گزارش یک مورد نادر هیسترکتومی به‌دلیل جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری

صدیقه آیتی (M.D.)[۱و۳]، سارا میرزائیان (M.D.)[۱و۳]، فاطمه وحیدرودسری (M.D.)[۱و۳]، نیره قمیان (M.D.)[۲و۳]، نزهت موسوی‌فر (M.D.)[۲و۳]

۱- گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم (عج)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مشهد، مشهد، ایران

۲- گروه زنان ومامایی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مشهد، مشهد، ایران

۳- مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: جفت اینکرتا عارضه‌ای ناشایع و تهدیدکننده حیات مادر در دوران بارداری است. این عارضه معمولاً به‌صورت خونریزی واژینال به دنبال خارج کردن مشکل جفت در سه ماهه سوم تظاهر می‌یابد. با وجود این، جفت اینکرتا ممکن است باعث ایجاد عوارضی مانند سقط‌های سه ماهه اول و دوم گردد که تشخیص آن مشکل می‌باشد. هدف از ارائه این گزارش، معرفی یک مورد نادر هیسترکتومی به‌دلیل جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری می‌باشد.

معرفی مورد: بیمار خانمی ۳٤ ساله بود که ۱۸ روز پس از کورتاژ به‌دلیل سقط ناقص، با خونریزی شدید واژینال در بارداری چهارم به بیمارستان مراجعه کرد. نامبرده سابقه ۲ مورد سزارین قبلی داشت. به علت خونریزی شدید با تشخیص احتمالی تخلیه ناکامل رحم، مجدداً تحت عمل کورتاژ قرارگرفت که به علت خونریزی غیرقابل کنترل حین عمل برای وی هیسترکتومی انجام شد. در بررسی آسیب‌شناسی، جفت اینکرتا در سگمنت تحتانی رحم گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: در زنان با سابقه سزارین قبلی، احتمال جایگزینی غیرطبیعی جفت وجود دارد که حتی در سه ماهه اول بارداری نیز ممکن است دچار خونریزی غیر قابل کنترل گردد که بدلیل ماهیت غیر طبیعی جفت، ممکن است حتی نیاز به هیسترکتومی اورژانس ایجاد شود.

کلید واژگان: جفت اینکرتا، جفت سرراهی، خونریزی رحمی، سزارین، سقط ناقص، سه ماهه اول بارداری، کورتاژ، هیسترکتومی.

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

پست الکترونیک: ff_vahid@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۲/۱۰ **پذیرش:** ۸۷/٦/۱۳

Downloaded from http://www.jri.ir

زمینه و هدف

جفت اینکرتا[1] یک موقعیت نادر در مامایی همراه با خونریزی بسیار شدید است. بافت تروفوبلاستیک جفتی به‌صورت طبیعی از میومتر به‌وسیله صفحه دسیدوال جدا می‌شود. اتصال پرزهای جفتی به میومتر، جفت اینکرتا نامیده می‌شود که باعث سخت جدا شدن جفت از دسیدوا پس از زایمان می‌گردد. این اختلال در موارد جفت سرراهی، لانه‌گزینی روی محل اعمال جراحی قبلی رحم یا پارگی قبلی رحم شیوع بیشتری دارد.

اصطلاح جفت اکرتا[2] به‌طور کلی برای توصیف هرگونه لانه‌گزینی جفت دارای چسبندگی غیرطبیعی به دیواره رحم به‌کار می‌رود و اشکال پیشرفته‌تر آن شامل جفت اینکرتا و پرکرتا[3] می‌باشد.

در جفت اینکرتا، گرچه چسبندگی غیرطبیعی جفت شایع نیست؛ ولی به علت افزایش میزان مرگ و میر ناشی از خونریزی شدید، پارگی رحم و عفونت، اهمیت بسیار زیادی از نظر بالینی دارد. تهاجم پرزهای جفتی به میومتر در محل اسکار قبلی سزارین، می‌تواند منجر به پارگی رحم قبل از آغاز زایمان شود (۱).

