

# گزارش یک مورد نادر هیستریکتومی به دلیل پلاستنا اکرتا

## در یک زن نخست زا در سن بالا

دکتر لیلا پورعلی<sup>۱</sup>، دکتر منصوره گل محمدی<sup>۲\*</sup>، دکتر صدیقه آیتی<sup>۳</sup>،

دکتر سمیه معین درباری<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. رزیدنت گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۱۱

### خلاصه

**مقدمه:** چسبندگی های غیر طبیعی جفت به عنوان یک عامل مهم تهدید کننده حیات در مامایی به شمار می روند. این مسئله مهم، یک مشکل در حال رشد در دهه های اخیر به دلیل سن بالای مادر و انجام بیشتر سزارین اتفاق می افتد. مطالعه حاضر با هدف گزارش یک مورد نادر هیستریکتومی به دلیل پلاستنا اکرتا در یک زن نخست زا سن بالا انجام شد.

**معرفی مورد:** بیمار یک خانم ۳۶ ساله نخست زا با بارداری ۲۶ هفته بود که به دلیل پارگی زودرس کیسه آب و خونریزی واژینال بستری شد. بیمار به دلیل کوریوآمیونیوت در سن بارداری ۲۶ هفته و ۴ روز جهت زایمان واژینال اینداکشن شد و بلافاصله پس از زایمان به دلیل خونریزی شدید غیر قابل کنترل تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت و در نهایت به دلیل عدم کنترل خونریزی با اقدامات نگهدارنده طبی و جراحی، هیستریکتومی انجام شد که در نتیجه پاتولوژی نمونه هیستریکتومی جفت اکرتا گزارش شد.

**نتیجه گیری:** شیوع رو به افزایش چسبندگی غیر طبیعی جفت می تواند ناشی از افزایش سن مادر باشد. یکی از استراتژی های لازم برای جلوگیری از این عارضه تهدید کننده حیات، توصیه به ازدواج و بارداری در سنین پایین تر می باشد.

**کلمات کلیدی:** جفت اکرتا، سن مادر، هیستریکتومی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: منصوره گل محمدی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۳۰۲۲۷؛ پست الکترونیک: golmohamadi811@mums.ac.ir

## مقدمه

چسبندگی های غیر طبیعی جفت، شایع ترین علت پست پارتوم هیستریکتومی بوده و به عنوان یک پاندمی در زنان مطرح است و یکی از فاجعه آمیزترین حوادثی است که در مامایی اتفاق می افتد (۱). عوامل خطر مهم آن شامل: چسبندگی های غیر طبیعی جفت، جفت سرراهی، سزارین قبلی و جراحی های قبلی رحم می باشند (۲-۴). سایر عوامل خطر شامل: مولتی پاریتی، افزایش سن مادر، اختلالات فشار خون، سیگار کشیدن، حاملگی های ناشی از IVF، میوم ساب موکوز، سندرم اشمن، جنس دختر، جفت قدیمی، حذف چسبندگی های داخل رحمی به وسیله هیستروسکوپ و برداشتن کورنه در حاملگی خارج رحم می باشند (۱۰-۲).

چسبندگی های غیر طبیعی جفت بر حسب میزان تهاجم به ۳ دسته تقسیم می شوند: (۱) جفت اکرتا ویلی های جفت به سطح دسیدوا چسبیده است. (۲) جفت اینکرتا: ویلی های جفت به داخل میومتر نفوذ کرده است. (۳) جفت پرکرتا: ویلی های جفت به سروز رحم و احشاء مجاور آن چسبیده است (۱۱).

تشخیص چسبندگی های غیر طبیعی جفت بر اساس دو معیار عمده بالینی و پاتولوژی می باشد. پس از زایمان جفت معمولاً به طور خودبخود جدا می شود و هرگونه سختی در جدا کردن جفت و یا نیاز به اقدامات جراحی جهت خروج جفت به عنوان یک معیار بالینی پلاسنتا اکرتا در نظر گرفته می شود.

معیار دیگر بالینی خونریزی غیر قابل کنترل از محل خروج جفت پس از زایمان یا سزارین می باشد (۱۲). میزان شیوع چسبندگی های غیر طبیعی جفت بین ۱ در ۵۰۰ تا ۱ در ۲۵۰۰ بارداری گزارش شده است (۱۲، ۱۳). میزان بروز چسبندگی غیر طبیعی جفت طی ۵۰ سال اخیر ۱۰ برابر شده است و این به دلیل افزایش میزان سزارین قبلی بوده که میزان چسبندگی غیر طبیعی جفت را ۸/۷ درصد کرده است (۱۲).

