جامعة دمشق
كلية الطب البشري

دراسة راجعة لتدبير المجيئات المعيبة بتمام الحمل في مشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي بدمشق

برئاسة
الأستاذ الدكتور جميل طالب

إشراف
الأستاذة الدكتورة سوزان طبراني

إعداد
الدكتور رجائي وليد العتمة

- دمشق2013

مخطط البحث

الدراسة النظرية :

1- تمهيد.
2- معدل الحدوث والعوامل المؤهبة .
3- أوضاع و أنماط المجيئات المعيبة .
4- تشخيص المجيئات المعيبة.
5- تدبير المجيئات المعيبة .
6- أسباب وفيات الأجنة حول الولادة في المجيئات المعيبة .
7- طرق إنقاص الوفيات حول الولادة .

الدراسة العملية :

8- حجم العينة ونسبة الحدوث .
9- توزع و نسبة المجيئات المعيبة حسب الحالة التوليدية.
10- تأثير سوابق ولادة مجيء معيب.
11- تأثير التشوهات الرحمية الخلقية.
12- طريقة الولادة في المجيئات المعيبة بتمام الحمل .
13- استطبابات القيصرية.
14- الإختلاطات الوالدية و الجنينية .
15- العلاقة بين أوزان الولدان وطريقة الولادة .
16- التشوهات الجنينية الخلقية و علاقتها بطريقة الولادة.
17- وفيات ما حول الولادة.
18- المناقشة والتوصيات .
19- المراجع العلمية.
20- الملحق رقم(1).

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى:

والله أخرجكم مّن بطون أمّهاتكم لا تعلمون شيئاً وجعل لكم السّمع و الأبصار و الأفئدة لعلّكم تشكرون.

صدق الله العظيم

والديّ العزيزين .

إخوتي و أخواتي حفظهم الله.

زوجتي الغالية.

زيد و زينة .

وإلى كل ذي فضلٍ عليّ .

أهدي هذا الجهد

إلى من لم يبخل بعلمه و تجاربه .

إلى من أحاطنا خلال سنوات دراستنا بالرعاية و النصح

وكان الداعم لنا على درب العلم.

أساتذتي الكرام...

لكم الشكر و العرفان بالجميل.

وأخص بالشكر

الأستاذة الدكتورة سوزان طبراني

التي تفضلت بالإشراف على هذه الرسالة.

الدراسة النظرية

تمهيد:

يكون المجيء الجنيني عادة وقت الولادة قميا ، وان آلية المخاض الطبيعي تشمل حدوث دوران داخلي إلى وضع قمي أمامي ، وقد يحدث أحيانا انحراف في هذا المسار الطبيعي ويحدث ما يسمى بالمجيئات المعيبة.

تترافق المجيئات المعيبة مع زيادة في المراضة والوفيات الوالدية والجنينية ، وان التدبير الناجح للمخاض والولادة كان ولا يزال تحديا يواجه الطبيب المولد في سائر أرجاء العالم ، وينجم هذا التحدي عن إمكانية التنبؤ بالاختلاطات ومنع حدوث الأذيات لدى الأم و الجنين.

إن حمول المجيئات المعيبة تعتبر حمولا عالية الخطورة لما قد ينجم عنها من شذوذات في المخاض وزيادة في الإختلاطات المهددة لحياة الجنين والأم وزيادة في نسبة القيصريات ،لذلك هي بحاجة إلى الدراسة المستفيضة و الفهم الدقيق لأنها ليست بالمشكلة القليلة الحدوث.

معدل الحدوث والعوامل المؤهبة Incidenece and Etiology

تختلف نسبة المجيئات المعيبة حسب الدراسات المختلفة إذ يحدث المجيء المقعدي في 3-4 % من مجمل الولادات المفردة بتمام الحمل ، أما المجيء المعترض فيحدث بنسبة 0,2 – 0,3 % و المحيء الوجهي 0,1 – 0,25 % ، أما المجيء المركب فيحدث بنسبة 0,08 – 0,1 % ، والجبهي 0,03 – 0,1 %.(1)

العوامل المؤهبةETIOLOGY (1)

إنّ العوامل المؤاهبة لحدوث المجيئات المعيبة متعددة ومشتركة وتتفاوت أهميتها حسب كل نوع من أنواع المجيئات ، ويمكن أن تصنف كما يلي :

أولا: عوامل والدية:

1-تعدد الولادات والبطن الخرجي .

2- التشوهات الرحمية والخلقية (رحم ذات قرنين ، رحم وحيد القرن ، ....)والتي تعيق عملية التحول العفوي .

3- تضيقات الحوض .

4- الأورام الحوضية وهي أندر هذه العوامل .

ثانيا : عوامل جنينية :

1-الخداج :وهو المسؤل عن القسم الأكبر من الحالات .

2- الجنين العرطل .

3- تشوهات الجنين الخلقية (كاستسقاء الرأس ، انعدام الجمجمة والقيلات السحائية....)

4- الحمل المتعدد.

5- انبساط رأس الجنين بدلا من انعطافه الذي يؤدي إلى حدوث المجيء الوجهي أو الجبهي .

ثالثا: عوامل في الملحقات :

1-ارتكاز المشيمة المعيب التي تحتل القطب السفلي للرحم وتمنع تدخل المجئ .

2- الاستسقاء الأمنيوسي الذي يسمح بزيادة حركة الجنين وبالتالي قد يتخذ أوضاعا شاذة.

3- قصر الحبل السري وهو أندر الأسباب ،قد يؤدي لحدوث المجيء المعترض أو المقعدي.

وسوف نتناول هذه العوامل وأهميتها حسب كل نوع من أنواع المجيئات المعيبة .

أولا: المجيء المقعدي Breech Presentation

يكون فيه مقعد الجنين بتماس المضيق العلوي للحوض الحامل ، والنقطة الكاشفة فيه هي العجز . وفي معظم الأحوال لا يمكن معرفة سبب حدوثه .

وقد وجد أنه قبل الأسبوع (30) من الحمل يكون جوف الرحم أكثر أو أقل كروية ويميل المحور الطولاني للجنين لأن يتوضع في أي اتجاه .أما في تمام الحمل يصبح جوف الرحم بيضويا مع زيادة عرضه في القعر أكثر من القطب السفلي ومع حدوث حركة الجنين يميل مقعد الجنين لاحتلال القعر بينما يتوضع الرأس في القسم السفلي .
فإذا كانت حركات الجنين غير فعالة بسبب فرط بسط ساقي الجنين أو بسبب تدخل المقعد في الحوض فان المجيء المقعدي سوف يستمر إذ يصبح الحيز المتاح للجنين أقل ، ويحدث التحول المقعدي بشكل أقل ، وقد يكون امتداد ساقي الجنين هو أشيع سبب لاستمرار المجيء المقعدي .

كما يلعب الخداج دورا هاما في حدوث المجيء المقعدي إذ يحدث في 20 – 41,5 % من ولدان المجيئات المقعدية (2)

ويصادف المجيء المقعدي في 20-25% من الحمول قبل الأسبوع(28) و8-16 % في الأسبوع 32 يميل لحدوث انقلاب عفوي في معظم الحالات في الأسبوع (36) من الحمل. (2)

كما لوحظ أن التشوهات الخلقية الجنينية تترافق مع المجيئات المقعديه وقد تصل نسبة التشوهات الخلقية الكبرى حتى 15% من المجيئات المقعدية بوزن أقل من 1500 غ (لاسيما استسقاء الرأس – انعدام الجمجمة والقيلة السحائية).(3)

أما الشذوذات الخلقية الصغرى فأشيعها خلع الورك الولادي ، وبالنسبة للأسباب الوالدية يعتبر تعدد الولادات من أكثر الأسباب مصادفة لدى الولودات لحدوث المجيء المقعدي أما بالنسبة للخروسات فتعتبر التشوهات الخلقية الرحمية في مقدمة الأسباب كما أنها تلعب دورا هاما في تكرار المجيء المقعدي (رحم ذات قرنين ،ذات مهماز...).(4)

لوحظت زيادة حدوث المجيء المقعدي في حالات المشيمة المرتكزة ارتكازا معيبا ويصادف الارتكاز المعيب بنسبة أعلى بسبعة أضعاف من النسبة العامة ، أي أن ارتكاز المشيمة المعيب هو عامل مؤهب لحدوث المجيء المقعدي .(1)

ومن العوامل الأخرى المؤهبة لحدوث المجئ المقعدي سوابق ولادة جنين بمجيء مقعدي ، إن خطورة تكرر الحمل بمجيء مقعدي 9% لدى التي ولدت مرة واحدة مجيئا مقعديا ويزداد الاحتمال إلى21 -28% عند تكرر ذلك لمرتين (3) وهذا ما يشير إلى زيادة نسبة حدوثه في الحمول التالية ، وقد ينجم ذلك عن وجود عامل مستمر في جوف الرحم كالتشوهات الخلقية الرحمية.

- من الأسباب الأخرى التي تلعب دورا في حدوث المجيء المقعدي : الحمل المتعدد ،اذ قد يمنع أحد الأجنة تدخل رأس الجنين الأخر ،كما تقل الحركة الحرة ، وبالتالي تزداد مصادفة المجيئات المعيبة.

- تؤدي زيادة كمية السائل الأمنيوسي (الاستسقاء الأمنيوسي) إلى استمرار حركة الجنين وبالعكس قد يسبب شح السائل الأمنيوسي المجيء المقعدي بتحدد حركة الجنين . ومن الأسباب الأخرى الأقل أهمية : تضيقات الحوض والأورام الحوضية التي تمنع تدخل رأس الجنين وبالتالي تساهم في حدوث المجيء المقعدي .

ومن الجدير بالذكر أن الخلل في تكوين الجهاز العصبي المركزي قد يسبب مجيئاً مقعدياً، إذ قد يؤدي هذا الخلل إلى نقص حركية الجنين ،وهكذا قد نقوم بإلقاء اللوم على أنفسنا بسبب ولادة مهبلية راضه أدت إلى وفاة أو أذية جنينية في حين يكون دماغ الجنين متأذيا بشكل مسبق .

أخيرا فأن طول الحبل السري يؤثر بالفعالية الجنينية الحركية ، وعندما يقصر الحبل السري تقل الحركة ويزداد احتمال مصادفة المجيء المقعدي .(5)

ثانيا : المجيء المعترض(المجيء الكتفي) : Transverse Lie

وفيه يتصالب المحور الطولي للجنين مع المحور الطولي للرحم الحامل.النقطة الكاشفة فيه هي النتوء الأخرمي للوح الكتف . من أهم العوامل المؤهبة لحدوث المجيء المعترض تعدد الولادات، وإن نسبة حدوثه لدى الولودات اللواتي في سوابقهن 4 ولادات أو أكثر تبلغ (10) أضعاف النسبة المصادفة لدى الخروسات .(1)

وان ارتخاء جدار البطن يسمح بانقلاب الرحم نحو الأمام واتخاذ الجنين الوضعية المعترضة بحيث يتعامد محوره الطولي مع محور الأم .

كما يشيع حدوث المجيء المعترض في المخاض المبكر ،إذ ليس من النادر أن نجد المجيء المعترض عند فحص البطن قبل الأسبوع 36 من الحمل.

وقد ينجم المجيء المعترض عن ارتكاز المشيمة المعيب التي تمنع تدخل المجيء الجنيني ، ويساهم تضيق الحوض بنفس الآلية في حدوثه. ومن الأسباب الأخرى زيادة كمية السائل الأمنيوسي والحمول المتعددة والأورام الحوضية .

-عندما يحدث المجيء المعترض في الخروس أو يتكرر في الحمول اللاحقة فانه غالبا يكون ناجما عن تشوهات الرحم (رحم مقوسة ،أو ذات حجاب.....).

قد يتوضع الجنين بحيث يكون محوره الطولي متعامدا مع المحور الطولي للأم وقد يتوضع بشكل مائل ،وغالبا يكون المجيء كتفيا وأحيانا تنسدل اليد أو الذراع في المهبل ، وقد ينسدل الحبل السري .

قد يحدث المجيء المعترض أو المائل في بعض الأحيان أثناء المخاض ويتحول محور الجنين الطولي إلى معترض.(1)

ثالثا :المجيء الوجهي : Face Presentation

فيه يكون الرأس في أقصى درجات الانبساط ، والنقطة الكاشفة هي الذقن .

يكون سبب حدوث المجيء الوجهي مجهولا في نصف الحالات ،وفي نصف الحالات الأخرى ينجم عن أسباب متنوعة والدية وجنينية.

وفي المقدمة الأسباب الوالدية يأتي تعدد الولادات لاسيما إذا ترافق مع بطن خرجي مما يؤدي لانبساط العمود الفقري الرقبي للجنين . ويأتي بالدرجة الثانية تضيق الحوض الذي يمنع تدخل القطر بين الجدارين في الحوض فترتفع القمة إلى الأعلى وينخفض الوجه.(6)

أما الأسباب الجنينية فمتنوعة، وان أي سبب يؤدي إلى فرط بسط رأس الجنين يؤهب لحدوث المجيء الوجهي كما في قصر عنق الجنين والسلعة الدرقية وانعدام الجمجمة ، إذ يتجه الوجه نحو الأعلى ويستند الرأس على الكتفين وفي حالات نادرة قد تحدث أورام خلقية في منطقة الرقبة تؤدي إلى فرط بسط الرأس. وقد يؤدي التفاف السرر عدة لفات حول عنق الجنين إلى فرط بسط الرأس أحيانا على الرغم من أن الغالبية العظمى من حالات التفاف السرر لا تترافق مع مجيء معيب .

هناك عامل مشترك هام يؤدي لحدوث المجيء الوجهي هو عدم التناسب الحوضي للجنين ،أي عرطلة الأجنة وتضيقات الحوض .وجد أنها تصادف في 40 %من المجيئات الوجهية.(6)

_ ومن الجدير بالملاحظة أن الوليد بعد الولادة قد يستمر لبضعة أيام بوضعية فرط بسط الرأس رغم عدم وجود أي تشوه أو أذية ،ويمكن التأكد من ذلك بإمكانية عطف الرأس على الصدر بسهولة.

رابعا: المجيء الجبهي Brow Presentation

وفيه يكون الرأس بحالة بين الانعطاف والانبساط ، والنقطة الكاشفة هي الفك العلوي.

إن الأسباب المؤهبة لحدوث المجيء الجبهي هي نفسها المرافقة للمجيء الوجهي ،ولكن غالبا ماتكون الأسباب المؤدية إلى بسط جزئي للرأس غير واضحة، ويمكن أن يحدث فرط بسط الرأس قبل المخاض بشكل عفوي ، وقد يحدث أثناء المخاض.

يقسم المجيء الجبهي إلى مجيء مؤقت ومجيء جبهي دائم . وعلى العموم يعتبر المجيء الجبهي مجيئاً غير ثابت ،وغالباً ما ينقلب إلى مجيء وجهي أو قمي .(7)

خامسا: المجيء المركب Compound Presentation

هو انسدال أحد أطراف الجنين إلى جانب المجيء الأساسي بحيث يتقدم كلاهما في الحوض معا .

قد يحدث المجيء المركب في كل الحالات التي تؤدي إلى عدم انطباق المجيء الجنيني على مدخل الحوض بشكل عام كما في الخداج ، التوائم ، عدم التناسب الحوضي الجنيني وزيادة عدد الولادات .(1)

تشخيص المجيئات المعيبة :

يمكن أن يتم التشخيص بإحدى أو بكل الطرق التالية :

1-التأمل Inspection

يمكن بالتأمل ملاحظة المحور الطولاني للجنين ، وفيما إذ كان متوافقا مع محور الأم الطولاني أو متعامد معه.

2-الفحص السريري عن طريق البطن Abdominal Examination (8)

يمكن أن نتوصل إلى تشخيص المجيئات المعيبة عن طريق فحص البطن بإجراء مناورات Leopold الأربعة. ففي المجيء المقعدي تكشف المناورة الأولى وجود كتلة قاسية مدورة في قعر الرحم وهي رأس الجنين ، أما المناورة الثانية نميز بها مكان وجود ظهر الجنين بجس الخاصرتين ،أما المناورة الثالثة (قبل حدوث التدخل) يشعر بالمقعد الذي يكون قابلا للحركة فوق مدخل الحوض وتجري المناورة الرابعة بعد التدخل وتكشف وجود المقعد تحت مستوى العانة .

أما في المجيء المعترض يلاحظ بجس البطن أن منظر الرحم غير متناظر وأعرض من المعتاد في القعر الذي يمتد أعلى من السرة بقليل ، ولا يمكن كشف قطب جنيني فيه.

ويمكن جس الرأس العائم في إحدى الحفرتين الحرقفيتين والمقعد في الأخرى وبنفس الوقت يمكن تحديد موقع ظهر الجنين ، فعندما يكون الظهر أماميا يمكن جس سطح مقاوم قاس على الوجه الأمامي للبطن ، أما عندما يكون خلفيا تجس تعقدات غير منتظمة تمثل أجزاء صغيرة من أطراف الجنين على الوجه الأمامي للبطن .

وبالنسبة لتشخيص المجيء الوجهي يكون محور الرحم طولانيا و لدى فحص المضيق العلوي يشعر الفاحص بكتلة الرأس التي تكون مدورة قاسية ومتجانسة وغير متدخلة مع تبارز القفا في أحد الجانبين ويقابله في الجانب الآخر الأطراف .
وعندما يكون الذقن خلفيا يمكن الشعور بتبارز القفا في نفس جهة ظهر الجنين ويجس بسهولة ويبدو مندفعا نحو الأمام فوق وصل العانة أما عندما يكون الذقن أماميا فانه من الصعوبة أن يجس البروز القفوي في نفس جهة ظهر الجنين ، وقد يلتبس مع بروز الصدر .

أما المجيء الجبهي فيصعب تشخيصه بجس البطن ويمكن التشخيص بالمس المهبلي إذ يمكن الشعور بالفك العلوي بسهولة .

وأخيراً يتم تشخيص المجيء المركب بالمس المهبلي ويصعب عن طريق البطن.(1)

3-إصغاء دقات قلب الجنين:

تختلف بؤرة إصغاء الجنين باختلاف المجيء.ففي المجيء المقعدي تسمع أصوات قلب الجنين عادة بشكل أوضح ما يكون في منطقة فوق السرة وهي أعلى منها في المجيئات الرأسية وبعد تدخل المقعد يسمع الإصغاء تحت السرة بشكل أوضح .