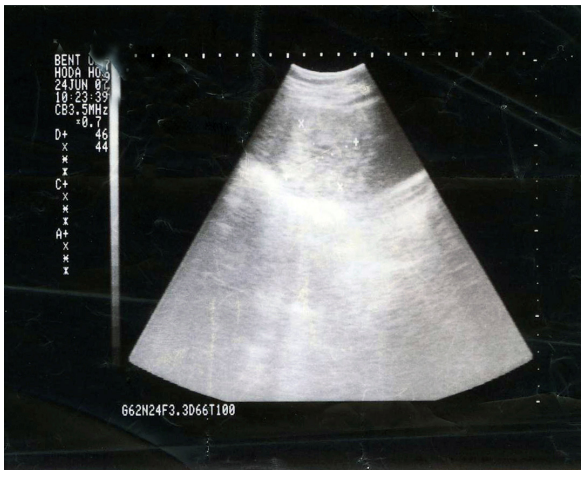
جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری بسیار نادر است، زیرا این اختلال معمولاً در سه ماهه سوم تشخیص داده می‌شود. تعداد بسیار اندکی گزارش در این مورد وجود دارد که به‌صورت خونریزی طولانی به دنبال سقط ناقص یا سقط فراموش شده بوده، که پس از تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)[4]، به صورت توده هتروژن رحمی تشخیص داده شده است (۲). یک مورد نیز به علت DIC[5] ناشی از خونریزی که منجر به هیسترکتومی گردیده نیز گزارش شده است (۳).

در این گزارش، یک مورد نادر هیسترکتومی به دلیل جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری معرفی می‌گردد.

معرفی مورد

بیمار خانمی ۳۴ ساله (G4P3L3Ab1) بود که به دلیل خونریزی شدید واژینال، به بخش زایشگاه بیمارستان امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعزام گردید. در شرح حال به دست آمده از بیمار، نامبرده ۱۸ روز قبل از مراجعه به علت بارداری ۷ هفته (براساس آخرین قاعدگی و سونوگرافی) و با تشخیص سقط ناقص و خونریزی شدید در یکی از شهرستان‌های استان خراسان رضوی، به‌طور اورژانس کورتاژ شده و جواب آسیب‌شناسی در آن زمان محصولات بارداری بوده است. پس از کورتاژ، خونریزی بیمار ادامه یافته و ۱۸ روز پس از آن به دلیل خونریزی شدید، افت علائم حیاتی و شوک بستری شد.

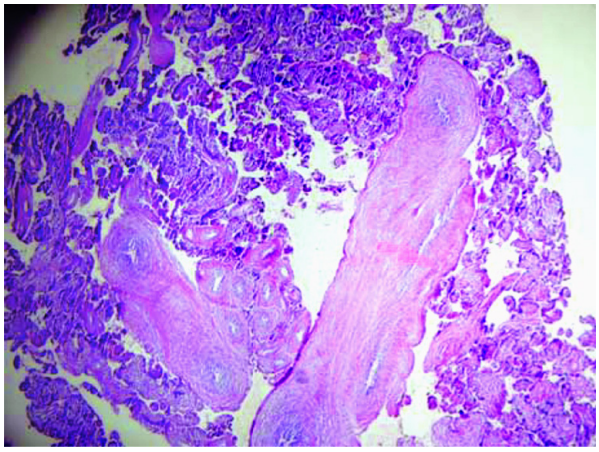
در آزمایش‌های انجام شده، به دلیل هماتوکریت پائین و ترومبوسیتوپنی با پلاکت $۱۰^{۵}/ml \times ۵۰$، به بیمارستان امام رضا (ع) اعزام و بستری و ۲ واحد Packed cell جهت اصلاح وضعیت بیمار به وی تزریق گردید. در معاینه سرویکس بسته و سایز رحم بزرگتر از معمول و در حد حاملگی ۸ هفته بود. در سونوگرافی به‌عمل آمده از بیمار، رحم به ابعاد $۱۱۶ \times ۴۱mm$، در ناحیه فوندوس



شکل ۱- نمای سونوگرافی نشان‌دهنده توده هتروژن با ابعاد $۴۱ \times ۴۲mm$ در سگمان تحتانی رحم در یک خانم ۳۴ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا مشهد

1- Placenta increta
2- Placenta acreta
3- Placenta precreta
4- Magnetic Resonance Imaging
5- Disseminated Intravascular Coagulation

Downloaded from http://www.jri.ir



شکل ۲- تهاجم سلولهای سیتوترفوبلاست و سن‌سیشیو ترفوبلاست به میومتر در یک خانم ۳٤ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا مشهد

آندومتر منظم با ضخامت ٤/٥mm و در سگمان تحتانی رحم تصویر یک توده هتروژن با ابعاد ٤٢×٤١mm وجود داشت (شکل ۱).

