

A Case Report of Cardio-Respiratory Arrest Suspected of Amniotic Fluid Embolism (Anaphylactoid Syndrome of Pregnancy)

ARTICLE INFO

Article Type

Case Report

Authors

Mojtaba Mir Aboutalebi¹, MD *
 Mohammad Amin Samet¹, MD
 Javad Amini Mahabadi^{1,3},  PhD
 Mohammad Reza Nateghi²,  MD

- ¹ Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
- ² Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR) & Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
- ³ PhD of reproductive biology, Gametogenesis Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

*Corresponding Author

Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran.
 Postal code: 1396956111
 Phone: +98 (21) 44670888
 Fax: +98 (21) 44670432

Article History

Received: December 06, 2020
 Accepted: December 15, 2020
 Published: August 08, 2021

ABSTRACT

Introduction: Amniotic fluid embolism (Anaphylactoid Syndrome of Pregnancy) is a rare and unpredictable complication of pregnancy that occurs during or post-parturition. This complication occurs when amniotic fluid enters mother blood, which this condition is rare and its main symptom is cardiopulmonary arrest. Because maternal mortality associated with this complication is so high, early detection and prompt treatment are important for the improvement of prognosis.

Case presentation: A 37-year-old pregnant woman, gravida 2 para 2, experienced cardiac and respiratory arrest at the end of the cesarean operation and 45 minutes after spinal anesthesia and then baby exhaust. The baby was healthy. Mother had a height of 170 cm, weight 117 kg, and BMI of more than 40 that CPR was started promptly and after 10 minutes of necessary evaluations, the patient had vital signs and sinus rhythm. The patient was discharged in good general condition.

Conclusion: Initial supportive care is important if amniotic fluid embolism (AFE) is suspected. Early diagnosis and aggressive management of the patient with cardiopulmonary resuscitation will be associated with increased survival and reduced morbidity and mortality.

Keywords: Amniotic Fluid Embolism (AFE); Anaphylactoid Syndrome of Pregnancy (ASP); Cardiopulmonary Arrest; Cesarean; Case Report.

تهاجمی بیمار با احیا قلبی-ریوی، با افزایش بقا و کاهش عوارض و مرگ و میر همراه خواهد بود.

کلید واژه‌ها: آمبولی مایع آمنیوتیک؛ سندرم آنافیلاکتوئید بارداری؛ ایست قلبی-تنفسی؛ سزارین؛ گزارش مورد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۲۵

*نویسنده مسئول: مجتبی میر ابوطالبی

گزارش یک مورد ایست قلبی-تنفسی مشکوک به آمبولی مایع آمنیوتیک (سندرم آنافیلاکتوئید بارداری)

مجتبی میر ابوطالبی^{۱*}، محمد امین صامت^۱، جواد امینی مهابادی^{۲,۳}، محمد رضا ناطقی^۲ 

^۱ مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صرم، بیمارستان فوق تخصصی صرم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲ مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صرم و پژوهشکده سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صرم، بیمارستان فوق تخصصی صرم، تهران، ایران.

^۳ دکتری تخصصی بیولوژی تولیدمثل، مرکز تحقیقات گامتوزنزیس دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

مقدمه: آمبولی مایع آمنیوتیک (سندرم آنافیلاکتوئید بارداری) یک عارضه نادر و غیر قابل پیش بینی در بارداری است که در حین، یا پس از زایمان ظاهر می شود. این عارضه زمانی رخ می دهد که مایع آمنیوتیک وارد خود مادر شود که این شرایط به ندرت پیش می آید و علامت اصلی آن ایست قلبی-تنفسی می باشد. از آنجا که مرگ و میر مادران مرتبط با این عارضه بسیار زیاد است، تشخیص زود هنگام و درمان سریع برای بهبود پیش آگهی مهم می باشد.

معرفی مورد: خانم باردار ۳۷ ساله، G₂P₂، با قد ۱۷۰ سانتی متر، وزن ۱۱۷ کیلوگرم و شاخص توده بدنی بالای ۴۰ که در بارداری دوم، ۴۵ دقیقه بعد از بی حسی کمر و خروج نوزاد و در انتهای عمل سزارین به یکباره دچار ایست قلبی و تنفسی شد، که با تشخیص اولیه آمبولی مایع آمنیوتیک، سریعاً تزریق اپی نفرین و ماساژ قلبی و اینتوباسیون انجام گرفت و با تلاش فراوان، علائم حیاتی و ریتم نرمال سینوسی ظاهر گردید. نوزاد متولد شده سالم بود و بیمار با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