في المجيء المعترض تسمع دقات قلب الجنين مباشرة تحت السرة وليس لوضع بؤرة الإصغاء أو لانتشار الأصوات أي دلالة خاصة إلا أن دقات قلب الجنين تكون شديدة الوضوح في الأوضاع التي يكون فيها ظهر الجنين في الخلف. وفي المجيء الوجهي والجبهي تكون بؤرة الإصغاء كما في باقي المجيئات الرأسية أسفل السرة .(1)

4-المس المهبلي:

يسمح المس المهبلي في معظم الأحيان بتحديد المجيء بدقة وتأكيد الانطباع السريري. ففي المجيء المقعدي تجس عادة الأحدوبتين الوركيتين والعجز والشرج ، ويمكن الشعور بالأعضاء التناسلية وتمييزها بعد حدوث تدخل المقعد مما يسمح بتمييز جنس الجنين وعندما يطول المخاض تتورم المنطقة الوركية مما يجعل التمييز بين الوجه والمقعد صعبا إذ يمكن أن يلتبس الفم بالشرج والحدبتين الوركيتين بالنتوئين الوجنيين .

ولكن من شأن الفحص الدقيق أن يقي من أي خطأ . إذ تجد الاصبع الفاحصة مقاومة عضلية عند فحص الشرج كما يمكن أن تتلوث بالعقي في بعض الأحيان ،في حين يشعر بالفكين الأكثر ثباتا والأقل طواعية من خلال الفم .

ويشكل الفم مع النتوئين الوجنيين شكلا مثلثا بينما تشكل الحدبتين الوركيتين مع الشرج خطا مستقيما ،وفي كل الأحوال تحديد مكان العجز ونواتئه الشوكية يعطي معلومات دقيقة ويقي من حدوث الخطأ.

ويمكن من خلال المس المهبلي تمييز أنماط المجيء المقعدي: الصريح و التام و القدمي و الركبي ، ويمكن تمييز القدم اليمنى عن اليسرى بسهولة اعتمادا على الأصبع الكبير في المجيئات القدمية.

-يفيد المس المهبلي في تشخيص المجيء المعترض ،وان أهم علامة هي السلبية إذ لا يمكن الشعور برأس أو مقعد الجنين بالأصبع الماسة ويكون المجيء عاليا .

وفي المراحل الأولى للمخاض يصعب التمييز في حين أنه بعد تطور اتساع عنق الرحم يمكن أن نميز الكتف و الترقوة في الجانب المقابل لوجود الصدر ، وفي المراحل المتأخرة من المخاض تصبح الكتف محشورة بقوة في القناة الحوضية وكثيرا ما تنسدل يد الجنين وذراعه ضمن المهبل وتظهر من خلال الفرج.(8)

يؤكد المس المهبلي تشخيص المجيء الوجهي إذ يشعر بالعظم الجبهي في أحد طرفي الحوض تليه حافات الحجاج العظمية و كرتا العين ثم جذر الأنف فالفك العلوي فالفم.

ويعتبر الشعور بالذقن شرطا أساسيا لتشخيص المجيء الوجهي وإلا اعتبر جبهيا .

إذ تجس في المجيء الجبهي الدروز الجبهية واليافوخ الأمامي وحواف الحجاج وجذر الأنف والفك العلوي ولا يمكن الشعور بالفم والذقن ،و تؤلف الجبهة القسم البارز في كتلة الراس وتقع قريبا من مركز الحوض.

5-الصورة الشعاعية البسيطة :

قد يساعد تصوير البطن البسيط في الوصول إلى التشخيص خصوصا في تمام الحمل في حال لم يتوافر التصوير بالأمواج فوق الصوتية .

يمكن تحديد نمط المجيء و وجود أو غياب فرط بسط الرأس وتحديد قياسات الحوض في المجيء المقعدي، كما يفيد في تأكيد تشخيص المجيء المعترض وباقي المجيئات المعيبة . وعلى العموم حل التصوير بالأمواج فوق الصوتية محل التصوير الشعاعي البسيط لما يحمل من خطورة تعرض الجنين للأشعة.

6-التصوير الطبقي المحوسب :

يفيد التصوير الطبقي المحوسب في الحصول على معلومات عن نوع المجيء ووجود انعطاف الرأس أو غيابه وقياس أقطار الحوض و نادرا ما يلجأ إليه .

7-التصوير بالأمواج فوق الصوتية:

يفيد في تشخيص المجيئات المعيبة ونفي وجود تشوهات جنينية وقياس محيط رأس الجنين وبطنه، وتقدير حجم الجنين.

ويجب أن يجرى دوما التصوير بالأمواج فوق الصوتية في كل حالات المجيئات المعيبة المشخصة سريريا لتأكيد التشخيص ونفي وجود تشوهات خلقية مرافقة.

ومن الجدير بالذكر أن التصوير بالأمواج فوق الصوتية لا يستطيع تشخيص أنماط المجيء المقعدي واظهار علاقة الأطراف السفلية للجنين بالحوض بالدقة التي تقدمها الأشعة.

.

أوضاع و أنماط المجيئات المعيبة:

إنّ نوع الوضع هو العلاقة ما بين النقطة الاستكشافية للمجيء وإحدى نهايتي أقطار الحوض المختلفة، وهي أربعة أقطار : أمامي خلفي - معترض – ومائلان .

ولكل مجيء /8/ أوضاع ،فالمجيء المقعدي له 8 أنواع من الأوضاع الجنينية :

أوضاع عجزية أمامية –أوضاع عجزية خلفية –وأوضاع معترضة

وإنّ المجيء المقعدي هو المجيء المعيب الوحيد الذي يمتلك أنماطا أو أنواعاً بسبب عدم انتظام الجزء المتقدم من المجيء (مقعد الجنين) وعلاقته مع أطراف ووركي الجنين.
ويوجد 3 أنواع للمجيء المقعدي :

1-المجيء المقعدي الصريح(الناقص بالطراز الاليوي):Frank extended

وفيه ينعطف الطرفان السفليان على مستوى الوركين بينما ينبسطان على مستوى الركبتين،وهكذا تصبح القدمان بالقرب من الرأس في قعر الرحم ولهذا النمط من المجيئات المقعدية ميزات :

–أشيع أنماط المجيء المقعدي مع اقتراب تمام الحمل إذ يشكل (50-70%)من أنماط المجيء المقعدي في تمام الحمل.(4)

-أشيع حدوثا لدى الخروسات .

-يكون التحويل بالأعمال الخارجية أكثر صعوبة .

-يحدث التدخل بسرعة وبوقت مبكر من أطوار المخاض لأن القسم المتقدم يكون عبارة عن كتلة جنينية مؤلفة من الوركين وجيدة الانطباق على المضيق العلوي وهذا يعني أن :

-معدل انسدال السرر أقل من بقية المجيئات المقعدية فهو حوالي 1% بينما في المجيء القدمي 10%.

- تكون الصعوبة في توليد الرأس أقل ،فمن أجل جنين متوسط الحجم لن يكون مرور وركي الجنين ومن ثم بطنه ممكن عبر العنق إلا إذا كان العنق تام الإتساع وبالتالي يسمح بمرور الرأس.(4)

2- المجيء المقعدي التام:Complete flexed

وفيه تثنى الوركين والركبتين وتكون القدمان قريبتان وملامستان للوجه الخلفي للفخذين أحيانا . وإنّ نسبة حدوثه تعادل (5-10%)من كل المجيئات المقعدية(4)

وبما أنّ المجيء المتقدم للجنيني غير منتظم فان التدخل أقل احتمالا أما معدل حدوث انسدال السرر فهو أعلى أربعة أضعاف مما هو عليه في المجيء المقعدي الصريح .

3- المجيء المقعدي غير التام(القدمي و الركبي) :

Incomplete presentation (Footling,Knee)

يكون القسم المتقدم من الجنين هو الركبة وبشكل أكثر شيوعا إحدى أو كلتا القدمين.

وبهذه الحالة هناك خطر كبير لحصول انسدال السرر يصل ذلك إلى 10% ،عدا عن أن ولادة الجنين حتى مستوى الجذع أو الصدر قد تتم عبر عنق غير تام الاتساع مما يؤدي لإنحباس الرأس التأخر .

ويزداد احتمال حدوث ذلك عندما يقوم الطبيب المولد بشد وجر الطفل عبر عنق غير تام الاتساع ويدفعه إلى ذلك حدوث تألم جنين أو انسدال سرر.

-أما بالنسبة للمجيء المعترض :

يحدد نوع الوضع حسب مكان الرأس أيمن أو أيسر حوض الأم، ويشير الظهر إلى كون الوضع أماميا أو خلفيا ، علويا أو سفليا.

-وبالنسبة للمجيء الوجهي :

يصنف تبعاً لمكان ذروة ذقن الجنين في حوض الأم وإن 60%من المجيئات الوجهية تكون أمامية وفي 15%يكون المجيء ذقنياً معترضا وفي 25% ذقنياً خلفياً .(1)

-وفيما يتعلق بالمجيء الجبهي :

تصنف الأوضاع كما في المجيئات القمية إلى أمامي وخلفي ومعترض.

تدبير المجيئات المعيبة:Management of Malpresentations

إنّ التدبير الناجح للمجيئات المعيبة يقتضي وضع تدبير خاص بالحمل المترافق بمجيء معيب ،ومن ثم تدبير خاص بالوضع والولادة.

أولا :تدبير حمول المجيئات المعيبة :

يختلف تدبير المجيئات المعيبة قبل الأسبوع 36 من الحمل عن تدبير الحمول التي يستمر فيها المجيء المعيب بعد هذا التاريخ .وفيما يلي نلخص تدبير المجيئات المعيبة أثناء الحمل :

1- **ضرورة الكشف عن حالات المخاض الباكر والعوامل المؤهبة له ، والوقاية منها وتدبير المخاض المبكر عند حدوثه .**
2- **ضرورة الكشف عن المجيئات المعيبة في الأسابيع الأخيرة من الحمل في عيادات الحوامل .**
3- **اعتماد التحويل الرأسي بعد الأسبوع 36 من الحمل إذا استمرالمجيء المقعدي والغاية من هذا التحويل هو الإقلال من حدوث ولادات المجيئات المقعدية .**

التحويل بالأعمال الخارجية :External Cephalec Vression (9-10)

وهي عملية يتم خلالها تحويل مجيء الجنين بالمناورة اليدوية عبر جدار البطن عن طريق تبديل قطب الجنين المقعدي إلى مجيء قمي وقد وصفت حالات للتحويل منذ عام 1860م. العديد من الدراسات تشير إلى دور التحويل بالأعمال الخارجية في إنقاص المجيئات غير القمية عند الولادة وفي إنقاص معدل القيصرية للمجيء المقعدي خصوصاً بنسبة 50%.

وعلى الرغم من أنّ التحويل العفوي يحصل عادة إلى مجيء رأسي ، لكن المجيء المعيب عندما يستمر لأكثر من الأسبوع 38 فان احتمال التحول العفوي يصبح ضعيفا.

استطبابات التحويل بالأعمال الخارجية :

وجود مجيء مقعدي أو معترض واللذان يشخصان خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة من الحمل.

عند اتخاذ قرار اجراء التحويل بالأعمال الخارجية يجب الانتباه للحالات التالية:

1- **وجود مشكلة توليدية تستدعي إجراء العملية القيصرية مثل :**
ارتكاز المشيمة المعيب – ضيق الحوض.

2- **وجود مشكلة توليدية تستدعي إجراء الولادة المهبلية:**
مثل موت محصول الحمل – تشوه جنيني شديد.

3- **وجود حالة تخلق مشاكل وصعوبة في إجراء المناورة :**
كانبثاق الأغشية الباكر – شح السائل الأمنيوسي- وجود حمل متعدد- مشيمة أمامية مخاض فعال – تدخل المقعد بالمجيء المقعدي.

4- **وجود حالة تزيد من الخطورة الجنينية والوالدية :**
الأم سلبية الريزوس –ارتفاع توتر شرياني شديد- تأخر النمو الجنيني الشديد- جنين مع فرط بسط الرأس .

مستلزمات التحويل بالأعمال الخارجية: (9-10)

1- **يجب اجراء فحص بالايكو في الأسبوع 36 من الحمل قبل اجراء التحويل لتحديد وضع الجنين بدقة ونفي وجود تشوهات خلقية كبرى .**
2- **يجب اجراء اختبار اللا شدة NST ويتم التحويل إذا كانت نتيجة الاختبار إرتكاسي.**
3- **يجب أن يتم التحويل في غرفة المخاض مع جاهزية كاملة لإجراء عملية قيصرية اسعافية في حال ظهور تألم الجنين مع العلم أن الاضطرار للقيصرية الإسعافية يحدث فقط في 0,5% من الحالات ،وان التبدلات في تخطيط قلب الجنين كثيرا ماتكون عابرة.**
4- **يجب أن يكون جدار الرحم مرتخيا وجدار البطن غير مؤلم و رخو ، ويفضل البعض تسريب مرخيات الرحم (تربوتالين 5-8 مكغ /د) تستمر لمدة 15 دقيقة بحيث لا يزيد نبض الأم عن 120/د قبل التحويل .**
5- **وجود كمية كافية من السائل الأمنيوسي.**
6- **عدم تدخل القسم المتقدم من مقعد الجنين .**

7- بعد تمام ارتخاء الرحم يزاح المقعد من الحوض باستخدام كلتا اليدين،وعندما يصل إلى وضع معترض يكمل الدوران بدفع المقعد إلى الأعلى باحدى اليدين مع اليد الأخرى التي تدفع الرأس للأسفل .

8- ويجب أن تتم مراقبة نظم قلب الجنين بشكل الكتروني ومستمر أثناء المناورة وكذلك مراقبة بالأمواج فوق الصوت .

10-في حال كانت الأم سلبية الريزوس يجب أن تعطى Anti D بعد انتهاء التحويل.

وقف المناورة عند حدوث :

1 - تألم الوالدة : في 5% من الحالات يكون الالم شديدا ويتطلب ايقاف الاجراء .

2 -إذا لم يكن التحويل سهلا .

3 -إذا حدث اضطراب في نظم قلب الجنين كزيادة أو نقصان ملحوظ في ضربات القلب .

بعد إتمام المناورة يجب أن يكون NST ارتكاسيا ويسمح للمريضة بالحركة و الأكل ويراقب FHR لمدة ساعة بعد المناورة .

إنّ معدل النجاح في التحويل بالأعمال الخارجية يتراوح بين 30% إلى 80 % ولا يقل عن 50% بالأيدي الخبيرة وإنّ معدل العودة إلى المجيء المقعدي بعد تحويل ناجح 3- 5% .(9)

ويمكن تكرار التحويل لمرة ثانية في حال فشل المحاولة الاولى .

مع توقع نتائج أفضل بان نقوم بارخاء الرحم باستخدام مشابهات بيتا (ريتودرين ،تربيوتالين ،سالبوتامول) في حال لم تقدم في المحاولة الاولى .

ووجد أنّ تقديم التسكين فوق الجافية للام يزيد من معدل نجاح التحويل .

ومع ذلك يحمل التحويل بالأعمال الخارجية مخاطر عديدة :

- تحريض المخاض . - انفكاك المشيمة الباكر.

- الحصول على مجيء أسوء انذارا (المعترض). - تمزق الرحم .

- يحدث تباطؤ إصغاء عابر في 40%من عمليات التحويل ولا يحمل أي خطورة على الجنين ويعود الإصغاء إلى الوضع الطبيعي بعد دقائق من انهاء التحويل .
ان المخاطرالسابقة نادرة جدا ولا يوجد دليل ذو قيمة على زيادة المراضة و الوفيات لدى الولدان أو الأم مع الأخذ بعين الاعتبار مضادات الاستطباب لهذا الإجراء .(9)

مضادات الاستطباب المطلقة للتحويل بالاعمال الخارجية :

1-وجود استطباب للعملية القيصرية.

2-حدوث نزف عند الأم خلال إسبوع من الإجراء .

3-تخطيط قلب جنين غير طبيعي .

4-أغشية جنينية متمزقة .

5-الحمل المتعدد.

6-تشوهات رحمية كبيرة .

مضادات الاستطباب النسبية :

1-جنين صغير نسبة لعمر الحمل أو وجود شذوذ في دوبلر الحبل السري .

2-ماقبل إرجاج لدى الأم .

3-شح السائل الأمنيوسي .

4-تشوهات جنينية كبيرة .

5-ندبة سابقة على الرحم .

6-الوضع الجنيني غير مستقر unstable lie .

ثانيا- تدبير ولادة المجيئات المعيبة:

يختلف تدبير المجيئات المعيبة حسب نوع المجيء وسنذكر التدبير الخاص بكل منها:

تدبير ولادة المجيء المقعدي (11)

إن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي تشكل مشكلة توليدية معقدة .

فبينما يعتقد البعض بأن ولادة كل المجيئات المقعدية يجب أن تتم بالعملية القيصرية

هناك أتباع مدرسة حديثة وهم بازدياد مضطرد يعتقدون بأن قسما كبيرا من المجيئات المقعدية يمكن أن تتم ولادتها بالطريق الطبيعي دون أن يترافق ذلك مع معدل وفيات

ومراضة ما حول الولادة مرتفعين وبدون تعرض الأم للمخاطر القريبة والبعيدة المرافقة للعملية القيصرية.

- **<u>الولادة المهبلية</u> : (1-11-12)**

آلية المخاض في الولادة المهبلية:

هناك فرق رئيسي بين ولادة المجيئات المقعدية وولادة المجيئات الرأسية.

إذ تدل ولادة الرأس في حالة المجيئات الرأسية على أن ولادة جسم الجنين سوف تتم غالبا دون مشاكل تذكر ، أما في المجيء المقعدي فتتم ولادة الأجزاء الجنينية الأقل انضغاطا بشكل متأخر.

ويعود السبب لهذا الفارق الجوهري إلى كون رأس الجنين في المجيئات الرأسية قد سبق له وتكيف مع حوض الأم واكتسب درجة من القولبة.

أما في المجيء المقعدي فإذا تمت الولادة المهبلية بشكل قسري سيؤدي ذلك إلى حدوث أذيات وليدية متفاوتة بسبب الفارق بين حجم رأس الجنين وحجم الوركين مما يجعل احتباس الرأس عبر عنق غير تام الإتساع أمرا كثير المصادفة وكثيرا ما تكون المناورات التي يقوم بها الطبيب المولد سببا لحدوث أذية الوليد كما في استخراج المقعد التام .

<u>كيف تتم الولادة في المجيء المقعدي:</u>

تؤدي التقلصات الرحمية إلى تدخل ونزول المقعد حسب أحد أقطار الحوض المائلة وذلك بغياب وجود عدم تناسب بين حجم الجنين والحوض ويكون نزول الورك الأمامي عادة أسرع من الورك الخلفي .

وعندما يتلقى المقعد مقاومة أرض الحوض يحدث دوران داخلي فتصبح الورك الأمامية ناحية القوس العانية ويشغل القطر الجنيني(بين المدورين) القطر الأمامي الخلفي لمخرج الحوض ويتم الدوران عادة عبر زاوية (45)ْ.

