

هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان در شمال ایران

شهلا یزدانی^۱(MD)، یوسف رضا یوسف نیا پاشا^۱(MD)، زینت السادات بوذری^۱(MD)*، عارفه بابازاده^۲(MD)

۱- مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، حضرت فاطمه الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۱/۵/۱۶، اصلاح: ۹۱/۶/۸، پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۷

خلاصه

سابقه و هدف: هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان یک جراحی بزرگ است، که تقریباً همیشه در موارد خونریزی‌های شدید و تهدید کننده حیات بعد از زایمانهای واژینال یا سزارین انجام می‌شود. با توجه به اهمیت عوارض و مرگ و میر مادران باردار در سیستم بهداشتی کشورمان در این مطالعه میزان، اندیکاسیون، عوامل خطر و عوارض بیماران تحت عمل هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل طی ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفته است. **مواد و روشها:** این مطالعه مقطعی در طی ۱۰ سال (۹۰-۱۳۸۱) در بیمارستان‌های شهید یحیی نژاد و آیت الله روحانی بابل در بیمارانی که تحت جراحی هیستریکتومی حوالی زایمان جهت حفظ بقای مادر قرار گرفته بودند، انجام شد. اطلاعات دموگرافیک بیماران، نوع زایمان، نوع هیستریکتومی، علت و مدت زمان هیستریکتومی، میزان دریافت خون و فرآورده های خونی، تعداد روزهای بستری، عوارض و مرگ و میر مادرانی و نوزاد متولد شده از پرونده‌ها ثبت گردید و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. **یافته ها:** در ۳۷۵۹۵ زایمان در طی ۱۰ سال ۲۲ مورد هیستریکتومی جهت حفظ جان مادر در حین یا بعد از زایمان انجام شد. (۰/۵ در هزار زایمان) که میزان آن در زایمانهای سزارین ۰/۷ در هر ۱۰۰۰ زایمان و در زایمانهای واژینال ۰/۲ در هر ۱۰۰۰ زایمان بود. شایع‌ترین علل هیستریکتومی حوالی زایمان به ترتیب شامل ۸ مورد آتونی رحم (۳۶/۴٪) و ۶ مورد چسبندگی غیر طبیعی جفت (۲۷/۳٪) بوده است و فاکتور خطر برای چسبندگی غیرطبیعی جفت، سابقه سزارین و کورتاژ بود. در تمام بیماران تزریق خون صورت گرفت و ۱۱ بیمار (۸۴/۶٪) پس از عمل در ICU بستری شدند از این تعداد بیماران ۵ نفر (۳۸/۵٪) دچار تب پس از عمل شدند و در دو مورد (۱۵/۲٪) آسیب مثانه و حالب ایجاد شد. ۳ مورد (۱۳/۶٪) مرگ مادر بعلاّت شوک هموراژیک اتفاق افتاد. **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج مطالعه حاضر شیوع هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان با روش سزارینی بیشتر از زایمان طبیعی بوده و سابقه سزارین قبلی و کورتاژ نیز از عوامل خطر چسبندگی غیرطبیعی جفت می باشند.

واژه های کلیدی: هیستریکتومی، سزارین، آتونی، پلاستتا آکرتا.

مقدمه

چسبندگی غیر طبیعی جفت همراه با پلاستتا پره ویا در بیماران با سابقه سزارین قبلی بوده است (۴۰۶). این جراحی حتی در مامایی مدرن با مورتالیتی و موربیدیتی بالای مادری همراه است (۷). عوارضی چون تزریق خون، تب، DIC و لاپاراتومی مجدد در مطالعات به میزان بالا گزارش شده است و مرگ و میر مادران هم در پژوهش‌ها به میزان مختلف وجود داشت (۴۰۶و۸). لذا برای آگاهی و برنامه ریزی جهت کاهش عوارض این جراحی بزرگ و حیاتی برای مادران باردار در این مطالعه بر آن شدیم تا شیوع، اندیکاسیون، فراوانی فاکتورهای خطر و عوارض بیماران تحت عمل هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان در بیمارستانهای آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل را طی ۱۰ سال بررسی کرده تا از نتایج آن بتوان در آینده برای اداره بهتر این گونه جراحیها بعد از زایمان در مادران باردار استفاده کرد.

هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان یک جراحی بزرگ است، که تقریباً همیشه در موارد خونریزی‌های شدید، تهدید کننده حیات بعد از زایمانهای واژینال یا سزارین انجام می‌شود (۱). این جراحی شامل هیستریکتومی بعد از زایمان و سزارین هیستریکتومی می‌باشد (۲). اولین سزارین هیستریکتومی موفقیت آمیز در ایالات متحده آمریکا به وسیله Richardson در سال ۱۸۸۱ انجام شد و شیوع آن در قرن اخیر ۱/۴-۰/۲۴ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است (۳). در یک مطالعه در ایران شیوع آن ۰/۳۷ در هزار زایمان بوده است (۴). فاکتورهای خطر برای هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان شامل چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت (Placenta Accreta Increta, Precreta) جفت سرراهی، آتونی رحم، سزارین قبلی و پارگی رحم می‌باشد (۵). شایعترین علت آن در برخی مطالعات

این مقاله حاصل پایان عارفه بابازاده دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:

آدرس: بابل، بیمارستان آیت اله روحانی، گروه زنان، تلفن: ۰۱۱-۲۲۳۸۳۰۱-۳

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی (Cross-Sectional) بر روی کلیه مادرانی که طی سال های ۹۰-۱۳۸۱ در بیمارستان های شهید یحیی نژاد و آیت الله روحانی بابل تحت جراحی هیستریکتومی در حین یا بعد از زایمان جهت بقای مادر قرار گرفته بودند، انجام شد. اطلاعات شامل سن، گرویدیتی، پاریتی، سقط، سن حاملگی، علت و نوع هیستریکتومی، مدت زمان هیستریکتومی، هموگلوبین قبل و بعد از عمل، میزان دریافت خون و فرآورده های خونی، تعداد روزهای بستری بعد از هیستریکتومی، عوارض و مرگ و میر مادری، وضعیت نوزاد متولد شده، عوارض نوزادی، مرگ و میر نوزادی و اقدامات قبل از هیستریکتومی جهت جلوگیری از انجام هیستریکتومی، از پرونده ها استخراج و ثبت گردید. سپس داده ها با استفاده از آزمون آماری T-Test مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در طول دوره ۱۰ ساله این مطالعه ۳۷۵۹۵ زن در بیمارستان های شهید یحیی نژاد و آیت الله روحانی بابل زایمان کردند که ۲۰۵۶۶ مورد زایمان به روش سزارین و ۱۷۰۲۹ مورد به روش واژینال انجام شد که در ۲۲ مورد هیستریکتومی جهت حفظ جان مادر در حین یا بعد از زایمان انجام شد که میزان آن ۰/۵ در هزار زایمان بود (۰/۷ در هر ۱۰۰۰ سزارین و ۰/۲ در هر ۱۰۰۰ زایمان واژینال بود). متوسط سن بیماران هیستریکتومی شده 31.45 ± 6.2 سال (۴۰-۱۶ سال) بود که بیش ترین موارد هیستریکتومی در گروه سنی ۳۱-۳۵ سال (۳۶/۴٪) انجام شد. ۱۸ مورد هیستریکتومی حوالی زایمان در مادران مولتی پار بوده است (۷۷/۸٪) و ۴ مورد (۲۲/۲٪) در زنان نولی پار اتفاق افتاد. از بیماران مورد مطالعه ۱۴ نفر (۶۳/۶٪) سابقه سزارین قبلی و ۵ مورد (۲۲/۷٪) سابقه کورتاژ قبلی داشتند. شایعترین علت بستری در بیماران مورد مطالعه درد زایمان، خونریزی و آبریزش واژینال بوده است. شایع ترین نوع زایمان در بیماران مورد مطالعه سزارین ۱۶ مورد (۷۶/۲٪) بود، که ۷ مورد بصورت الکتیو و ۹ مورد بصورت اورژانس انجام شد و شایعترین علت سزارین شامل سابقه سزارین ۶ مورد (۳۷/۶٪)، دیسترس جنینی ۴ مورد (۲۵٪) و چند قلوئی ۲ مورد (۱۲/۵٪) بود. شایع ترین علت هیستریکتومی حوالی زایمان آتونی رحم (۳۶/۴٪) بود (جدول ۱) که ۵ مورد بعلت

