونات حرقفية لديهن، أن مريضتين (9.5 بالمائة) احتجن إلى استئصال الخثرات الشريانية بعد العملية الجراحية [42].

1-8-2- وضع قثطرة البالون الأبهري :

إن فعالية الانسداد بالبالون الحرقفي الباطن قد تكون محدودة بسبب الدوران الدموي الجانبي في الحوض، تستخدم بعض المراكز بالونًا يوضع في الشريان الأبهر البعيد.

سيغلق هذا الموقع معظم الدوران الدموي في الحوض ويمكن وضعه تحت توجيه فلوروسكوبي أو توجيه الموجات فوق الصوتية.

قارنت دراسة تحليلية تلوية بين 463 سيدة تم وضع لهن قثطرة البالون الأبهري مع 268 امرأة كمجموعة شاهد، أظهر التحليل انخفاضًا كبيرًا في حجم نقل الدم ومعدل استئصال الرحم ومدة العملية ومدة الإقامة في المشفى في مجموعة البالون [43].

قارنت سلسلة مختلفة أكثر من 300 حالة من حالات استخدام البالون الوعائي الراجع لسد الشريان الأبهر مع 128 مريضة شاهد، سجلت الدراسة انخفاض في حجم النزف ونقل الدم [44]. تم نفخ البالونات بشكل دائم تقريبًا، لمدة تقل عن 40 دقيقة؛ وكانت المضاعفات الإجمالية 0.6%. تم تسجيل مضاعفات مثل تمزقات الأبهر والخثرات الحرقفية، وهنا يجب أن يتم تنفيذ الإجراء من قبل أخصائيي الأشعة أو جراحين مع تدريب متخصص مناسب [45].

1-9-التحضير قبل الجراحة:

تختلف عملية استئصال الرحم في الفترة المحيطة بالولادة عن عملية استئصال الرحم في النساء غير الحوامل في عدة جوانب مهمة، معظمها يجعل العملية أكثر صعوبة:

- ✓ يكون عنق الرحم ليناً جداً ويصعب تحديده، خاصة إذا كان المخاض قد بدأ لدى المريضة. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون القطعة السفلية من الرحم متطورة للغاية ومتطاولة، مما قد يزيد من خطر ترك بطانة رحمية متبقية بعد استئصال الرحم تحت التام.
- ✓ تتوسع الأوعية الدموية في جميع أنحاء الحوض بشكل كبير، وغالبًا ما توجد الدوالي في مساريقا البوق والمسافة المثانية الرحمية، مما يزيد من خطر حدوث نزف حاد، والذي قد يحجب مجال الرؤية خلال العملية.
- ✓ الرحم كبير الحجم ويملأ الحوض.
- ✓ تكون الأنسجة، بما في ذلك أنسجة المهبل والرباط العريض، هشة وعرضة للتمزق عند امساكها بالملقط الجراحي.
- ✓ قد تكون عضلية الرحم المحيطة بالمشيمة الغازية (الملتصقة أو المخترقة) رقيقةً جدًا أو غائبة، ووضع الملاقط الجراحية على هذا النسيج قد يؤدي إلى نزف حاد.

بأخذ هذه النقاط بعين الاعتبار، يقوم الجراح بإجراء الاستعدادات التالية للمريضات مع خطورة عالية للخضوع لعملية استئصال الرحم لمنع أو السيطرة على نزف حاد:

- ♦ إخطار فريق التخدير مسبقًا حتى يتمكن طاقم التخدير من تجربة التخدير وتدبير النزف الهائل ونقل الدم في هذه الحالة. عندما يكون التخدير فوق الجافية أو التخدير النخاعي/فوق الجافية المشترك ممكناً، يجب أن يكون التخدير العام متاحاً على الفور[46].
- ♦ تعيين مساعدين جراحيين على دراية بعملية استئصال الرحم، بالإضافة إلى طاقم تمريضي ذي خبرة وفنيين جراحيين، أو التأكد من أن هؤلاء الأشخاص متاحون بسهولة للتعامل مع الحالة.

- ضمان تأمين خط وريدي مناسب باستخدام خطوط متعددة كبيرة الحجم، وربما خط شرياني قبل الجراحة.
- تطبيق المضادات الحيوية الوقائية خلال ساعة واحدة من شق الجلد لتقليل خطر الإصابة بانتان ما بعد الجراحة. هناك حاجة إلى إعادة الجرعة أثناء العملية الجراحية في حالة فقدان الدم الذي تجاوز 1500 مل أو تجاوز العملية مدة الأربع ساعات.
- مصالبة وحدات الدم الحمراء والبلازما، يجب تأمين أربع وحدات من كلا المنتجين متاحة على الفور والطلب من بنك الدم الاحتفاظ بها متاحة في جميع الأوقات أثناء النقل في المريضات مع الشك بوجود مشيمة ملتصقة،. بالنسبة للمريضات الأقل عرضة لخطر النزف الشديد (مثل تلك التي تعاني من ورم عضلي أملس كبير أو عملية ولادة قيصرية كلاسيكية سابقة، أو استئصال ورم عضلي أملس سابق، أو الالتصاقات الشديدة، أو المشيمة المنزاحة دون إجراء عملية قيصرية سابقة)، يجب أن يكون لدى الجراح وحدتا دم متاحتان على الفور، مع توفر المزيد منها للمصالبة حسب الحاجة. يجب أن يضمن بنك الدم توافر الراسب القري والصفائح الدموية، إذا لزم الأمر، ويجب أن يكون لدى المنشأة بروتوكول لنقل الدم الكتلي [47].
- تأكد من توفر الأجهزة والأدوات المناسبة:
  - ✓ مبعد ذاتي مصمم لتوفير مساحة جانبية مناسبة (على سبيل المثال Bookwalter).
  - ✓ عدد كافٍ من الملاقط المناسبة لامساك الأنسجة دون تمزقيها أو انزلاق الملقط (على سبيل المثال ملقط هيني أو روجرز أو زيبلين).
  - ✓ وحدة القطع والتسليخ الكهربائي.
  - ✓ جهازا مص مفرزات.

- ✓ عدد وأنواع مناسبة من الخيوط الجراحية، بما في ذلك الخيوط الصناعية القابلة للامتصاص بقياسات مختلفة وخيوط متأخرة الامتصاص لشقوق الصفاق العمودية.
- ✓ يمكن أن يكون جهاز الجراحة الكهربائية ثنائي القطب الذي يمكن التخلص منه (على سبيل المثال LigaSure) مفيدًا جدًا في التحكم بالنزف وتدبير فرط التوعية الدموية أثناء التسليخ.
- ✓ الملاقط المرقئة غير الراضة، مثل الملاقط الحلقية أو الملاقط الرئوية.
- ✓ وضع قثطرة المثانة لتصريف البول وتسهيل مرور السوائل لاختبار عمل المثانة، إذا لزم الأمر أثناء العملية الجراحية. يمكن وضع دعامات الحالب stent قبل الجراحة، إذا كان لدى المريضة مشيمة ملتصقة أو التصاقات كبيرة مع الحاجة إلى تسليخ محيطي.
- ✓ وضع جهاز للضغط الهوائي المتقطع لتقليل خطر الإصابة بخثار الأوردة العميقة.
- ✓ وضع المريضة بالوضعية الظهرية العجزية، إن أمكن، لأن ذلك يسمح بتقييم أفضل لفقد الدم المهبلي أثناء العملية الجراحية ويسمح بالوصول بسهولة إلى المثانة أو المهبل من الأسفل. ننصح بوضع كيس جمع مخروطي الشكل أسفل أرداف المريضة، ويفضل أن يكون مزوداً بعلامات متدرجة للمساعدة في تقدير كمية الدم المفقود. يجب تخصيص أعضاء مساعدين من فريق غرفة العمليات لفحص المهبل وتقييم فقدان الدم بشكل دوري. ويمكن أيضًا إحضار ميزان إلى غرفة العمليات لتقييم فقدان الدم عن طريق وزن الشانات الجراحية المبللة.
- ✓ تحضير المهبل بمادة البوفيدون الميودن. قبل استئصال الرحم التام المخطط له، يقوم بعض الجراحين بوضع غرز جراحية على فوهة العنق الخارجية (في حالة عدم وجود

مشيمة منزاحة) أو وضع قطع شاش (محسوبة العدد) أسفل عنق الرحم مباشرة للمساعدة في تحديده أثناء العمل الجراحي. وقد وصف آخرون وضع حامل قطني ثم توجيهه في الزوايا المهبلية أثناء العملية الجراحية لتحديد المهبل العلوي [47].

- ✓ تجهيز أجهزة لتدفئة المريض و تدفئة السوائل لتجنب انخفاض حرارة الجسم، وهو ما ينبغي أن يكون متوقعاً في حالة الصدمة أو نقل الدم الكتلي.
- ✓ إذا كان ذلك متاحًا، فكر باستخدام ترشيح الخلايا أثناء العملية intraoperative cell salvage ونقل الخلايا الحمراء الذاتي. وقد تم تنفيذ هذا الإجراء بأمان في مئات من المريضات ويبدو أنه فعال من حيث التكلفة في حالة استئصال الرحم الولادي المتوقع [48].

1-10- الإجراء الجراحي:

1-10-1- النقاط الرئيسية:

- ✓ في حالة حدوث نزف كبير أو في حال كانت المريضة غير مستقرة، فان لقط أو ضغط إمداد الرحم من الدم مفضل ويجب أن يسبق فك الالتصاقات ووضع المبعد. يمكن لقط وقطع الجذامير بسرعة وخياطتها لاحقًا. عند حدوث نزف حاد يمنع توفير رؤية كافية للحوض، يمكن ضغط الشريان الأبهر يدويا فوق العجز ويتم دك الحوض بعناية حتى يخف النزف. يمكن استدعاء جراح الرضوض واستشارته إذا كان ذلك متاحاً.
- ✓ عندما تكون المريضة مستقرة من الناحية الديناميكية الدموية، فان التبعيد الملائم ومسك الرحم وسحبه سوف يقلل من إصابة الأوعية الدموية أو الحالب.
- ✓ إذا لم تنسلخ المثانة بسهولة عن عنق الرحم، فيجب فتحها عند القبة. إن جس الوجه الخلفي للمثانة وتأملها من الداخل يسهل ايجاد سطح التسليخ المناسب بين هذين

العضوين. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون عنق الرحم ملتصقاً مع المثانة (خاصة في المشيمة الملتصقة)، مما يتطلب استئصال جزء من المثانة. قد يتطلب الأمر التشاور مع طبيب الأورام النسائية أو طبيب المسالك البولية إذا لم يكن لدى الجراح الخبرة الكافية في جراحة المثانة.

- ✓ يجب بذل كل المحاولات للتعرف على الحالب وتجنب ربطه. ومع ذلك، فان الإرقاء أكثر أهمية من الحفاظ على الحالب سليما. عند ربط أحدهما أو كليهما يمكن ازالة الربط في عملية لاحقة بعد تحقيق الإرقاء وبعد أن يتم تصحيح اعتلال التخثر ونقص حجم الدم.

1-10-2- <u>اجراء الشق والولادة:</u>

يفضل بعض الجراحين إجراء شق عمودي في الجلد للمساعدة في ضمان رؤية ووصول مناسب. إذا تم إجراء شق عرضي في الجلد، فيجب أن يكون واسعًا قدر الإمكان ويجب أن يكون الجراح مستعدًا لقطع العضلات المستقيمية (شق مايلارد) أو حسب مقاربة تشيرني، إذا كان الشق لا يوفر وصول كافي.

قد يكون شق فنينشتيل مقبولاً لدى المريضات النحيفات اللواتي ليس لديهن مشيمة منزاحة أمامية أو تاريخ جراحة حوضية سابقة، ومع خطر منخفض جدًا لوجود التصاقات حوضية.

يعتبر شق الرحم المستعرض المنخفض مقبولاً إذا كان من الممكن إجراؤه دون التسبب بنزف شديد.

يجب تجنب تمزيق المشيمة الأمامية المرتكزة بصورة غير طبيعية ومن الأفضل إجراء عملية قطع الأورام الليفية الأمامية الكبيرة من خلال شق الرحم الكلاسيكي (القاعي).

قد يكون من الأفضل أيضًا إجراء شق الرحم العالي في حالة دوالي المثانة الكبيرة أو الالتصاقات الأمامية الكبيرة. من خلال شق الرحم القعري، يتم توليد الجنين بالوضع القمي أو المعترض بسهولة أكبر عن طريق المقعد.

يجب إزالة المشيمة بعد ولادة الجنين إذا لم تكن ملتصقة، والسماح بانقباض الرحم بالشكل الأمثل.

ثم يتم إعطاء الأوكسيتوسين للحفاظ على مقوية الرحم حتى تنقطع إمدادات الدم. ينبغي ترك أي مشيمة ملتصقة في مكانها لأن إزالتها يؤدي الى زيادة إجمالي فقدان الدم [49].

بعد الولادة، يتم وضع المريضة بوضعية ترندلينبورغ، واستخدام مبعد ذاتي، ودك محتويات البطن لتسهيل الرؤية [50].

بالإضافة إلى ذلك، فان ادخال بالون داخل الرحم أو دك داخل الرحم يؤدي إلى إبطاء النزف الحاد.

يجب إزالة البالون أو الدكات أثناء استئصال الرحم حيث يتم التحكم في النزف جراحياً لأن الانتفاخ الجانبي قد يعيق تسليخ الشريان الرحمي والرباط الأساسي.

1-10-3- <u>استئصال الرحم:</u>

يجب أن تكون هذه التقنية بسيطة بما يكفي لأداء سريع ويجب أن تقلل من خلق المساحات الميتة والأسطح المسلخة بسبب إمكانية وجود اعتلال بالتخثر.

عندما يكون النزف شديدًا، فان التحكم بإمداد الرحم الدموي له الأفضلية على التسليخ الجراحي، وفي حالة عدم استقرار المريضة ديناميكيًا، قد يتطلب الأمر المخاطرة بإصابة المسالك البولية أو الملحقات أو الأمعاء.

يبدأ الإجراء باستخدام القطع الكهربائي لإزالة الالتصاقات بالرحم.

عندما يصبح الرحم حر، والقاع خارج الجسم، يقوم المساعد بالحافظة على ابعاد وجر القعر حتى تتم إزالة الرحم. إذا كانت الالتصاقات شديدة التوعية، فانه من الأفضل التحكم بإمداد الرحم الدموي عن طريق تسليخ الرحم الجانبي. وهذا مفضل بشكل خاص بحالة المشيمة الملتصقة الأمامية، حيث قد يؤدي تسليخ الحيز المثاني الرحمي الى نزف مهم.