إذا كانت الورك الخلفية هي النازلة أولا فإنها تدور نحو ارتفاق العانة بقوس بزاوية قدرها (135)ْ رغم أنه قد يحصل العكس في بعض الأحيان ويتم الدوران أمام العجز والنصف المقابل للحوض عبر قوس زاويته (225)ْ

بعد ذلك يستمر النزول حتى يتمدد العجان بكتلة المقعد المتقدم بينما يظهر الورك الأمامي عادة على مستوى الفرج ثم يحدث الانثناء الجانبي للجسم وتندفع الورك الخلفية نحو القسم الأمامي للعجان الذي ينسحب فوق المقعد مما يؤدي إلى بروز الوليد إلى الخارج وتخلص الورك الأمامي ثم تخلص الأطراف السفلية والأقدام وهذا قد يتم تلقائيا ومع ذلك فان تدخل المولد غالبا ما يكون ضروريا .

بعد ذلك يحدث دوران خارجي خفيف ويدور معه الظهر للأمام بحيث تتناسب الكتفين مع أحد الأقطار المائلة للحوض ثم تنزل الكتفين بسرعة وتجري دورانا داخليا بالقطر بين الأخرمين بحيث يشغل القطر الأمامي الخلفي للمضيق العلوي ويتبع الرأس الكتفين ويكون منعطفا بشدة بشكل طبيعي فيدخل الحوض وفق أحد الأقطار المائلة ثم يدور بحيث يصبح القفا تحت ارتفاق العانة ويولد الرأس عندها منعطفا فيظهر الذقن أولا يتبعه الفم –الأنف – الجبهة – القذال بالترتيب . ويتدخل المقعد أحيانا بالقطر المعترض للحوض مع اتجاه

العجز للأمام أو الخلف وان سير الولادة في هذه الحالة يختلف فقط في أن الدوران الداخلي يحدث عبر قوس(90)ْ.

يحدث الدوران في حالات نادرة بحيث يكون ظهر الوليد متجها نحو العمود الفقري بدلا من بطن الأم ويجب منع هذا الدوران قدر الإمكان.وعلى الرغم من أن الرأس قد يولد بمرور الذقن والوجه تحت ارتفاق العانة فان ألطف جر للجسم قد يؤدي إلى انساط الرأس وهذا الانبساط إذا لم يصحح سوف يزيد قطر الرأس الذي يجب أن يمر عبر الحوض.

<u>وهنالك ثلاثة طرق رئيسية يمكن أن تتم وفقها ولادة المجيء المقعدي:</u>

1-الولادة العفوية :وفيها يقذف الجنين بشكل تام تلقائيا دون أي جر أو مداخلة يدوية سوى دعم الجنين ويحدث ذلك في الأجنة شديدة الخداج وقليلاً ماتحدث هذه الولادة عند الأجنة الناضجة.
2- الولادة المساعدة :وفيها تتم ولادة الجنين حتى مستوى السرة بشكل عفوي ثم يأتي دور المولد فيستخرج بقية الجسم والرأس ويدخل ضمن نطاق هذا النوع من الولادات مناورة موريسو (Mauriceau Maneuver) وتطبيق ملقط بايبر Piper forceps.

3-الاستخراج المقعدي التام Total Breeech Extraction:وهي مناورة خطرة ويقتصر استخدامها على ظروف استثنائية ومحدودة ،ويستخدرج الجسم بكامله من قبل الطبيب المولد.

<u>تدبير المخاض:</u>

- **تحتاج المرأة الماخض في حالة المجيء المقعدي إلى انتباه دقيق من قبل الأطباء وعناصر التمريض حيث أن كلا من الأم والجنين يعدان في خطر كبير مقارنة مع امرأة بمجيء قمي.**
- **وحالما تقبل الماخض يجب اجراء استقصاء سريع لتعيين مرحلة المخاض وتحري حالة الأغشية الجنينية وحالة الجنين.**
- **تعطى الأم السوائل تسريب وريدي ويعاير الهيماتوكريت وتحدد الزمرة الدموية وعامل الريزوس.**
- **تفضل المراقبة الالكترونية المستمرة لدقات قلب الجنين ولتقلصات الرحم، وعند حدوث تمزق الأغشية فان خطر انسدال السرر يرتفع بشكل واضح ،لذا يجب اجراء المس المهبلي لتحري انسدال الحبل السري مع الانتباه لمعدل ضربات القلب الجنينية خلال 5-10 دقائق التالية للتمزق للتأكد من عدم حدوث انسدال خفي،وبعد التمزق يفضل اجراء مراقبة الكترونية داخلية لمعدل دقات قلب الجنين وتقلصات الرحم.**

- **إنّ تحري درجة إتساع و إمحاء عنق الرحم وموقع مجيء الجنين تعد أمورا أساسية في تقرير الولادة، ويجب التحقق سريعا من وجود أو غياب مجمل الشذوذات الجنينية مثل استسقاء الرأس أو غياب الدماغ، وذلك بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية أو الأشعة .**
و إذا تقرر إجراء ولادة مهبلية فرأس الجنين يجب أن يكون منعطفا بشكل جيد .
- **يجب أن يقرر المولد طريقة الولادة باكرا ما أمكن بعد الوصول للمشفى وان خيار الولادة القيصرية أو المهبلية يستند إلى نمط المجيء المقعدي، انعطاف رأس الجنين ،حجم الجنين ،وقياسات حوض الأم لنفي وجود تضيق في الحوض وجود أو عدم وجود ندبة سابقة على الرحم وإصغاء الجنين والخبرة اللازمة.**
- **ومن الهام أن نذكر أن تطور المخاض بشكل طبيعي وفعال هو أفضل مشعر على كفاية حوض الأم.ويجب البدء بالتحضير لاستخراج المقعد في الوقت الذي تظهر فيه القدمين أو الإليتين عند مدخل الفرج.**

بما أن طرق استخراج المقعد تختلف في المجيء المقعدي التام و الناقص (قدمي أو ركبي) من جهة عنها في المقعدي الصريح من جهة أخرى فإننا سنتناولها كلاً على حدا .

- أولا: طريقة استخراج الجنين ذو المجيء المقعدي التام أو الناقص : (1)

- **توضع اليد كاملة من خلال المهبل بحيث تقبض على قدمي الجنين بحيث يمسك الكاحلان و الإصبع الثانية بينهما،ويتم جذب القدمين للأسفل مع تطبيق جر خفيف حتى تظهران بمستوى الفرج ، واذا لوحظت صعوبة في القبض على القدمين تشد قدم واحدة للاسفل ثم تشد القدم الثانية .**
  - **يجرى خزع فرج واقي يفضل الخزع على الخط المتوسط الوحشي.**
  - **عندما تبرز القدمان من الفرج يجب أن تلَفان بغطاء معقم لتأمين الامساك بهما بشكل ثابت فالطلاء الدهني يجعلهما زلقين ،ويفضل ان يرطب الغطاء بماء معقم مدفأ ، ويطبق شد نحو الأسفل ثم يطبق الشد على الفخذين عند ظهورهما وعندما يظهر المقعد عند الفرج يطبق شد لطيف حتى تتم ولادة الوركين .**

- **وعندما تبرز الإليتين فان ظهر الوليد يدور غالبا نحو الأمام وعندها يوضع إبهاما المولد فوق العجز وأصبعيه فوق الوركين ثم يستمر بالشد اللطيف نحو الأسفل حتى الوصول إلى الناحية الضلعية وعندها يظهر لوحا الكتف ويميل ظهر الوليد للدوران تلقائيا باتجاه جانب الأم الذي كان الجنين متجها إليه بالأصل .**
- **إذا لم يحدث الدوران تلقائيا يجرى تدوير خفيف مع السحب بهدف تقريب القطر بين الأخرميين للجنين إلى القطر الأمامي الخلفي لمخرج الحوض .**
- **الاستخراج الناجح للمقعد يتطلب إجراء شد ثابت و لطيف إلى الأسفل حتى توليد النصفين السفليين من لوحي الكتف دون إجراء اية محاولة لتوليد الكتفين و الذراعين إلى أن تظهر إحدى الإبطين عندها تتم ولادة الكتفين وتبقى الذراعان في حالة إنعطاف هذا ولا يوجد فرق كبير حول أولوية ولادة أي من الكتفين .**

- **توجد طريقتان لولادة الكتفين :**

- **الاولى :مع رؤية اللوحين يدار الجذع بطريقة يظهر معها الكتف و الذراع الأمامية على مستوى الفرج عندها يمكن بسهولة تحرير وتوليد الذراع الأمامية وتكون جهة إدارة الجذع عكس عقارب الساعة لتوليد الكتف والذراع الأماميين ثم يدار مع عقارب الساعة لتوليد الكتف والذراع الثانية .**

- **الثانية: إن لم يمكن إدارة الجذع فيجب أن تتم ولادة الكتف الخلفية أولا (مناورة ويلسون Wilson maneuver) وهنا نمسك القدمين بيد واحدة و تشدان إلى الأعلى فتنزلق الكتف الخلفية للخارج فوق حافة العجان يتأثير الرافعة ويلي ذلك ولادة الذراع واليد ،بعد ذلك يجر جسم الجنين و تبرز الكتف الأمامية تحت قوس العانة و يتبعها الذراع و اليد تلقائيا عادة وبعد ذلك يدور الظهر تلقائيا إلى جهة ارتفاق العانة للام . (1)**

- **أحيانا من الضروري تحرير الذراعين أولا ،ويجب الامتناع عن أية محاولة لتحرير الذراعين مباشرة بعد بروز الحافة الضلعية .**
- **يتم تحرير الذراع الخلفي اولا بالاعتماد على وجود مسافة زائدة في الأقسام الخلفية و الجانبية للحوض الطبيعي ، فحالما تظهر الإبط الموافق يجرى سحب للقدمين للأعلى وتمرير أصبعين من اليد الأخرى للمولد على مسير العضد حتى الوصول إلى المرفق تثبت الاصبعان كجبيرة على الذراع ثم تسحب الذراع للأسفل وتولد عبر الفرج .وحتى تتم ولادة الكتف الامامية يكفي خفض الجسم في معظم الأحيان حتى تخرج الذراع الأمامية عفويا أو يمكن أن تسحب الذراع الأمامية للأسفل على صدر الجنين باستعمال أصبعين كجبيرة .**

- **بعد ولادة الكتفين يشكل الرأس قطرا مائلا في الحوض بحيث تكون الذقن متجهتا للخلف ويتم استخراج الرأس إما بمناورة موريسو أو باستعمال ملقط الجنين بايبر .**

- **مناورة موريسو : Mauriceau-Semellie-Veit maneuver (1)**

تستخدم للمساعدة على عطف الرأس فتوضع السبابة والوسطى لاحدى يدي المولد فوق الفك العلوي بينما يسترخي جسم الجنين فوق راحة اليد والذراع بشكل يشبه السرج حيث تترك قدما الجنين على جانبي الذراع.
تتعلق أصبعان من يد المولد الأخرى فوق عنق الجنين مع القبض على الكتفين ويتم بواسطتهما شد الجنين للأسفل حتى تظهر المنطقة تحت القفوية تحت العانة ثم برفع الجسم بإتجاه بطن الأم ويظهر فوق العجان بالتتابع :الفم فالأنف فالجبهة فالقفا. ويجب أن يكون الجر لطيفا ويمكن أن يترافق مع الضغط فوق العانة للمساعدة على ولادة الرأس و المحافظة عليه منعطفا .

- **ملقط بايبر Piper forceps: (1)**

يستخدم لتوليد الرأس المتأخر في المجيء المقعدي في حال عدم امكانية إجراء مناورة موريسو بشكل سهل أو يستخدم بشكل انتخابي بدلا من مناورة موريسو.
من حسناته أنه لا يؤذي فم أو حلق الجنين أو حتى عنق الجنين حيث يحدث ذلك عند تطبيق مناورة موريسو بشكل خاطىء .
ويخفف من معدل أذية الضفيرة العضدية الناتج عن التطبيق الخاطىء لمناورة موريسو والشد بسحب كتفي الجنين بشدة .
ويساعد على السيطرة على رأس الجنين لمنع الولادة السريعة أو الانقذافية وبالتالي يخفف من حدوث النزف داخل القحف.
ويساعد الضغط فوق العانة على عطف وثني الراس ويجب توخي الحذر حتى لا تصاب النسج الرخوة الوالدية بالأذى أثناء تطبيق الملقط وأن يكون الحبل السري بعيدا عن مكان الشد .

ثانيا:طريقة استخراج الحنين ذو المجيء المقعدي الصريح :(12)

- **يمكن أن يتم استخراج المقعد الصريح عن طريق الشد المتوسط المطبق بواسطة أصبع في كل مغبن ويجرى خزع فرج واقي واسع لتسهيل الاستخراج .**
- **وإذا لم يؤدي السحب المعتدل إلى توليد المقعد يمكن إجراء مداخلة يدوية داخل الرحم لتحويل المقعدي الصريح إلى قدمي ،ويسهل انجاز ذلك إذا كانت الأغشية حديثة التمزق ، ويصبح ذلك في غاية الصعوبة إذا انقضى وقت طويل على تمزق الأغشية عندئذ يرخى الرحم إما بالتخدير العام أو بإعطاء سلفات المغنزيوم عبر الوريد أو جرعات صغيرة من النتروغلسيرين أو مقلدات B.**

مناورة بينارد: Pinard maneuver

تساعد في حالات عديدة في استخراج المقعد الصريح وذلك بجذب القدم للأسفل إذ تمرر أصبعان على طول أحد الأطراف السفلية حتى مستوى الركبة من الخلف وتدفع بعيدا عن الخط المتوسط ويتبع ذلك انثناء عفوي فيشعر بقدم الجنين على ظهر اليد عندها يقبض عليها وتجذب للأسفل وحالما تتم ولادة الوركين تشد إحدى القدمين ثم الأخرى باتجاه الخارج ويكمل الاستخراج حسبما ذكر في استخراج المقعدي التام و الناقص .

مناورة براغ المعدلة Modefied Prague Maneuver:

يدور ظهر الجنين إلى الأمام في الغالبية العظمى من الحالات في سياق الولادة المهبلية بغض النظر عن وضعه الأصلي ،في حالات نادرة يفشل هذا الدوران ويبقى الظهر خلفياً وهنا يجب أن يتم الاستخراج بشكل معاكس من الخلف . يمكن بتطبق بعض القوة أثناء سحب الأطراف السفلية للجنين أن يتم الدوران وعند عدم حدوث ذلك تجرى مناورة موريسو لتوليد الرأس مع بقاء ظهر الجنين إلى الخلف .

وعندما لا يكون إجراء مناورة موريسو ممكناً تتم محاولة توليد الرأس بوضعيته الشاذة بمناورة براغ Prague المعدلة حيث يمسك أصبعين من يد الطبيب المولد كتفي الجنين من الأسفل بينما تشد اليد الثانية القدمين للأعلى فوق بطن الأم وتكون المناورة أسهل إذا اجري خزع فرج واقي .

مناورة براخت Bracht maneuver: (1)

- استعمل براخت طريقة سماها باسمه عام 1936 في محاولة لتقليد قوى الطبيعة إذ يسمح للمقعد بالولادة بشكل عفوي حتى مستوى السرة ثم يقبض على جسم الجنين و يمسك الجنين بالاتجاه المقابل لارتفاق العانة عند الأم ولا يطبق شداً أعلى من قوة الجاذبية للجسم .

- وإن مجرد الحفاظ على هذا الوضع مع تقلصات رحمية فعالة مع الضغط المطبق فوق العانة الذي يقوم به المساعد غالبا ما يكفي لإكمال الولادة بشكل عفوي . مناورة براخت شائعة جداً في أوروبة إلّا أنها أقل استعمالا في الولايات المتحدة .

مخاطر الولادة المهبلية والمشاكل النرافقة لها:

ان معدل المراضة الشديدة والوفيات ما حول الولادة في الولادة المهبلية للمجيء المقعدي بتمام الحمل هو 5% بحسب Hannah وزملائه في الدراسة التي أجراها عام 2000 وتضمنت 2088 سيدة بتمام الحمل مع مجيء مقعدي .(13-14)
إن هذه الدراسة تعرضت للانتقاد وجاءت العديد من الدراسات لتؤكد أن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي هي خيار آمن للأم و الجنين عند وضع معايير لاختيار السيدة التي ستتم ولادتها بشكل طبيعي .(15-16)
لكن في حال عدم مراعات المعايير الضرورية للولادة المهبلية فستكون الولادة محفوفة بالمخاطر .

-وأهم الاختلاطات الوليدية :

أولاً:انحباس رأس الجنين : Entrapment of Aftercoming Head

- **يحدث انحباس الرأس بشكل أساسي بسبب وجود عدم تناسب حوضي جنيني**
- **فأكبر أقطار الحوض الجنيني تسمح بولادة المقعد وجسم الجنين بسهولة حتى لو كان العنق غير تام الاتساع وبالتالي لا يكون اتساع العنق كافيا لمرور القطر الرأسي الأكبر .**
- **والنتيجة الثانية هي حدوث تأخر مهم في ولادة الرأس الجنيني وحدوث اختناق وأذية دماغية وربما الوفاة لاحقاً وتصبح المشكلة أكثر تعقيداً في حالة الأجنة الخدج بسبب ازدياد الفارق النسبي بين حجم رأس الجنين وجذعه .**
- **إنّ حالة عنق الرحم تلعب دورا مهما في إنذار الولادة المهبلية للمجيء المقعدي ولا توجد طريقة مقبولة تستطيع إعلامنا عن الأجنة التي سيحصل لها ذلك.**
- **ولكن يبدو أن نوع المجيء المقعدي (القدمي) وحالة الأم الوالدية (خروس) وسن الحمل (قبل تمام الحمل) كلها ذات قيمة إنذارية ، ووجودها لوحدها أو مجتمعة يعني أن احتمال حدوث مثل هذا الاختلاط يصبح وارداً جداً.**

إنّ انحباس الرأس يعتبر سبباً هاما لتألم الجنين وقت الولادة والذي يأتي في الدرجة الثانية بعد الخداج كأكثر الأسباب شيوعاً للوفيات ما حول الولادة .

تدبير انحباس الرأس :(1)

1 إجراء شقوق دورسن Duhrssen على عنق الرحم: أسرع مناورة لاستخراج الرأس المحتبس ولكن هذه الشقوق قد تمتد إلى القطعة السفلية للرحم و إلى الرباط العريض وقد تسبب عدم استمساك عنق الرحم وبالتالي قد يؤثر على القدرة الإنجابية لاحقاً، لذلك قلما يلجا إليها حالياً وهي تجرى غالبا عند ولادة جنين خديج على عنق رحم غير متسع بشكل تام فيقص العنق عند الساعة 6و2و10 .