نتیجه گیری: در صورت مشکوک بودن به آمبولی مایع آمنیوتیک، مراقبت‌های حمایتی اولیه مهم است. تشخیص زود هنگام و مدیریت

مقدمه

آمبولی مایع آمنیوتیک^۱ به عنوان واکنشی نادر اما جدی، که توسط ورود مایع آمنیوتیک یا بقایای دیگر در گردش خون مادر ایجاد می شود، شناخته می گردد^[۱]. اخیراً پیشنهاد شده است که آمبولی مایع آمنیوتیک، یک سندرم آنافیلاکتیک بارداری^۲ است، که باعث واژواسپاسم، ورم، انعقاد داخل عروقی انتشار یافته^۳ و ایست قلبی-تنفسی می شود، که یکی از دلایل مرگ ناگهانی در زنان و زایمان است^[۲,۳]. این شرایط به ندرت ایجاد می شود و در هر ۸۰۰۰ بارداری، یک مورد رخ می دهد^[۴]. دلیل اصلی آن تاکنون به اثبات نرسیده است و از جمله علائم اصلی آن ایست قلبی-تنفسی و از بین رفتن هوشیاری می باشد^[۵]. این وضعیت با فروپاشی^۴ ناگهانی قلبی و عروقی، ناراحتی تنفسی و انعقاد داخل عروقی انتشار یافته مشخص می شود. به دست آوردن اطلاعات قوی در مورد عوامل خطر، مدیریت و نتایج آمبولی مایع آمنیوتیک به دلیل نادر بودن شرایط، همراه با این واقعیت که تشخیص بالینی آمبولی مایع آمنیوتیک یکی از موارد استثنا است و تعاریف مختلف موردی ارائه شده است، چالش برانگیز می باشد^[۶,۷]. از علائم دیگر آن می توان به تهوع، استفراغ، تشنج و استرس زیاد اشاره نمود. پنجاه درصد موارد مرگ در طی یک ساعت بعد از شروع علائم رخ می دهد. آمبولی مایع آمنیوتیک قابل پیشگیری نیست^[۸].

به طور کلی، آمبولی مایع آمنیوتیک پس از حذف سایر علل احتمالی، از نظر بالینی به عنوان فروپاشی ناگهانی قلب و عروق تشخیص داده می شود. چندین کشور معیارهای تشخیصی آمبولی مایع آمنیوتیک را ارائه داده اند که با یکدیگر کاملاً منطبق نیستند^[۹,۱۰]. تعاریف متعدد از کشورهای مختلف برای این عارضه، مانع شناسایی ریسک فاکتورهای آمبولی مایع آمنیوتیک، ارزیابی اثر بخشی درمان ها و درک دقیق پاتوفیزیولوژی این عارضه خطرناک زایمان می شود^[۱۱]. تشخیص زود هنگام و احیای سریع از عوامل اصلی در درمان آمبولی مایع آمنیوتیک هستند^[۱۲]. هدف از این تحقیق، معرفی یک مورد ایست قلبی-تنفسی مشکوک به آمبولی مایع آمنیوتیک در بیمارستان تخصصی صرم تهران می باشد.

Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)[†]
Collapse[‡]

Amniotic Fluid Embolism (AFE)[†]
Anaphylactoid Syndrome of Pregnancy (ASP)[‡]