يتم لقط كل رباط مدور بشكل مزدوج جانبيًا بملاقط منحنية ذات سطح مقعر موجه انسياً.

يتم قطع الأنسجة بين الملاقط باستخدام مقص مايو أو القطع الكهربائي، ويتم استبدال كل ملقط بربطة جراحية.

يفتح الرباط العريض بعد ذلك، ويتم عزل جذامير الملحقات. ويترك المبيضان في مكانهما دائمًا تقريبًا، إلا إذا كان المبيض ملتصق بشدة ويستلزم تسليخاً طويلًا أثناء حالة نزف اسعافية.

يتم بعد ذلك عزل قناة فالوب والرباط الرحمي المبيضي ولقطهما. قد يكون وضع الملاقط مباشرة على الرحم غير مناسب في حالة الأوعية المتضخمة.

في هذه الحالة، يجب محاولة تحديد وفتح مساحة واضحة أسفل كل حزمة وعائية. ثم يتم لقط كل حزمة بملقط وعائي، وقطعها وخياطتها.

يجب أن يتم ذلك بحزمة واحدة، إن أمكن، ولكن قد يتطلب عدة جذامير على كل جانب إذا كانت الحزمة كبيرة جدًا بحيث لا يمكن ربطها بأمان.

بوجود نزف حاد، يمكن إجراء العملية بسرعة أكبرحيث تؤجل خياطة وربط الجذامير حتى النهاية ويتم لقط وقطع البنى الوعائية للشريانين الرحمين. هذا يتطلب توافر عدد كاف من الملاقط. استخدام جهاز تخثير ثنائي القطب، مثل أداة LigaSure، مما يسمح بتنفيذ الإجراء بسرعة أكبر، ولكننا ما زلنا نفضل تأمين الجذامير القريبة بواسطة الغرز الجراحية بعد أن يتم السيطرة على التروية الدموية.

يتم بعد ذلك فتح الوريقة الخلفية للرباط العريض باتجاه عنق الرحم، مما يؤدي إلى نزول الحالب الى الأسفل.

يتم بعد ذلك كشف أوعية الرحم عن طريق فتح الأنسجة المغطية لها بعناية بواسطة جهاز الكي الكهربائي. إذا تم إجراء عملية قيصرية سابقة، فمن المحتمل أن يتطور التصاق مع المثانة. وإلا فإنه من الممكن تحرير المثانة عن طريق فتح أطراف مقص Metzenbaum أو الملقط الخاص باللوزتين بلطف في البرتوان المثاني الرحمي واستخدام التسليخ الكهربائي لقطع المصلية. تتطور المسافة المثانية العنقية وتقطع ركائز المثانة، ولكن لن يكون التسليخ الاضافي ضرورياُ للسماح برؤية ولقط الأوعية الرحمية. يمكن رؤية دوالي كبيرة في المسافة المثانية الرحمية، في حالة المشيمة المنزاحة أو الملتصقة، قد يتطلب وجود مخثر كهربائي ثنائي القطب أو اللقط مع الربط بالغرز الجراحية.

يتم استخدام التسليخ اللطيف بالإصبع الذي قد يسرع هذاالإجراء بمجرد خلق سطوح جيدة، ولكن التسليخ الكليل باستخدام عصا إسفنجية غير مستحسن لأنه قد يؤدي إلى نزف حاد أو تمزق المثانة.

إذا كانت المسافة المثانية العنقية مطموسة بالندوب السابقة (كما يمكن أن يحدث بعد الولادات القيصرية السابقة) ، فان التسليخ الحاد بواسطة مقص Metzenbaum يكون ضروريًا.

إذا كان من المتوقع مواجهة تسليخ صعب أو شديد التوعية الدموية، فقد يكون من الحكمة تأمين إمداد الرحم الدموي قبل الانتهاء من تسليخ المثانة في خط الوسط. قد يتم إنجاز هذا عن طريق فتح المساحات المجاورة للمثانة وكشف اللفافة الداخلية الحوضية فقط أنسي الأوعية الرحمية الصاعدة. وهذا يسمح بلقط الشرايين وربطها بأمان بوجود التصاقات المثانة دون عائق.

يمكن بعد ذلك إزالة التصاقات المثانة هذه بشكل حاد أو بالكي الكهربائي بعد السيطرة على معظم التروية الدموية للرحم.

عندما يكون هناك قلق من غزو المشيمة للمثانة، يمكن تطبيق المقاربة الخلفية بالتسليخ [45]. يتضمن ذلك فتح المهبل الخلفي عبر رتج دوغلاس، ثم تأمين الأربطة الرحمية العجزية والأربطة الأساسية وشرايين الرحم قبل تسليخ سطح المثانة من الأسفل.

يتم تحديد الحالب من خلال الرؤية عبر برتوان الرباط العريض الخلفي، أو عن طريق الجس عند تركيب الدعامات (stent). إذا كان موضعهم مكان شك، ينبغي فتح المزيد من الحيز خلف البرتوان ورؤية الحالب بشكل مباشرة. يجب تأكيد موضع الحالب بشكل متكرر أثناء الإجراء.

يمكن بعد ذلك كشف الشرايين الرحمية عن طريق تسليخ الرباط العريض بعناية. هذا غالبا ما يتطلب لقط أو تخثير الأوعية داخل الرباط. قد يكون اللقط بالتتابع وقطع الشرايين الرحمية الصاعدة مقابل جانب الرحم هو الأكثر ملاءمة، حيث يحوي الجذمور النهائي على الأوعية الرحمية. ومع ذلك، ينبغي توخي الحذر في حالة المشيمة الملتصقة أو المخترقة، حيث أن لقط أنسجة الرحم الموعاة قد يؤدي إلى نزف حاد. في هذه الحالة، يجب تسليخ شرايين الرحم وتحديدها على جانبي الرحم، ولقطها عند نقطة دخولها. وهذا يتطلب تحديد مكان الحالب إما بصريا أو عن طريق الجس (في حالة الدعامات) عند لقط الشرايين. أظهرت دراسة راجعة واحدة على الأقل أن وضع دعامات الحالب stent قبل الجراحة ارتبط بانخفاض كبير في معدلات المراضة المبكرة بعد العملية الجراحية، ربما عن طريق تسهيل تحديد الحالب أو إصابة الحالب [49].

بمجرد ربط الأوعية الرئيسية وإزاحة المثانة إلى الأسفل، يقطع الرباط الأساسي بعدة عضات عن طريق اللقط بالقرب من عنق الرحم بملقط مستقيم، وقطع الأنسجة أنسياً بالمقص أو المشرط، ثم خياطة الجذمور. بعد تسليخ الأربطة الأساسية العلوية، يمكن إجراء عملية استئصال الرحم فوق

عنـق الـرحم بلقـط أوعيـة عنـق الـرحم الجانبيـة وقطـع منتصـف عنـق الـرحم بـالمقص أوالمخثـر الكهربـائي. بعد ربـط السـويقات الوعائيـة الجانبيـة، يتم خياطـة حواف عنق الرحم بـالغرز الجراحيـة على شكل رقم ثمانية (figure-of-eight) أو الخياطة المستمرة. في حالـة المشيمة المنزاحـة، يتم فحص حدود عنق الرحم المقطوعة للتأكد من وجود شريحة واضحة من باطن عنق الرحم أسفل سرير المشيمة.

وبدلاً من ذلك، إذا كان سيتم إزالة عنق الرحم بالكامل، يجب فحص رتج دوغلاس للتأكد من أن الانعكاس المستقيمي ليس مرتفعًا بشكل غير طبيعي.

تنعكس المثانة أيضًا على كامل عنق الرحم والمهبل القريب. يتم لقط الأربطة الأساسية ثم قطعها مع أوعية عنق الرحم الجانبية حتى الوصول إلى قاعدة عنق الرحم.

إذا كان من الصعب تحديد عنق الرحم البعيد، قد يتم قطع عنق الرحم فوق مستوى تسليخ الأوعية الدموية ثم يتم إزالة عينة الرحم.

يمكن بعد ذلك جس فوهة عنق الرحم الخارجية من خلال هذا الشق ويستخدم لتحديد الحد البعيد لتسليخ الرباط الأساسي.

يتم لقط الزاوية المهبلية والرباط الرحمي العجزي على كل جانب بحزمة بملقط منحني. ثم يتم قطع المهبل بمقص أنسي كل ملقط. بعد هذا، يستبدل كل ملقط بربطة جراحية. يتم إغلاق ما تبقى من الكفة المهبلية بخياطة مستمرة. قد يساعد دمج البرتوان في الخلف على الإرقاء. ينبغي أن تشمل الخياطة ما يقرب من 10 ملم من الكفة المهبلية العلوية لتجنب النزف؛ في هذه العملية، من المهم تجنب المثانة من الأمام.

1-10-4- تقييم سلامة المثانة والحالب:

يمكن التأكد من سلامة المثانة عن طريق حقن 200 مل من المحلول الملحي مخلوطًا مع قطرتين أو ثلاث قطرات من أزرق الميثيلين عبر قثطرة المثانة، خروج السائل الأزرق يدل على تسرب.

يتم فحص الحالبين لتحديد سلامتهما، تموجهما، وأنهما ذات قطر طبيعي. إذا كان هناك شك بإصابة الحالب، يمكن اختبار ذلك عن طريق حقن أمبولة واحدة أو أمبولتين (5 مل لكل أمبولة) من انديغو كارمن عن طريق الوريد.

سوف يتسرب البول الأزرق إلى الحوض خلال 10 إلى 15 دقيقة إذا كان هناك قطع في الحالب. ومع ذلك، من غير المرجح أن تكشف هذه الطريقة عن ربط الحالب. تنظير المثانة أو بالرؤية المباشرة للحالب من خلال بضع المثانة (وهذا الأخير يتطلب صبغ البول) واثبات مرور البول من خلال فتحتي الحالب. يشير غياب هذه النتيجة إلى انسداد أحد أو كلا الحالبين كنتيجة للعمل الجراحي. يمكن تمرير دعامة الحالب stent من خلال فتحة الحالب لتحديد موقع الانسداد.

إذا تم إجراء بضع المثانة عن قصد أو بدون قصد، فيجب إغلاقه بطبقتين من الخيوط الصناعية القابلة للامتصاص. إذا حدثت الإصابة على مستوى مثلث المثانة، قد يكون استعمال الدعامات stent ضرورياً، ويوصى باستشارة أطباء جراحة المسالك البولية.

1-10-5- الإستقصاء والإغلاق:

يجب غسل الحوض بغزارة ثم سحب السوائل ويجب إزالة االشانات المبللة بالدم. يجب فحص كل جذمور وعائي والتأكد من الإرقاء، كما ينبغي فحص مواقع التسليخ.

يتم إغلاق البطن باستخدام أي تقنية قياسية، بعد التأكد من الإرقاء الجيد. ليست هناك حاجة لاستعمال المفجرات الجراحية، إلا إذا كان هناك قلق من نزف مستمر أو تسريب مثانة مستمر.

1-10-6- السيطرة على نزف الحوض المستمر:

قد يستمر النزف في عمق الحوض بعد استئصال الرحم. يجب تقييم حالة التخثر من خلال التحاليل المخبرية، وإذا كان غير طبيعي، يتم التدبير عن طريق نقل منتجات الدم، وتدفئة المريضة، وتصحيح احمضاض الدم ونقص كلس الدم. قبل وصول المجموعة الأولى من الدراسات المخبرية، يمكن دراسة التخثر في أنبوب أحمر يحتوي على 5 مل من الدم.

إذا تخثر الدم في الأنبوب خلال 8 إلى 10 دقائق وبقيت الخثرة سليمة، فإن لدى المريض مخازن كافية من الفيبرينوجين غالباً. إذا لم يتخثر الدم الموجود في الأنبوب أو انحلت الخثرة، فمن المرجح أن المريض يعاني من نقص ملحوظ في عوامل التخثر الرئيسية.

يمكن تحقيق الإرقاء الجراحي عن طريق استخدام غرز جراحية مستمرة وبشكل رقم ثمانية 8 قابلة للامتصاص في مناطق النزف أو بالكي المباشر بالمخثر الكهربائي. إذا لم يسيطر هذا على النزف فان الخطوة التالية هي استخدام عوامل الارقاء ودك الحوض.

1-10-7- عوامل والارقاء:

يمكن تدبير المناطق الصغيرة من النزف المنخفض الحجم باستخدام موضعي لعوامل الارقاء[51].

قد ركزت الدراسات على استخدام هذه العوامل في جراحة الأوعية الدموية والقلب، والكبد[52].

هناك القليل من البيانات عالية الجودة فيما يتعلق بفعالية العلاج أو استخدامه في جراحة التوليد وأمراض النساء. وبالتالي، يتم اتخاذ القرار بناءً على اختيار الجراح، التوفر والفعالية مقارنة بالتكلفة.

لا ينبغي استخدام هذه العوامل للحقن داخل الأوعية الدموية أو لإغلاق شقوق الجلد أو لعلاج نزف بطانة الرحم. كما لا ينبغي استخدامها في الأنسجة المصابة بالانتان.

1-10-8- دك الحوض:

إن الدك هو الملاذ الأخير الذي عادةً ما ينجح بالسيطرة على النزف منخفض الضغط (الأوعية الدموية الدقيقة أو الوريدية) المقتصر على الحوض [53].

قد يتم ربط ضمادات Kerlix معًا من طرف إلى طرف لتشكيل شريط طويل واحد للدك. إذا لم يتوفر ضماد Kerlix، يمكن استخدام شانات بطن جافة. يتم دك الشانات الجافة بلطف لكن بثبات في الحوض بحيث تملأ جميع الفجوات، لكن دون أن تؤدي إلى تآكل أنسجة الحوض.

إذا كان الدك فعالاً، فلن يظهر أي نزف متسرب عبر الشاش أو حوله بعد 10 دقائق من المراقبة.

في أغلب الأحيان، سيتم إغلاق البطن بشكل مؤقت بوجود الدكات داخل البطن، مع امكانية إضافة نظام نزح جرح ذو ضغط سلبي لإزالة السوائل وتجنب حدوث متلازمة الحجرات البطنية. قد تختلف ممارسات الجراحين الآخرين بصورة طفيفة، كاستخدام شاشات مصفوفة داخل كيس أو نفخ بالون داخل الرحم واخراجه عبر المهبل[54].

يحتاج هؤلاء المرضى عادة إلى دخول وحدة العناية المركزة لتدبير اعتلال التخثر، وتأمين التهوية، وتجنب انخفاض حرارة الجسم، والاضطرابات الاستقلابية.