بزرگی بیش از حد رحم (چند قلوئی - پلی هیدرآمینوس - جنین درشت) و سه مورد بعلت لقای رحمی طول کشیده بود. علل خونریزی شدید در موارد غیر آتونی و چسبندگی غیر طبیعی مربوط به فیبروم زیر مخاطی و اختلالات انعقادی از جمله ترومبوسیتوپنی شدید بوده است. علت هیستریکتومی در همه ۴ بیمار با زایمان اول آتونی رحم بود. شایع ترین علت هیستریکتومی در بیماران مولتی پار و در بیماران با سابقه سزارین یا کورتاژ چسبندگی غیرطبیعی جفت (۷ مورد = $37/8\%$) بود. همچنین در کسانی که سابقه قبلی سزارین یا کورتاژ نداشتند (۳ مورد) آتونی (۱۰۰٪) شایع ترین علت هیستریکتومی بوده است. در ۹ مورد ($40/9\%$) هیستریکتومی های حوالی زایمان به صورت سزارین - هیستریکتومی و در ۱۳ مورد ($59/09\%$) بعد از زایمان بوده که ۷ مورد آن بعد از زایمان به روش سزارین و ۵ مورد بعد از زایمان طبیعی بوده است. متوسط طول عمل در مورد سزارین - هیستریکتومی $3/6 \pm 1/14$ ساعت و در گروه هیستریکتومی بعد از زایمان $3/04 \pm 1/4$ ساعت بود. هیستریکتومی ها در ۱۹ مورد ($86/4\%$) به صورت ساب توتال و در ۳ مورد ($13/6\%$) به صورت توتال انجام شد. در تمام بیماران تزریق خون صورت گرفت که از یک واحد تا ۲۸ واحد متغیر بود، (متوسط $8/45 \pm 7/32$ واحد)، همچنین ۹ بیمار بطور متوسط $5/44 \pm 1/13$ واحد پلاکت (۴-۲ واحد) و $6/22 \pm 4/49$ واحد FFP دریافت کردند (۱۷ - ۲ واحد).

در بین افراد مورد مطالعه ۱۱ بیمار ($84/6\%$) بعد از عمل در ICU بستری شدند، که از این تعداد بیماران بستری در ICU ۵ نفر دچار تب پس از عمل شدند و دو مورد دچار آسیب مئانه و حالب شدند. ۳ مورد ($13/6\%$) مرگ مادر به علت شوک هموراژیک ناشی از خونریزی شدید اتفاق افتاد. یک مورد ($4/5\%$) مرگ نوزادی رخ داد و ۴ نوزاد متولد شده ($18/2\%$) در NICU بستری شدند. متوسط روزهای بستری مادران در بیمارستان $5/77 \pm 2/63$ روز بود (۱۳-۱ روز).

در ۱۱ بیمار قبل از اقدام به هیستریکتومی اقدامات نگه دارنده جهت اجتناب از هیستریکتومی انجام شد که شامل تزریق مترون و پروستاگلاندین در ۶ بیمار، بستن شرایین رحمی و عروق هایپوگاستر هر کدام در یک مورد و در یک مورد هر سه اقدام مذکور بود. در دو بیمار علاوه بر تزریق مترون و پروستاگلاندین اقدام به بستن عروق هایپوگاستر شد. در مقایسه بین گروهی از بیمارانیکه دچار عوارض مادری پس از عمل جراحی شده بودند و گروه بدون عارضه تفاوت معنی داری از نظر سن، تعداد زایمان، سن حاملگی، نوع هیستریکتومی و تعداد واحدهای خون دریافتی مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی علل هیستریکتومی در بیماران بر اساس پاریتی

علت هیستریکتومی	فراوانی هیستریکتومی	کل بیماران	پریمی پار	مولتی پار
چسبندگی غیر طبیعی جفت (پلاستنا اکرتا، اینکرتا، پره کرتا)	۷ (۳۱/۸)	۷ (با پلاستنا پره ویا = ۵) (بدون پلاستنا پرویا = ۲)	۰ (۰)	۷ (۳۷/۸)
آتونی رحم	۸ (۳۶/۴)		۴ (۱۰۰)	۴ (۲۲/۲)
پارگی رحم	۳ (۱۳/۶)		۰ (۰)	۳ (۱۶/۷)
خونریزی شدید	۴ (۱۸/۲)		۰ (۰)	۴ (۲۲/۲)