2 استخدام مقلدات B عبر الوريد 300Terbutalinمكغ دفش وريدي

أو ريتودرين 0,25 mg تحت الجلد أو 2,5- 10 mg في الدقيقة وريديا .

3 يمكن استخدام الهالوتان عند عدم توفر مقلدات B ولكنه يحتاج إلى تخدير عام وتنبيب رغامى .

4 نتروغليسرين Nitroglycerine(50 -200 mcg وريديا) ومن غير المؤكد فائدته ويفيد بالدرجة الأولى في انحباس المشيمة .

5 خزع ارتفاق العانة Symphysiotomy:يجرى شق صغير للجلد فوق إرتفاق العانة ثم تشق الطبقة الأمامية للمفصل الليفي مما يسمح لعظمي العانة بحركة تكفي عادة لولادة الرأس تنصح الأم بالراحة في السرير ليومين ثم تقف معتمدة على عكاز ريثما تصبح قادرة على حمل وزنها ،لا يترك هذا الإجراء عواقب طويلة عادة.(1)

6 مناورة زافانيللي Zavanelli maneuver:وهي تجرى عادة عند انعضال الكتفين لمجيء قمي ولكن عند انحباس الرأس المتأخر للمجيء المقعدي تجرى أيضاً حيث يدفع الجنين إلى داخل الرحم وتجرى عملية قيصريةإسعافية. (18)

ثانياً: الولادة الانقذافية لرأس الجنيني Excessively Rapid Delivery

تحصل أحيانا ولادة انقذافية سريعة لرأس الجنين وتزيد هذه الحالة من معدل الأذيات الرضية للمجيء المقعدي المرافق للولادة المهبلية .
ويكون الخدّج أكثر تأذياً بسبب هشاشة الأوعية ويترافق ذلك مع زيادة معدل النزف ضمن القحف ويعتقد أن اللجوء إلى استخدام ملقط بايبر يخفف هذا الاختلاط .
إنّ استخدام ملقط بايبر Piper يساعد على السيطرة على الرأس ويمنع حدوث الولادة الإنقذافية و أذياتها.(1)

ثالثاً: ارتفاع ذراعي الجنين و الذراعان القفويان Extended Fetal Arms

يشاهد هذا الاختلاط في5,2% من الخروسات و 9,7% من الولودات .
ويكون السبب الرئيسي في حدوثه المناورات التوليدية خاصة في حالة استخراج المقعد الناقص أو التام.
وتؤدي هذه الحالة إلى زيادة القطر الرأسي واستحالة الولادة المهبلية وتأخر في ولادة الرأس واختناق الجنين .
أحياناً يسهل معالجة هذا الاختلاط بادارة الجنين عبر نصف دائرة وباتجاه يخدم الحتكاك المحدث في جذب المرفق نحو الوجه .وإذا لم يمكن إدارة الجنين قد يصبح ضرورياً دفع الجنين للأعلى في محاولة لتحرير ذراعيه .
وإذا فشل التدوير يتم إجبار إحدى أو كلتا الذراعين القفويتين على الولادة بتعليق أصبعين كجبيرة فوق العضد ومحاولة ثني المرفق ومن المحتمل جداً حدوث كسر في عظم العضد أو الترقوة .

رابعاً: أذيات ورضوض الجنين في الولادة المهبلية (19)

تأتي هذه الأذيات في المرتبة الثالثة كسبب لوفيات ما حول الولادة بعد الخداج و تألم الجنين في المجيء المقعدي .
1 رضوض الجملة العصبية المركزية : الأشيع وغالباً على شكل نزف وتحدث بالدرجة الأولى في حال وجود انبساط الرأس المصادف في 7,4% من المجيئات المقعدية . وإنّ نسبة كبيرة من هذه الرضوض تكون ناجمة عن المناورات التوليدية قد يحدث تباعد في عظم قبة القحف ينجم عادة عن الضغط المطبق فوق العانة ويسبب بدوره تمزق في الخيمة ونزف في البطينات وتحت الجافية .
2 أذية الضفيرة العضدية (شلل ارب) وشلل العصب الوجهي بدرجة أقل .

3 أذيات العضلات الهيكلية : حيث تصاب عضلات الأطراف أو العضلة القترائية ويحدث فيها ورم دموي يسبب حصول الإجل التشنجي الذي يزول عفوياً عادة .

4 أذية الاحشاء : أذية الكبد والطحال ولوحظ أنّ كثيراً من حالات التكلس البدئي في الكظر شوهدت بعد عدت سنوات من ولادة المجيء المقعدي مهبليا .

5 أذية الجهاز العظمي : كسور عظم الفخذ والعضد والترقوة وعنق الجنين كما يشاهد انفصال المشاش Epiphyses في أطراف العظم القفوي نتيجة انضغاط رأس الجنين فوق العانة ،كما يشاهد في عظم لوح الكتف والعضد والفخذ بكثرة . وقد تحدث كسور حقيقية في عظام الجمجمة .(20)

6 تمزق العجان عند الوليد :يحدث عندما يطبق مسرى مراقبة داخلي لدقات قلب الجنين ، كما قد تتأذى الخصية نتيجة الولادة الراضة للمقعد وتؤثر على القدرة الإنجابية مستقبلا .

7 خلع الورك الولادي : نسبته أعلى في الولادة المهبلية للمجيء المقعدي من الرأسي .

8 الموت المفاجىء للرضيع: لوحظت زيادة بعد الولادة المهبلية للمجيء المقعدي.

9 انضغاط الحبل السري :أثناء سير الولادة مما يؤدي إلى نقص الأكسجة (أحياناً الاختناق)

إنّ معدل انسدل الحبل السري في المجيء المقعدي هو 3,5% من مجمل المجيئات المقعدية ويحدث بنسبة 1% في المقعدي الصريح و10% في المجيء القدمي .بينما في المجيئات القمية فيحدث الانسدال بمعدل 0,24% .

إنّ معدل الوفيات في انسدال السرر هو 36-162 /بالألف . ويتوقف بشكل أساسي على المدة المنقضية بين تشخيص الانسدال و إنهاء الحمل .(21)

الانسدال الخفي للحبل السري قد يحصل مع كون الأغشية سليمة حيث يكون الحبل السري محاذيا للمجيء دون أن يتجاوزه ويتعرض للانضغاط عند المخاض ويتظاهر بتباطؤات متغايرة وفي النهاية يأتي الطفل مثبطا بشدة .

يساعد الايكو دوبلر الملون كثيرا في تحديد علاقة الحبل السري مع المجيء الجنيني .

الولادة بالعملية القيصرية Caesarean Section Delivery:

بعد الدراسة العشوائية متعددة المراكز التي أجريت عام 2000 من قبل Hannah and Hewson والتي عرفت ب Term Breech Trial لوحظت زيادة كبيرة في اجراء الولادة القيصرية للمجيء المقعدي.
ففي الولايات المتحدة الأمريكية كانت الزيادة من 12% عام 1970 إلى 87% عام 2001 وسجلت زيادة مشابهة عالميا.(14)
وذلك لأن Term Breech Trial أظهرت انخفاضاً كبيراً في المراضة و الوفيات الوليدية عند إجراء قيصرية انتخابية مقارنة مع الولادة المهبلية للأجنة بتمام الحمل مع مجيء مقعدي .
وينصح بإجراء الولادة بعملية قيصرية بين الأسبوعين 39 و40 وذلك لإتاحة الوقت لحدوث دوران عفوي للجنين إلى مجيء قمي و لنقلل احتمال حدوث الإختلاطات التنفسية عند الوليد .
والجمعية الأمريكية للمولدين والنسائيين تنصح بإجراء محاولة للتحويل بالأعمال الخارجية قبل إجراء القيصرية .

هذا ويتعزز التوجه نحو اجراء القيصرية بوجود العديد من الظروف الجنينية والوالدية ومنها:

1 الولادة قبل الأوان :إنّ ولادة الجنين الخديج- الذي يبدو ظاهرياً طبيعياً- بالعملية القيصرية سوف يخفض من معدل نقص الأكسجة ومخاطر الأذيات التوليدية ،وذلك لأنّ نسبة محيط الرأس إلى محيط البطن أكبر مما هي عليه في الجنين بتمام الحمل .
إنّ احتباس الرأس في الخدّج يكون ضعف ماهو عليه في الأجنة الناضجة عندما تتم الولادة مهبليا.(22)
نلجأ إلى العملية القيصرية عندما يكون وزن الجنين المقدر أقل من 2000 غ لأنّ الوفيات والمراضة حول الولادة تزداد في حال تمت الولادة المهبلية لهؤلاء الأجنة.

2الأجنة العرطلة : المشكلة في الولادة المهبلية للمجيء المقعدي أن القطر الأكبر للجنين يلد أخيراً ، لذلك وجود جنين بوزن مقدر اكبر من 3500 غ هو مثار قلق كبير في تدبير المجيء المقعدي .

3 رأس الجنين بوضعية فرط بسط :ويتم كشف ذلك بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية أو بإجراء صورة بسيطة للحوض X-Ray .

وتشكل حالات الرأس المنبسط 7,4% من حالات المجيء المقعدي بتمام الحمل وعند ولادتها بالطريق المهبلي تحدث عواقب عصبية قد تكون شديدة و مميتة في 20% من الحالات .(23)

4 حوض الأم : إنّ لشكل وأبعاد الحوض دوراً هاماً في التقييم الواجب إتباعه لتدبير المجيئات المقعدية . وإنّ أهمية الصور الشعاعية البسيطة والتصوير الطبقي المحوري في تشخيص ضيق الحوض مشكوك بها .
يمكن تقدير كفاية سعة الحوض بوجود قصة سابقة لولادة جنين أكبر من الحالي ، وإذا كان أصغر يفضل اللجوء للولادة القيصرية ، ويفضل استبعاد الحوامل الخروسات من تجربة المخاض بسبب عدم وجود دليل على حوض كاف مسبقاً .
كما يفيد معرفة طول الأم ، سعة قوس العانة ، نتوء شوكي الورك ، شكل العجز و موقع المجيء .
وان الحوض المفضل لولادة المجيء المقعدي هو الحوض الأنثوي وبدرجة ثانية الحوض القردي أما الحوضان الذكري و المسطح فهما غير مناسبان لولادة الرأس المتأخر .(16)
5 نمط المجيء المقعدي :إنّ المجيء المقعدي الناقص(القدمي أو الركبي) مضاد استطباب لمحاولة الولادة المهبلية لخطورة انسدال السرر و احتباس الرأس المتأخر وما يشكله ذلك من تهديد لحياة الجنين .
6 انبثاق الأغشية الباكر :إنّ خطورة انسدال السرر كبيرة في المجيئات المقعدية عند حدوث تمزق باكر للأغشية .
7 سوابق قيصرية أو أكثر .
8 سوابق وفيات أجنة .
9 حالات المشيمة المرضية : الارتكاز المعيب والانفكاك الباكر للمشيمة
10 الرغبة في التعقيم .
11 عند اتخاذ القرار بمحاولة الولادة المهبلية وحدوث توقف ثانوي لاتساع العنق أو شذوذ في النزول يجب اللجوء إلى العملية القيصرية الإسعافية.

تدبير ولادة المجيء المعترض:(1)

Management of Transvers Lie Delivery:

ولادة المجيء المعترض من أخطر الولادات على الإطلاق وعدم تدبيرها بالشكل الصحيح يعرض حياة الأم والجنين للخطر . ويجب أخذ العديد من العوامل بعين الاعتبار عند التدبير من أهمها عمر الحمل وقابلية الجنين للحياة وكون الجنين حياً أو لا ووجود ارتكاز مشيمة معيب مرافق ووضع الأغشية الجنينية و حالة المخاض .

أولاً: عند وجود ارتكاز معيب للمشيمة مرافق فالولادة حصرا بعملية قيصرية .

ثانياً: عندما يكون الجنين متوفي وبعمر حملي صغير أو الجنين غير قابل للحياة يمكن أن تتم الولادة المهبلية حيث يتقدم اتساع عنق الرحم في البداية بفضل جيب المياه السليم الذي

لا يلبث أن يتمزق فيتوقف اتساع العنق ، إلا أن استمرار التقلصات الرحمية يؤدي إلى انطواء الجنين على نفسه مما يسمح بولادة مقعده أولاً يتبعه باقي الجسم .

أما في حال كان حجم الجنين كبيراً فان انطواء الجنين يؤدي إلى تمدد القطعة السفلية وتمزقها معرضا الأم للخطر الجسيم .

إن التحويل بالأعمال الداخلية يمكن أن يجرى للأجنة المتوفاة بأعمار حملية باكرة لكن يجب أن تجرى بأيدي خبيرة بهذه المناورة لإمكانية حدوث تمزق للرحم .(24)

ثالثاً: في الأجنة القابلة للحياة نحن أمام خيارين:

الأول :إجراء عملية قيصرية.

الثاني :تحويل الجنين إلى الوضع الطولاني بمجيء قمي أو مقعدي .

ويجب تمييز الحالات التالية:

1 المخاض قد بدأ أو أن الأغشية الجنينية متمزقة:

تجرى عملية قيصرياً غالبا.

لكن يمكن أحياناً وبوجود أغشية جنينية سليمة تحويل الجنين بالأعمال الخارجية إلى مجيء قمي أو مقعدي بعد إعطاء مرخيات الرحم .

2 قبل بدء المخاض :

إن أحد الخيارات المتاحة بعد تمام الأسبوع الحملي 37 وقبل بدء المخاض هو إجراء تحويل بالأعمال الخارحية إلى المجيء القمي ثم بثق الأغشية الجنينية وحث المخاض .

وفي حال كان الرأس عاليا وغير متدخل بعد التحويل يجب إجراء بثق الأغشية في غرفة العمليات و برأس إبرة needle puncture لا باستخدام الباثق Amniohook للسيطرة على تدفق السائل الأمنيوسي وإنقاص احتمال حدوث انسدال للسرر.(21)

إنّ حث المخاض ضروري بعد عملية التحويل وذلك لوجود احتمال كبير لحدوث دوران معاكس والعودة إلى الوضع المعترض وذلك على العكس من التحويل في المجيء المقعدي حيث من النادر أن يعود الجنين إلى الوضع الأول .

في حال عدم نجاح التحويل بالأعمال الخارجية تجرى الولادة بعملية قيصرية .

إنّ التدبير الترقبي Expectant management بعد الأسبوع 37 يحمل خطورة حدوث انسدال للسرر وبالتالي احتمال موت الجنين لذلك يفضل التدبير الفعال للمجيء المعترض بعد الأسبوع 37 .

بحسب دراسة هولندية كبيرة امتدت لسبع سنوات قام بها Wilminkوزملاؤه عام 2010 وجدو أنّ احتمال حدوث العسرة التنفسية بعد القيصرية الانتخابية بتمام الحمل 6,8%واحتمال وفاة الجنين 1 من 1500 ،هذا الخطر أقل بكثير من خطر حدوث انسدال للسرر بعد الأسبوع37 والمؤدي إلى الوفاة الجنين في 5-10% من الحوامل المدبرين شكل ترقبي .(25)

3 التؤام الثاني معترض:

بعد ولادة التؤام الأول قد يتخذ التؤام الثاني الوضع المعترض بغض النظر عن وضعه قبل بدء المخاض ،وغالباً يتم التدبير بالتحويل بالأعمال الداخلية Internal Podalic Version واستخراج الجنين كما في المجيء المقعدي وهذه المناورة يجب أن تجرى بعد ولادة الجنين الأول وبينما تزال الأغشية سليمة و عنق الرحم باتساع تام وتجرى بأيدٍ خبيرة بسبب خطورة حدوث تمزق للرحم أو رض للجنين .

ويمكن إجراء تحويل بالأعمال الخارجية للتؤام الثاني تحت المراقبة بالأمواج فوق الصوتية ولا توجد دراسات كافية لترجيح إحدى المناورتين على الأخرى.

فيما يتعلق بتكنيك العملية القيصرية:

تجرى القيصرية بشق معترض على القطعة السفلية عندما يكون ظهر الجنين للاعلى ويستخرج كمقعدي بالطراز القدمي .

في حال كان الظهر للأسفل Back down يفضل البعض إجراء الشق العمودي (القيصرية الكلاسيكية) وبخاصة عند عدم تطور القطعة السفلية للرحم كما في الولادات قبل الأوان.

ولكن يمكن أن يستخرج الجنين المعترض مع الظهر للأسفل بالشق السفلي المعترض ففي دراسة ل Shoham وزملائه أجريت على 66 حامل بمجيء معترض 27 حالة الظهر للأسفل و39 الظهر للاعلى تمت ولادة 92% من الأجنة بشق معترض على القطعة السفلية و8%تم تحويل الشق إلى الشكل T .(26)

هذا ويمكن إجراء تحويل للجنين المعترض داخل البطن أثناء القيصرية عندما تكون الأغشية الجنينية سليمة Itnra Abdominal Version مما يسمح باستخراج الجنين عبر شق معترض سفلي كمجيء مقعدي أو قمي .(1)

إنّ الحرص على توليد الجنين بقيصرية سفلية يعود لأسباب عدة أهمها الخطورة المنخفضة لتمزق الرحم في الحمل التالي مقارنة بالقيصرية العلوية .

تدبير ولادة المجيء الوجهي : (1-6-7)

Management of Face Presentation Delivery:

عند تشخيص المجيء الوجهي يكون 60% ذقني أمامي Mentum anterior , 25 %ذقني خلفي Mentum posterior و15%ذقني معترض Mentum transverse .

وإن 30-50%من الأجنة بمجيء ذقني خلفي و ذقني معترض تتحول إلى ذقني امامي خلال سير المخاض . أهمية هذا التحول في أن الذقني الامامي وحده الممكن أن يولد مهبلياً.(1)

إنّ المجيء القمي يتدخل بالقطر تحت القفوي البرغماوي 11,9 سم بسبب انعطاف الرأس حتى تلامس الذقن صدر الجنين، بينما المجيء الوجهي يتدخل بالقطر تحت الذقني البرغماوي أو القطر تحت الذقني الجداري 12,6سم بسب إنبساط رأس الجنين ، وعلى الرغم من الزيادة 0,7سم فإن 75% من المجيئات الوجهية بوضعية الذقني الأمامي تلد مهبلياً بينما لا يمكن أن يلد الذقني الخلفي أو المعترض في حال استمرارهما مهبلياً أبداً ولابد من إجراء عملية قيصرية .(1)

إن تدبير المجيء الوجهي يتطلب مراقبة لصيقة لتطور المخاض لأن عدم التناسب الحوضي الجنيني أكثر شيوعاً في المجيء الوجهي منه في القمي .