عادة ما تكون هناك حاجة إلى اعادة فتح البطن لإزالة الدكات، أو يمكن إزالتها من خلال المهبل. تعتبر الحمى بعد العمل الجراحي شائعة، ويتم إعطاء مضادات حيوية واسعة النطاق حتى تتم إزالة الدكات.

يجب أن تتم عملية الإزالة تحت التخدير العام من 36 إلى 72 ساعة من وضعها. قد يعود النزف إذا تمت إزالة الدكات بشكل مبكر جدًا أو في حالة وجود اعتلال تخثر، في حين أن انتان الحوض محتمل إذا تأخرت عملية الإزالة [55].

1-11- المضاعفات:

المضاعفات الرئيسية بعد استئصال الرحم في الفترة المحيطة بالولادة هي:

- ✓ الحمى.
- ✓ النزف.
- ✓ إصابة المسالك البولية.
- ✓ اعتلال التخثر.
- ✓ العلوص الشللي أو انسداد الأمعاء.
- ✓ إعادة الفتح الجراحي.

ترتبط الإجراءات الاسعافية بمعدل مضاعفات أعلى مما هو في الاجراءات المخطط لها [56]. ينبغي أن تكون الوفيات أقل من 1 في المائة، سجل ملخص عالمي لحالات الطوارئ تراوح معدلات الوفيات المبلغ عنها من 0 إلى 59 بالمائة [57].

النتائج من عدة سلاسل كبيرة من حالات استئصال الرحم في الفترة المحيطة بالولادة موضحة أدناه: تضمنت سلسلة تقدمية من وحدة طب الأم والجنين MFMU تضمنت 186سيدة أجرت عملية استئصال الرحم أثناء القيصرية في عامي 1999 و 2000 وأبلغت عما يلي من المضاعفات وتكرارها: نقل خلايا الدم الحمراء (84 %)، نقل الدم الأخرى (34 %)، الحمى (11 %)، العلوص (5 %)، فتح البطن الاستقصائي (4 %)، إعادة الدخول إلى المستشفى (4 %)، عدوى المسالك البولية (3%)، خراج قبة المهبل (2.7 %)، وفاة الأمهات (1.6 %)، إصابة الأمعاء (1 %)، تفزر الجرح (1 %)، الخثار الحوضي أو خثار الأوردة العميقة (1 %) [58].

ذكرت مراجعة لست دراسات لاستئصال الرحم في الفترة المحيطة بالولادة المضاعفات التالية: الحمى (11 إلى 34 %)، بضع المثانة (6 إلى 29 %)، إصابة الحالب (2 إلى 7%)، استئصال المبيض (6%)، إعادة الفتح الجراحي (4 إلى 33 %)، الانصمام الخثاري (1 إلى 4 %)، والوفاة (0 إلى 4.2 %) [50].

1-12- رعاية ما بعد الجراحة:

تعتبر عملية استئصال الرحم الروتينية ورعاية ما بعد الولادة مناسبة إذا كانت حالة المريضة مستقرة. يُفضل تسكين الألم الذي تتحكم فيه المريضة (إما عن طريق الوريد أو فوق الجافية) حتى تتمكن من تناول المسكنات عن طريق الفم.

تتم العناية بالجروح وفقًا لتوصيات الجراح.

1-12-1- العلاج الوقائي:

إذا كانت العملية نظيفة ، فلا داعي لوصف مضادات حيوية بعد العمل الجراحي. يجب علاج الانتان الفعال بشكل مناسب.

النساء اللاتي يخضعن لعملية استئصال الرحم الولادي معرضات لخطر معتدل أو مرتفع للإصابة بالانصمام الخثاري بعد العمل الجراحي، اعتمادا على عوامل الخطر الفردية. لذلك يقترح تطبيق العلاج الوقائي الميكانيكي والدوائي للخثار الوريدي العميق.

يبدأ العلاج الوقائي الدوائي بعد أربع ساعات على الأقل من الجراحة؛ التوقيت يعتمد على العوامل الخاصة بالمريض وتحقيق التوازن بين خطر النزف وخطر الخثار الوريدي. يوقف العلاج الوقائي و تخرج المريضة من المشفى، ولكن قد يستمر لفترة طويلة عند بعض النساء ذوات الخطر الأعلى للإصابة بالخثار الوريدي، كاللاتي أصبن سابقًا بالانصمام الخثاري.

1-12-2- العناية بالمثانة:

إذا تم وضع الدعامات البولية stent، فيمكن إزالتها على الفور بعد العمل الجراحي.

يمكن أيضًا إزالة قثطرة المثانة خلال 24 ساعة بعد الجراحة في المريضات المستقرات اللواتي لا يحتجن لمراقبة نتاج البول كل ساعة.

ومع ذلك، إذا تم اصلاح بضع المثانة، يستمر التصريف بشكل عام لمدة 5 إلى 10 أيام. يجب تقييم الإصلاح الكبير (> 2 سم) باستخدام مخطط المثانة والإحليل قبل نزع القثطرة[56].

1-12-3- النظام الغذائي:

يتم طلب السوائل الصافية بعد الجراحة، ويتم وضع النظام الغذائي حسب شهية المريض وقدرته على تناول الطعام عن طريق الفم. إن الغثيان أو فقدان الشهية أو انتفاخ البطن أو القيء هي من علامات العلوص الشللي.

يمكن تدبير الأعراض الخفيفة عن طريق تقييد تناول الطعام عن طريق الفم وتطبيق السوائل الوريدية، في حين ينبغي تقييم الاقياء الشديد شعاعياً.

يجب علاج العلوص المؤكد أو الانسداد الجزئي عن طريق الشفط بالأنبوب الأنفي المعدي و تطبيق السوائل الوريدية وتعويض الفقد الشاردي.

1-12-4- الرضاعة الطبيعية:

إن النزف واستئصال الرحم ليسا من موانع الرضاعة الطبيعية. يمكن للمريضات المقبولات بوحدة العناية المركزة استخدام مضخة الثدي بمجرد نزع الأنبوب الرغامي والاستقرار.

يتم تشجيع الضخ المبكر عند إدخال المولود الجديد إلى وحدة العناية المركزة الخاصة بحديثي الولادة.

يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار مراقبة إنتاج حليب الثدي عند التدبير بالسوائل، على الرغم من أن هذا لا يشكل عادة مصدر قلق في الوقت الذي يتطور فيه إدرار الحليب.

يجب دعم المريضات غير الراغبات أو غير القادرات على الارضاع في حالة صعوبة التعافي الجسدي أو النفسي.

ينبغي أخذ متلازمة شيهان بعين الاعتبار عند النساء اللاتي يفشلن في الرضاعة بعد الولادة أو يتطور لديهن مظاهر أخرى من قصور الغدة النخامية.

1-13- **الموجز:**

تحدثنا في هذا الفصل عن استئصال الرحم ما حول الولادة وعوامل الخطر والمضاعفات والعناية بعد العمل الجراحي.

سنتحدث في الفصول التالية بنوع من التفصيل عن أشيع الأسباب التي تؤدي إلى استئصال الرحم ما حول الولادة.

الفصل الثاني

المشيمة الملتحمة

2-1- مقدمة:

إن المشيمة الملتحمة هي مصطلح نسيجي أول ما تم وصفه من قبل Irving و Hertig عام 1937، كالتصاق شاذ لكامل المشيمة أو لجزء منها مع جدار الرحم المغطي لها مع غياب جزئي أو كامل للساقط القاعدي .

Irving و Hertig لم يتحدثوا عن الغزو الشاذ للمشيمة و اقتصر وصفهم على الالتصاق الشاذ للمشيمة.

2-2- التعريف:

تعرف حالياً بغياب جزئي أو كامل للساقط القاعدي مما ينتج عنه التصاق أو غزو الزغابات المشيمية ضمن العضلة الرحمية أسفلها، وحسب التشريح المرضي الحديث تصنف المشيمة الملتصقة درجاتٍ حسب عمق غزو الزغابات الكوريونية[59].

2-3- التصنيف[60]:

- ✓ **المشيمة الملتصقة Accreta :** تكون الزغابات ملتصقة بشكل سطحي بالعضلة الرحمية بدل أن تكون مقتصرة على الغشاء الساقط القاعدي للرحم.
- ✓ **المشيمة المندخلة Increta :** تغزو الزغابات في هذه الحالة العضلة الرحمية بعمق دون أن تصل لمصلية الرحم.
- ✓ **المشيمة المخترقة Percreta :** تخترق الزغابات كامل جدار الرحم ، ومن الممكن أن تغزو الأعضاء الحوضية المجاورة.

وتصنف المشيمة الملتحمة أيضاً إلى التصاق كامل أو جزئي أو بؤري حسب كمية النسيج المشيمي المندخل، وقد لوحظت درجات مختلفة من عمق الغزو متداخلة ضمن نفس الحالة[60]. وبالتالي إن المشيمة الملتحمة هي مرض ذو طيف واسع يتدرج من الالتصاق الشاذ إلى الغزو العميق للنسيج المشيمي[60].

2-4- <u>الآلية الإمراضية:</u>

انغراس المشيمة الطبيعي هو عملية معقدة تتطلب مسيراً طبيعياً لثلاثة محاور هي[59]:

1 . تشكل سويّ للساقط بكافة طبقاته.

2 . تروية طبيعية من الشرايين الحلزونية.

3 . أرومة مغذية طبيعية التطور والخلايا والمفرزات.

في حال اختلال أحد الشروط السابقة يزداد خطر حدوث المشيمة المنزاحة والمشيمة الملتحمة[59]:

1 . غياب الساقط خصوصاً الطبقة الإسفنجية لسبب محدثٍ طبياً أو عفوياً.

2 . تروية مباشرة من شرايين أكبر وأعمق مثل القوسية أو الشعاعية.

3 . أرومة مغذية بتشوه بيولوجي.

إن الألية الإمراضية غير مؤكدة حتى الآن، لكن النظرية الأشيع هي إعادة التشكل الساقطي المعيب في منطقة التندب (حيث يكون الساقط : رقيقاً / أو جزئياً / أو غائباً / أو غير وظيفي).

يتشكل التندب بسبب جراحة سابقة على الرحم تشمل السطح بين بطانة الرحم وعضلية الرحم مما يسمح للزغابات الإرسائية للمشيمة بأن تتصل بشكل مباشر بعضلية الرحم أو تغزوها.

<u>تقوم هذه النظرية على أساس أن 80 % من الحالات ترتبط بوجود[60،61]:</u>

- ✓ قصة قيصرية سابقة.

- ✓ تجريف رحم.
- ✓ استئصال ورم ليفي.

وهناك نظريات أخرى قد تكون مسؤولة عن باقي الحالات كالغزو الزائد للأرومة الغاذية، أو عيب في إعادة تشكل الأوعية في منطقة الندبة.

وفي حالات نادرة، قد تكون إمراضية الرحم هي الآلية المتهمة إذ ترتبط بوجود عيوب مجهرية في بطانة الرحم مثل:

- ✓ الرحم ذو القرنين.
- ✓ العضال الغدي.
- ✓ الأورام الليفية تحت البطانة.

وهذا يتداخل مع الدور الوظيفي الطبيعي لبطانة الرحم، وبالتالي يسمح بالالتحام الشاذ للمشيمة، وهذا يفسر الحالات النادرة لحالات المشيمة الملتحمة عند الخروسات دون وجود قصة جراحة سابقة على الرحم[59].

ويرتبطُ غالباً تأذي عضلية الرحم حين يكون كبير الحجم وعميقاً مع غياب عودة التظهرن الطبيعي لمنطقة الندبة.

تملك المشيمة زغابات ملتصقة و زغابات غازية أيضاً و قد يتطور عمق الغزو خلال تقدم الحمل، وعلى الرغم من ذلك فإنّ بعض الحالات المؤكدة على مشيمة مخترقة بعمر حملي 16 أسبوع تقترح أن درجة الالتصاق و الغزو تتحدد منذ التعشيش سواء كانت ملتصقة أو مندخلة أو مخترقة ، وليس لزيادة عمق الغزو علاقة بزيادة العمر الحملي[60].

2-5- **عوامل الخطورة[51-53]:**

إن **الولادة القيصرية** ترتبط بزيادة خطر المشيمة المنزاحة في الحمول اللاحقة، وإن هذا الخطر يزداد بزيادة عدد القيصريات السابقة.

أكدت بعض الدراسات **أن الحمل خلال سنة من الولادة القيصرية** يرتبط بزيادة خطر المشيمة المنزاحة.

وأيضاً **الولادة القيصرية قبل تمام الحمل** تزيد خطر حدوث المشيمة المنزاحة في الحمول اللاحقة.

في دراسات راجعة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية لوحظ وجود زيادة في حدوث المشيمة المنزاحة **في الحمول التوأمية** بالمقارنة مع الحمول المفردة.

إن تقنيات الإخصاب المساعد ترتبط بزيادة نسبة حدوث المشيمة المنزاحة بشكل مستقل عن الحمل المتعدد الذي يحدث باستخدام هذه التقنية.

في دراسات أجريت عام 2017 على تأثير **التدخين** لدى الأم على مكان توضع المشيمة، أكدت النتائج أن التدخين يزيد من خطر المشيمة المنزاحة[62].

وجد أيضاً أن **تقدم عمر الأم** له علاقة بزيادة طفيفة في خطر حدوث المشيمة المنزاحة، لكن هذا التأثير ربما يعزى لتعدد الولادات[63].

بالنسبة لعوامل الخطورة الرئيسية المتعلقة بالمشيمة الملتحمة هي **قصة سابقة لمشيمة ملتصقة** في حمل سابق، سوابق الولادة القيصرية والجراحات الرحمية الأخرى.

إن كل الدراسات الوبائية حول العالم خلال العقدين السابقين أظهرت ارتباط مباشر بين زيادة عدد القيصريات وازدياد نسبة حدوث المشيمة الملتحمة في الحمول اللاحقة حيث يزداد خطر المشيمة الملتحمة بزيادة عدد القيصريات السابقة[64].

في مراجعة منهجية أظهرت النتائج ازدياد نسبة حدوث الالتصاق من 4% عند النساء مع مشيمة منزاحة دون سوابق ولادة قيصرية إلى 50 – 67 % عند النساء مع سوابق ثلاث ولادات قيصرية أو أكثر[64].