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک و عوارض جراحی در بیماران هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان

شماره	سن (سال)	تعداد حاملگی	سزارین قبلی	سن حاملگی (هفته)	نوع زایمان	القاء لیبر	علت هیستریکتومی	عارضه جدی بعد از هیستریکتومی
۱	۲۵	۴	۳	۳۶	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	پارگی مثانه
							جفت	
۲	۱۸	۱	-	۳۷	C/S	-	آتونی رحم	-
۳	۲۶	۳	۲	۳۳	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	-
							جفت	
۴	۳۵	۳	-	۳۹	NVD	-	پارگی رحم	-
۵	۲۴	۴	۳	۳۹	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	-
							جفت	
۶	۳۶	۳	۱	۲۸	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	-
							جفت	
۷	۲۸	۴	۲	۳۸	C/S	-	خونریزی شدید	-
۸	۳۰	۲	۱	۳۵	C/S	-	آتونی رحم	-
۹	۳۳	۲	۱	۳۹	C/S	-	خونریزی شدید	Death
۱۰	۳۰	۳	-	۳۹	NVD	+	آتونی رحم	-
۱۱	۳۲	۱	-	۳۷	NVD	+	آتونی رحم	-
۱۲	۲۸	۲	۲	۳۸	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	-
							جفت	
۱۳	۳۰	۲	۱	۳۹	C/S	-	آتونی رحم	-
۱۴	۳۱	۳	-	۳۶	NVD	+	پارگی رحم	-
۱۵	۲۸	۱	-	۳۶	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	-
							جفت	
۱۶	۳۳	۴	-	۴۰	NVD	+	آتونی رحم	Death
۱۷	۱۶	۱	-	۴۰	C/S	-	خونریزی شدید	-
۱۸	۴۰	۴	۲	۳۴	NVD	-	پارگی رحم	آسیب حالب
۱۹	۳۳	۳	۲	۳۳	C/S	-	خونریزی شدید	-
۲۰	۳۷	۳	۲	۳۸	C/S	-	چسبندگی غیر طبیعی	Death
							جفت	
۲۱	۲۳	۲	۱	۳۸	C/S	-	آتونی رحم	-
۲۲	۲۶	۲	۱	۳۰	C/S	-	آتونی رحم	-

بحث و نتیجه گیری

میزان هیستریکتومی در این مطالعه ۰/۵ در هر هزار زایمان بود. که این میزان مشابه آمار گزارش شده در مطالعات مختلف در کشورهای اروپایی بود (۱۱-۹) ولی این میزان نسبت به آمارهای گزارش شده از آمریکای شمالی که از ۰/۷۷ تا ۱/۴ در هزار زایمان می باشد، کمتر است (۱۴-۱۲). ممکن است که این تفاوت به علت برنامه‌های بهداشتی و درمانی در مراقبت‌های پره‌ناتال در طی سالهای اخیر و انجام اقدامات درمانی به موقع در مراکز درمانی باشد. در این بررسی شایع ترین علت هیستریکتومی حوالی زایمان به ترتیب آتونی رحم (۳۶/۴٪) و سپس

چسبندگی غیر طبیعی جفت (۳۱/۸٪) بوده که با پژوهش Yamani و Zamzmai و همکاران در بیمارستان پادشاه عبدالعزیز عربستان سعودی (۱۵) و مطالعه Yalinkaya و همکارانش همخوانی داشت (۱۶). اما در برخی مطالعات برخلاف مطالعه اخیر، چسبندگی غیرطبیعی جفت در راس علل هیستریکتومی حوالی زایمان قرار گرفته است (۴۰٪). البته تا سال ۱۹۸۰ آتونی رحمی شایع‌ترین اندیکاسیون هیستریکتومی حوالی زایمان بود (۱۷) ولی در سالهای اخیر طبق اغلب مطالعات جهانی ناهنجاریهای لانه‌گزینی جفت در صدر جدول علل هیستریکتومی