دانشنامه صرم در طب باروری

گزارش مورد

خانم ۳۷ ساله^۵ G2P2 با قد ۱۷۰ سانتی متر، وزن ۱۱۷ کیلوگرم و شاخص توده بدنی^۶ بالای ۴۰، بدون سابقه بیماری یا دارویی خاص، به منظور عمل سزارین، تحت بی حسی موضعی اسپینال^۷ با مارکائین^۸ از فضای L4L5 با سوزن ۲۶ قرار گرفت. بیمار دارای شرایط همودینامیک پایدار بود و جنین خارج شد. ۴۵ دقیقه بعد از خروج جنین و در انتهای سزارین، ناگهان دچار ایست قلبی-تنفسی شد که سریعاً تزریق اپی نفرین و ماساژ قلبی و اینتوباسیون^۹ بیمار انجام گرفت و پس از یکبار استفاده از اپی نفرین به همراه هیدروکورتیزون، آتروپین و دگزامتازون، بیمار ریتم نرمال سینوسی^{۱۰} پیدا کرد که حدود ۱۰ دقیقه عملیات احیاء به طول انجامید. تست ABG^{۱۱} از بیمار اخذ شد که PO2:49 ، HCO3:17، pH:7/15 داشت، که با بی کربنات اصلاح شد. مقدار ۱۵۰ میلی گرم مانیتول ۲۰ درصد و ۲ میلی گرم منیزیم، به هدف نوروپروتکتیو^{۱۲} داده شد. پس از اتمام عمل به دلیل عدم هوشیاری کامل، بیمار اینتوبه^{۱۳} به بخش مراقبت های ویژه^{۱۴} منتقل شد و ۱۲ ساعت بعد، اکستوبه^{۱۵} گردید. در CT اسکن مغز نکته خاصی وجود نداشت ولی در CT اسکن ریه، درگیری دو طرفه ریه به نفع ادم ریه دیده می شد. در اتاق عمل ۴۰ گرم لازیکس^{۱۶} به دلیل ترشحات کف آلود و ادم ریه داده شد، که ریه ها هنگام انتقال به بخش، پاک^{۱۷} بودند. در نهایت بیمار با خال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

یکی از عوارض نادر حین بارداری، آمبولی مایع آمنیوتیک است که متأسفانه قابل پیش بینی و پیشگیری نیست و مهمترین علامت آن ایست قلبی و تنفسی می باشد، که درمان آن نیز به صورت علامتی است. این فرآیند بیشتر شبیه آنافیلاکسی است تا آمبولی، از این رو اصطلاح سندرم آنافیلاکتوئید بارداری^{۱۸} به آن اطلاق می گردد و تشخیص قطعی زمانی است که کالبد شکافی مادر انجام می شود. فعال سازی سیستم کمپلمان^{۱۹} در پاتوفیزیولوژی آمبولی مایع آمنیوتیک نقش مهمی را ایفا می کند. این عارضه نرخ مرگ و میر بالایی دارد که با فروپاشی ناگهانی قلبی-عروقی، تنگی نفس و انعقاد داخل عروقی انتشار یافته همراه می باشد. این ممکن است در زنان سالم در دوران بارداری، حین زایمان یا پس از زایمان و حتی بعد از سقط انتخابی، آمنیوسنتز، سزارین یا ضربه نیز ایجاد شود. این وضعیت با ورود مایع آمنیوتیک به جریان خون مادر شروع می شود که منجر به

واکنش های جدی، انعقاد شدید و حتی ایست قلبی-ریوی می شود^[۱۳،۱۴]. آمبولی مایع آمنیوتیک را می توان به دو نوع بالینی اعم از الف) نوع فروپاشی قلبی و ریوی و ب) نوع انعقاد داخل عروقی انتشار یافته، شامل خونریزی آتونیک و وخیم شدن سریع سیستم انعقاد خون تقسیم کرد^[۱۵].

از آنجا که تشخیص آمبولی مایع آمنیوتیک محدود است، تعریف دقیق و تعیین معیارها دشوار می باشد. علل فروپاشی و کولاپس^{۲۰} مادر می تواند ناشی از شوک هموراژیک، آمبولی ریه، آنافیلاکسی، شوک سپتیک و دایسکشن^{۲۱} آئورت^{۲۱} باشد. تشخیص بر اساس علائم و نشانه هایی است که در هنگام زایمان یا عمل سزارین مشاهده می شود^[۱۶]. Sitaula و همکارانش در سال ۲۰۲۰ به بررسی آمبولی مایع آمنیوتیک به عنوان یک علت نادر کولاپس مادر به صورت گزارش موردی پرداختند. در این مورد، بیمار سابقه فشار خون بالا و تب نداشت و گزارش تحقیقات همچنین از رد سپسیس^{۲۲} پشتیبانی می کرد. او خونریزی و اکلامپسی یا سایر علل قابل تشخیص کولاپس بعد از زایمان نداشت و قبل از زایمان نیز کم خونی نداشت که به رد شوک هموراژیک کمک کرد. این محققان مطابق معیارهای آمبولی مایع آمنیوتیک، تشخیص این عارضه را تعیین کردند^[۱۷]. مطالعات مختلف نشان داده اند که عوامل خطر آمبولی مایع آمنیوتیک با سن بیش از ۳۵ سال، چندقلویی، سزارین، خونریزی قبل از زایمان، اکلامپسی، القا زایمان، دیسترس جنین، مرگ جنین و نوزاد پسر مرتبط می باشد^[۱۸-۲۰].