المشيمة المنزاحة هي عامل خطر مهم أيضاً للمشيمة الملتحمة في دراسة كبيرة أجريت في عدة مراكز للنساء اللواتي راجعن مع مشيمة منزاحة و سوابق ولادة قيصرية أظهرت نتائجها أن خطر الالتصاق والغزو المشيمي الشاذ يزداد كالتالي [65]:

- ✓ الولادة القيصرية الأولى 3 % (دون سوابق قيصريات)
- ✓ الولادة القيصرية الثانية 11 %
- ✓ الولادة القيصرية الثالثة 40 %
- ✓ الولادة القيصرية الرابعة 61 %
- ✓ الولادة القيصرية الخامسة أو أكثر 67 %

إن المشيمة الملتحمة ليست مقتصرة كعواقب للولادة القيصرية فقط حيث وجد أيضاً أن الأذية الجراحية التي تصل إلى بطانة الرحم أو عضلية الرحم السطحية كما يحدث في (تجريف الرحم / استخلاص المشيمة اليدوي/ التهاب بطانة الرحم / استئصال الورم الليفي) قد تؤدي إلى التصاق أو غزو المشيمة الشاذ في الحمول اللاحقة[65].

لقد لوحظ أيضاً تطور حالات مشيمة ملتصقة دون وجود سوابق جراحية على الرحم لكن ترافقت مع وجود إمراضية رحمية مثل حالات الرحم ذو القرنين، الأدينوميوز، الورم الليفي تحت المخاطية، الحثل العضلي[59].

بينت الدراسات الحديثة ازدياد في التقارير التي تصف حدوث التعشيش ضمن ندبة القيصرية السابقة، و هناك أدلة متزايدة أن الحمل على ندبة القيصرية المشخص في بداية الحمل يمكن أن يتطور إلى المشيمة الملتحمة في النصف الثاني للحمل[66].

2-6- الأعراض والعلامات:

يحدث نزف مهبلي خالي من الألم غالباً في الثلث الأخير من الحمل في 70 % من الحالات، إن غياب الألم عرض شبه واسم للتفريق بين ارتكاز المشيمة وانفكاك المشيمة(الذي هو انفكاك لمشيمة ارتكازها نظامي قبل ولادة الجنين)؛ ولكن تترافق المشيمة المنزاحة مع تقلصات رحمية في 20 % من الحالات.

تحدث هجمة النزف حوالي الأسبوع 34 من الحمل عادة. وقد تظهر في أي وقت، حيث سجل حدوثها قبل الأسبوع 30 من الحمل في ثلث الحالات، وبين الأسبوعين 30 – 35 من الحمل في ثلث الحالات، وبعد ذلك في البقية. يكون النزف عادة ليلي، حيث تستيقظ السيدة مع وجود النزف الأحمر القاني ويتوقف النزف تلقائياً عادة ويعاود فيما بعد بدرجات أشد ونادراً ما تحدث أذية للأم أو للجنين وكلما كان النزف الأول باكراً كلما ساء إنذار الحمل[60،64].

يرتبط عادة زمن النزف وشدته بمكان توضع المشيمة وسبب النزف هو تشكل القطعة السفلية وتمددها وحدوث تبدلات في عنق الرحم مما يسبب انفصال المشيمة عن الرحم وبالتالي النزف وكذلك تمزق البحيرات الدموية المحتقنة بالدم الوريدي في الساقط القاعدي وكذلك يعزى النزف إلى التهاب المشيمة بموضع الارتكاز[64].

قد يتأخر النزف حتى بدء المخاض العفوي عند الولادة، وقد يستمر النزف بعد الولادة بسبب عجز القطعة السفلية عن الانقباض. كما قد يثير الجماع نوب نزف.

❋ **العلامات:**

رحم لينة غير مؤلمة، وغالباً دقات قلب للجنين طبيعية إلا إذا وجد نزف شديد أو صدمة عندها قد يحدث تسرع أو تباطؤ جنيني وقد يحدث انفكاك مرافق في 10 % من الحالات[60].

تترافق المشيمة المنزاحة مع شذوذات في تدخل المجيئات الرأسية النظامية، ويكون بوضع قفوي خلفي أو معترض في 15 % من الحالات[61].

وتزداد المجيئات المعيبة؛ فقد لوحظ المجيء المعترض والمقعدي في 30 % من الحالات، وتكون المجيئات المعيبة نتيجة وليست سبب للارتكاز المعيب. يلاحظ بدء مخاض عفوي بعد النزف بعدة أيام في 25 % من الحالات[67].

يجب الاشتباه السريري بوجود مشيمة منزاحة أو واطئة لدى كل امرأة حامل تعاني من :

- ✓ نزف مهبلي بعد الأسبوع 20 من الحمل .
- ✓ مجيء عالٍ .
- ✓ توضع غير طبيعي للجنين .

2-7- التشخيص[67-70]:

4-7-1-المشيمة الملتصقة (الدرجة الأولى):

- ✓ لا يحدث انفكاك عفوي للمشيمة خلال فتح البطن بعد تسريب الأوكسيتوسين والشد اللطيف للحبل السري.
- ✓ نؤدّي محاولات الاستخلاص اليدوي للمشيمة إلى نزف غزير من مكان ارتكاز المشيمة يتطلب تداخل جراحي أو الدك الميكانيكي.

- ✓ لا نلاحظ بالفحص العياني للرحم تبارز مشيمي، ولا يلاحظ نسيج مشيمي يغزو عبر سطح الرحم، ولا يوجد أي توعية جديدة وشاذة.
- ✓ بالتشريح المرضي وبالفحص المجهري تبدي العينات المأخوذة من سرير المشيمة للرحم المستأصل مناطق واسعة من غياب الساقط بين النسيج الزغابي وعضلية الرحم حيث ترتبط زغابات المشيمة بشكل مباشر مع الطبقة السطحية لعضلية الرحم.

4-7-2-المشيمة المندخلة(الدرجة الثانية):

- ✓ نلاحظ بالفحص العياني خلال فتح البطن موجودات شاذة في سرير المشيمة، الرحم فوق المشيمة يبدو مائلاً للزرقة، التبارز المشيمي.
- ✓ وجود فرط التوعية مكان الاندخال حيث نشاهد مجموعة من الأوعية الكثيفة المتشابكة أو أوعية متعددة تجري بشكل متوازي من الأعلى للأسفل ضمن مصلية الرحم).
- ✓ لا نلاحظ وجود نسيج مشيمي يغزو عبر مصلية الرحم.
- ✓ الشد اللطيف للحبل السري يؤدي الى شد الرحم للداخل دون حدوث انفصال للمشيمة (تدعى علامة الغمزة).
- ✓ بالدراسة النسيجية لعينة الرحم المستأصل أو الجزء من العضلية المقتطع من منطقة اندخال المشيمة يظهر زغابات مشيمية ضمن الألياف العضلية وأحياناً ضمن لمعة الأوعية الرحمية العميقة (الشرايين الشعاعية والمقوسة).

4-7-3-المشيمة المخترقة:

4-7-3-1- الغزو محدود ضمن مصلية الرحم(3A) :

نلاحظ بالفحص العياني وجود موجودات شاذة على سطح مصلية الرحم ويلاحظ النسيج المشيمي يغزو عبر سطح الرحم.

لا يلاحظ غزو ضمن الأعضاء المجاورة متضمناً الجدار الخلفي للمثانة (يمكن التعرف على سطح تسليخ واضح بين المثانة والرحم).

بالفحص النسيجي لعينة الرحم المستأصل يظهر النسيج الزغابي ضمن أو مخترقاً مصلية الرحم.

4-7-3-2- الغزو ضمن المثانة(3B):

تشاهد الزغابات المشيمية وهي تغزو ضمن المثانة لكن ليس أعضاء أخرى و لا يمكن التعرف على سطح تسليخ واضح بين المثانة والرحم.

بالدراسة النسيجة تظهر عينة الرحم المستأصل الزغابات مخترقة مصلية الرحم وتغزو جدار المثانة أو الظهارة البولية.

4-7-3-3- غزو الأعضاء الحوضية(3C):

تشاهد الزغابات المشيمية وهي تغزو ضمن الرباط العريض، جدار المهبل، الجدار الجانبي للحوض أو أي عضو حوضي أخر (مع أو بدون غزو المثانة).

بالدراسة النسيجية تظهر عينة الرحم المستأصل نسيج زغابي مخترقاً مصلية الرحم ويغزو أعضاء وأنسجة الحوض (مع أو بدون غزو المثانة).

2-8- الفحص بالأمواج فوق الصوتية:

العديد من تقنيات التصوير الصدوي استخدمت خلال السنوات الأخيرة، متضمنة فائق الصوت العادي والدوبلر[68].

إن معرفة عمق وامتداد الغزو المشيمي يساعد في وضع خطة رعاية خاصة لكل مريضة مشخص لها مشيمة ملتحمة [69].

في عام 2016 وضعت المجموعة الدولية للمشيمة الملتحمة معايير وصفية لعلامات فائق الصوت المستخدمة في تشخيص المشيمة الملتحمة وقد قامت أيضاً بوضع بروتوكول للتقييم الصدوي [68].

4-8-1- الموجودات الصدوية[68،69]:

- **غياب المنطقة الشفيفة:**

غياب أو عدم انتظام المنطقة ناقصة الصدى في مستوى العضلية تحت سرير المشيمة.

- **عضلية الرحم ناقصة السماكة:**

نقص سماكة عضلية الرحم التي تغطي المشيمة إلى أقل من 1 ملم أو تكون غير قابلة للقياس.

- **فجوات المشيمة الشاذة:**

ظهور العديد من الفجوات بعضها كبير الحجم وغير منتظم الحواف.

- **عدم استمرارية جدار المثانة:**

غياب أو تقطع جدار المثانة النير(خط زائد الصدى بين مصلية الرحم وجوف المثانة).

- **التبارز المشيمي:**

انحراف مصلية الرحم بعيداً عن المستوى المتوقع وذلك بسبب تبارز شاذ من أنسجة المشيمة ضمن الأعضاء المجاورة وبشكل نموذجي المثانة، مصلية الرحم تبدو سليمة لكن حدودها مشوهة.

- **التنبتات الخارجية الموضعية:**

أنسجة مشيمية تخترق مصلية الرحم وتمتد إلى ما بعدها، غالباً تشاهد داخل مثانة ممتلئة.

4-8-2- الموجودات بالدوبلر [70-72]:

- **فرط توعية المسافة بين الرحم والمثانة:**

كمية واضحة من إشارة الدوبلَر بين عضلية الرحم والجدار الخلفي للمثانة، تشير هذه العلامة إلى وجود أوعية متعددة، مكدسة بإحكام، متعرجة في تلك المنطقة (تظهر جريان متعدد الاتجاهات وتشويش خادع).

- **فرط توعية تحت المشيمة:**

كمية واضحة من إشارة الدوبلَر في سرير المشيمة، تشير هذه العلامة إلى وجود أوعية متعددة، مكدسة بإحكام، متعرجة في تلك المنطقة (تظهر جريان متعدد الاتجاهات وتشويش خادع).

- **الأوعية الجسرية:**

أوعية تبدو ممتدة من المشيمة عبر عضلية الرحم وبعد مصلية للرحم باتجاه المثانة أو أعضاء أخرى وغالباً تمر بشكل عامودي على عضلية الرحم.

- **الأوعية المغذية للفجوات المشيمية:**

أوعية ذات سرعة جريان عالية متجهة من عضلية الرحم إلى فجوات المشيمة مسببة اضطراب جريان عند دخولها.

- **فجوات عنق الرحم:**

ظهور العديد من الفجوات الشاذة ضمن عنق الرحم.

2-9- الموجز:

تحدثنا في هذا الفصل عن المشيمة الملتحمة ودرجاتها والأعراض والعلامات المرافقة وطرق التشخيص والعلامات الصدوية وبالدوبلر المرافقة لها.

الفصل الثالث

النزف بعد الولادة

3-1- تعريف:

يعرّف النزف الأولي بعد الولادة بأنه النزف التناسلي الذي يتجاوز 500 مل بعد الولادة الطبيعية و 1000 مل بعد الولادة القيصرية خلال 24 ساعة الأولى بعد الولادة[73].

تعرّف الجمعية الأمريكية للتوليد والنسائية[ACOG] النزف بعد الولادة بأنّه الهبوط في قيمة الهيماتوكريت أكثر من 10% من قيمته قبل الولادة[74] أو بأنّه النزف الذي يؤدي لاضطراب في الاستقرار الهيموديناميكي للأم ويتطلب نقل دم[75].

3-2- الوقوع:

يعدّ النزف بعد الولادة السبب الأهم لوفيات الأمهات حيث تتراوح النسبة من 13 % في البلدان المتطورة إلى 34 % في البلدان النامية[76].

عالميا حوالي 11 % من النساء يصبن بالنزيف بعد الولادة ،ففي الهند 9.2 % من كل الولادات يصبن بنزف بعد الولادة[77].

في آسيا تقدر نسبة الوفيات المتعلقة بالنزف بعد الولادة ب 30.8 % من الوفيات التوليدية. [78].

في فرنسا حدثت 30 حالة وفاة والدية بين عامي 1999 و 2001 وكان النزف بعد الولادة السبب الأهم للوفيات التوليدية [79].

3-3- التصنيف :

يصنف النزيف بعد الولادة إلى:

1. **كمية النزف بعد الولادة صغيرة**(Minor Obstetrics Hemorrahge):

يقدر النزف الدموي 500 – 1000 مل دون وجود أي دليل على حدوث صدمة.

2. **كمية النزف بعد الولادة كبيرة** (Major Obstetrics Hemorrahge) :

كمية النزف أكثر من 1000 مل أو\ مع وجود علامات الصدمة سريريا.

3. **كمية النزف بعد الولادة غزير جدا**(Massive Obstetrics Hemorrahge):

نزف غير مسيطر عليه أكثر من 1500 مل أو نزف حاد يتطلب نقل أكثر من 4 وحدات دم أو الاشتباه بحدوث تخثر منتشر داخل الأوعية(**DIC**) بسبب النزف الحاد. [80].

3-4- أسباب النزف بعد الولادة[81]:

- ✓ **العطالـة الرحميـة** (Atonic Uterus): وهو السبب الأشيع ويتسبب بحوالي 80 % من الحالات ومن أسبابها:
  - فرط تمدد الرحم(موه السلى، الحمل المتعدد،....).
  - انفكاك المشيمة.
  - حث المخاض.
  - تطاول المخاض.
- ✓ **الولادة القيصرية :** تترافق بمعدل نزيف بعد الولادة أعلى من الولادة الطبيعية.
- ✓ **انحباس المشيمة أو فلقة مشيمية والمشيمة المنزاحة.**
- ✓ **الرضوض وتسحجات السبيل التناسلي وتمزق الرحم.**

✓ **اضطرابات التخثر (خلقية أو مكتسبة).**

3-5- تدبير النزف بعد الولادة:

الخطوة الهامة والأساسية في تدبير النزيف بعد الولادة تكمن في التشخيص الباكر والبدء بالخطوات العلاجية أسرع ما يمكن.