هنگام جهت تزریق خون باشد. در مطالعه‌ای که در بیمارستان پادشاه عبدالعزیز عربستان انجام شد در ۵۹٪ موارد عارضه رخ داد که شایع ترین عارضه DIC بود (۱۵). در مطالعه حاضر ۳ مورد (۱۳/۶٪) مرگ مادر گزارش شد که هر سه مورد به علت شوک هموراژیک ناشی از خونریزی شدید بودند و یک مورد (۴/۵٪) مرگ نوزادی رخ داد. مرگ و میر مادران در پژوهش ۲۶ ساله Chibber و همکاران در کویت ۳/۶٪ (۲۲)، در تحقیق Jallad و همکاران در ۳/۳٪ (۱) و در پژوهش Flood و همکاران ۱/۱٪ گزارش گردید (۳). در برخی از مطالعات هیچ موردی از مرگ مادر و جنین گزارش نشد (۲ و ۱۵) که شیوع عوارض و خصوصاً مرگ مادر در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات مذکور بالاتر است.

ممکن است یکی از عوامل این اختلاف تاخیر در تصمیم‌گیری برای اعمال جراحی و بخصوص هیستریکتومی در موارد خونریزی حوالی زایمان باشد، که منجر به شوک هیپوولمیک غیرقابل برگشت بیمار و عدم نجات بیمار بعد از هیستریکتومی حوالی زایمان می‌شود. البته در برخی مطالعات جهانی شیوع مرگ مادر از مطالعه حاضر بیشتر بود. در مطالعه ۹ ساله Obiechina و همکاران در ترکیه شیوع مرگ مادر ۱۵/۴٪ (۲۳) و نیز در مطالعه ۱۰ ساله Demirci و همکاران در نیجریه ۳۱٪ گزارش شد (۲۴)، که ممکن است مربوط به سطح بالاتر مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی محل مورد مطالعه این پژوهش نسبت به مراکز ذکر شده باشد. طی مطالعه حاضر بیشترین فراوانی هیستریکتومی حوالی زایمان در مادران مولتی‌پار بود (۷۷/۸٪) که با یافته‌های مطالعات قبلی مطابقت دارد (۱۴ و ۹ و ۴ و ۲). همچنین در پژوهش اخیر در مقایسه بین گروه دچار عوارض پس از عمل و گروه بدون عارضه از نظر سن، سن حاملگی و واحدهای خون دریافتی، پاریتی، نوع هیستریکتومی، تفاوت معنی داری مشاهده نشده است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر شیوع هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان با روش سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بوده است. میزان مرگ و میر مادرانی که تحت هیستریکتومی اورژانس حوالی زایمان قرار گرفته اند، ۱۳/۶٪ بود. همچنین سابقه سزارین و کورتاژ از فاکتورهای خطر اصلی چسبندگی غیرطبیعی جفت و هیستریکتومی حوالی زایمان در زنان مولتی‌پار محسوب می‌شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاران بایگانی بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل بخصوص خانم فخری برای کمک در جمع آوری اطلاعات بیماران و همچنین پرسنل بخش زنان بیمارستان آیت الله روحانی تشکر و قدردانی می‌شود.

اورژانس حوالی زایمان قرار گرفته است (۱۸) که علت آن را می‌توان به گسترش استفاده از روش‌های دارویی و جراحی‌های ننگه دارنده جهت آتونی رحم و افزایش میزان سزارین در سال‌های اخیر نسبت داد (۱۹). دلایل این اختلاف در این مطالعه ممکن است این باشد که اقدامات ننگه دارنده جهت کنترل خونریزی ناشی از آتونی رحمی پیش از هیستریکتومی هنوز بطور گسترده و رایج مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، (نظیر بخیه‌های فشاری، اسکروتراپی عروق رحمی) همچنین پاریتی کمتر در منطقه، اقدامات شبکه بهداشت و درمان کشوری در جهت کاهش میزان زایمان - های سزارین و افزایش زایمان‌های واژینال و عوامل نژادی می‌تواند موثر بوده باشد. بیمارانی که بعلت آتونی تحت عمل هیستریکتومی حوالی زایمان قرار گرفته اند در درصد زیادی (۶۰/۲٪) فاکتور خطر جهت آتونی (بزرگی بیش از حد رحم) داشتند و فقط در ۳ مورد القاء رحمی طولانی انجام شده بود. بنابراین در موارد وجود فاکتور خطر باید اقدامات پیشگیری از آتونی رحم را سریعتر بکار گرفت و القاء رحمی با احتیاط انجام شود. مطابق مطالعه حاضر شایع ترین اندیکاسیون هیستریکتومی حوالی زایمان در بیمارانی که سابقه اسکار رحمی داشتند چسبندگی غیر طبیعی جفت بود. در حالی که در بیماران پریمی‌پار آتونی رحمی بود. مطالعات Kastner و همکاران و Yamani Zamzmai و همکاران با این یافته مطالعه اخیر همخوانی داشتند (۱۵ و ۱۲).