وكذلك فإنّ اضطراب إصغاء الجنين أكثر حدوثا في المجيئات الوجهية مما يتطلب مراقبة مستمرة للإصغاء وهذا غالبا يتم بوسائل خارجية لأنّ المراقبة الالكترونية المستمرة لإصغاء الجنين بمسبار داخلي قد يؤذي وجه أو عيني الجنين .

وإذا كانت المراقبة الداخلية مطلوبة فلابد من التأكد من وضع الإلكترود على بنية عظمية كعظم الجبهة أو الفك أو الوجنة لنقلل الأذية المحتملة .(27)

<u>الذقني الأمامي :</u> عندما يتدخل المجيء الوجهي الذقني الأمامي تكون العنق منبسطة والقفا يلامس ظهر الجنين وتحدث الولادة المهبلي وفق التالي النزول يتبعه الدوران الداخلي ليصبح الذقن هو اخفض نقطة من الوجه يستمر النزول حتى تظهر الذقن تحت ارتفاق العانة فيشكل الفك السفلي مفصلا مع ارتفاق العانة ويبدأ الرأس بالانعطاف فيظهر الفم فالأنف فالعينين فالجبهة ثم ينزلق العجان على الرأس ليتخلص القفا ، ثم ينبسط الرأس ثانية ويحدث الدوران الخارجي المعاوض .

يمكن أن يطبق ملقط المخرج وبأيدٍ خبيرة عندما ينتفخ bulging العجان بالوجه الجنيني .

لا يجوز تطبيق الملقط المتوسط لمخاطره على الأم و الجنين .

<u>الذقني الخلفي :</u> تتم الولادة حصراً بعملية قيصرية .

وإنّ الأسباب التي تمنع الولادة المهبلية للمجيء الوجهي الذقني الخلفي هي :

أولاً: يجب أن تدخل العنق و الرأس و الكتفين إلى الحوض معا حتى تتم ولادته وهذا غير ممكن في الحوض الطبيعي

ثانياً: إنّ عنق الجنين أقصر من العجز (12سم) فلا يمكن للرأس أن يصل العجان .

ثالثاً: يمكن لفم الجنين المفتوح أن يشكل منطقة ارتكاز معاكسة للعجز ويمنع إتمام النزول.

لذلك لا يمكن أن تتم الولادة المهبلية ما لم يحدث دوران إلى وضعية الذقني الأمامي إلّا إذا كان الجنين صغيراً جداً.(28)

يجب أن نتجنب محاولة تحويل الذقني الخلفي إلى قمي أو ذقني أمامي بمناورات يدوية داخلية أو خارجية على الرغم من أنها قد تنجح أحيانا وبدون إختلاطات كبيرة إلا أنّها تحمل خطورة حدوث تمزق للرحم و أذيّة العمود الرقبي للجنين وعواقب عصبية مستقبلية وخيمة.(29)

تدبير ولادة المجيء الجبهي:

(7-1) Management of Brow presentation Delivery

إن تشخيص المجيء الجبهي غالبا يتم متأخراً خلال الطور الثاني من المخاض ويتطلب تمزق جيب المياه ، يتم التشخيص بالفحص الأصبعي digital examination فيشعر بالجبهة و جذر الأنف والحجاج والفك العلوي دون القدرة على الوصول إلى الفم أو الذقن مما ينفي المجيء الوجهي .عندما يكون التشخيص غير أكيد يمكن اللجوء للتصوير بالأمواج فوق الصوتية فيلاحظ وجود الحجاج تماماً تحت ارتفاق العانة .

الولادة المهبلية :

وتتوقف على حجم الجنين و سعة الحوض وشدة التقلصات .

ففي حال الجنين المتوفي الصغير أو الخداج الشديد يمكن أن تتم الولادة المهبلية .

بينما الجنين تام النمو فولادته المهبلية صعبة جدا، إذ أن المجيء الجنيني يتدخل في المضيق العلوي للحوض بالقطر الذقني الجداري 13,4سم .
(ينما القطر تحت الذقني الجداري 12,6سم في المجيء الوجهي ، والقطر تحت القفوي البرغماوي 11,9سم في المجيء القمي)

لذلك التدخل فيه صعب جداً ويتطلب تقلصات عنيفة و تراكباً شديداً بالعظام ، فإذا تم ذلك وحدث النزول ووصل المجيء إلى تقعير الحوض يحدث الدوران إلى الأمام فتظهر الجبهة من خلال الفرج ثم حافة الحجاج ثم الأنف ويقوم الفك العلوي بدور حركة مفصلية تؤدي إلى انعطاف الرأس ويظهر اليافوخ البرغماوي ثم ينزلق العجان على القفا فينبسط الرأس و يتخلص الفك العلوي فالفم و أخيراً الذقن وان تخلص الرأس بهذه الطريقة يشبه طريقة الولادة في المجيء القمي العجزي .(1)

الولادة القيصرية :

ان المجيء الجبهي في تمام الحمل هو استطباب للولادة بالعملية القيصرية إذا بقي ثابتاً .(1)

بشكل عام عند تشخيص المجيء الجبهي يراقب سير المخاض بشك لصيق ومستمر في حال كانت سعة الحوض ملائمة للاحتمال الكبير بالتحول إلى المجيء الوجهي او المجيء القمي فإذا تأخر تدخل المجيء أو توقف المخاض بسبب عدم التناسب الحوضي الجنيني أو حدث تألم جنينيى يلجأ إلى العملية القيصرية .

أسباب وفيات الأجنة ما حول الولادة في المجيئات المعيبة (29-30-31)

1 الاختناق أثناء المخاض Intrapartum Asphyxia :

يشكل الاختناق أثناء المخاض سبباً رئيسياً من أسباب الوفيات ما حول الولادة .

وربما كان هذا السبب أمراً يمكن الوقاية منه ولكن لا تتفق جميع الدراسات على أولوية هذا السبب فقد ذكر أن الاختناق أثناء المخاض يأتي بالدرجة الثانية بعد الخداج وتتلخص أسبابه الرئيسية في الظروف التالية:

1- **الولادة المهبلية الصعبة والمديدة.**
2- **مشاكل الحبل السري(انسداد، انضغاط).**
3- **مشاكل المشيمة(ارتكاز ، انفكاك) .**

2 التشوهات الخلقية:

قدرBrenner معدل التشوهات الخلقية لدى المجيئات المقعدية ب6.3% بالمقارنة مع 2.4% للمجيئات الرأسية .(1)

وقد أوضح Kuppila أنّ معدل حدوث التشوهات الخلقية لدى الأجنة المقعدية بأوزان تقل عن 2500غ هو 10.2 % مقارنة مع 8.3% للأوزان فوق 2500غ مما يدل على وجود علاقة عكسية بين معدل حدوث التشوهات الخلقية و وزن الجنين.(1)

إنّ التشوهات الخلقية الرئيسية تشاهد بشكل مسيطر في الجهاز العصبي المركزي وهي:

انعدام الجمجمة، استسقاء الرأس ، القيلة النخاعية السحائية ، التشوهات الصبغية وغيرها.

3 الخداج والولادة قبل الأوان: Prematurity

إنّ الخداج والولادة قبل الأوان هو السبب الأول للمراضة والوفيات حول الولادة بنسب مختلف عليها في عدد من الدراسات.(22)

4 الرض الجنيني: Birth trauma

يحتل الرض الولادي المركز الثالث في أسباب وفيات ما حول الولادة بعد الخداج والاختناق .

ويجب أن نعلم أن هناك أسباب غير قابلة للمنع تشترك في إحداث معدل الوفيات و مراضة ماحول الولادة بشكل مهم وبارز من الناحية الإحصائية كالخداج والتشوهات الخلقية دون أن تساهم طريقة الولادة في الإنقاص من دورها .(31)

بالمقابل توجد أسباب قابلة للمنع يمكن للعمل الجراحي معها أن يحسن نتاج الحمل مثل انسدال الحبل السري وانحباس رأس الجنين والأذية الجنينية.

طرق إنقاص الوفيات ما حول الولادة:

-إجراء التحويل بالأعمال الخارجية ينقص معدل القيصريات و معدل الولادة المهبلية لمجيء مقعدي ودون زيادة ذات قيمة في المراضة أو الوفيات الجنينية.(9-10)

–الملقط الجنيني: ينقص من معدل الرض و الأذية في سياق الولادة المهبلية إذا توافرت الخبرة بتطبيقه.(1)

-الدراسة الشعاعية: تسمح بكشف حالات فرط انبساط الرأس التي تترافق مع أذيات ولادية فيما لو تمت الولادة بالطريق الطبيعي .(23)

- تقدير وزن الجنين: يلعب دورا هاما لأن معدلات الرض والأذية التوليدية تكون لدى أجنة وزنها أكثر من 2500 غ أقل منها في حال الولادة المهبلية من الأجنة التي وزنها أقل من 2500 غ وبالمقابل فإن الأذيات العصبية تزداد بشكل ملحوظ إذا أجريت ولادة مهبلية لجنين مقعدي يزن أكثر من 3500غ .(32)

-وضع بروتكول لتحديد شروط الولادة المهبلية وأن تتم بوجود أعلى خبرة طبية ممكنة .(15)

- عامل الخبرة.(1-11-12)

الدراسة العملية

عنوان الدراسة:

دراسة راجعة لتدبير المجيئات المعيبة بتمام الحمل في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

A Retrospective Study Of Management Of Malpresentations At Term At Maternal Hospital – Damascus .

خلفية البحث:

تشكل المجيئات المعيبة نسبة تقدر ب 4% من المجيئات الجنينية بتمام الحمل وبما أن المجيئات المعيبة تحمل خطورة عالية على الأم والجنين لذا فدراسة واقع هذه المجيئات في مشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي بدمشق قد يساهم في خفض نسبة المراضة و الوفيات الوالدية و الجنينية.
فمثلا نسبة الوفيات ما حول الولادة في ولادة المجيء المقعدي أكثر ب 4 مرات منها في ولادة المجيء القمي وذلك بسبب زيادة نسبة التشوهات الخلقية والخداج والرضوض ونقص الأكسجة التي تنتج عن انضغاط الحبل السري المنسدل وعسرة الولادة بالاضافة الى زيادة نسبة القيصريات في تدبير ولادة المجيء المقعدي مقارنة مع المجيء القمي.
أما في المجيء المعترض لا يمكن لجنين بتمام الحمل أن يولد بالطريق المهبلي وانما يجب اجراء قيصرية.
الا في حال الخداج الشديد يمكن أن يولد بصورة طبيعية وكما قد تحتاج المريضة لاجراء قيصرية علوية في حال كان جذع الجنين يملأ مدخل الحوض.
أما في المجيء الجبهي فهو في 50-75% من الحالات هو مجيء غير ثابت ويتحول الى مجيء وجهي في حال تابع انبساطه أوالى مجيء قمي في حال تابع انعطافه وبالتالي تتم الولادة الطبيعية.أما في المجيء الجبهي الثابت فحصرا ستكون الولادة قيصرية الا في حال الجنين الصغير جدا أو الحوض الواسع جدا.
أما المجيئات الوجهية فان 75% من الولادات تتم بصورة طبيعية أو بملقط جنين واطئ وذلك للمجيء الوجهي الأمامي أما المجيء الوجهي الخلفي أو الوجهي المعترض فحصرا الولادة قيصرية الا في حال دورانه الى ذقني أمامي.

أهداف الدراسة:

1- تحديد طرق التدبير المتبعة للمجيئات المعيبة في مشفى التوليد وامراض النساء الجامعي بدمشق .
2-تحديد الاختلاطات المرافقة لتدبير المجيئات المعيبة.
3- الوصول للتدبير الأمثل للحمول والولادات في حال وجود مجيء معيب.

نوع الدراسة:

دراسة وصفية راجعة.

مكان الدراسة:

مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق وهو المشفى التعليمي الرسمي لكلية الطب البشري - جامعة دمشق

مدة الدراسة:

من1\9 \2011 إلى 31\8\2012.

المشاركات في الدراسة :

شملت الدراسة جميع حالات الولادة للأجنة بمجيئات معيبة بتمام الحمل وتم استبعاد الحمول المتعددة والمجيء المركب والسرري.

تحليل البيانات :

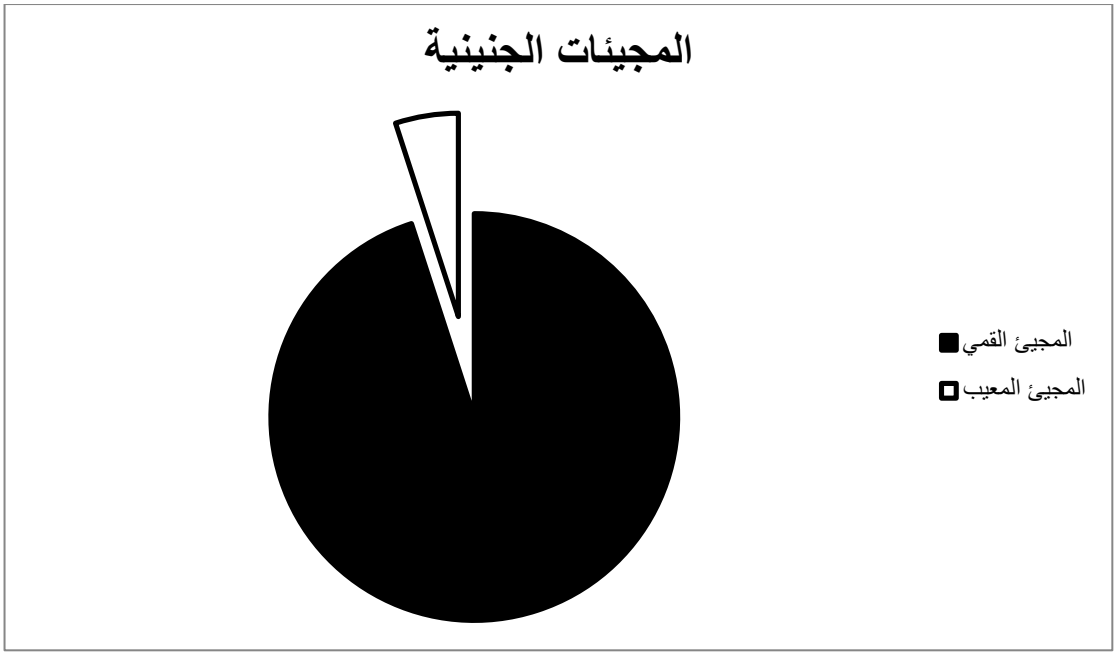
تم استخدام برنامج EXCEL لاعداد الجداول اللازمة لعرض النتائج وتم ايضاحها باستخدام مخططات الأعمدة و القرص .
جمع البيانات تم من أضابير المرضة المحفوظة في إرشيف المشفى بالاعتماد على نموذج الاستبيان الموضح في الملحق رقم 1.

حجم العينة و نسبة الحدوث :

بلغ مجموع حالات المجيئات المعيبة بتمام الحمل 594 حالة في حين بلغ عدد الولادات الكلية خلال فترة الدراسة 12092 وعليه تكون نسبة المجيئات المعيبة 4,91%من الولادات و تتوزع حسب الجدول (1) :

الجدول رقم (1) توزع المجيئات المعيبة المدروسة خلال مدة الدراسة

نوع المجيء	العدد	النسبة
مجيء مقعدي	475	%3,93
مجيء معترض	87	%0,72
مجيء وجهي	21	%0,17
مجيء جبهي	11	%0,09
المجموع	594	%4,91



المخطط (1) نسبة المجيئات المعيبة من مجمل القبولات

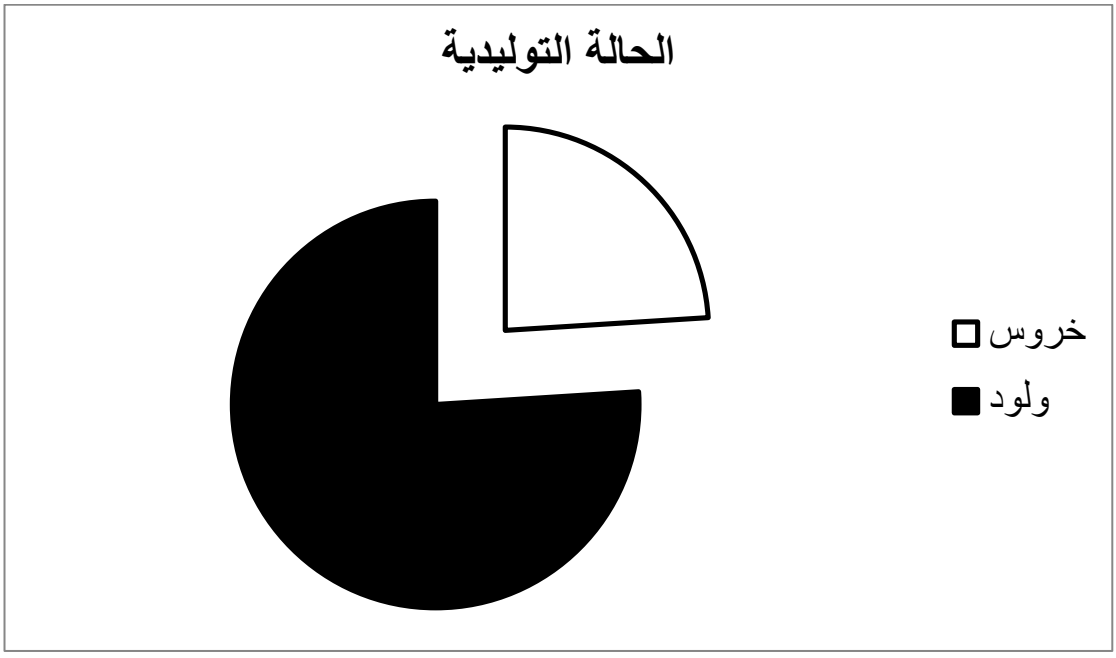
توزع المجيئات المعيبة حسب الحالة التوليدية :

كان عدد الخروسات في عينة الدراسة 141 سيدة أي بنسبة 23,73%في حين بلغ عدد الولودات 453 سيدة أي بنسبة 76,26% وعليه فالولودات تشكل القسم الأكبر من الحوامل بالمجيئات المعيبة.