در سال ۲۰۲۰، تحقیقی با عنوان گزارش موردی از آمبولی مایع آمنیوتیک به دنبال سقط جنین، توسط Crissman و همکاران منتشر شد. در این مطالعه، یک زن ۲۹ ساله با G1P0 که قبلاً سالم بود، تحت سقط جنین از طریق اتساع و تخلیه^{۲۳} در هفته ۲۲ بارداری قرار گرفت. این مورد با شک به آمبولی مایع آمنیوتیک، با اختلال انعقادپذیری^{۲۴} عمیق، پیچیده شد. از آنالیز انعقادی ویسکوالاستیک^{۲۵} برای هدایت موفقیت آمیز و سریع مدیریت بیماری وی استفاده شد. این تحقیق نشان داد که آمبولی مایع آمنیوتیک می تواند در شرایط سقط القا شده ایجاد شود^[۲۱].

هیچ آزمایش تشخیص قطعی برای این عارضه وجود ندارد، ولی چهار معیار تشخیصی ایست قلبی-تنفسی، هایپوکسی حاد، خونریزی شدید یا اختلالات انعقادی، در طول زایمان یا سزارین بدون توضیح خاص دیگر، برای آن تعریف شده است. از تشخیص های افتراقی به رفلکس بزولد-جاریش^{۲۶} می توان اشاره کرد. رفلکس بزولد-جاریش، در پاسخ به ایسکمی قلبی، انفارکت میوکارد، ترومبولیز و سنکوپ، یک تریاد^{۲۷} هیپوتانسیون، برادیکاردی و گشاد شدن عروق کروئر ایجاد می نماید. نکته دیگر اینکه در

Lasix (Furosemide)^{۱۸}
Clear^{۱۹}
Anaphylactoid Syndrome of Pregnancy (ASP)^{۱۸}
Complement System^{۱۹}
Collapse^{۲۱}
Aortic Dissection^{۲۱}
Sepsis^{۲۲}
Dilation and Curettage (D&C)^{۲۳}
Coagulopathy^{۲۴}
Viscoelastic Point-of-Care (POC) Analysis^{۲۵}
Bezold-Jarish Reflex (BJR)^{۲۶}

Gravidity and Parity^۵
Body Mass Index (BMI)^۶
Spinal Anesthesia^۷
Marcaine (Bupivacaine)^۸
Intubation^۹
Sinus Rhythm^{۱۰}
Arterial Blood Gas (ABG)^{۱۱}
Neuroprotective^{۱۲}
Intubate^{۱۳}
Intensive Care Unit (ICU)^{۱۴}
Extubate^{۱۵}

منابع

- Stafford I, Sheffield J. Amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007;34(3):545-53.
- Kanayama N, Inori J, Ishibashi-Ueda H, Takeuchi M, Nakayama M, Kimura S, et al. Maternal death analysis from the Japanese autopsy registry for recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(1):58-63.
- Busardò FP, Frati P, Zaami S, Fineschi V. Amniotic fluid embolism pathophysiology suggests the new diagnostic armamentarium: β -tryptase and complement fractions C3-C4 are the indispensable working tools. *Int J Mol Sci.* 2015;16(3):6557-70.
- Kaur K, Bhardwaj M, Kumar P, Singhal S, Singh T, Hooda S. Amniotic fluid embolism. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2016;32(2):153.
- Sullivan E, Vaughan G, Knight M. AUSTRALASIAN MATERNITY OUTCOMES SURVEILLANCE SYSTEM (AMOSS) 2010-2011: A013. *J Paediatr Child Health.* 2012;48.
- Fitzpatrick KE, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Incidence, risk factors, management and outcomes of amniotic-fluid embolism: a population-based cohort and nested case-control study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(1):100-9.
- Schaap T, Bloemenkamp K, Deneux-Tharoux C, Knight M, Langhoff-Roos J, Sullivan E, et al. Defining definitions: a Delphi study to develop a core outcome set for conditions of severe maternal morbidity. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2019;126(3):394-401.
- Rudra A, Chatterjee S, Sengupta S, Nandi B, Mitra J. Amniotic fluid embolism. *Indian J Crit care Med peer-reviewed, Off Publ Indian Soc Crit Care Med.* 2009;13(3):129.
- McDonnell N, Knight M, Peek MJ, Ellwood D, Homer CSE, McLintock C, et al. Amniotic fluid embolism: an Australian-New Zealand population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):1-7.
- Stafford IA, Moaddab A, Dildy GA, Klassen M, Berra A, Watters C, et al. Amniotic fluid embolism syndrome: analysis of the United States International Registry. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100083.
- Clark SL, Romero R, Dildy GA, Callaghan WM, Smiley RM, Bracey AW, et al. Proposed diagnostic criteria for the case definition of amniotic fluid embolism in research studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(4):408-12.