در مطالعه زلیپو و همکاران (۱۹۹۳) و گلازو و همکاران (۲۰۰۸)، یک سوم تا دو سوم موارد پری پارتوم هیستریکتومی را هموراژی غیر قابل کنترل از محل لانه

گزینی جفت در چسبندگی های غیر طبیعی جفت ذکر شد (۱۴، ۱۵).

از آنجایی که هیستریکتومی به دنبال جفت اکرتا در زنان نخست زا بسیار نادر می باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف گزارش یک مورد نادر هیستریکتومی به دلیل پلاسنتا اکرتا در یک زن نخست زا سن بالا انجام شد.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله نخست زا بود که با شکایت آبریزش به دلیل پارگی کیسه آب و خونریزی با سن بارداری ۲۸-۲۶ هفته بر اساس سونوگرافی اوایل بارداری مراجعه کرد. طی بستری در بخش، بیمار پس از سه روز درمان انتظاری، دچار تب و تاکی کاردی جنین و مادر شد و با تشخیص بالینی کوریوآمنیوتیت جهت ختم بارداری منتقل زایشگاه شد. برای بیمار سونوگرافی شکمی انجام شد که موقعیت جفت را خلفی و لترال گزارش کرد. جهت ختم بارداری اینداکشن با دوز بالا برای بیمار شروع شد. ۵۰ واحد اکسی توسین داخل ۵۰۰ سی سی نرمال سالین در عرض ۳ ساعت پرفوزیون شد. پس از یک ساعت استراحت، مجدداً با دوز ۱۰۰ واحد اکسی توسین داخل ۵۰۰ سی سی سرم ادامه یافت و سپس یک ساعت استراحت داده شد. انقباضات بیمار کاملاً منظم و با شدت مناسب شروع شده بود که در فاصله زمانی استراحت دوم (بعد از دوز ۱۰۰ واحدی اکسی توسین) بیمار زایمان واژینال کرد. نوزاد با وزن ۱۱۵۰ گرم و با آپگار ۷-۶ متولد شد. در بررسی به عمل آمده از نوزاد، ناهنجاری های فراوان از جمله پای چنبری، شکاف کام، شکاف لب و چسبیده بودن مادرزادی انگشتان داشت.

بیمار بلافاصله بعد از زایمان دچار خونریزی شدید خونریزی قبل از خروج جفت شد؛ به طوری که نبض های بیمار بسیار ضعیف و بیمار به شدت رنگ پریده شده و سریعاً فشار خون بیمار افت کرد و با حالت شوک به اتاق عمل منتقل شد. در اتاق عمل تلاش در جهت خروج جفت انجام شد که جفت تکه تکه و به سختی خارج شد. چسبندگی جفت بیشتر در سگمان

و همکاران (۱۹۹۷)، متوسط سن بیماران ۳۴ سال بود (۱۸).

سن، یک عامل خطر مستقل در افزایش میزان بروز پلاسننتا اکرتا می باشد و در مطالعه منگ و همکاران (۲۰۱۳) در اکسفورد انجام شده، افزایش سن مادر بدون داشتن سابقه قبلی سزارین به تنهایی یک عامل خطر مهم در افزایش میزان جفت اکرتا ذکر شد (۱۹). در مورد بیمار مطالعه حاضر نیز هیچکدام از عوامل خطر دیگر به جز سن بالای مادر وجود نداشت.

با افزایش سن بیشتر از ۳۵ سال، احتمال بروز اکرتا ۳/۲ برابر افزایش می یابد. در مطالعه حاضر در سونوگرافی انجام شده برای بیمار، جفت موقعیت خلفی داشت که از عوامل خطر چسبندگی غیر طبیعی می توان به جفت قدیمی اشاره کرد. سونوگرافی، شایع ترین اقدام رادیولوژیکی است که جهت تشخیص چسبندگی های غیر طبیعی جفت انجام می شود. استفاده از سونوگرافی داپلر به تشخیص صحیح تر این عارضه کمک کرده و استفاده از پروب واژینال سطح جداسازی بین جفت و سگمان تحتانی رحم را بهتر مشخص می کند، خصوصاً در مواردی که جفت پرویا و خلفی باشد (۱۹). در بیمار حاضر نیز با توجه به اینکه جفت هم خلفی و هم پرویا (low lying) بود، در صورت شک بالا به چسبندگی های غیر طبیعی جفت، انجام مداخلات تشخیصی دقیق تر قبل از زایمان نظیر سونوگرافی واژینال و داپلر به تشخیص کمک می کرد، ولی با توجه به عدم وجود عوامل خطر مهم دیگری مانند سابقه جراحی قبلی رحم و چنین شکی قبل زایمان ایجاد نشد.