3-5-1- العلاج الدوائي:

تعتبر العطالة الرحمية مسؤولة عن معظم حالات النزيف بعد الولادة ويبدأ تدبيرها بتمسيد الرحم وإعطاء مقبضات الرحم كالأكسيتوسين والبروستاغلاندينات وقلوانيات الأرغوت[82].

3-5-2- العلاج الجراحي:

يلجأ للعلاج الجراحي عندما يفشل العلاج الدوائي في وقف النزيف ويتراوح العلاج الجراحي من خياطة التمزقات والسحجات التناسلية وحتى استئصال الرحم[82].

3-5-3- العلاج الجراحي المحافظ :

يهدف للمحافظة على الرحم من أجل المحافظة على القدرة الانجابية والتكاثرية للسيدة.

- **دك باطن الرحم (Uterine Tamponade)[83]:** هو إجراء فعّال في تدبير النزيف بعد الولادة يمكن أنّ يجرى بواسطة :

✓ **قثطرة فولي.**

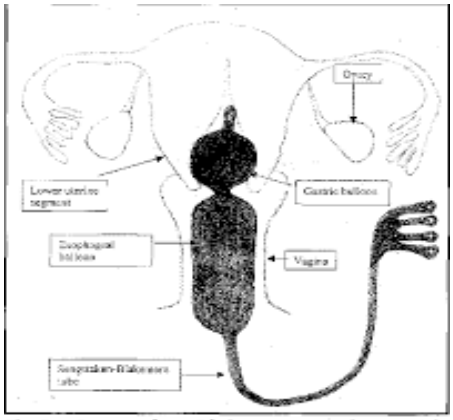
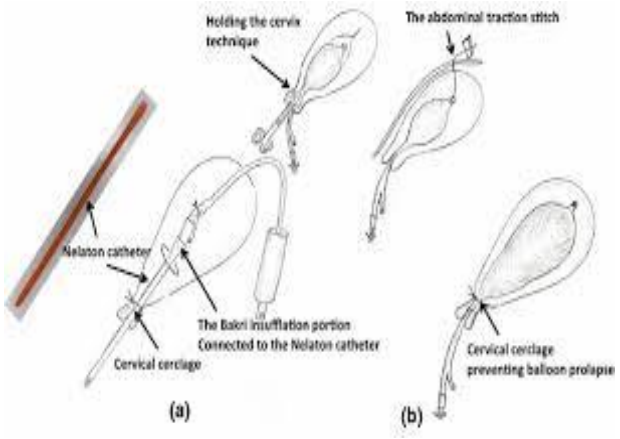
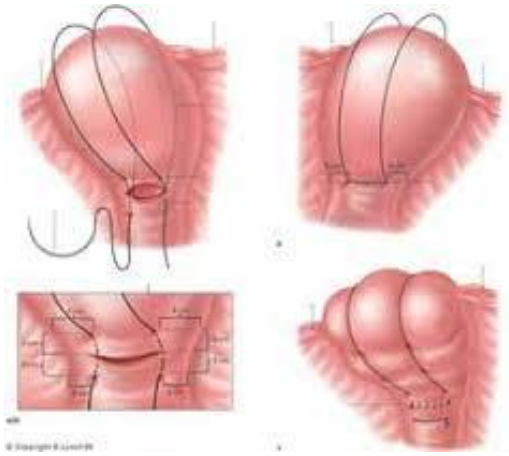


Fig 1: Sengstaken-Blakemore tube with inflated gastric balloon placed at the lower uterine segment



✓ **Bakri Ballon**: مصمم خصيصا لدك باطن الرحم من أجل إيقاف النزيف ، وقد أظهرت دراسات عديدة فعاليته في تدبير العطالة الرحمية وكذلك في حالات التوضع المنخفض للمشيمة والنزف من موضع المشيمة[83].



✓ **القطب الضاغطة(العاصرة)للرحم(B-lynch Uterine sutures)**: إجراء فعّال يهدف لتطبيق ضغط فعّال على الرحم دون الحاجة لسد الشرايين الرحمية أو دك باطن الرحم[84].

- **تصميم الشرايين الحوضية :** حل فعال في حالة النزيف الرحمي المستمر ولكنه غير متوفر بشكل دائم ويتطلب تجهيزات خاصة ووجود طبيب أخصائي بالأشعة التداخلية[85].
- **ربط الشريانين الحرقفيين الباطنيين.[86]**
- **الربط الثلاثي للشرايين المغذية للرحم: (Triple uterine artery ligation (TUAL**

- **ربط الرباطين المدورين والمبيضيين الرحميين من الجانبين بالإضافة للشريانيين الرحميين.**

3-5-4- استئصال الرحم الولادي[87] :

قد يكون الإجراء الوحيد المنقذ للحياة في حالات النزف الغزير غير المسيطر عليه ، ويجب أن يتم اتخاذ القرار بسرعة في هذه الحالات للحفاظ على حياة المريضة ، على الرغم من أنه قرار صعب وغير مقبول للمريضة و أقاربها.

الفصل الرابع

الدراسات المرجعية

4-1- التمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن أهم الدراسات العالمية المشابهة لدراستنا.

4-2- دراسة " Shzia Zargarوزملاؤها" بالهند [16]:

حسب هذه الدراسة الراجعة التي أجريت بين عامي 2019 و 2020 تم إدخال 38 سيدة تم إجراء استئصال رحم ولادي لهن، تبين أن الازدياد في عدد القيصريات وتعدد الحمول لهما دوراً أساسياً في ازدياد نسبة استئصال الرحم الولادي والإمراضية المرافقة له حيث كانت نسبة الاستئصال للولادة الطبيعية 0.07 % وللقيصرية 0.3%.

4-3- 2010: "دراسة Najma Bano Shaikh وزملاؤها" في الباكستان [17]:

تضمنت هذه الدراسة الراجعة لمدة سنة 41 سيدة خضعن لاستئصال رحم ولادي من أصل 6495 ولادة بنسبة 1\158 سيدة، أغلب السيدات كانوا من المناطق النائية الريفية وبمستوى تعليمي منخفض وحالة اقتصادية واجتماعية متدنية وكانوا عديدات ولادة حيث شكل تمزق الرحم أهم الأسباب 51.21%.

4-4- 2007:دراسة George daskalkis وزملاؤه في اليونان[18]:

وفق هذه الدراسة الراجعة لمدة 7 سنوات والتي تضمنت 45 سيدة خضعن لاستئصال رحم ولادي من أصل 32338 ولادة طبيعية وقيصرية حيث كانت نسبة الاستئصال 1\\2526 ولادة مهبلية و 1\267

ولادة قيصرية وكان السبب الأشيع للاستئصال المشيمة المندخلة 51.1% والمشيمة المنزاحة 26.7% على التوالي.

4-5- دراسة Eniola"وزملاؤها في انكلترا 2005[19]:

وفق هذه الدراسة لرجعة لمدة سنة تم إجراء 22 استئصال رحم ولادي في منطقة جنوب انكلترا من أصل 48865 ولادة أي بنسبة 0.45\1000 حيث كانت أهم عوامل الخطورة الولادة القيصرية(68%) وسوابق القيصريات(33%) والمشيمة المنزاحة(24%).

4-6- دراسة Sahu latika"وزملاؤها في الهند 2004[20]:

سجلت هذه الدراسة الراجعة لمدة خمس سنوات 36 استئصال رحم ولادي وبنسبة وقوع 0.2006% وكان السبب الأشيع تمزق الرحم وتم التوصل بأن مراقبة السيدة الجيدة أثناء الحمل وتحديد السيدات عاليات الخطورة ينقص من استئصال الرحم الولادي الإسعافي وكذلك من المراضة والوفيات المرافقة له.

الجزء الثاني:

القسم العملي

الفصل الأول:

هدف البحث وطريقة إجرائه

1-1-التمهيد:

يستعرض هذا الفصل الجانب العملي من الدراسة، من حيث الأهداف وطريقة تصميم الدراسة والطرائق المُستَخدمة والمنهج الإحصائي المُتَّبع.

1-2-هدف البحث:

تقييم معدل وقوع واستطبابات ونسبة الاختلاطات المرافقة لاستئصال الرحم ماحول الولادة.

1-3-مواد وطرائق البحث:

1-3-1- تصميم الدراسة:

❋ دراسة راجعة – وصفية Retrospective descriptive study

1-3-2- عينة الدراسة:

دراسة راجعة – وصفية Retrospective descriptive study ، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق خلال 5 سنوات حيث درست الحالات بين عامي 2016 و 2020 في الفترة ما بين 2021/07/14 إلى 2022/07/14،على السيّدات المقبولات في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي واللواتي تم إجراء استئصال رحم ولادي لهن خلال فترة الدراسة حسب:

❖ **معايير القبول:**

1) موافقة المريضة.

2) أن تكون السيدة حامل.

3) العمر الحملي أكثر من 24 أسبوع

4) خضعت لاستئصال رحم ولادي.

❖ **معايير الاستبعاد:**

1) العمر الحملي أقل من 24 أسبوع.

2) استئصال الرحم لأسباب غير ولادية(اسعافية).

1-3-3- طريقة العمل:

☒ بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.

☒ وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.

☒ تم جمع البيانات والمعلومات المطلوبة للدراسة من ملفات المرضى وسجلات العناية وسجلات العمليات والمخاض .

☒ بعد الانتهاء من جمع البيانات تم إدخالها إلى الحاسوب ودراستها إحصائياً باستخدام برنامج **SPSS** الإحصائي واستخلاص النتائج.

1-4- المحددات الأخلاقية:

✓ تم استخدام البيانات بشكل مرمز مما يغفل هوية السيدة ولم يتم ذكر أي معلومات شخصية حساسة.

وفيما يلي نسخة عن استمارة البحث:

الاستبيان

اسم المريضة:..... رقم الإضبارة :..... تاريخ القبول:.....

العمر:.....

السوابق المرضية:.....

السوابق الجراحية:.....

وزن السيدة ..... طول السيدة..... مشعر كتلة الجسم.....

عدد الولادات السابقة ونوعها : .....

العمر الحملي حسب أخر دورة :.....

الشكوى الحالية:.....

سبب استئصال الرحم الولادي :.....

نوع استئصال الرحم الولادي:.....

الاختلاطات أثناء العمل الجراحي وبعده :.....

نقل الدم ومنتجاته :.....

النتائج الوالدية والجنينية :.....

مدّة الإقامة في المستشفى :.....

ملاحظات إضافية : .....

1-5- التحليل الإحصائي:

استخدم استخدم البرنامج الإحصائي حزمة SPSS 26 لحساب:

- التكرار والنسب المئوية لكل متغيرات الدراسة الاسمية والفئوية،
- المتوسط والانحراف المعياري للمتغيرات العددية.

1-6-الموجز:

في نهاية هذا الفصل نكون قد ألقينا الضوء على تفاصيل الجزء العملي من الدراسة مع تعريف مُفصَّل بآلية العمل والطرق الإحصائية المُتَّبعة في البحث للوصول إلى إجابة على السؤال البحثي.

الفصل الثاني:

نتائج البحث

2-1- تمهيد

يعرض هذا الفصل خصائص المشاركات في البحث و يقارن النتائج التي توصل إليها فيما يخص المقارنة بين كمية السائل السلوي الطبيعية والزائدة على خطورة حدوث انفكاك المشيمة الباكر وبعض الاختلاطات الاخرى.

2-2- خصائص المشاركات في البحث:

بلغ عدد الولودات خلال فترة 5 سنوات السابقة 60581 في مشفى التوليد الجامعي بدمشق وخضعت 207 منهنّ لإجراء استئصال رحم ولادي وذلك بنسبة حدوث (incidence) 0.34 بالمئة أي ما يقارب 34 حالة لكل 10000 ولادة.

نلاحظ من الجدول زيادة عدد القيصريات مع تقدم الأعوام ويعود ذلك للأزمة والحرب الحالية واختيار السيدات للولادة القيصرية خوفاً من حدوث الولادة المهبلية في أوقات يصعب معها الوصول إلى المستشفيات.

وبالنسبة لعدد الولادات في كل عام كانت النسب كما يلي:

الجدول(2-1): خصائص المشاركات في البحث

العام	عدد الولادات الإجمالي	ولادة مهبلية	ولادة قيصرية	حالات استئصال الرحم
2016	12481	(%53.66) 6697	(%46.34) 5784	(%0.25) 31
2017	11368	(%50.43) 5733	(%49.73) 5653	(%0.31) 35
2018	13051	(%46.24) 6035	(%53.76) 7016	(%0.32) 42
2019	12753	(%41.89) 5342	(%58.11) 7411	(%0.4) 51
2020	10928	(%31.57) 3450	(%68.43) 7478	(%0.44) 48

2-3- التوزع حسب عمر السيدات:

بلغ متوسط عمر المريضات 30.11 سنة مع انحراف معياري 4.6 سنة وكان العمر الأدنى المسجل 21 سنة والعمر الأكبر المسجل 47 سنة، وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (2-2): التوزع حسب العمر

متوسط العمر	30.11
الانحراف المعياري	4.6
الحد الأدنى	21
الحد الأعلى	47

تم تقسيم المريضات حسب العمر إلى ثلاث مجموعات كالتالي:

- ✓ **المجموعة الأولى:** المريضات بعمر 30 سنة فما دون.
- ✓ **المجموعة الثانية:** المريضات بعمر 31-40 سنة.
- ✓ **المجموعة الثالثة:** المريضات بعمر 41 فما فوق.