در ۷ بیمار (۳۱/۸٪) پلاستا آکرتا علت هیستریکتومی حوالی زایمان بود که ۴ مورد (۶۷٪) از آنها سابقه سزارین قبلی و تشخیص پلاستا پره و یا داشتند. Umezurik و دیگران نیز در مطالعه خود تصریح نمودند که پلاستا آکرتا باید در بیمارانی که دچار پلاستاپره و یا با سابقه سزارین قبلی هستند مورد توجه قرار گیرد (۲۰) و همچنین در مطالعه Vazquez و همکاران بر همراهی پلاستا پره - ویا و آکرتا در بیماران با سابقه سزارین تاکید شد (۲۱). در پژوهش حاضر ۸۶/۴٪ هیستریکتومی‌های حوالی زایمان بصورت ساب توتال انجام شد که با مطالعه Kastner که ۸۰/۹٪ هیستریکتومی‌ها بصورت ساب توتال انجام شد مطابقت داشت (۱۲). تمام بیماران مورد مطالعه تزریق خون و فرآورده‌های آن را تجربه کردند و در ۱۱ مورد (۸۴/۶٪) بستری در ICU، ۵ مورد تب پس از عمل و ۲ مورد آسیب مثانه و حالب رخ داد. همانند مطالعه اخیر در مطالعه Kashani و همکاران نیز تمام بیماران تزریق خون و فرآورده‌های آن را داشتند و ۴۰٪ بیماران دچار عوارض شدند، که شایع‌ترین عارضه تب بود (۱۳٪) (۴).

در مطالعه Yucel و همکاران در ۸۸٪ موارد تزریق خون انجام شد و در ۳۵/۳٪ موارد عوارض مادری رخ داد شایع‌ترین عارضه، عوارض تب‌دار (۲۶/۵٪) بود. (۷) شاید علت موارد بالاتر تزریق خون در پژوهش حاضر، تصمیم‌گیری زود

Emergency Peripartum Hysterectomy in North of Iran

Sh. Yazdani (MD)¹, Y.R. Yousofniya Pasha (MD)¹, Z. Bouzari (MD)^{1*}, A. Babazadeh (MD)²

1. Fatemeh-Zahra Infertility and Reproductive Health Research Center, Babol University of Medical sciences, Babol, Iran
2. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 15(4); Jul 2013; pp: 81-87

Received: Aug 6th 2012, Revised: Aug 29th 2012, Accepted: Jan 6th 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Emergency peripartum hysterectomy (EPH) is a major surgery that usually performs in severe and life threatening bleeding after vaginal or cesarean delivery. Since, maternal morbidity and mortality is important in health system of our country so we studied incidence, indications, risk factors and complications of this surgery in pregnant women undergoing emergency peripartum hysterectomy at the hospitals of Babol University of medical sciences during 10 years.

METHODS: This cross-sectional study was performed on pregnant women undergoing emergency peripartum hysterectomy in Shahid Yahyanejad and Ayatollah Roohani hospitals of Babol, Iran during 2002-2011. Data such as demographic data, type of delivery and hysterectomy, amount of blood transfusion, days of hospitalization, maternal and neonatal morbidity and mortality were gathered and the results were analyzed.