بیمار ۳ فرزند زنده داشت که اولی با زایمان طبیعی و فرزند دوم و سوم از طریق سزارین متولد شده بودند. آخرین زایمان وی ١٤ماه قبل بود. با شک به بیماری تروفوبلاستیک حاملگی β-hCG سرم اندازه‌گیری و مقدار آن صفر گزارش شد.

بیمار با احتمال وجود بقایای حاملگی در رحم به اطاق عمل انتقال یافت و تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفت. پس از بازکردن دهانه رحم به وسیله دیلاتاتور بوژی، مقدار زیادی نسوج جفتی با پنس جفت خارج شد که ضمن کورتاژ، خونریزی بسیار شدیدی روی داد. سونوگرافی واژینال حین کورتاژ مجدداً توده هتروژن در سگمان تحتانی رحم با ابعاد ٤×٤cm را مشخص کرد. به‌دلیل خونریزی شدید غیرقابل کنترل و تهدیدکننده حیات، تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد. در بررسی حین لاپاراتومی، جسم رحم در حد طبیعی و سگمان تحتانی کاملاً برجسته بود و نسوج جفتی تا زیر سروز رحم تهاجم و رحم نمای ساعت شنی داشت. به ناچار هیسترکتومی انجام و رحم جهت آسیب‌شناسی ارسال گردید. بیمار حین عمل ٤ واحد خون فشرده شسته شده دریافت کرد و ۲ روز پس از عمل، با حال عمومی خوب و هماتوکریت ۳٤٪ و پلاکت ۱۸۰×۱۰^{۳}/μl، ترخیص گردید. در نمونه ارسالی به آزمایشگاه آسیب‌شناسی، جفت اینکرتا گزارش شد (شکل ۲).

بحث

چسبندگی غیرطبیعی جفت، یکی از عوارض خطرناک بارداری است که در آن بافت تروفوبلاستیک با عمق متغیر به میومتر تهاجم می‌کند. در جفت سرراهی یا در موارد لانه‌گزینی روی محل اعمال جراحی قبلی رحم یا پارگی قبلی رحم، این عارضه شیوع بیشتری دارد. در مقایسه با جمعیت عمومی شیوع جفت اکرتا در صورت وجود جفت سرراهی، ٥٤ برابر و در صورتی که سن مادر بیشتر از ۳٥ سال باشد، ۳/۲ برابر افزایش می‌یابد (٤). اگر در جفت اکرتا خونریزی قبل از زایمان رخ دهد، در نتیجه همراهی آن با جفت سرراهی است.

تشخیص جفت اینکرتا با سونوگرافی از حساسیت ۳۳٪ برخوردار می‌باشد (٥). در سونوگرافی داپلر، دو عامل تاحد زیادی تهاجم به میومتر را پیشگویی می‌کند که شامل فاصله کمتر از ۱cm بین سطح مشترک سروز رحم و مثانه با عروق پشت جفت و حوضچه‌های بزرگ جفتی می‌باشد (٦).

حساسیت MRI برای تشخیص جفت اکرتا ۳۸٪ است (۷). افزایش میزان D دایمر در زنان مبتلا به جفت اکرتا، ممکن است خونریزی قابل توجه را پیش‌بینی کند که احتمالاً بازتابی از تهاجم تروفوبلاست به داخل میومتر و بافت‌های اطراف است (۸).