ويمكن توضيح التوزع حسب الفئات العمرية وفق الجدول التالي:

الجدول (2-3):التوزع حسب الفئات العمرية

المجموعة العمرية	عدد الحالات	النسبة المئوية
30≥	36	%17.39
40-31	120	%57.97
41≤	51	%24.64

2-4- دراسة نمط الولادة:

وفقاً للدراسة المجراة فقد بلغ عدد الولادات المهبلية 19 ولادة بنسبة (9.18%) بينما كانت الولادة قيصرية في 188 حالة بنسبة (90.82%) وكان نصيب القيصريات الإسعافية 52.66% من مجمل الحالات بينما القيصرية الانتخابية 38.16%؛ ويمكن من خلال الجدول التالي تبيان ذلك:

الجدول(2-4):توزع الحالات حسب نمط الولادة

نمط الولادة	عدد الحالات	النسبة المئوية
مهبلية	19	%9.18
قيصرية	188	%90.82
انتخابية	79	%38.16
إسعافية	109	%52.66

2-5- دراسة التوزع حسب نوع الحمل:

بلغ عدد الحمول المفردة 171 حالة بنسبة 82.61% بينما كانت الحمول توأمية في 36 حالات بنسبة 17.39%؛ ويبيّن الجدول التالي التوزع:

الجدول(2-5):التوزع حسب نوع الحمل

	حمل مفرد	حمل توءمي
عدد الحالات (%)	171 (82.61%)	36 (17.39%)

2-6- دراسة الولادات السابقة:

تمت مراجعة الولادات السابقة لدى المريضات، وتبيّن أنّ النسبة الأكبر من المريضات كنّ من الولودات (93.72%) بينما كان هناك حالات أقل تواتراً من الخروسات بنسبة 6.28% وأغلبهن كن خروسات مسنات (في 13 حالة منها 8 حالات لخروس مسنة) وكانت النتائج كما يلي:

الجدول(2-6): التوزع حسب الولادات السابقة

عدد الولادات السابقة	عدد الحالات	النسبة المئوية
خروسات	13	%6.28
ولودات	194	%93.72

وجدنا أن 126 سيدة من السيدات كان لديهن سوابق قيصريات بنسبة 60.87% بينما 81 وبنسبة 39.13%سيدة لم يكن لديهن سوابق ولادة قيصرية كما هو مبيّن في الجدول(2-7):

الجدول (2-7): التوزع حسب نمط الولادات السابقة

نمط الولادات السابقة	عدد الحالات	النسبة المئوية
مهبلية	81	%39.13
قيصرية	126	%60.87

يبين الجدول (2-8) توزع الحالات حسب عدد القصريات السابقة حيث وجدنا أن أغلب السيدات كن بسوابق قيصريين وبنسبة 39.68% ومن ثم سوابق ثلاث قيصريات وما فوق وبنسبة 31.74% تليها سوابق قيصرية واحدة بنسبة 28.58% من كامل الولادات القيصرية.

الجدول(2-8): توزع الحالات حسب عدد القيصريات السابقة

عدد القيصريات السابقة	عدد الحالات	النسبة المئوية
سوابق 1	36	%28.58
سوابق 2	40	%31.74
سوابق 3 ومافوق	50	%39.68

2-7- دراسة العمر الحملي:

كان العمر الحملي الأكثر تواتراً 37 أسبوعاً حملياً اعتباراً من الطمث الأخير المحدد لدى المريضات وبلغ الحد الأدنى المسجل 24 أسبوعاً حملياً والحد الأعلى 42 أسبوعاً حملياً، وذلك كما يلي:

الجدول (2-9): توزع الحالات حسب العمر الحملي

العمر الحملي الأكثر تواتراً	37 أسبوعاً حملياً
الحد الأدنى	24 أسبوعاً حملياً
الحد الأعلى	42 أسبوعاً حملياً

يبين الجدول (2-10) توزع الحالات حسب فئات العمر الحملي حيث كانت أغلب السيدات بعمر حملي بين 31و36 أسبوعاً وبنسبة 57.97% ومن ثم بين الأسبوعين 37و 42 وبنسبة 28.02% وأقل الحالات تواتراً بعمر حملي بين 24 و30 أسبوعاً.

الجدول (2-10):توزع الحالات حسب فئات العمر الحملي

مجموعات العمر الحملي	عدد الحالات	النسبة المئوية
24-30 أسبوعاً حملياً	29	%14.01
31-36 أسبوعاً حملياً	120	%57.97
37-42 أسبوعاً حملياً	58	%28.02

2-8- دراسة نوع استئصال الرحم الولادي:

تم إجراء استئصال الرحم التام (استئصال رحم مع استئصال عنق رحم) في 176 حالة ضمن الدراسة (85.02%) بينما تم إجراء استئصال الرحم تحت التام في 31 حالة (14.98%) وكانت هذه الحالات إسعافية مع تدهور شديد في الحالة الهيموديناميكية في معظمها؛ ويبين الجدول التالي ذلك:

الجدول(2-11): توزع الحالات حسب نوع استئصال الرحم الولادي

نوع الاستئصال	عدد الحالات	النسبة المئوية
استئصال رحم تام	176	%85.02
استئصال رحم تحت تام	31	%14.98

2-9- دراسة سبب استئصال الرحم الولادي:

عند دراسة استطبابات استئصال الرحم الولادي كان ارتكاز المشيمة المعيب والمشيمة المندخلة هو الاستطباب الأشيع بواقع 118 حالة (57%) تلاه العطالة الرحمية الشديدة في 27 حالات (13.04%) ومن ثم انفكاك المشيمة الباكر 25 حالة وبنسبة 12% ومن ثم تمزق الرحم في 14 حالة (6.76%) ، ويبيّن الجدول التالي التوزع حسب استطبابات الاستئصال كما يلي:

الجدول(2-12): توزع الحالات حسب سبب استئصال الرحم الولادي

سبب الاستئصال	عدد الحالات	النسبة المئوية
ارتكاز مشيمة معيب والمشيمة المندخلة	118	%57
عطالة رحمية شديدة	27	%13.04
تمزق رحم	14	%6.76
ورم ليفي عرطل	9	%4.34
تشكل هيماتوم في الرباط العريض	4	%1.93
إنتان أمنيوسي شديد	9	%4.34
انفكاك المشيمة الباكر (Abroptio placenta)	25	%12

2-10- دراسة الإجراءات المتخذة قبل الاستئصال:

تم إعطاء مقبضات الرحم قبل إجراء الاستئصال في جميع الحالات ويبيّن الجدول التالي الإجراءات المتبعة قبل استئصال الرحم في محاولة لتطبيق المعالجة المحافظة وتجنّب الاستئصال:

الجدول(2-13): توزع الحالات حسب الإجراء المتخذ قبل الاستئصال

الإجراء المتبع	عدد الحالات	النسبة المئوية
إعطاء مقبضات رحم	207	%100
ربط شريانين رحميين	60	%28.99
ربط شريانين حرقفيين باطنين	17	%8.21
خياطة قطب مكان استئصال المشيمة	64	%20.92
دك الرحم	19	%9.18
يمكن أن تخضع المريضة لأكثر من إجراء قبل الاستئصال		

2-11- دراسة حدوث الاختلاطات:

كانت هناك 41 حالات من المريضات اللواتي خضعن لاستئصال الرحم الولادي دون اختلاطات بنسبة 19.81% بينما حدثت اختلاطات لدى 166 مريضة أي 80.19% من المرضى حدث لديهن اختلاط واحد على الأقل.

وهي تتراوح بين الاختلاطات الخطيرة المهددة للحياة والاختلاطات التي يمكن تدبيرها عرضياً وبشكل محافظ، وكانت أذية السبيل البولي متضمنة أذية المثانة هي الاختلاط الأشيع في 81 حالة (39.13%) ويعود ذلك لزيادة عدد القيصريات والالتصاقات المرافقة لها، ولاحظنا حدوث ربط للحالب في 10 حالات أي بنسبة 9.3% من كامل المرضى وكانت أذيات السبيل البولي أشيع ما تكون في حالات الاستئصال التي تعود إلى ارتكاز المشيمة المعيب كما حدث نزف تالٍ للاستئصال مع الحاجة لنقل الدم في 36 حالات بنسبة 17.39% (خصوصاً مع المشيمة الملتحمة) وتمت إعادة فتح البطن في 18 حالات بنسبة 8.7% وذلك مع استخدام الدك بالشانات الأمر الذي قد يتطلب إعادة فتح آخر لإزالتها في وقت لاحق وفي معظمها (15 حالة من أصل 18) كانت عائدة لحالات استئصال رحم تحت تام حيث يترافق هذا النوع من الاستئصال مع نسبة أعلى من النزوف وبالتالي الحاجة إلى إعادة التداخل، وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول(2-14): توزع الحالات حسب حدوث الاختلاطات

	عدد الحالات	النسبة المئوية
بدون اختلاطات	**41**	**%19.81**
الاختلاطات	**166**	**%80.19**
أذية سبيل بولي	81	%39.13
نزف تالٍ للاستئصال مع الحاجة لنقل الدم	36	%17.39
تخثر منتشر داخل الأوعية (DIC)	9	%4.35
خثار وريدي عميق (DVT)	4	%1.93
ربط الحالب	10	%9.3
إنتان جرح سطحي	45	%21.74
أذية ملحقات	4	%1.93
انسداد الأمعاء	4	%1.93
إعادة فتح البطن	18	%8.7
يمكن حدوث أكثر من اختلاط لدى المريضة الواحدة		

12-2- دراسة الحاجة إلى نقل مشتقات الدم:

تم نقل واحد على الأقل من مشتقات الدم لدى 193 مريضة بنسبة 93.24% وبتفصيل عمليات النقل فقد تم نقل وحدات دم كاملة أو كريات مكثفة في 150 حالة بنسبة 72.4% في حين تم نقل صفيحات دموية في 54 حالة بنسبة 26.09% وكذلك تم نقل وحدات بلازما طازجة مجمدة في 77 حالة بنسبة 37.20%؛ ويبين الجدول التالي ذلك:

الجدول(2-15): توزع الحالات حسب الحاجة إلى نقل مشتقات الدم

	عدد الحالات	النسبة المئوية
الحاجة إلى نقل مشتقات دم	193	%93.24
نقل دم كامل/كريات مكثفة	193	%93.24
نقل صفيحات دموية	54	%26.09
نقل بلازما طازجة مجمدة (FFP)	77	%37.20
يمكن أن يتم نقل مشتقات مختلفة لدى المريضة الواحدة		

13-2- دراسة حدوث الوفاة:

حدثت الوفاة لدى 10 مريضات خلال العمل الجراحي أو خلال فترة الاستشفاء بنسبة 4.83% وكان أشيع أسباب الوفاة النزف الكتلي أثناء العمل الجراحي أو بعده مباشرة بنسبة 50% تلاه DIC والصمة الرئوية بنفس النسبة 20%.

الجدول(2-16): توزع الحالات حسب سبب الوفاة

سبب الوفاة	عدد الحالات	النسبة المئوية
النزف الكتلي	5	%50
DIC	2	%20
الصمة الرئوية	2	%20
غير محدد	1	%10

2-14- دراسة مدة الاستشفاء:

بلغ متوسط مدة الاستشفاء 4.2 يوماً مع انحراف معياري 2.6 وكان الحد الأدنى يومين والحد الأعلى 8 أيام وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول(2-16): دراسة مدة الاستشفاء

المتوسط الحسابي	4.2 يوماً
الانحراف المعياري	2.6
الحد الأدنى	2
الحد الأعلى	8

الفصل الثالث:

المقارنة مع الدراسات العالمية المشابهة

3-1- التمهيد:

قمنا بمراجعة أربعة دراسات قامت بدراسة استئصال الرحم الاسعافي واستطباباته والاختلاطات الناجمة عنه ومقارنتها مع دراستنا:

3-2- لمحة موجزة عن دراسات المقارنة:

الجدول (3-1): لمحة عن دراسات المقارنة

الباحث	الدولة	السنة	العدد	مضمون الدراسة
دراستنا	سوريا	2024	60581	تحديد نسبة استئصال الرحم الاسعافي واسبابه والاختلاطات الناجمة عنه.
Latika	الهند	2004	31376	تحديد نسبة استئصال الرحم الاسعافي واسبابه والاختلاطات الناجمة عنه.
Zarger	الهند	2020	44757	تحديد نسبة استئصال الرحم الاسعافي واسبابه والاختلاطات الناجمة عنه.
Mohini	الهند	2020	198359	تحديد نسبة استئصال الرحم الاسعافي واسبابه والاختلاطات الناجمة عنه.
Bano	الباكستان	2010	10536	تحديد نسبة استئصال الرحم الاسعافي واسبابه والاختلاطات الناجمة عنه.

- ❖ سنوات نشر الدراسات ما بين (2004-2024) فهي حديثة نسبياً وبالتالي فإن موضوع هذه الدراسة يعتبر من المواضيع الحديثة و قيد البحث حالياً وبحاجة للمزيد من الأبحاث ضمن نفس المجال.
- ❖ في دراستنا وباقي الدراسات السابقة تمت دراسة نسبة حدوث استئصال الرحم الولادي خلال فترة الدراسة وأسبابه والاختلاطات الناتجة عنه.

3-3- المقارنة من حيث مدة الدراسة:

الجدول (3-2): المقارنة من حيث مدة الدراسة:

الباحث	المدة
دراستنا	5 سنوات
Latika	5 سنوات
Zarger	سنة واحدة
Mohini	سنة واحدة
Bano	سنة ونصف

من الجدول(3-2)نلاحظ:

- ❖ في دراستنا ودراسة Latika كانت مدة الدراسة 5 سنوات بينما في دراستي Zarger و Mohini كان مدة الدراسة سنة واحدة..

3-4- المقارنة من حيث نسبة حدوث استئصال الرحم الولادي:

الجدول (3-3): المقارنة من حيث نسبة حدوث استئصال الرحم الولادي:	
الباحث	**نسبة الحدوث**
دراستنا	%0.34
Latika	%0.2
Zarger	0.17
Mohini	0.16
Bano	0.63

من الجدول (3-3) نجد:

أنّ نسبة حدومث استئصال الرحم الولادي كانت متقاربة بين دراستنا وباقي الدراسات حيث تراوحت النسب بين 0.16 في دراسة Mohini و 0.63% في دراسة Bano.

3-5- المقارنة من حيث عمر السيدات:

الجدول (3-4): المقارنة من حيث عمر السيدات اللواتي خضعن لاستئصال الرحم الولادي:	
الباحث	**عمر السيدات**
دراستنا	%57.97(31-40سنة)
Latika	%63.9(26-35سنة)
Zarger	متوسط العمر 31.2سنة
Mohini	%55(26-30سنة)
Bano	%48.78(25-29سنة)

نلاحظ من الجدول (3-4) مايلي:

في دراستنا وجدنا أن أغلب السيدات كن بعمر بين 30 و40 وبمتوسط عمر 30.11سنة وهذا يتفق مع دراسة Zarger بينما في دراسة Bano و Mohini كانت أعمار أغلب السيدات بين 25و 30 سنة بينما في دراسةLatika كانت 63.9% من السيدات بعمر بين 26 و 35 سنة.