FINDINGS: Twenty two EPH cases were identified among 37595 deliveries giving an incidence of 0.5 per 1000 deliveries that its rate in cesarean section delivery was 0.7 per 1000 and in vaginal delivery was 0.2 per 1000. The most indications of peripartum hysterectomy were 8 cases with uterine atony (36.4%) and 6 cases with abnormal placentation (27.3%), and the cesarean section and curettage were major risk factors for abnormal placentation. Blood transfusion was performed in all of patients and intra and postoperative complications included: 11 cases (84.6%) with intensive care admission that 5 cases (38.5%) of them had febrile morbidity and also 2 cases (15.2%) of them had vesical and urethral injury. There was 3 (13.6%) maternal death due to hemorrhagic shock.

CONCLUSION: According to the results of this study, incidence of EPH in our study was more in cesarean section than vaginal delivery and history of previous cesarean section and curettage were the risk factors for abnormal placentation.

KEY WORDS: *Hysterectomy, Cesarean, Antonia, Placenta accreta.*

*Corresponding Author;

Address: Department of Gynecology & Obstetrics, Ayatollah Roohani Hospital, Babol, Iran

Tel: +98 111 2238301-3

E-mail: z_b412003@yahoo.com

References

- 1.El-Jallad MF, Zayed F, Al-Rimawi HS. Emergency peripartum hysterectomy in Northern Jordan: indications and obstetric outcome (an 8-year review). *Arch Gynecol Obstet* 2004;270(4):271-3.
- 2.Selo Ojeme DO, Bhattacharjee P, Izuwa Njoku NF, Kadir RA. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(2):154-9.
- 3.Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obst Gynecol* 2009;200(6):632-6.
- 4.Kashani E, Azarhoush R. Peripartum hysterectomy for primary postpartum hemorrhage: 10 year evaluation. *Eur J Exp Biol* 2012;2(1):32-6.
- 5.Habek D, Becarevic R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. *Fetal Diagn Ther* 2007;22(2):139-42.
- 6.Wong TY. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review in a tertiary obstetric hospital. *N Z Med J* 2011; 124(1345):34-9.
- 7.Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274(2):84-7.
- 8.Najam R, Basal P, Sharma R, Agarwal D. Emergency obstetric hysterectomy: a retrospective study at a tertiary care hospital. *J Clin Diagn Res* 2010;4(4):2864-8 .
- 9.Sakse A, Weber T, Nickelsen C, Secher NJ. Peripartum hysterectomy in Denmark 1995-2004. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(12):1472-5.
- 10.Eniola OA, Bewley S, Waterstone M, Hooper R, Wolfe CD. Obstetric hysterectomy in a population of South East England. *J Obstet Gynecol* 2006;26(2):104-9.
- 11.Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity. *J Obstet Gynecol* 2007;27(1):44-7.
- 12.Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99(6):971-5.
- 13.Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1440-4.
- 14.Glaze S, Ekwalanya P, Roberts G, et al. Peripartum hysterectomy: 1999-2006. *Obstet Gynecol* 2008;111(3):732-8.
- 15.Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268(3):131-5.
- 16.Yalinkaya A, Guzel AI, Kangal K. Emergency peripartum hysterectomy: 16-year experience of a medical hospital. *J Chin Med Assoc* 2010;73(7):360-3.
- 17.Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and previaus casarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66(1):89-92.
- 18.Bakshi S, Meyer BA. Indication for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy. A five year review. *J Repord Med* 2000;45(9):733-7.
- 19.Engelsen IB, Alberchten S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy– incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Sconal* 2001;80(5):409-12.
- 20.Umezurik CC, Nkwocha G. Placenta accreta in Aba, south eastern, Nigeria. *Niger J Med* 2007;16(3):219-22.
- 21.Vazquez JA, Rivera GV, Higareda SH, Paez FG, Vega CC, Segura AP. Obstetric hysterectomy. Incidence, indications and complications. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(3):156-60.

22. Chibber R, Al-Hijji J, Fouda M, Al-Saleh E, Al-Adwani AR, Mohammed AT. A 26-year review of emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital in Kuwait-years 1983-2011. *Med Princ Pract* 2012;21(3): 217-22.
23. Obiechina NJ, Eleje GU, Ezebilu IU, Okeke CA, Mbamara SU. Emergency peripartum hysterectomy in Nnewi, Nigeria: A 10-year review. *Niger J Clin Pract* 2012;15(2):168-71.
24. Demirci O, Tugrul AS, Yilmaz E, Tosun O, Demirci E, Eren YS. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37(8):1054-60.