وكان توزع المجيئات المعيبة حسب الحالة التوليدية كما التالي:

الجدول رقم (2) توزع المجيئات المعيبة بحسب الحالة التوليدية

	خروس		ولود	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
المجيءالمقعدي	126	%26,52	349	%73,47
المجيءالمعترض	8	%9,19	79	%90,8
المجيء الوجهي	4	%19,04	17	%80,95
المجيء الجبهي	3	%27,27	8	%72,72



المخطط (2) يبين توزع المجيئات المعيبة حسب الحالة التوليدية

نسبة المجيئات المعيبة حسب الحالة التوليدية :

بلغ عدد الولادات الكلي خلال فترة الدراسة 12092 وكان عدد الخروسات الكلي 3442 في حين بلغ عدد الولودات 8832 فتم حساب نسبة المجيئات المعيبة من عدد القبولات الكلي خلال فترة الدراسة وبحسب الحالة التوليدية وكانت كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (3) نسبة المجيئات المعيبة حسب الحالة التوليدية

المجيء	خروس	ولود	الكلية
المقعدي	%3,66	%4,03	%3,93
المعترض	%0,23	%0,89	%0,72
الوجهي	%0,11	%0,19	%0,17
الجبهي	%0,08	%0,09	%0,09
المجيئات المعيبة	%4,09	%5,12	%4,91

نلاحظ من الجدول السابق ان معدل حدوث المجيئات المعيبة لدى الولودات هو أعلى منه عند الخروسات بفارق 1,03% و يكون هذا الفرق واضحا بشكل كبير في حالة المجيء المعترض حيث معدل الحدوث عند الولودات زاد أربعة أضعاف تقريبا عنه عند الخروسات وان الزيادة في معدل الحدوث هي 0,37% في المجيء المقعدي .

تأثير تعدد الولادات في حدوث المجيئات المعيبة:

تم تقسيم الولودات إلى فئتين:

فئة الولودات أقل من 5 ولادات وقد بلغن 5302 سيدة .

و فئة الولودات أكثر أو يساوي 5 ولادات وقد بلغن 3348 سيدة .

وذلك لدراسة تأثيرتعدد الولادات على حدوث المجيئات المعيبة فكان توزع المجيئات المعيبة كما هو واضح في الجدول رقم (4)

الجدول رقم (4) توزع المجيئات المعيبة بحسب عدد الولادات

	المجيءالمقعدي		المجيءالمعترض		المجيء الوجهي		المجيء الجبهي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
5> ولادات	184	%38,73	25	%28,73	5	%23,8	4	%36,3
>أو=5 ولادات	165	%34,73	54	%62,06	12	%57,14	4	%36,3

نسبة المجيئات المعيبة حسب عدد الولادات:

تم حساب نسبة المجيئات المعيبة من العدد الكلي للقبولات بالنسبة لكل من الولودات(5302) و عديدات الولادة(3348).

ان عدد الولودات (اقل من 5) مع مجيء معيب 218 سيدة في عينة الدراسة أي أن نسبة المجيء المعيب في هذه الفئة 4,11%

وكانت هذه النسبة 7,01% بالنسبة لعديدات الولادة حيث بلغ عدد عديدات الولادة مع مجيء معيب 235 سيدة في عينة الدراسة .

ويبين الجدول التالي نسبة كل مجيء معيب بحسب عدد الولادات:

الجدول رقم (5)نسبة المجيئات المعيبة عند الولودات و عديدات الولادة

المجيء	ولود<5	ولود>أو=5
مقعدي	%3,47	%4,92
معترض	%0,47	%1,61
وجهي	0,095	%0,35
جبهي	%0,07	%0,11

إنّ نسبة المجيئات المعيبة تزداد بشكل ملحوظ عند عديدات الولادة وذلك عند كل المجيئات المعيبة .

إنّ نسبة المجيئات المعيبة 4,91% في عينة الدراسة بينما عند عديدات الولادة بلغت 7,01% أي بزيادة 2,1%وهذا يبرز تعدد الولادات كعامل مؤهب لحدوث المجيئ المعيب .

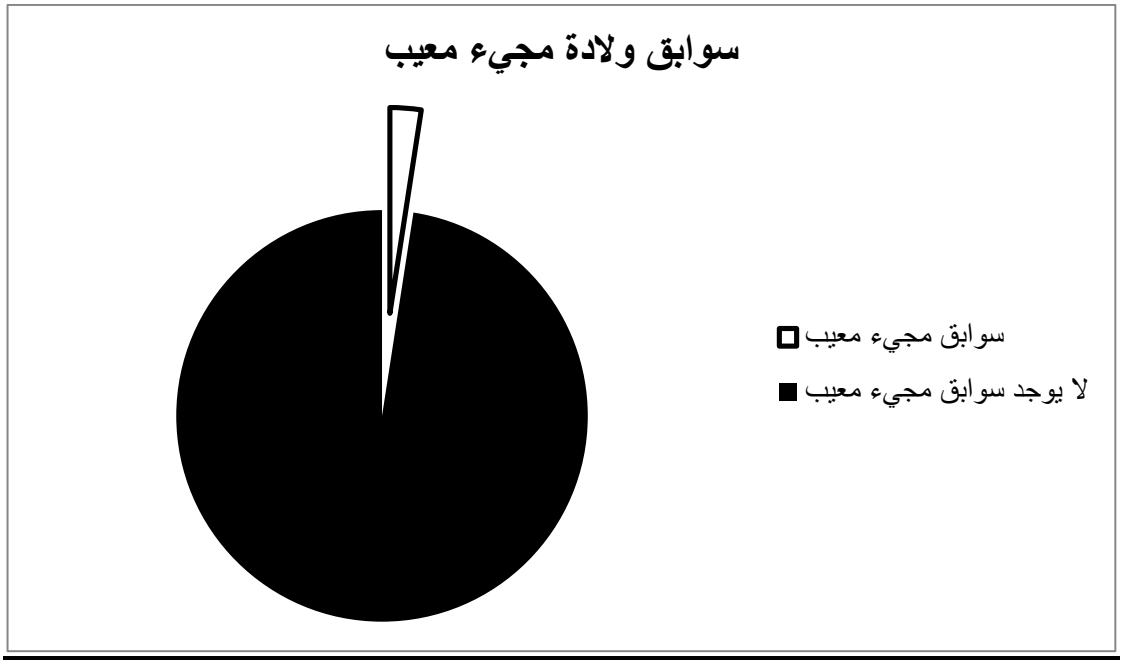
تأثير سوابق ولادة مجيء معيب :

بلغ عدد السيدات اللواتي في سوابقهن ولادة مجيء معيب 50 سيدة من مجموع السيدات مع مجيء معيب بتمام الحمل واللاتي بلغن 594 سيدة أي شكلن نسبة 8,41% أي قرابة ضعفي النسبة في العينة الكلية (4,91%)

يبين الجدول التالي نسبة تكرار المجيئات المعيبة لدى نفس الحامل .

الجدول رقم(6)عدد ونسبة السيدات مع سوابق ولادة مجيء معيب

	مجمل العينة	سوابق مجيء معيب	النسبة المئوية
المجيء المقعدي	475	44	%9,26
المجيء المعترض	87	5	%5,74
المجيء الوجهي	21	1	%4,76
المجيء الجبهي	11	-	



المخطط رقم(3) : نسبة النساء اللواتي في سوابقهن ولادة مجيء معيب

تأثير التشوهات الخلقية الرحمية:

تم تشخيص التشوه الرحمي في أغلب الحالات خلال القيصرية وعدد قليل منها شخص قبل الجراحة بواسطة الأمواج فوق الصوتية وأحيانا تم التشخيص بالمس المستبطن بعد الولادة المهبلية . ولاشك أن العديد من الحالات لم تشخص بخاصة عندما تمت الولادة مهبليا ولم يجرى مس مستبطن .

بلغ عدد الحالات المشخصة لتشوهات رحمية 15 حالة أي بنسبة 2,52%من السيدات مع مجيء معيب بتمام الحمل(594سيدة).ولم تسجل حالات لتشوهات رحمية مرافقة للمجيء الوجهي أو الجبهي .

يبين الجدول التالي توزع التشوهات الرحمية بين المجيئات المعيبة ونوع التشوه:

الجدول رقم (7)عدد ونسبة التشوهات الرحمية الخلقية ونوع التشوه

	العدد الكلي	عدد التشوهات	النسبة المئوية	رحم ذو قرنين	وحيد القرن	حجاب رحمي
مجيء مقعدي	475	13	%2,73	7	2	4
مجيء معترض	87	2	%2,29	2	-	-
مجيء وجهي	21	-	-	-	-	-
مجيء جبهي	11	-	-	-	-	-

طريقة الولادة في المجيئات المعيبة بتمام الحمل:

كان عدد السيدات اللاتي ولدن ولادة طبيعية 139 سيدة أي بنسبة 23,4% و بلغ عدد السيدات اللواتي أجري لهن قيصرية 455 أي بنسبة 76,59%.

ويبين الجدول التالي توزع طريقة الولادة بحسب نوع المجيء المعيب:

الجدول رقم (8)طريقة الولادة للمجيئات المعيبة بتمام الحمل

	المجيء المقعدي		المجيءالمعترض		المجيء الوجهي		المجيء الجبهي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ولادة مهبلية	137	%28,84	-	-	2	%9,52	-	-
ولادة قيصرية	338	%71,15	87	%100	19	%90,47	11	%100

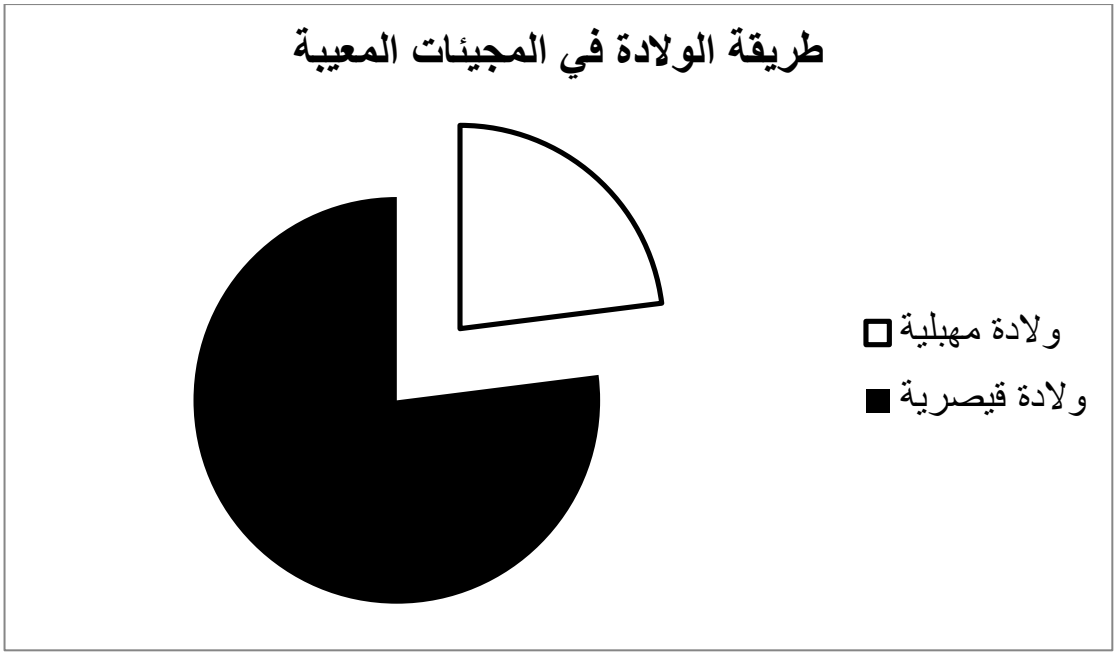
نلاحظ النسبة المرتفعة للعملية القيصرية والتي وصلت قرابة 77%من السيدات مع مجيء معيب بتمام الحمل وفي المجيء المعترض 100% وفي المقعدي 71%.

في حين كانت النتائج في مجمل القبولات كالتالي:

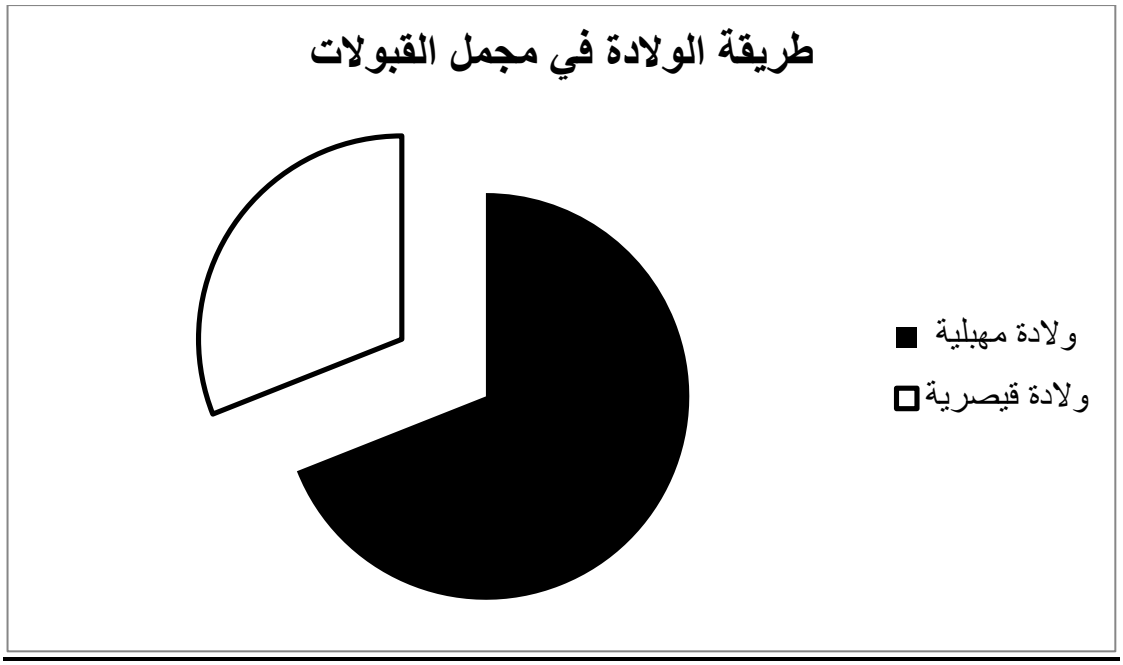
الجدول رقم (9) طريقة الولادة في مجمل القبولات خلال مدة الدراسة

طريقة الولادة	مجمل القبولات	
	العدد	النسبة
ولادة مهبلية	8413	%69,57
ولادة قيصرية	3679	%30,43
المجموع	12092	%100

وتلحظ الزيادة الكبيرة في نسبة القيصريات عند تشخيص المجيء المعيب بتمام الحمل مقارنة مع النسبة في مجمل القبولات .



المخطط(4):طريقة ولادة المجيئات المعيبة بتمام الحمل خلال فترة الدراسة



المخطط (5) طريقة الولادة بالنسبة لمجمل القبولات خلال فترة الدراسة

وتمت دراسة طريقة الولادة بحسب الحالة التوليدية :

لم تجرفي عينة الدراسة أية ولادة مهبلية لخروس بتمام الحمل حامل بمجيء معيب و بأي نوع كان واللاتي ولدن مهبليا كن جميعا من الولودات وانحصرت الولادات المهبلية في المجيء المقعدي و المجيء الوجهي.

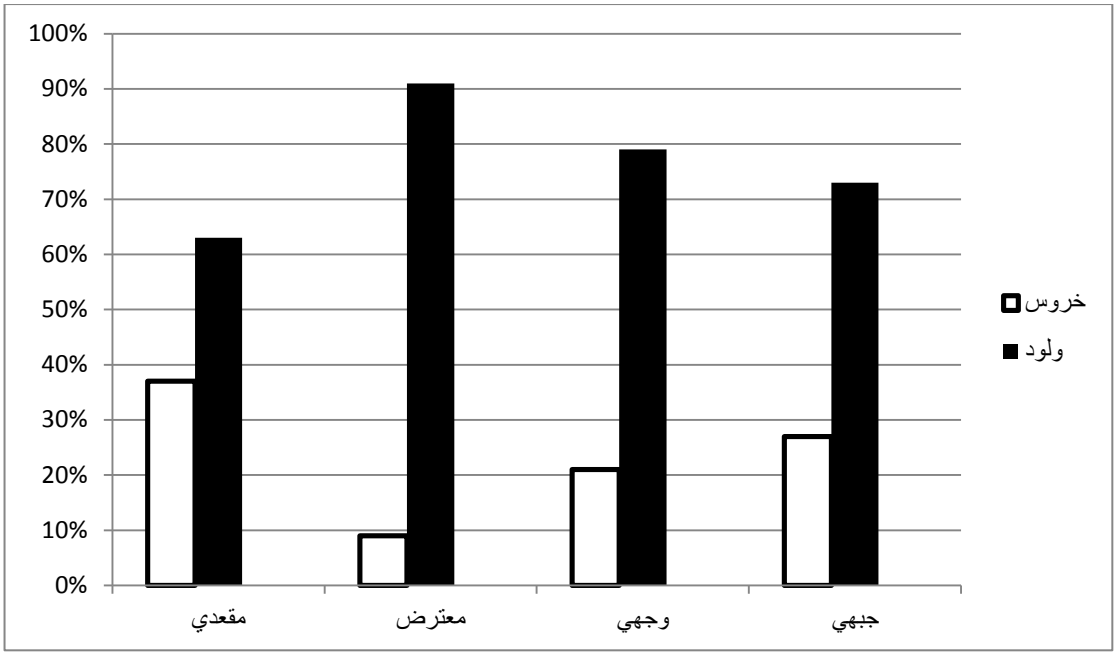
الجدول(10) توزع الولادة المهبلية بين الخروسات والولودات مع مجيء معيب

الولادة المهبلية	المجيء المقعدي		المجيء المعترض		المجيء الوجهي		المجيء الجبهي	
خروس	-	-	-	-	-	-	-	-
ولود	137	%100	-	-	2	%100	-	-
المجموع	137	%100	-	-	2	%100	-	-

العملية القيصرية توزعت بين الخروسات و الولودات وذلك كما في الجدول التالي:

الجدول (11)توزع الولادة القيصرية بين الخروسات والولودات مع مجيء معيب

الولادة قيصرية	المجيء المقعدي		المجيءالمعترض		المجيءالوجهي		المجيء الجبهي	
خروس	126	%37,3	8	%9,1	4	%21	3	%27,3
ولود	212	%62,7	79	%90,9	15	%79	8	%72,7
المجموع	338	%100	87	%100	19	%100	11	%100



المخطط رقم (7) توزع الولادة القيصرية حسب الحالة التوليدية لكل مجيء معيب

كما تمت دراسة نوع الولادة المهبلية في المجيء المقعدي وكانت كالتالي:

جدول رقم (12)طريقة الولادة المهبلية في المجيء المقعدي

طريقة الولادة	العدد	النسبة
ولادة مساعدة	130	%94,9
ولادة عفوية	5	% 3,6
شقوق دورسن	2	%1,4
ملقط piper	-	-
بعد تحويل بالأعمال الخارجية	-	-

لم تجر في عينة الدراسة أية عملية تحويل بالأعمال الخارجية وتطبيق لملقط الرأس التأخر رغم أن الكثير من الدراسات العالمية والتوصيات تؤكد على إجراء التحويل بالأعمال الخارجية وتشير إلى فوائد تطبيق ملقط Pipre على الرأس المتأخر للجنين المقعدي

ذلك يعود إلى عدم تدرب طلاب الدراسات على إجراء التحويل أو تطبيق الملقط.