3-6- المقارنة من حيث استطباب الاستئصال الولادي:

الجدول (3-5): المقارنة من حيث استطباب الاستئصال الولادي:

استطباب الاستئصال	دراستنا	Latika	Zarger	Mohini	Bano
تمزق الرحم	%6.76	%38.8	%5.3	%40	%51.21
العطالة الرحمية	%13.04	%27.7	%21.1	%15	%9.76
المشمية الملتصقة والمشيمة المنزاحة	%57	%13.8	%52.6	%15	%9.76
انفكاك المشيمة	%12	---	%5.3	%15	%4.88

من الجدول (3-5):

- ☒ في دراستنا كانت أشيع أسباب حدوث استئصال الرحم الولادي هو الارتكاز المعيب للمشيمة والمشيمة المنزاحة وهذا يتوافق مع دراسة Zarger حيث كان أشيع الأسباب المشيمة الملتصقة والمنزاحة بينما باقي دراسات المقارنة كان أشيع الأسباب هو تمزق الرحم بسبب التحريض الجائر.
- ☒ نلاحظ أن العطالة الرحمية احتلت المرتبة الثانية بشكل تقريبي من حيث الشيوع كسبب لاستئصال الرحم الولادي في دراستنا وباقي دراسات المقارنة.

3-7- المقارنة من حيث الاختلاطات:

الجدول (3-6): المقارنة من حيث الاختلاطات:

الاختلاطات	دراستنا	Latika	Zarger	Mohini	Bano
أذيات السبيل البولي	%39.13	%2.7	%7.9	%10	%4.88
الخثار	%6.2	%2.7	---	%20	%2.44
الحمى	---	%42.17	%23.7	%50	%70.73
انتان الجرح	%21.74	%25	%7.9	%15	%12.2
العلوص الشللي	%1.93	%11.1	%5.3	---	%39.02
الوفاة	%4.83	%5.55	%5.4	%20	%12.19

من الجدول (3-6) نلاحظ ما يلي:

قمنا بمقارنة نسب الاختلاطات في دراستنا مع باقي الدراسات ووجدنا أن أذيات السبيل البولي(المثانة والحالب) أكثر شيوعاً في دراستنا حيث أن سبب أغلب الاستئصالات في دراستنا هو المشيمة المنزاحة والمشيمة الملتصقة وهي تترافق بنسب أعلى مع أذيات المثانة أثناء العمل الجراحي بالإضافة إلى زيادة عدد القيصريات ومايرافقها من التصاقات.

حدث الأذيات الخثارية التالية لاستئصال الرحم بنسب متقاربة في دراستنا وBano و Latikia بينما حدثت الأذيات الخثارية بنسبة الخمس في دراسةMohini.

حدثت الوفاة لدى 4.83% من السيدات في دراستنا وهي أقل نسبة مقارنة بالدراسات المعروضة بينما كانت أكبر نسبة وفاة في دراسة Mohini بنسبة20%.

3-8- **الموجز:**

تمت المقارنة بين دراستنا وباقي الدراسات من حيث عمر السيدات ومدة الدراسة ونسبة الحدوث وسبب الاستئصال الولادي والاختلاطات المرافقة.

الفصل الرابع:

مناقشة النتائج

4-1-التمهيد:

- يعرف استئصال الرحم الولادي بأنّه استئصال الرحم الذي يحدث بعد الولادة الطبيعية أو القيصرية أو خلال 24 ساعة منهما تقدر نسبة حدوثه 1\1000 ولادة أي 0.1 % في الولايات المتحدة الأمريكية[1-2].
- يعد استئصال الرحم ما حول الولادة من الحالات الخطيرة والتي قد تترافق باختلاطات قد تنتهي بالوفاة.
- وبالتالي فإن تحديد نسبة هذه الحالات وعوامل الخطورة المسؤولة والأسباب المؤدية لاستئصال الرحم الولادي له أهمية كبيرة في الحد من هذه الحالات والتحضير لها بشكل جيد.

4-2-مناقشة نتائج الدراسة الحالية ونتيجة مقارنتها مع الدراسات المشابهة العالمية:

يعد استئصال الرحم الولادي وسيلة مفيدة وأداة مهمة للجراح في الحالات العسيرة للحفاظ على حياة السيدة كما في حالات تمزق الرحم أو النزف عقب الولادة قبل أن تتدهور حالة السيدة ويصبح من المستحيل إنقاذ حياتها.

قمنا في بحثنا بدراسة نسبة حدوث الاستئصال الولادي خلال 5 سنوات حيث بلغ عدد الولادات خلال فترة الدراسة 60581 ولادة في مشفى التوليد الجامعي بدمشق وخضعت 207 منهنّ لإجراء

استئصال الرحم الولادي وذلك بنسبة حدوث 0.34 (incidence) بالمئة أي ما يقارب 34 حالة لكل 10000 ولادة ولاحظنا أن نسبة الحدوث مقاربة لباقي دراسات المقارنة.

في دراستنا وجدنا أن أغلب السيدات كن بعمر بين 30 و40 وبمتوسط عمر 30.11سنة وهذا يتفق مع دراسة Zarger بينما في دراسة Bano و Mohini كانت أعمار أغلب السيدات بين 25و 30 سنة بينما في دراسة Latika كانت 63.9% من السيدات بعمر بين 26 و 35 سنة.

قمنا بتقسيم السيدات اللواتي خضعن لاستئصال الرحم الولادي حسب نمط الولادة ووجدنا أن عدد الولادات المهبلية 19 ولادة بنسبة (9.18%) بينما كانت الولادة قيصرية في 188 حالة بنسبة (90.82%) وكان نصيب القيصريات الإسعافية 52.66% من مجمل الحالات بينما القيصرية الانتخابية 38.16%، وبمراجعة عدد الولادات السابقة وجدنا أن 93.72% من السيدات كن من الولودات وأغلبها ولادة قيصرية بنسبة 60.87% وحوالي 39.67% كن سوابق 3 قيصريات وما فوق بينما حدث استئصال الرحم الولادي لدي 13 حالة فقط أي بنسبة 6.28% ومنه نستنتج أن تعدد الولادات والولادة القيصرية وسوابق القيصريات وتعددها هم عوامل خطر لحدوث استئصال الرحم الولادي وهذا ما يتفق مع دراسات المقارنة.

قمنا بدراسة العمر الحملي الذي حدثت فيه الولادة عند السيدات اللواتي خضعن لاستئصال الرحم الولادي ووجدنا أنّ أغلب السيدات كنّ بعمر حملي بين 31و36 أسبوعاً وبنسبة 57.97% ومن ثم بين الأسبوعين 37و 42 وبنسبة 28.02% وأقل الحالات تواتراً بعمر حملي بين 24 و30 أسبوعاً.

قمنا بدراسة نوع الاستئصال الولادي حيث لاحظنا أنه تم إجراء استئصال الرحم التام (استئصال رحم مع استئصال عنق رحم) في 176 حالة ضمن الدراسة (85.02%) بينما تم إجراء استئصال الرحم تحت التام في 31 حالة (14.98%) وكانت هذه الحالات إسعافية مع تدهور شديد في

الحالـة الهيموديناميكيـة فـي معظمهـا وترفقـت بنسـبة أعلـى لإعـادة الفـتح الجراحـي واسـتكمال الاستئصال لاحقاً مما يدل على أن استئصال الرحم التام هو الأفضل والأقل اختلاطاً.

قمنا بدراسة الأسباب والاستطبابات التي أدت لحدوث الاستئصال الولادي ارتكاز المشيمة المعيب والمشيمة المندخلة هو الاستطباب الأشيع بواقع 118 حالة (57%) تلاه العطالة الرحمية الشديدة في 27 حالات (13.04%) ومن ثم انفكاك المشيمة الباكر 25 حالة وبنسبة 12% ومن ثم المشمية الملتصقة في 23 حالة (11.11%) ومن ثم تمزق الرحم في 14 حالة (6.76%) وبالمقارنة مع باقي الدراسات وجدنا في دراسة Zarger أنّ أشيع الأسباب المشيمة الملتصقة بينما باقي دراسات المقارنة كان أشيع الأسباب هو تمزق الرحم بسبب التحريض الجائر ولاحظنا أن العطالة الرحمية احتلت السبب الثاني من حيث الشيوع لاستئصال الرحم الولادي في دراستنا وباقي الدراسات.

قبل اتخاذ القرار باستئصال الرحم تم القيام ببعض الإجراءات بهدف المحافظة على الرحم حيث تم إعطاء المقبضات لكل السيدات بينما تم ربط الشريانين الرحميين عند حوالي 28% منهن وتمت الخياطة مكان ارتكاز المشيمة عند 20% من السيدات بينما كان أقل الإجراءات اتخاذاً القيام بربط الشريانين الحرقفيين ويفسر ذلك بخطورته والحاجة لخبرة جيدة للقيام به.

لاحظنا في دراستنا أن 41 سيدة من المريضات اللواتي خضعن لاستئصال الرحم الولادي لم يحدث لـديهن أي اخـتلاط أي بنسـبة 19.81% بينمـا حـدثت اختلاطـات لـدى 166 مريضـة وبنسـبة 80.19% حيث حدث لديهن لديهن اختلاط واحد على الأقل.

وتراوحت الاختلاطات بين الخطيرة المهددة للحياة والاختلاطات التي يمكن تدبيرها عرضياً وبشكل محافظ، ووجدنا أن أذيات السبيل البولي(المثانة والحالب) أكثر شيوعاً في دراستنا حيث أن سبب

أغلب الاستئصالات في دراستنا هو المشيمة المنزاحة والمشيمة الملتصقة وهي تترافق بنسب أعلى مع أذيات المثانة أثناء العمل الجراحي.

حدث الأذيات الخثارية التالية لاستئصال الرحم بنسب متقاربة في دراستنا و Banoو Latikia بينما حدثت الأذيات الخثارية بنسبة الخمس في دراسة.Mohini

حدث نزف تالٍ للاستئصال مع الحاجة لنقل الدم في 36 حالات بنسبة 17.39% (خصوصاً مع المشيمة الملتحمة) وتمت إعادة فتح البطن في 18 حالات بنسبة 8.7% وذلك مع استخدام الدك بالشانات الأمر الذي قد يتطلب إعادة فتح آخر لإزالتها في وقت لاحق وفي معظمها (15 حالة من أصل 18) كانت عائدة لحالات استئصال رحم تحت تام حيث يترافق هذا النوع من الاستئصال مع نسبة أعلى من النزوف وبالتالي الحاجة إلى إعادة التداخل.

حدثت الوفاة لدى 4.83% من السيدات في دراستنا وهي أقل نسبة مقارنة بالدراسات المعروضة بينما كانت أكبر نسبة وفاة في دراسة Mohini بنسبة20 .%.

الجزء الثالث:

الخاتمة

1. التمهيد:

قمنا في دراستنا كما العديد من الدراسات العالمية بدراسة نسبة الاستئصال الولادي وعوامل الخطورة والاختلاطات الناجمة عنه.

2. المحددات والمعوّقات:

هناك بعد المحددات والمعوقات لدراستنا وأهمها:

- ✓ يفضل متابعة السيدة كامل فترة الحمل لتحديد عوامل الخطورة الكامنة وراء حدوث الاستئصال.
- ✓ الحاجة لمتابعة السيدة بعد العمل الجراحي وتسجيل مايحدث من اختلاطات قريبة وبعيدة ضمن ملفها الطبي للوصول للنسب الدقيقة.
- ✓ خلل التوثيق في بعض الحالات مما يؤدّي لنقص المعلومات

3. الخلاصة:

درسنا في هذا البحث نسبة حدوث الاستئصال الولادي والأسباب المباشرة لحدوثه والاختلاطات الناجمة عنه ووجدنا ما يلي:

❖ بلغت نسبة حدوث الاستئصال الولادي خلال فترة الدراسة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي 0.34% ووجدنا أن أشيع الأسباب لدينا هو ارتكاز المشيمة المعيب والمشيمة الملتحمة تلاه العطالة الرحمية.

❖ وجدنا أن الاختلاطات البولية هي الأكثر شيوعاً تلتها انتان الجرح عقب العمل الجراحي.

4. التوصيات:

❖ الانتباه الجيد وأخذ كافة الإجراءات والتدابير اللازمة لحالات المشيمة المنزاحة والمندخلة والولادت القيصرية كونها عامل مهم لاستئصال الرحم ماحول الولادة.

❖ يفضل إجراء استئصال الرحم التام على الرحم تحت التام لخطورة حدوث النزف والحاجة لإعادة فتح البطن.

5. الموجز:

قمنا في هذا الفصل بذكر المعوقات التي واجهتنا بالدراسة وبتلخيص النتائج وذكر التوصيات التي توصلنا لها خلال هذه الدراسة.

References المراجع:

1. Govindappagari S, Wright JD, Ananth CV, et al. **Risk of Peripartum Hysterectomy andCenter Hysterectomy and Delivery Volume.** Obstet Gynecol 2016; 128:1215.
2. Hill DJ, Beisher NA. **Hysterectomy in obstetric practice.** Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1980;/20:/151_3.
3. Osefo NJ. **Caesarian and postpartum hysterectomy in Enugu, 1973_1986.** Int J Gynecol Obstet. 1989;/30:/93_7.
4. Whiteman MK, Kuklina E, Hillis SD, et al. **Incidence and determinants of peripartum hysterectomy.** Obstet Gynecol 2006; 108:1486.
5. Imudia AN, Awonuga AO, Dbouk T, et al. **Incidence, trends, risk factors, indications for, and complications associated with cesarean hysterectomy: a 17-year experience from a single institution.** Arch Gynecol Obstet 2009; 280:619.
6. Jakobsson M, Tapper AM, Colmorn LB, et al. **Emergency peripartum hysterectomy: results from the prospective Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS).** Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94:745.
7. Campbell SM, Corcoran P, Manning E, et al. **Peripartum hysterectomy incidence, riskfactors and clinical characteristics in Ireland**. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 207:56.
8. Glaze S, Ekwalanga P, Roberts G, et al. **Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006.** Obstet Gynecol 2008; 111:732.
9. Flood KM, Said S, Geary M, et al. **Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades.** Am J Obstet Gynecol 2009; 200:632.e1.
10. Colmorn LB, Krebs L, Langhoff-Roos J, NOSS study group. **Potentially Avoidable Peripartum Hysterectomies in Denmark: A Population Based Clinical Audit.** PLoS One 2016; 11:e0161302.