عوارض بالینی که به دنبال پلاسننتا اکرتا گزارش شده است شامل: هموراژی ماسیو (که بیمار به طور متوسط ۳-۵ لیتر خون از دست می دهند)، اختلال انعقادی مصرفی، دیسترس تنفسی، نارسایی مزمن کلیه و در نهایت مرگ مادر است (۱۲). در مطالعه باگمن و همکاران (۲۰۰۸) مورتالیتی مادر ۷٪ گزارش شد و عوارض مادری پلاسننتا اکرتا کواگولوپاتی داخل عروقی، سپسیس و ترومبوز وریدهای عمقی بیان شد که خوشبختانه هیچ یک از عوارض فوق در بیمار ما رخ نداد.

تحتانی بود. سگمان فوقانی در ابتدا کاملاً منقبض به نظر می رسید و سگمان تحتانی با چند لونگ گاز پک شد، ولی پس از چند دقیقه رحم کاملاً آتون شد، لذا انجام ماساژ دو دستی شروع و میزوپروستول ۸۰۰ میکروگرم رکتال گذاشته شد و یک عدد آمپول مترژن عضلانی و اکسی توسین با دوز بالا انفوزیون شد. با توجه به خونریزی شدید بیمار و افت علائم حیاتی، ۴ واحد خون هم گروه برای بیمار بدون بررسی کراس میچ ترانسفوزیون شد. علی رغم همه اقدامات به کار برده شده، خونریزی بیمار همچنان ادامه داشت و به دلیل ادامه خونریزی شدید، مجدداً محل جفت با انجام روزیون بررسی شد و قطعات باقی مانده جفت تا حد امکان خارج شد ولی خونریزی همچنان ادامه داشت. طی مشاوره با سایر همکاران و در حضور آنها در اطاق عمل، تصمیم به لاپاروتومی گرفته شد. ابتدا شریان های رحمی- تخمدانی و هیپوگاستر گرفته شد و به دلیل ادامه آتونی رحم، بخیه بدون لینچ زده شد و سگمان تحتانی با لونگ گاز در رحم پک شد و پس از مدت کوتاهی علی رغم برطرف شدن آتونی رحم به دلیل ادامه خونریزی شدید و غیر قابل کنترل از محل جفت، برای بیمار تصمیم به هیستریکتومی گرفته شد و حین عمل ۸ واحد packed cell و ۴ واحد FFP ترانسفوزیون شد و بیمار پس از عمل منتقل ICU شد. در نهایت، بیمار پس از ۵ روز با حال عمومی خوب مرخص شد. در نتیجه پاتولوژی نمونه هیستریکتومی جفت اکرتا گزارش شد.

## بحث

در بررسی عوامل خطر در بیمار مربوطه می توان به این نتیجه رسید که افزایش سن یک عامل خطر مهم در چسبندگی های غیر طبیعی جفت است.

در مطالعه ماهر و همکاران (۲۰۱۳) که در عربستان سعودی انجام گرفت، متوسط سن بیماران ۳۵/۵ سال بود (۱۶) که بیمار حاضر نیز ۳۶ سال داشت، در حالی که در مطالعه الحاوری و همکاران (۲۰۱۳)، محدوده سنی بیماران بین ۳۱-۳۵ سال (۱۷) و در مطالعه میلر

سه ماهه دوم بارداری ایجاد شده بود و عوارض جدی شامل خونریزی شدید و نیاز به اقدامات وسیع درمانی و در نهایت هیستریکتومی بعد از زایمان رخ داد.

### نتیجه گیری

بارداری در سن بالا احتمال چسبندگی های غیر طبیعی جفت را افزایش می دهد و افزایش سن ازدواج در جوامع پیشرفته و نیز جوامع در حال توسعه و به تأخیر انداختن سن بارداری، یک عامل خطر مهم در ایجاد این عارضه است که باعث کاهش موربیدیتی و مورتالیتی های جدی می شود.

توصیه به بارداری در سنین پایین تر، خطر مرگ و میر و موربیدیتی ناشی از چسبندگی های غیر طبیعی جفت را به حداقل می رساند و علاوه بر این در بارداری های سن بالاتر برای تشخیص جایگزینی جفت بایستی دقت زیادی انجام شود و در صورت نیاز از روش های تشخیصی دقیق تر مانند سونوگرافی ترانس واژینال در سنین پایین تر حاملگی و انجام سونوگرافی داپلر و MRI در سنین بالاتر بارداری انجام شود تا هم جایگزینی صحیح جفت و هم وضعیت چسبندگی آن مشخص شود.