لقد تمت الولادة المهبلية للمجيء المقعدي في قرابة95% من الحالات ولادة مساعدة أي بالسماح بتقدم الولادة عفويا حتى مستوى السرة ثم اكمالها بتخليص الكتفين والرأس.

حالات الولادة العفوية كانت لماخضات وصلن باتساع وامحاء تامين للعنق وتمت الولادة إما في عيادة الاسعاف أو فور الوصول للمخاض ودون تدخل الأطباء.

أما بالنسبة للمجيء المعترض:

فلم تسجل أي ولادة المهبلية هذا يعكس عدم إجراء أي تحويل بالأعمال الخارجية

طريقة الولادة المهبلية في المجيء الوجهي :

تمت الولادة المهبلية لحالتين فقط من المجيء الوجهي وكان الوضع ذقني أمامي وتمت الولادة دون تطبيق ملقط .

وفي المجيء الجبهي: لم تسجل أية حالة لولادة مهبلية في عينة الدراسة .

استطبابات القيصرية في المجيئات المعيبة :

تمت دراسة استطبابات العملية القيصرية في كل مجيء معيب لوحده .

1 - استطبابات القيصرية في المجيء المقعدي

بلغت نسبة إجراء العملية القيصرية في المجيء المقعدي 71,15% وكانت نسبة الخروسات ممن أجرين القيصرية37,27% أي أن الاستطباب الأساسي للقيصرية بالنسبة للحوامل بمجيء مقعدي كان(خروس مقعدي تمام الحمل)
ونسبة الولودات اللواتي أجري لهن قيصرية دون استطباب آخر سوى الحمل بمجيء مقعدي18%.ونسبة من لديهن قيصرية سابقة أو أكثر لأي سبب كان وصلت ل10% .

الجدول رقم (13) استطبابات العملية القيصرية في المجيء المقعدي

الاستطباب	العدد	النسبة
خروس مقعدي	126	%37,27
غير محدد(ولود مقعدي)	61	%18,04
سوابق قيصرية أو أكثر	34	%10,05
عدم تقدم مخاض	21	%6,21
مجيء قدمي	12	%3,5
انبثاق أغشية باكر	12	%3,5
تألم جنين	11	%3,25
انسدال سرر	11	%3,25
ارتكاز معيب	9	%2,66
ماقبل ارجاج	9	%2,66
جراحة سابقة على الرحم	6	%1,77
جنين عرطل	6	%1,77
رغبة في في التعقيم	5	%1,48
إنتان أمنيوسي	5	%1,48
انفكاك المشيمة	5	%1,48
انحباس رأس الجنين	2	%0,59
حمل عزيز	2	%0,59
حمل مديد	1	%0,29

نلاحظ في الجدول السابق وجود استطبابات لإجراء العملية القيصرية لايمكن تجنبها مثل : تألم الجنين ، انسدال السرر،انفكاك المشيمة الباكر، الارتكاز المعيب و سوابق عمل جراحي أو قيصرية.

ولكن توجد استطبابات لابد من العمل على انقاصها كأستطباب(خروس مقعدي) أو (ولود مقعدي) دون وجود إستطباب أخر.

في الجدول السابق تم اعتبار أن استطباب القيصرية هو خروس مقعدي حتى عندما ترافق ذلك باستطباب أخر ولقد توزعت إستطبابات العمل الجراحي لدى الخروسات كالتالي:

الجدول رقم(14) إستطبابات القيصرية عند الخروسات مع مجيء مقعدي

الاستطباب	العدد
خروس مقعدي فقط	114
ما قبل إرجاج	3
انبثاق أغشية باكر	3
تألم جنين	2
حمل عزيز	2
انسدال سرر	1
تألم جنين	1

2-استطباب العملية القيصرية في المجيء المعترض :

إنّ المجيء المعترض لجنين بتمام الحمل هو الاستطباب الرئيسي في 100% من الحالات وقد ترافق ذلك مع :

- ارتكاز معيب :3 حالات
- انسدال سرر :2 حالة.
- جنين عرطل:2 حالة.
- سوابق قيصرية:4 حالات

3-في المجيء الوجهي :

تم إجراء قيصرية لكل السيدات مع مجيء وجهي سواء أمامي أو خلفي ما عدا حالتي وجهي أمامي تم توليدهما مهبليا

وقد ترافقت قيصريات المجيء الوجهي مع حالة جنين عرطل وحالتي سوابق قيصرية

4-في المجيء الجبهي :

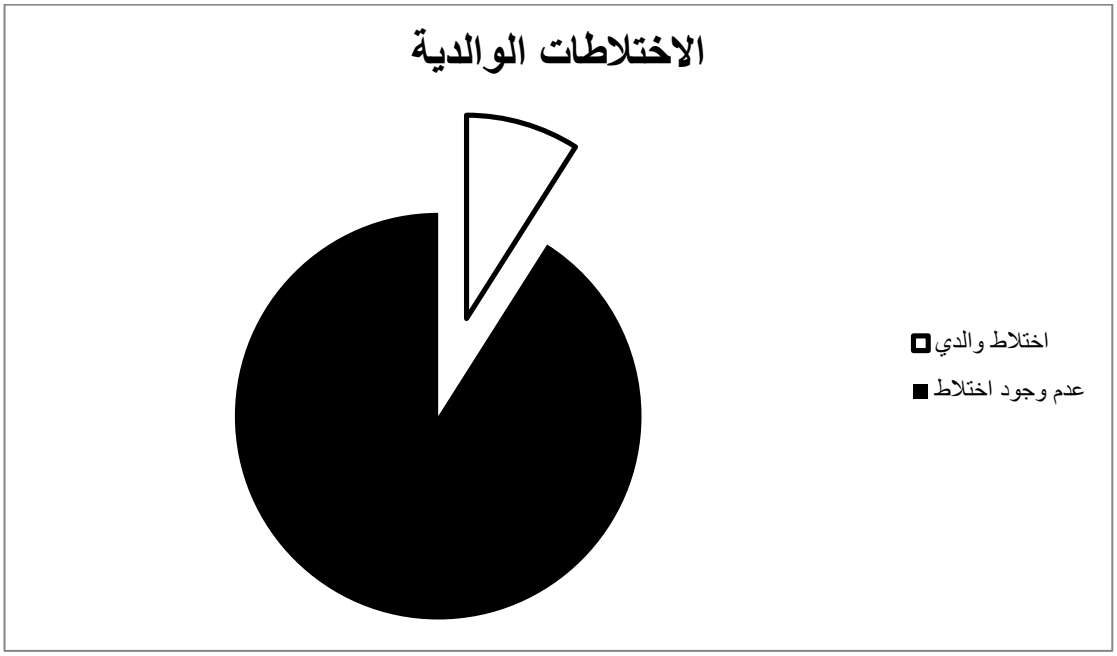
إن المجيء الجبهي هو الاستطباب للقيصرية في 100% من الحالات.

الإختلاطات الوالدية و الجنينية :

أولا ـ الإختلاطات الوالدية:

لم تسجل أية حالة وفاة والدية في الدراسة .

حدث اختلاط والدي لدى 55 سيدة من أصل 594 سيدة أي بنسبة 9,25%.



المخطط (8) نسبة الاختلاطات الوالدية عند السيدات مع مجيئات معيبة

ولقد توزعت الاختلاطات الوالدية المشاهدة عند السيدات مع مجيء معيب حسب طريقة الولادة كما يبينه الجدول (15)

الجدول رقم (15) توزع الاختلاطات الوالدية بحسب طريقة الولادة في المجيئات المعيبة

الاختلاط	ولادة مهبلية	ولادة قيصرية	المجموع
نقل دم	6	42	48
تمزق رحم مع ترميم	-	2	2
استئصال رحم ولادي	1	4	5
وفاة والدية	-	-	-

- من الجدول السابق نلاحظ أن حالات نقل الدم كانت 48 حالة وهي تشكل نسبة 8,08% من عينة الدراسة وبالعودة إلى مجمل القبولات وجدت 660 حالة نقل دم أي بنسبة5,46%من مجمل القبولات فالزيادة واضحة في الحاجة إلى نقل الدم في المجيئات المعيبة بغض النظر عن طريقة الولادة .
ونلاحظ أن 42 حالة نقل دم من أصل 48 حالة كانت بعد اجراء عملية قيصرية .

- أما بالنسبة للمريضات اللواتي أجري لهن استئصال رحم ولادي فكان استطباب الاستئصال :
1-نزف عطالة لدى ولود 39,5 أسبوع عقب ولادة مهبلية لجنين بمجيء مقعدي وبوزن قدر ب3900 غ.
2-نزف عطالة لدى عديدة ولادة 38,2 أسبوع عقب اجراء قيصرية لجنين بمجيء مقعدي يقدر ب 3700غ.
3-رحم كوفلبير عقب انفكاك مشيمة لدى عديدة ولادة مع موت محصول حمل ومجيء مقعدي.
4-تمزق رحم لدى ولود سوابق قيصرية مع مجيء جبهي.
5-ارتكاز مشيمة معيب لدى ولود سوابق قيصريتين 37,1 أسبوع مع مجيء مقعدي وتبين بعد اجراء القيصرية أنها مشيمة مندخلة.

- حالتا تمزق الرحم اللتان تم تدبيرهما مع المحافظة على الحمل كانتا لمجيء مقعدي بتمام الحمل مع سوابق قيصرية وتم فيهما انقاذ الجنين .

ثانيا: الاختلاطات الجنينية:

الاذيات الوليدية المترافقة مع المجيئات المعيبة:

الجدول رقم (16) توزع الاختلاطات الوليدية المترافقة مع المجيئات المعيبة

الأذيات الوليدية	مجيء مقعدي	مجيء معترض	مجيء وجهي	مجيء جبهي	المجموع
أذية جملة عصبية مركزية	9	-	1	1	11
جرح إلية أو جذع	5	1	1	-	7
أذية الضفيرة العضدية	6	-	-	-	6
انحباس رأس	4	-	-	-	4
كسر فخذ	1	1	-	-	2
كسر عضد	2	-	-	-	2

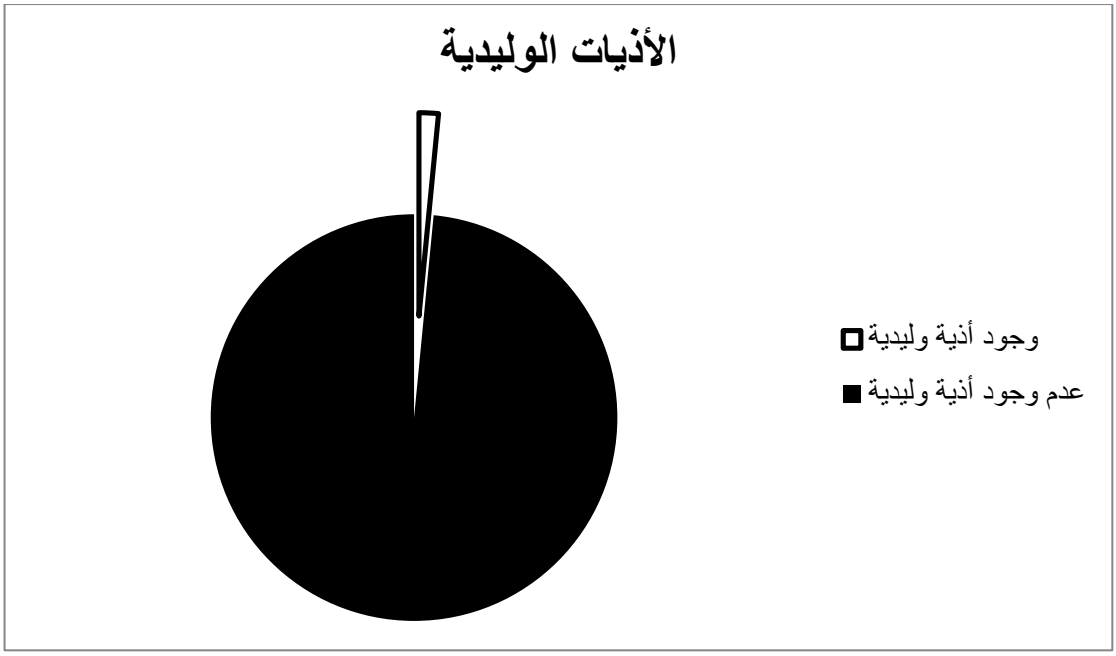
نلاحظ أن نسبة المجيئات المعيبة التي لحقت بها أذيات وليدية هي 5,36% من مجمل المجيئات المعيبة.

في المجيئات المقعدية كانت نسبة الأذيات الوليدية 5,47% وكانت بحسب طريقة الولادة 13,86% في الولادة المهبلية و3,84%في الولادة القيصرية

حيث ذكرت حالات أذية الضفيرة العضدية وكسر العضد وانحباس الرأس فقط عند من تم توليدهن مهبليا.في حين أن كسر الفخذ و جرح الإلية أو الجذع فشوهدت فقط في اللواتي ولدن بإجراء قيصرية.

أما أذيات الجملة العصبية المركزية فسجلت سبع حالات ترافقت مع الولادة المهبلية وحالتين مع الولادة القيصرية.

وكانت طريقة الولادة هي العملية القيصرية في كل من المجيء المعترض والوجهي والجبهي في الحالات التي ترافقت مع الأذيات الوليدية .



المخطط رقم (9) نسبة الأذيات الوليدية في المجيئات المعيبة

العلاقة بين أبغار الوليد المنخفض و طريقة الولادة:

عدد الولدان الذين كان الأبغار عندهم أقل من5 في الدقيقة الأولى بلغ 35 وليد من 594 حالة هي مجمل المجيئات المعيبة في الدراسة أي بنسبة 5,89%.والولدان مع أبغار أقل من5 في الدقيقة الخامسة بلغ 29 وليد أي بنسبة 4,88%. وقد توزع الولدان مع أبغار منخفض بحسب طريقة الولادة كالتالي :

الجدول رقم (17)عدد و توزع الولدان مع أبغار منخفض بحسب طريقة الولادة

طريقة الولادة	أبغار الدقيقة الأولى أقل من 5		أبغار الدقيقة الخامسة أقل من 5		عينة الدراسة
مهبلية	19	%13,66	13	%9,35	139
قيصرية	16	%3,51	16	%3,52	455
المجموع	35	%5,89	29	% 4,88	594

كان عدد الأجنة المصابة بتشوهات كبرى 14منها (4 حالات انعدام جمجمة 3 حالات لقيلة سحائية و4 حالات لاستسقاء رأس والباقي تشوهات متعددة) فخمسة عشرة فقط من الولدان بدون تشوهات كبيرة بقي الأبغار لديهم منخفضا بعد الدقيقة الخامسة.

العلاقة بين أوزان الولدان و طريقة الولادة بالنسبة للمجيء المقعدي:

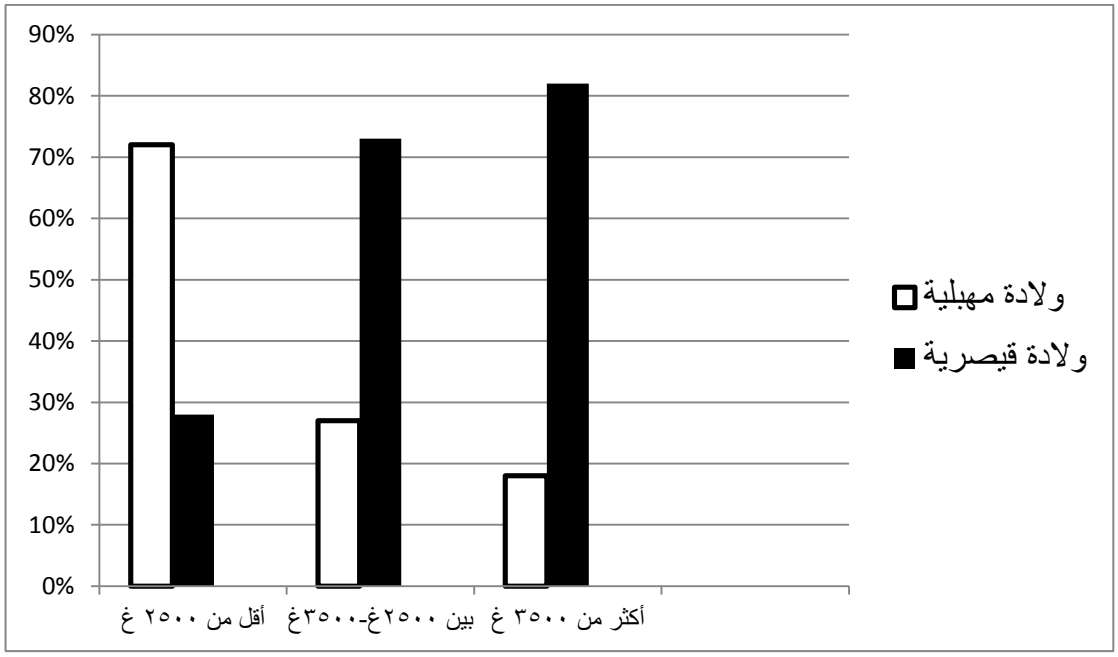
الجدول (18) العلاقة بين وزن الجنين وطريقة الولادة في المجيء المقعدي

وزن الوليد	المجموع	ولادة مهبلية		ولادة قيصرية	
أقل من 2500 غ	32	23	%16,78	9	%2,66
2500-3500غ	398	106	%77,37	292	%86,39
أكبر من 3500 غ	45	8	%5,83	37	%10,94

إنّ النسب في الجدول السابق هي من مجمل الولادات المهبلية (137) ومجمل الولادات القيصرية (338) للمجيئات المعيبة .

ونلاحظ أنه فقط 5,83% من الاجنة المقعدية التي ولدت مهبليا كانت أوزانها اكبر من3500غ.وأن 37 جنين والذين يشكلون 82,3% ممن أصل 45 جنين أوزانهم أكبر من 3500غ تمت ولادتهم بعملية قيصرية .
كما نلاحظ أن 86,39% من الولادات القيصرية تمت لاجنة أوزانها بين2500-3500غ وهذه النسبة المرتفعة يمكن تخفيضها لصالح الولادة المهبلية .

في المجيء الوجهي :الولادتين الطبيعيتين كانتا لأجنة وزنها 2800 -2900 غ وصلتا باتساع وامحاء قرب تامين .