مشکلات همراه با خروج جفت و مشکلات پس از آن، به مقدار زیادی وابسته به محل لانه‌گزینی، عمق نفوذ به میومتر و تعداد کوتیلدون‌های درگیر است. کوتیلدون درگیر همراه با میومتر و احتمالاً با خونریزی بسیار زیاد ممکن است دفع شود و یا ممکن است از جفت جدا شده و به محل لانه‌گزینی بچسبد که با خونریزی فوری یا تأخیری همراه خواهد بود (مشابه آنچه که در بیمار

Downloaded from http://www.jri.ir

گـزارش شـده رخ داد). در درگیـری وسـیعتر جفـت، همزمان با تلاش برای خارج سـاختن جفت، خـونریزی شدیدتر می‌شود.

موفقیت درمان، بـه درمـان فـوری بـا جـایگزینی خـون بـسـتگی دارد و تقریبـاً در اکثـر اوقـات نیازمنـد هیسترکتومی فوری است. بستن شریان رحمی، شـریان ایلیـاک داخلـی دو طرفـه و یـا آمبولیزاسـیون از طریـق آنژیوگرافی، جهت کاهش خونریزی حـین هیـسترکتومی توصیه شده است (۹).

در جفت اکرتای کامـل، ممکـن اسـت خـونریزی بـسیار اندکی رخ دهد و یا اصلاً خونریزی وجود نداشته باشـد. تلاش برای خارج ساختن جفت بـا دسـت موفقیت‌آمیـز نبوده؛ زیرا صـفحه جـدایی بـین سـطح مـادری جفـت و دیواره رحم ایجاد نشده است. در مطالعه Fox، در زنانی که با روش محافظه‌کارانه درمـان شـدند تـا حـد امکـان جفت با دست خارج شده و داخل رحم تامپون شـد؛ کـه ۲۵٪ مرگ و میر مادر را به‌دنبال داشت. مطمئن‌ترین راه درمان در این شرایط، هیسترکتومی اورژانس مـی‌باشـد (۱۰).

زمانی که خونریزی زیاد نباشد، می‌توان تمامی جفت را در محـل خـود بـاقی گذاشـت. در گزارشـی کـه توسـط Kayem و همکاران ارائه شد، جفت در محل خـود بـاقی گذاشته شده و جهت جلـوگیری از خـونریزی تـأخیری، آمبولیزاسیون شریان رحمی صـورت گرفت. جفـت در عرض ٦ ماه خودبه‌خود جذب و سه سال بعد نیز بیمـار باردار شد (۱۱). گزارش مشابه دیگری توسط Li Ux و همکاران منتشر گردید که نشان‌دهنده موفقیت‌آمیز بودن آمبولیزاسیون شریان رحمـی در اداره ایـن عارضـه در دو بیمار با جفت اینکرتا بود که هر دوی آنهـا ناشـی از سـزارین قبلـی بودنـد (۱۲). مـورد دیگـری نیـز توسـط Nijman و همکاران گزارش گردیـد کـه جفـت در محـل باقی گذاشته شد و بـا تجـویز هفتگـی متوتروکـسات در عرض چهار هفته، جفت خودبخود جذب گردید (۱۳).

جفـت اینکرتـا بـه نـدرت در سـه ماهـه اول بـارداری عارضه‌دار می‌شود. در گزارشی کـه توسـط Carlton و همکاران از دانـشگاه تگـزاس منتـشر گردیـد، بـه دنبـال کورتاژ تخلیه‌ای یـک جنـین مـرده، جفـت اینکرتـا باعـث سوراخ شدن رحم گردید که بـه علـت خـونریزی شـدید هیسترکتومی انجام شد (۱٤). مورد دیگر در کره توسط Ju گـزارش شـده اسـت کـه جفـت سـرراهی اینکرتـا به صورت یک توده رحمی پس از سـقط سـه ماهـه اول بروز کرده، باعث خونریزی‌های متناوب در بیمار شد و در نهایت منجر به هیسترکتومی گردید (۱۵). در ایـن دو مورد، مشابه بیمار گزارش حاضر، با خونریزی بـدنبال سـقط و یـا تـشخیص جفـت اینکرتـا، هیـسترکتومی انجام شد.