هیستریکتومی که برای بیماران انجام می شود اغلب با عوارض سیستوستومی (۱۵/۴٪)، آسیب به حالب (۲/۱٪)، آمبولی پولموناری (۲/۱٪) و نیاز به پذیرش در ICU (۲۶/۶٪) همراه است (۱۲). بیمار حاضر به مدت ۴ روز در ICU بستری شد و خوشبختانه سایر عوارض فوق را پیدا نکرد.

در مطالعه رایت و همکاران (۲۰۱۱) میزان متوسط خونریزی ۳ لیتر و متوسط دریافت packed cell ۵ واحد ذکر شد (۲۰). در بیمار حاضر میزان خونریزی بیش از این حد تخمین زده شده بود، لذا تعداد واحدهای دریافتی packed cell بیش از ۵ واحد بود (۸ واحد) که علت این افزایش میزان خونریزی و نیز دریافت تعداد واحدهای بیشتر پکدسل می تواند به دلیل تلاش برای انجام درمان های محافظه کارانه و حفظ رحم در بیمار مذکور باشد که خود باعث طولانی تر شدن مدت عمل و مدت خونریزی و لذا افت بیشتر هماتوکریت شد.

در اکثر موارد عوارض پلاسنتا اکرتا در سه ماهه سوم بارداری اتفاق می افتد ولی پارگی رحم که از عوارض پلاسنتا اکرتا می باشد، می تواند از هفته ۱۴ بارداری به بعد اتفاق افتد (۲۱). در بیمار حاضر نیز عارضه در اواخر

### منابع

1. Noguera SMF, Karchmer KS, Rabadn MCE, Snchez PA. Placenta accreta, a growing problem. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81(2):99-104.
2. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. *PLoS ONE* 2012; 7(12): e52893.
3. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *American journal of obstetrics and gynecology* 1997; 177(1):210-4.
4. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta—summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta* 2002; 23(2): 210-4.
5. Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(3 Pt 2): 1045-9.
6. Esh-Broder E, Ariel I, Abas-Bashir N, Bdolah Y, Celnikier DH. Placenta accreta is associated with IVF pregnancies: a retrospective chart review. *BJOG* 2011;118(9): 1084-9.
7. Warshak C, Eskander R, Hull A, Mattrey RF, Benirschke K, Resnik R. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006;108 (3 Pt 1):573-81.
8. Khong TY, Healy DL, McCloud PI. Pregnancies complicated by abnormally adherent placenta and sex ratio at birth. *BMJ* 1991; 302(6777):625-6.
9. James WH. Sex ratios of offspring and the causes of placental pathology. *Hum Reprod* 1995; 10(6):1403-6.
10. Nageotte MP. Always be vigilant for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(2):87-8.
11. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dash J, Hoffman B, et al. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New york: McGraw-Hill Professional;2014. P.800-5.
12. Baughman C, Cortevill J, Shad R. Placenta Accreta:Spectrum of US and Imaging Findings. *Radiographics* 2008;28(7):1905-16.
13. Derman A, Nikac V, Haberman S, Zelenko N, Psha O, Flyer M. MRI of Placenta Accreta: A

- New Imaging Perspective. *AJR Am J Roentgenol* 2011;197(6): 1514-21.
14. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(5):1443-8.
  15. Glaze S, Ekwilanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008; 111(3):732-8.
  16. Maher MA, Abdelaziz A, Bazeed MF. Diagnostic accuracy of ultrasound and MRI in the prenatal diagnosis of placenta accrete. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013 92(9):1017-22.
  17. Elhawary TM, Dabees NL, Youssef MA. Diagnostic value of ultrasonography and magnetic resonance imaging in pregnant women at risk for placenta accrete . *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013; 26(14):1443-9.
  18. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM (1997) Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 177(1): 210-4.
  19. Meng X Xie L, Song W. Comparing the Diagnostic Value of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging for Placenta Accreta: A Systematic Review and Meta-analysis . *Ultrasound Med Biol* 2013 ;39(11):1958-65.
  20. Wright JD, Pri-Paz S, Herzog TJ, Shah M, Bonanno C, Lewin SN, et al. Predictors of Massive Blood Loss in Women With Placenta Accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(1):38.e1-3e6.
  21. Endres LK, Barnhart K. Spontaneous second trimester uterine rupture after classical cesarean. *Obstet Gynecol* 2000;96(5 Pt 2):806-8.