المخطط رقم (10) : طريقة الولادة بحسب وزن الوليد في المجيئات المعيبة

التشوهات الخلقية وعلاقتها بطريقة الولادة:

لقد بلغ عدد التشوهات الخلقية في دراستنا27 من أصل 594 ولادة لمجيء معيب أي بنسبة 4,54% من المجيئات المعيبة المفردة بتمام الحمل وقد توزعت كما يوضح الجدول رقم (19)

الجدول رقم (19)توزع التشوهات الجنينية في المجيئات المعيبة

	مقعدي	معترض	وجهي	جبهي	المجموع
قدم قفداء روحاء	4	1	-	-	5
انعدام الجمجمة	3	-	-	1	4
خلع ورك ولادي	4	-	-	-	4
قيلة سحائية	2	1	-	-	3
استسقاء رأس	2	-	-	-	2
استسقاء رأس+قيلة	2	-	-	-	2
إحليل تحتي	2	-	-	-	2
تشوه أطراف	1	-	-	-	1
شفة أرنب	1	-	-	-	1
تشوهات متعددة	2	1	-	-	3

ان نسبة التشوهات في الدراسة والتي قدرت ب4,54% تعادل ضعف النسبة في مجمل الولادات والتي تقدر ب2-3% عالميا.

توزع التشوهات الجنينية حسب الحالة التوليدية وطريقة الولاداة:

تم توزيع الاجنة المشوهة بحسب طريقة انهاء الحمل والحالة التوليدية للأم

الجدول رقم (20)توزع التشوهات الجنينية حسب طريقة الولادة والحالة التوليدية :

الحالة التوليدية	العدد الكلي	ولادة مهبلية		ولادة قيصرية	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
خروس	8	2	%25	6	%75
ولود	19	8	%42,10	11	%57,89
المجموع	27	10	%37	17	%63

نلاحظ من الجدول السابق أن 63%من الأجنة المشوهة في مجمل عينة الدراسة تمت ولادتها بعملية قيصرية وهي نسبة مرتفعة يجب أن تخفض لصالح الولادة المهبلية .

وفيات ما حول الولادة:

لقد سجلت 25 حالة وفاة ما حول الولادة بنسبة 4,20% من مجمل المجيئات المعيبة .ويبين الجدول توزع أسباب الوفيات في كل مجيء معيب :

الجدول رقم (21) أسباب الوفيات ماحول الولادة في المجيئات المعيبة

	تشوه خلقي	نقص أكسجة	انسدال سرر	انتان امنيوسي	املاص	انفكاك مشيمة باكر	ارتكاز المشيمة المعيب	المجموع
مقعدي	9	5	2	1	1	2	1	21
معترض	1	-	1	-	-	-	1	3
وجهي	-	-	-	-	-	-	-	-
جبهي	1	-	-	-	-	-	-	1
المجموع	11	5	3	1	1	2	2	25

نلاحظ أن السبب الرئيسي للوفاة في الأجنة المعيبة بتمام الحمل هو التشوهات الخلقية (11) حالة من أصل(25)أي شكل نسبة44%.

والسبب الثاني هو نقص الأكسجة بخمس حالات أي بنسبة 20%.

توزع الوفيات بحسب طريقة الولادة:

تمت ولادة 11حالة من الحالات 25 الوفيات ولادة مهبلية و14 حالة ولادة قيصرية.

الجدول رقم (22) توزع حالات الوفيات ماحول الولادة بحسب طريقة الولادة

طريقة الولادة	تشوه خلقي	نقص الأكسجة	انسدال سرر	انتان أمنيوسي	املاص	انفكاك مشيمة باكر	ارتكاز مشيمة معيب	مجموع
ولادة مهبلية	5	5			1			11 (%44)
ولادة قيصرية	6	-	3	1	-	2	2	14 (%66)

لقد بلغت نسبة الوفيات حول الولادة في المجيئات المعيبة 4,20% وهي في الولادة الطبيعية 7,91% (11حالة وفاة من أصل 139 ولادة مهبلية)وفي القيصرية 3,07% (14 حالة وفاة من أصل 455 ولادة قيصرية)

ولقد كان السببان الأساسيين للوفيات في الولادة المهبلية للمجيئات المعيبة بتمام الحمل هما :

-التشوهات الخلقية وعددها 5 حالات تم ولادتها ولادة مهبلية وتوفيت (3 حالات انعدام جمجمة ، 2تشوهات متعددة)

-ونقص الأكسجة الحاصل بسبب عسرة الولادة (تأخر ولادة الرأس) وذلك في 5 حالات وكان وزن الجنين في أربعة منها أكبر من 3500غ و الجنين الخامس كان وزنه 3200غ .

-وحالة املاص وصل الجنين إلى المشفى متوفي دون معرفة السبب .

إن 6 وفيات من أصل 14 وفاة في الولادة القيصرية هي بسبب تشوهات جنينية

مما يثير التساؤل: لماذا كانت الولادة في هذه الحالات ولادة قيصرية؟!

المناقشة :

بالمقارنة مع بعض الدراسات العالمية والمحلية المشابهة لدراستنا كانت النتائج التالية :

الجدول رقم (23)نسب المجيئات المعيبة في الدراسة الحالية والدراسات المحلية والعالمية

المجيء المعيب	الدراسة الحالية 2012-2011	دراسة د.مسمار التوليد 94-97	دراسة مشفى باركلاند93-96
المقعدي	%3,93	%3,75	%3
المعترض	%0,72	%0,82	%0,24
الوجهي	%0,17	%0,27	%0.08
الجبهي	%0,09	%0,16	%0,02

نلاحظ أن نسب المجيئات المعيبة في دراستنا مقاربة لما هي عليه في الدراسة المحلية الأخرى وكلتا الدراستين أظهرتا نسباً مرتفعة مقارنة مع دراسة مشفى باركلاند وغالباً ذلك عائد إلى زيادة عديدات الولادة لدينا .

وبمقارنة طريقة الولادة مع دراسات أخرى أجريت في المشفى كانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (24)مقارنة طريقة الولادة للمجيئات المعيبة بين دراستنا و دراسة د.مسمار.

الدراسة	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية
الدراسة الحالية	%23,4	%76,59
دراسة د.مسمار	%35,25	%64,75

نلاحظ زيادة نسبة الولادة القيصرية في دراستنا وهذا يعكس زيادة التوجه لإجراء العملية القيصرية لإنهاء الحمل عند وجود مجيء معيب هذا وإن دراستنا كانت على المجيئات المعيبة بتمام الحمل فقط بينما دراسة الدكتورة بوران مسمار كانت على المجيئات المعيبة بعد الإسبوع الحملي 28 .

وعند المقارنة بين طريقة انهاء الحمل عند وجود مجيء مقعدي (والذي يشكل النسب الأكبر من المجيئات المعيبة) بين دراستنا ودراسة عالمية أجريت في فرنسا و بلجيكا بين عامي 2001 و 2002 ونشرت نتائجها عام 2004 قام بها CARAYOL , M وزملاؤه على 8108 حالة مجيء مقعدي مفرد بتمام الحمل (34) نجد التالي :

الجدول رقم (25)مقارنة طريقة الولادة في المجيء المقعدي المفرد بتمام الحمل

طريقة الولادة	دراستنا	دراسة CARAYOL
ولادة قيصرية	%71,15	%67,80
ولادة مهبلية	%28,84	%32,20

نلاحظ أن نسبة الولادة القيصرية لدينا تزيد عنها في دراسة CARAYOL وإن كانت قريبة منها .

إنّ نسبة التشوهات الخلقية عند الأجنة بمجيء معيب كانت في دراستنا4,54% بينما كانت في دراسة الدكتورة مسمار 5,71% وبالمقارنة بين نسبة القيصريات في التدبير عند وجود تشوه خلقي كانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (26)المقارنة بين نسبة التشوهات الخلقية ونسبة القيصريات المجراة لأجنة مشوهة ذات مجيء معيب

الدراسة	نسبة التشوهات الخلقية	نسبة القيصرية
الدراسة الحالية	%4,54	%63
دراسة د. مسمار	%5,71	%40,77

ويلاحظ أن نسبة مرتفعة من المجيئات المعيبة المشوهة في دراستنا انتهت بعملية قيصرية مقارنة مع الدراسة الأخرى .

إن الوفيات الوليدية كانت بنسبة 4,20% من المجيئات المعيبة بتمام الحمل في دراستنا وهي 12,77% في دراسة الدكتورة مسمار التي شملت جميع المجيئات المعيبة بعمر اكبر من 28 أسبوع وقد كانت نسبة الوفيات حسب طريقة الولادة في الدراستين كالتالي :

الجدول رقم(27)مقارنة نسبة وفيات الولدان بحسب طريقة الولادة للمجيئات المعيبة

طريقة الولادة	نسبة وفيات الولدان في الدراسة الحالية	نسبة وفيات الولدان في دراسة د.مسمار
ولادة طبيعية	%7,91	%20,04
ولادة قيصرية	%3,07	%8,80

ان النسبة الأكبر للوفيات في دراسة الدكتورة بوران مسمار كانت بسبب الخداج الذي شكل 30% من الوفيات .

ان النسبة المرتفعة من الوفيات عند الولادة المهبلية في دراستنا تعود إلى الأجنة المشوهة التي تصل حتى تمام الحمل حيث يلاحظ في الدراسات الغربية أن هذه الأجنة غالبا ينهى الحمل فيها باكراً.

والسبب الثاني تأخر ولادة الرأس عند ولادة أجنة بوزن أكبر من 3500غ لعدم وجود معايير محددة للولادة المهبلية لمجيء معيب في المشفى .

إنّ النسبة الأكبر من المجيئات المعيبة هي المجيئات المقعدية وعند المقارنة مع الدراسات العالمية التي حددت نسبة المراضة الشديدة والوفاة الوليدية بحسب طريقة الولادة نجد أن Hannah و زملاؤه في دراستهم عام 2000 والمعروفة ب TERM BREECH TRIAL وجدوا أن نسبة المراضة الشديدة والوفيات الوليدية عند إجراء ولادة قيصرية كانت 1,6% بينما في الولادة الطبيعية كانت 5% دون أن يكون هناك معايير محددة للولادة المهبلية .

هذا وإن الدراسات الأحدث بينت أن لا فرق ذوأهمية بالنسبة للمراضة الشديدة والوفيات الوليدية بين الولادة المهبلية والولادة القيصرية كالدراسة التي أجراها Gannard-petchin E وزملاؤه في فرنسا ونشرت عام 2013 شملت 418 حالة مجيء مقعدي مفرد بتمام الحمل.

حيث تمت ولادة 52% منها ولادة طبيعية دون ملاحظة فروق ذات أهمية بالنسبة للمراضة الشديدة و الوفيات بين الولادة الطبيعية و القيصرية .

علماً أن 60% من الولادات الطبيعية تمت بأيدي الأطباء المقيمين مما قاد Gannard للتوصية بضرورة الإستمرار بتعليم الأطباء المتمرنين طريقة الولادة المهبلية للمجيء المقعدي (35).

التوصيات :

1-إجراء التحويل بالأعمال الخارجية عند عدم وجود مضاد استطباب لجميع الحوامل بمجيء مقعدي أو معترض وفق شروطه .

2-البحث عن التشوهات الجنينية بعناية عند وجود أي مجيء معيب .

3-وضع معايير للولادة المهبلية في المجيئات المعيبة وهذا يحتاج إلى دراسات مستقبلية أكثر تحديداً .

4-التدرب على إجراء الخطوات الضرورية عند حدوث إنحباس للرأس المتأخر في الولادة المهبلية للمجيء المقعدي .

REFERENCES

1 Williams Obstetrics, 23rd Ed, Cunningham, FG, Leveno, KJ, Bloom, JC, et al (Eds), McGraw-Hill, 2010.

2 Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, et al. the frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:851.

3 Ford JB, Roberts CL, Nassar N, et al. Recurrence of breech presentation in consecutive pregnancies. BJOG 2010; 117:830.

4 Ben-Rafael Z, Seidman DS, Recabi K, et al. Uterine anomalies. A retrospective, matched-control study. J Reprod Med 1991; 36:723.

5 Soernes T, Bakke T. The length of the human umbilical cord in vertex and breech presentations. Am J Obstet Gynecol 1986; 154:1086.

6 Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, et al. Face presentation: predictors and delivery route. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:e10.

7 Zayed F, Amarin Z, Obeidat B, et al. Face and brow presentation in northern Jordan, over a decade of experience. Arch Gynecol Obstet 2008; 278:427.

8 Nassar N, Roberts CL, Cameron CA, Olive EC. Diagnostic accuracy of clinical examination for detection of non-cephalice presentation in late pregnancy: cross sectional analytic study. BMJ 2006; 333:578.

9 Hofmeyr, GJ, Kulier, R. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Library 2009.

10 Yogev Y, Horowitz E, Ben-Haroush A, et al. Changing attitudes toward mode of delivery and external cephalic version in breech presentations. Int J Gynaecol Obstet 2002; 79:221.

11 Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG). The management of breech presentation. London (UK). RCOG. December 2006.

12 ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol 2006; 108:235.

13 Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000; 356:1375.

14 Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev 2003; :CD000166.

15 Toivonen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term - still an option. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91:1177.

16 Alarab M, Regan C, O'Connell MP, et al. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol 2004; 103:407.

17 Menticoglou SM. Why vaginal breech delivery should still be offered. J Obstet Gynaecol Can 2006; 28:380.15

18 Ross MG, Beall MH. Cervical neck dislocation associated with the Zavanelli maneuver. Obstet Gynecol 2006; 108:737.

19 Moczygemba CK, Paramsothy P, Meikle S, et al. Route of delivery and neonatal birth trauma. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:361.e1.

20 Morris S, Cassidy N, Stephens M, et al. Birth-associated femoral fractures: incidence and outcome. J Pediatr Orthop 2002; 22:27.

21 Uygur D, Kiş S, Tuncer R, et al. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. Int J Gynaecol Obstet 2002; 78:127.

22 Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. Vaginal vs. cesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. J Reprod Med 2007; 52:473.

23 Westgren M, Grundsell H, Ingemarsson I, et al. Hyperextension of the fetal head in breech presentation. A study with long-term follow-up. Br J Obstet Gynaecol 1981; 88:101.

24 Okonofua FE. Management of neglected shoulder presentation.BJOG 2009; 116:1695.

25 Wilmink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S, et al. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:250.e1.

26 Shoham Z, Blickstein I, Zosmer A, et al. Transverse uterine incision for cesarean delivery of the transverse-lying fetus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989; 32:67.

27 Miyashiro MJ, Mintz-Hittner HA. Penetrating ocular injury with a fetal scalp monitoring spiral electrode. Am J Ophthalmol 1999; 128:526.

28 Bhal PS, Davies NJ, Chung T. A population study of face and brow presentation. J Obstet Gynaecol 1998; 18:231.

29 Vialle R, Piétin-Vialle C, Ilharreborde B, et al. Spinal cord injuries at birth: a multicenter review of nine cases. J Matern Fetal Neonatal Med 2007; 20:435.

30 Seffah JD. Maternal and perinatal mortality and morbidity associated with transverse lie. Int J Gynaecol Obstet 1999; 65:11.

31 Alexander JM, Leveno KJ, Hauth J, et al. Fetal injury associated with cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006; 108:885.

32 Molkenboer Jf, Roumen FJ, Smits LJ, Nijhuis JG . Birth weight and neurodevelopmental outcome of children at 2 years of age after planned vaginal delivery for breech presentation at term.Amj obstet gynecol 2006;194:624.

33 Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Subtil . PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium.Amj Obstet Gynecol 2006;194:1002–11

34 Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Bréart G, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Foidart JM; Comité Scientifique; Comité de Pilotage.[Mode of delivery and term breech presentation in the PREMODA **cohort].J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2004 Feb;33 (1 Suppl):S37-44.**

35 Gannard-Pechin E, Ramanah R, Desmarets M, Maillet R, Riethmuller D. [Term breech presentations in singleton pregnancies: A continuous series of 418 cases.]J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013 Mar 1. pii: S0368-2315(13)00030-6. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.01.001. [Epub ahead of print]

المراجع العربية:

36 بوران مسمار.المجيئات المعيبة:رسالة ماجستير .مشفى التوليد وامراض النساء الجامعي .جامعة دمشق1998؛غير منشورة.
37 حسن داميرال .طريقة الولادة في المجيء المقعدي وتأثيها على محصول الحمل:رسالة ماجستير.مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي .جامعة دمشق2013 ؛غير منشورة.

الملحق رقم(1) الاستبيان

اسم المريضة: ***عمرها:***

رقم الاضبارة: ***تاريخ القبول:***

تاريخ اخر دورة طمثية: ***عمر الحمل:***

<u>القصة الولادية السابقة:</u>

عدد الولادات: ***طريقة الولادة في كل ولادة سابقة:*** ***عدد الاسقاطات:***

عدد الاملاصات: ***عدد الوفيات بعد الولادة:***

اختلاطات بالولادات السابقة:

<u>الأعراض:</u>

مخاض فعال: ***نعم*** ☐ ***لا*** ☐

انبثاق أغشية ***نعم*** ☐ ***لا*** ☐

<u>العلامات:</u>

ضغط ***نبض*** ***حرارة*** ***تقلصات رحمية***

<u>المجيء بالمس المهبلي :</u>

وجهي : ***وجهي أمامي*** ☐ ***وجهي خلفي*** ☐

جبهي ☐ ***معترض*** ☐

مقعدي تام ☐

مقعدي ناقص بالطراز الاليوي ☐ **ناقص بالطراز القدمي** ☐

مقعدي ناقص بالطراز الركبي ☐

<u>سوابق مرضية</u>

قصة مجيء معيب سابقة: ***نعم*** ☐ ***لا*** ☐

تشوه معروف بشكل الرحم: ***نعم*** ☐ ***لا*** ☐

سوابق جراحيةعلى الرحم:

يوجد ☐ لايوجد ☐

ايكو بطني:

اصغاء الجنين: حي ☐ متوفي ☐

طريقة الولادة : مهبلي: ☐ قيصرية ☐استخدام الملقط أو المحجم ☐

تحويل بالأعمال الخارجية: ☐

أبغار الوليد: دقيقة1 ☐ دقيقة5 ☐

اختلاطات الوليد :

انعضال الرأس ☐ أذية حادة للراس أو الالية ☐ أذية الجملة العصبية المركزية ☐

اذية الضفيرة العضدية☐ أذية العصب الوجهي ☐ موت الجنين ☐ أذية حشوية ☐

انسدال الحبل السري ☐ أذية الجهاز العظمي ☐

اختلاطات والدية:

نزف عطالة ☐ تمزق رحم ☐ تمزق بالسبيل التناسلي السفلي ☐

موت الأم ☐ اختلاطات تخديرية ☐

أذيةالمثانة والأمعاء الناجمة عن القيصرية ☐

استئصال رحم ولادي☐ اللجوء لقيصرية علوية ☐