در سابقه کلیه بیماران فوق، انجام سزارین (انتخـابی یـا اورژانـس) وجـود دارد. بـا بـالا رفـتن میـزان سـزارین، چسبندگی غیرطبیعی جفت افزایش می‌یابـد؛ بنـابراین در بارداریها زایمان طبیعی به‌عنوان راه ارجح وضع حمـل، باید همـواره مـورد توجـه قـرار گیـرد و سـزارین تنهـا محدود به موارد زایمان مشکل باشد.

نتیجه‌گیری

چسبندگی غیرطبیعی جفت یـک عارضـه نـادر بـه‌دنبـال جراحی‌های رحمی به‌خـصوص سـزارین مـی‌باشـد کـه اغلب در ماه‌های آخر بـارداری بـروز مـی‌کنـد؛ ولـی در موارد غیرعادی در ماه‌های اول نیز ممکن است عارضه ایجاد نماید که باید به آن توجه نمود.

تشکر و قدردانی

نویـسندگان مقالـه از کلیـه دسـتیاران محتـرم زنـان و زایمان و پرسنل زحمتکش اتـاق عمـل بیمارسـتان امـام رضا (ع) کـه در حالـت اورژانـس بـرای بیمـار زحمـات فراوانی را متحمل شـدند و سـرکارخانم اکـرم مـشتاقی برای تایپ این مقاله، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

Downloaded from http://www.jri.ir

References

1- Berchuck A, Sokol RJ. Previous cesarean section, placenta increta, and uterine rupture in second trimester abortion. Am J Obstet Gynecol. 1983; 145(6): 766-7.

2- Ju W, Kim SC. Placenta increta after first-trimester dilatation and curettage manifesting as an unusual uterine mass: magnetic resonance findings. Acta Radiol. 2007; 48(8): 938-40.

3- Lapresta Moros M, Conte Martín P, Pérez Pérez P, Azúa Romeo J, Oro Fraile J, Lapresta Ferrández C. Post abortal haemorrhage and disseminated intravascular coagulation due to placenta accrete. Arch Gynecol Obstet. 2003; 268(4): 329-30.

4- Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. Obstet Gynecol. 1999; 93(4): 545-50.

5- Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. J Soc Gynecol Investig. 2002; 9(1): 37-40.

6- Twickler DM, Lucas MJ, Balis AB, Santos-Ramos R, Martin L, Malone S, et al. Color flow mapping for myometrial invasion in women with a prior cesarean delivery. J Matern Fetal Med. 2000; 9(6): 330-5.

7- Major CA, de Veciana M, Lewis DF, Morgan MA. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: is there an association between these pregnancy complications? Am J Obstet Gynecol. 1995; 172 (2 Pt 1): 672-6.

8- Baxi Lv, Liwanpo LI, Fink DJ. D dimer as a predictor of morbidity in patients with ultra sonographic evidence of placenta previa accrete. J Soc Gynecol Investig. 2004; 11: 215A.

9- Dubois J, Garel L, Grignon A, Lemay M, Leduc L. Placenta percreta: balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries to reduce intraoperative blood losses. Am J Obstet Gynecol. 1997; 176(3): 723-6.

10- Fox H. Placenta accrete. Obstet Gynecol Surv. 1972; 27: 475.

11- Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grangé G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. Fertil Steril. 2002; 78(3): 637-8.

12- Liu X, Fan G, Jin Z, Yang N, Jiang Y, Gai M, et al. Lower uterine segment pregnancy with placenta increta complicating first trimester induced abortion: diagnosis and conservative management. Chin Med J. 2003; 116(5): 695-8.

13- Nijman RG, Mantingh A, Aarnoudse JG. Persistent retained placenta percreta: methotrexate treatment and Doppler flow characteristics. BJOG. 2002; 109(5):587-8.

14- Carlton SM, Zahn CM, Kendall BS, Natarajan S. Placenta increta / percreta associated with uterine perforation during therapy for fetal death. A case report. J Reprod Med. 2001; 46(6): 601-5.

15- Ju W, Kim SC. Placenta Increta after First-Trimester Dilatation and Curettage Manifesting as an Unusual Uterine Mass: Magnetic Resonance Findings. Acta Radiologica. 2007; 48(8): 938-40.

Downloaded from http://www.jri.ir