11. Bigelow CA, Horowitz NS, Goodman A, et al. **Management and outcome of cervical cancer diagnosed in pregnancy.** Am J Obstet Gynecol 2017; 216:276.e1.
12. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. **Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries.** Obstet Gynecol 2006; 107:1226.
13. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, et al. **Planned vs emergent cesarean hysterectomy.** Am J Obstet Gynecol 2007; 197:154.e1.
14. van den Akker T, Brobbel C, Dekkers OM, Bloemenkamp KWM. **Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis.** Obstet Gynecol 2016; 128:1281.
15. Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, et al. **The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery.** Obstet Gynecol 2009; 114:224.
16. Shazia Zargar, Nikita Gandotra and Tania Kakkar**. Emergency obstetric hysterectomy: A retrospective study to evaluate incidence, indications and fetomaternal complications in a tertiary care hospital in Jammu**. International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology 2020; 4(5): 23-26
17. Najma Bano Shaikh, Shabnam Shaikh, Jan Muhammad Shaikh**. MORBIDITY AND MORTALITY ASSOCIATED WITH OBSTETRIC HYSTERECTOMY.** J Ayub Med Coll Abbottabad 2010;22(2)
18. GEORGE DASKALAKIS, ELEFTHERIOS ANASTASAKIS, NIKOLAOS PAPANTONIOU, SPYROS MESOGITIS, MARIANA THEODORA & ARIS ANTSAKLIS**. Emergency obstetric hysterectomy**. Acta Obstetricia et Gynecologica. 2007; 86: 223_227
19. O. A. ENIOLA, S. BEWLEY, M. WATERSTONE, R. HOOPER2, & C. D. A. WOLFE**. Obstetric hysterectomy in a population of South East England.** Journal of Obstetrics and Gynaecology, February 2006; 26(2): 104 – 109

20. Sahu Latika, Chakravertty Biswajit, Pand Subrat. **Hysterectomy for obstetric Emergencies.** J Obstet Gynecol Ind Vol.53,No.1: junuary\february 2004, 34-36.
21. Govindappagari S, Wright JD, Ananth CV, et al. **Risk of Peripartum Hysterectomy and Center Hysterectomy and Delivery Volume.** Obstet Gynecol 2016; 128:1215.
22. Whiteman MK, Kuklina E, Hillis SD, et al. **Incidence and determinants of peripartum hysterectomy.** Obstet Gynecol 2006; 108:1486.
23. Imudia AN, Awonuga AO, Dbouk T, et al. **Incidence, trends, risk factors, indications for, and complications associated with cesarean hysterectomy: a 17-year experience from a single institution.** Arch Gynecol Obstet 2009; 280:619.
24. Huque S, Roberts I, Fawole B, et al. **Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN trial.** BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18:186.
25. Glaze S, Ekwalanga P, Roberts G, et al. **Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006.** Obstet Gynecol 2008; 111:732.
26. Bodelon C, Bernabe-Ortiz A, Schiff MA, Reed SD. **Factors associated with peripartum hysterectomy.** Obstet Gynecol 2009; 114:115.
27. Colmorn LB, Krebs L, Langhoff-Roos J, NOSS study group. **Potentially Avoidable Peripartum Hysterectomies in Denmark: A Population Based Clinical Audit.** PLoS One 2016;ע11:e0161302.
28. Bigelow CA, Horowitz NS, Goodman A, et al. **Management and outcome of cervical cancer diagnosed in pregnancy.** Am J Obstet Gynecol 2017; 216:276.e1.
29. Knight M, UKOSS. **Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage.** BJOG 2007; 114:1380.

30. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, et al. **The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study.** BJOG 2014; 121:62.
31. Giambattista E, Ossola MW, Duiella SF, et al. **Predicting factors for emergency peripartum hysterectomy in women with placenta previa.** Arch Gynecol Obstet 2012; 285:901.
32. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal **morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries.** Obstet Gynecol 2006; 107:1226.
33. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, et al. **Cesarean delivery and peripartum hysterectomy.** Obstet Gynecol 2008; 111:97.
34. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, et al. **Maternal morbidity in cases of placenta accrete managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care.** Obstet Gynecol 2011; 117:331.
35. Wright JD, Devine P, Shah M, et al. **Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy.** Obstet Gynecol 2010; 115:1187.
36. Imudia AN, Hobson DT, Awonuga AO, et al. **Determinants and complications of emergent cesarean hysterectomy: supracervical vs total hysterectomy.** Am J Obstet Gynecol 2010; 203:221.e1.
37. Pan Y, Zhou X, Yang Z, et al. **Retrospective cohort study of prophylactic intraoperative uterine artery embolization for abnormally invasive placenta.** Int J Gynaecol Obstet 2017; 137:45.
38. Tan CH, Tay KH, Sheah K, et al. **Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta.** AJR Am J Roentgenol 2007; 189:1158.
39. Ballas J, Hull AD, Saenz C, et al. **Preoperative intravascular balloon catheters and surgical outcomes in pregnancies**

complicated by placenta accreta: a management paradox. Am J Obstet Gynecol 2012; 207:216.e1.

40. Chen M, Lv B, He G, Liu X. **Internal iliac artery balloon occlusion during cesarean hysterectomy in women with placenta previa accreta.** Int J Gynaecol Obstet 2019; 145:110.
41. Salim R, Chulski A, Romano S, et al. **Precesarean Prophylactic Balloon Catheters for Suspected Placenta Accreta: A Randomized Controlled Trial.** Obstet Gynecol 2015; 126:1022.
42. Carnevale FC, Kondo MM, de Oliveira Sousa W Jr, et al. **Perioperative temporary occlusion of the internal iliac arteries as prophylaxis in cesarean section at risk of hemorrhage in placenta accreta.** Cardiovasc Intervent Radiol 2011; 34:758.
43. Chen L, Wang X, Wang H, et al. **Clinical evaluation of prophylactic abdominal aortic balloon occlusion in patients with placenta accreta: a systematic review and meta-analysis.** BMC Pregnancy Childbirth 2019; 19:30.
44. Ordoñez CA, Manzano-Nunez R, Parra MW, et al. **Prophylactic use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in women with abnormal placentation: A systematic review, meta-analysis, and case series.** J Trauma Acute Care Surg 2018; 84:809.
45. Stensaeth KH, Sovik E, Haig IN, et al. **Fluoroscopy-free Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA) for controlling life threatening postpartum hemorrhage.** PLoS One 2017; 12:e0174520.
46. Markley JC, Farber MK, Perlman NC, Carusi DA. **Neuraxial Anesthesia During Cesarean Delivery for Placenta Previa With Suspected Morbidly Adherent Placenta: A Retrospective Analysis.** Anesth Analg 2018; 127:930.
47. Main EK, Goffman D, Scavone BM, et al. **National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage.** Obstet Gynecol 2015; 126:155.

48. Milne ME, Yazer MH, Waters JH. **Red blood cell salvage during obstetric hemorrhage.** Obstet Gynecol 2015; 125:919.
49. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. **Optimal management strategies for placenta accreta.** BJOG 2009; 116:648.
50. Wright JD, Bonanno C, Shah M, et al. **Peripartum hysterectomy.** Obstet Gynecol 2010; 116:429.
51. Duenas-Garcia OF, Goldberg JM. **Topical hemostatic agents in gynecologic surgery.** Obstet Gynecol Surv 2008; 63:389.
52. Gabay M. **Absorbable hemostatic agents.** Am J Health Syst Pharm 2006; 63:1244.
53. Berrevoet F, de Hemptinne B. **Use of topical hemostatic agents during liver resection.** Dig Surg 2007; 24:288.
54. Awonuga AO, Merhi ZO, Khulpateea N. **Abdominal packing for intractable obstetrical and gynecologic hemorrhage.** Int J Gynaecol Obstet 2006; 93:160.
55. Touhami O, Bouzid A, Ben Marzouk S, et al. **Pelvic Packing for Intractable Obstetric Hemorrhage After Emergency Peripartum Hysterectomy: A Review.** Obstet Gynecol Surv 2018; 73:110.
56. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, et al. **Planned vs emergent cesarean hysterectomy.** Am J Obstet Gynecol 2007; 197:154.e1.
57. van den Akker T, Brobbel C, Dekkers OM, Bloemenkamp KWM. **Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis.** Obstet Gynecol 2016; 128:1281.
58. Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, et al. **The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery.** Obstet Gynecol 2009; 114:224.
59. Benirschke K، Burton GJ، Baergen RN، editors.**Pathology of the Human Placenta. 6th ed**. Berlin: Springer-Verlag; 2012.

60. Jauniaux E، Collins S، Burton GJ. **Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging.**Am J Obstet Gynecol2018;218:75–87.
61. Klar M، Michels KB. **Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies–a meta-analysis.** J Perinat Med 2014;42:571–83.
62. Shobeiri F، Jenabi E. **Smoking and placenta previa: a meta-analysis.** J Matern Fetal Neonatal Med 2017;30:2985–90.
63. Rosenberg T، Pariente G، Sergienko R، Wiznitzer A، Sheiner E**. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa.** Arch Gynecol Obstet2011;284:47–51.
64. Thurn L، Lindqvist PG، Jakobsson M، Colmorn LB، Klungsoyr K ، Bjarnad ottir RI، et al. **Abnormally invasive placenta-prevalence ،risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries.**BJOG2016;123:1348–55.
65. Silver RM، Landon MB، Rouse DJ، Leveno KJ، Spong CY، Tho EA ،et al.; **National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries.**Obstet Gynecol 2006;107:1226–32.
66. Ben Nagi J، Ofili-Yebovi D، Marsh M، Jurkovic D. **First-trimester cesarean scar pregnancy evolving into placenta previa/accreta at term.**J Ultrasound Med 2005;24:1569–73.
67. Robinson AJ، Muller PR، Allan R، Ross R، Baghurst PA، Keirse MJ. **Precise mid-trimester placenta localisation: does it predict adverse outcomes?**Aust N Z J Obstet Gynaecol2012;52:156–60.
68. Calı G، Giambanco L، Puccio G، Forlani F**. Morbidly adherent placenta: evaluation of ultrasound diagnostic criteria and differentiation of placenta accreta from percreta**. Ultrasound Obstet Gynecol2013;41:406–12.
69. Collins SL، Ashcroft A، Braun T، Calda P، Langhoff-Ross J، Morel O ،et al.; European Working Group on Abnormally Invasive Placenta (EW-AIP). **Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP).** Ultrasound Obstet Gynecol 2016;47:271
70. Alfirevic Z، Tang AW، Collins SL، Robson SC، Palacios-Jaraquemada J; Ad-hoc International AIP Expert Group. **Pro forma for ultrasound**

reporting in suspected abnormally invasive placenta (AIP):an international consensus. Ultrasound Obstet Gynecol2016;47: 276–8.

71. D'Antonio F، Iacovella C، Bhide A. **Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis.**Ultrasound Obstet Gynecol2013;42:509–17.
72. Jauniaux E، Bhide A. **Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis.**Am J Obstet Gynecol2017;217:27–36
73. Pritchard J., et al. **"Blood volume changes in pregnancy and the puerperium"**. American Journal of Obstetrics and Gynecology 84.10 (1962): 1271–1282.
74. Combs C., et al. "**Factors associated with postpartum hemorrhage and vaginal births"**. Obstetrics and Gynecology 77.1 (1991): 69–76.
75. Prendiville W., et al. **"Active versus expectant management in the third stage of labor"**. Cochrane Database of Systematic Reviews 3(2000): CD000007.
76. Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmill, Özge Tunçalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels, A Metin Gülmezoglu. **Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis.** *Lancet Glob Health.* 2014;2:e323–33.
77. Mousa HA, Blum J, Abou El, Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. **Treatment for primary postpartum hemorrhage.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249. pub3.
78. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. **WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review.** Lancet. 2006; 367:1066–74.
79. Philibert M, Boisbras F, Bouvier-Colle MH (2006) **Epidemiology of maternal mortality in France from 1996 to 2002: frequency, risk factors and aetiologies.** Bull Epidemiol Hebd 50:392–395.
80. Hamad clinical practice guidelines: Management of postpartum hemorrhage (2015).

81. World Health Organization. "**Maternal Mortality: A Global Factbook**". Geneva: WHO (1991).
82. American College of Obstetricians and Gynecologists. "ACOG Practice Bulletin: **Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage**". *Obstetrics and Gynecology* 108.4 (2006): 1039-1047.
83. M Grönvall., *et al*. "**Use of Bakri balloon tamponade in the treatment of postpartum hemorrhage: a series of 50 cases from a tertiary teaching hospital**". *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 92.4 (2013): 433-438.
84. B-Lynch C., *et al*. "**The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported**". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104.3 (1997): 372-377.
85. Dawlatly B., *et al*. "**Using the cervix to stop bleeding in a woman with placenta accreta: a case report**". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 114.4 (2007): 502-506.
86. Reich WJ and Nechtow MJ. "**Ligation of the internal iliac (hypogastric) arteries: a life-saving procedure for uncontrollable gynecologic and obstetric hemorrhage**". *Journal of the International College of Surgeons* 36 (1961): 157-168.
87. Sakse A., *et al*. "**Peripartum hysterectomy in Denmark 1995-2004**". *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 86.12 (2007): 1472- 1477.

Abstract

Background:

Peripartum hysterectomy is defined as a hysterectomy that occurs after a vaginal or caesarean section or within 24 hours of it.

Peripartum hysterectomy is a serious condition that may be associated with complications that may end in death.

Objective:

Evaluation of the incidence, indications and rate of complications associated with peripartum hysterectomy.

Materials and Methods:

Retrospective descriptive study, conducted at the University Obstetrics and Gynecology Hospital in Damascus during 5 years, where cases were studied between 2016 and 2020 in the period between 14/07/2021 to 14/07/2022, on women admitted to the University Obstetrics and Gynecology Hospital and for whom a peripartum hysterectomy was performed during the study period, the data were processed within the analytical statistical program (SPSS) to reach the desired results.

Results:

The number of births during the previous 5-year period reached 60,581 in the University Maternity Hospital in Damascus, and 207 of them underwent a peripartum hysterectomy procedure, with an incidence rate of 0.34 percent, or approximately 34 cases per 10,000 births.

Complete hysterectomy was performed in 176 cases (85.02%) while subtotal hysterectomy was performed in 31 cases (14.98%) with placenta previa and placenta accreta being the most common cause (118 cases (57%).

Conclusion:

Good attention must be paid and all necessary procedures and measures must be taken for cases of placenta previa and accreta and caesarean sections, as they are important factors for peripartum hysterectomy, and it is preferable to perform a total hysterectomy to the subtotal hysterectomy because of the risk of bleeding and the need to reopen the abdomen.

Key woeds: Hysterectomy, Palcenta previa, Placrnta accrete.

Syrian Arab Republic

Ministry Of High Education

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of Obstetrics and Gynecology Diseases

Determination of Correlation between risk factors and peripartum hysterectomy

A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of theRequirements for the Specialized Higher Studies Certificate inObstetrics and Gynecology

By

Dr. MAZHAR DAIA ALJASSEM

Supervisor

Prof. Dr. Salah Shikah

2025