شاخص توده بدنی بالا، بی حسی بسیار با احتیاط باید انجام شود که منجر به آپنه احتمالی نگردد. بنابراین، مدیریت اولیه پشتیبانی تنفسی و حمایت همودینامیک با استفاده از مایعات، وازوپرسورها^{۲۷}، اینوتروپها^{۲۸} و وازودیلاتورهای ریوی^{۲۹} است. تشخیص زودهنگام و مدیریت تهاجمی بیمار با احیا قلبی-ریوی، با افزایش بقا و کاهش عوارض و مرگ و میر همراه خواهد بود. [۲۲]

نتیجه گیری

ما یک مورد آمبولی مایع آمنیوتیک را در مادر با سن ۳۷ سالگی که در سزارین با بی حسی کمر و پس از خروج نوزاد، که ناگهان دچار ایست قلبی-تنفسی شد، گزارش کردیم. تیم پزشکی و متخصصان بیهوشی نقش مهمی در وضعیت نجات جان مادر داشتند. مطالعات نشان می‌دهند که در صورت مشکوک بودن به آمبولی مایع آمنیوتیک (سندرم آنافیلاکتوئید بارداری)، مراقبت‌های حمایتی اولیه بسیار مهم است و تشخیص زودهنگام و مدیریت تهاجمی بیمار با احیا قلبی ریوی، با افزایش بقا و کاهش عوارض و مرگ و میر همراه خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در بیمارستان فوق تخصصی صرم انجام شد. بدین وسیله از تمامی همکاران این مرکز و همچنین همکاران انستیتو تحقیقات صرم، علی‌الخصوص سرکار خانم مریم نادری، تشکر به عمل می‌آید.

تأییدیه اخلاقی

برای گزارش این مورد، رضایت کتبی از بیمار دریافت شد. کلیه اطلاعات هویتی وی محرمانه می‌باشد.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچ گونه تعارض منافع وجود نداشت.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در انجام این مقاله نقش داشتند.

منابع مالی

گزارش این مورد، هزینه مالی در بر نداشت.

Pulmonary Vasodilator^{۲۹}Vasopressor^{۲۷}
Inotrope^{۲۸}

دانشنامه صرم در طب باروری

12. Kinishi Y, Ootaki C, Iritakenishi T, Fujino Y. A case of amniotic fluid embolism successfully treated by multidisciplinary treatment. *JA Clin reports*. 2019;5(1):1–4.
13. Lee JH, Yang HJ, Kim J-H, Lee S-Y, Gill HJ, Kim B-K, et al. Amniotic fluid embolism that took place during an emergent cesarean section-A case report. *Korean J Anesthesiol*. 2010;59(Suppl):S158.
14. Gilmore DA, Wakim J, Secrest J, Rawson R. Anaphylactoid syndrome of pregnancy: a review of the literature with latest management and outcome data. *AANA J*. 2003;71(2).
15. Kanayama N, Tamura N. Amniotic fluid embolism: pathophysiology and new strategies for management. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(6):1507–17.
16. Benson MD. Current concepts of immunology and diagnosis in amniotic fluid embolism. *Clin Dev Immunol*. 2012;2012.
17. Sitaula S, Das D, Sitaula S, Chhetry M. Amniotic fluid embolism: A rare cause of maternal collapse—A case report. *Clin Case Reports*. 2020;8(12):3359.
18. Abenhaim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1):49-e1.
19. Fitzpatrick KE, Van Den Akker T, Bloemenkamp KWM, Deneux-Tharaux C, Kristufkova A, Li Z, et al. Risk factors, management, and outcomes of amniotic fluid embolism: A multicountry, population-based cohort and nested case-control study. *PLoS Med*. 2019;16(11):e1002962.
20. Toy H. Amniotic Fluid Embolism. *Eur J Gen Med*. 2009;6(2).
21. Crissman HP, Loder C, Pancaro C, Bell J. Case report of amniotic fluid embolism coagulopathy following abortion; use of viscoelastic point-of-care analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–7.
22. Pacheco LD, Saade G, Hankins GD V, Clark SL, (SMFM S for M-FM. Amniotic fluid embolism: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(2):B16–24.