

هماچوری آشکار، تظاهر نادری از پلاستنا پرکرتا:

گزارش یک مورد

دکتر مرضیه لطفعلی زاده^۱، دکتر سیده اعظم پورحسینی^۲، دکتر سلمه دادگر^۲،
دکتر سمیه معین درباری^۲، دکتر سید حامد قدمگاهی^۳، دکتر آسیه ملکی^{۲*}

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار گروه اورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: جایگزینی غیرطبیعی جفت همراه با انوازیون مثانه یک عارضه نادر مامایی است که می‌تواند با موربیدیتی‌های شدید مادری و جنینی همراه باشد. هماچوری آشکار، یکی از تظاهرات نادر در شدیدترین فرم این سندرم‌ها یعنی پلاستنا پرکرتا است. آگاهی و آشنا بودن با تظاهرات نادر و غیرمعمول سندرم‌های جفت آکرتا، برای مدیریت صحیح و به‌موقع این موقعیت ضروری است. در این مطالعه یک مورد پلاستنا پرکرتا با تظاهر اولیه هماچوری آشکار گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانمی باردار ۳۲ ساله و سن بارداری ۱۷ هفته با سابقه دو بار سزارین قبلی بود که به‌دنبال بروز هماچوری آشکار، با شک به چسبندگی غیرطبیعی جفت، تحت بررسی با MRI قرار گرفت. با تشخیص پلاستنا پرکرتا و به‌دلیل شدت تهاجم جفت، هیستریکتومی برای بیمار انجام شد.

نتیجه‌گیری: در ارزیابی خانم باردار با هماچوری آشکار، حتی به‌صورت خیلی زودرس به‌ویژه با وجود سابقه سزارین قبلی، آگاهی از تشخیص‌های احتمالی جفت پرکرتا با درگیری مجاری ادراری برای تشخیص به‌موقع و مدیریت مناسب ضروری است.

کلمات کلیدی: اختلالات جفت، جفت پرکرتا، مثانه، هماچوری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آسیه ملکی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸؛ پست الکترونیک:

malekiaa@mums.ac.ir

مقدمه

سندرم‌های جفت آکرتا، شامل هرگونه جایگزینی غیرطبیعی جفت به صورت چسبندگی شدید غیرطبیعی به میومتر می‌شوند. این شرایط نتیجه فقدان نسبی یا کامل دسیدوا بازالیس و لایه "نیتاباخ" می‌باشد (۱).

مدیریت بارداری‌های همراه با این سندرم‌ها، یکی از جدی‌ترین مشکلات حوزه مامایی است (۱، ۲). سندرم‌های آکرتا بر حسب میزان انوازیون جفت به میومتر به ۳ دسته طبقه‌بندی می‌شوند. در پلاستنا آکرتا، پرزها تنها به میومتر چسبندگی غیرطبیعی دارند. در پلاستنا اینکرتا، پرزها در حقیقت به میومتر تهاجم پیدا کرده و در پلاستنا پرکرتا، پرزها در تمام ضخامت میومتر و یا سرور رحم نفوذ کرده‌اند. تظاهرات بالینی در اغلب موارد این سندرم به صورت خونریزی واژینال، به‌ویژه در سه ماهه اول و دوم بارداری است که معمولاً نتیجه همزمانی این سندرم‌ها با جفت پرویا می‌باشد. در غیاب جفت پرویا، این چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت ممکن است تا مرحله سوم زایمان، که با عدم جداسازی جفت مواجه می‌شویم، شناسایی نشوند. در شدیدترین فرم چسبندگی‌ها یعنی پلاستنا پرکرتا، پرزها ممکن است به ارگان‌های مجاور مانند مثانه یا رکتوم تهاجم پیدا کرده و لذا تظاهرات نادری مانند هماچوری و یا علائم ادراری روی دهند. جالب است که حتی در تهاجم مثانه هماچوری آشکار به صورت تظاهر اولیه، واقعه‌ای نادر است و تنها در ۳۰-۲۵٪ موارد آن هم در مراحل آخر بارداری روی می‌دهد (۳، ۴). در این مطالعه یک مورد پلاستنا پرکرتا در خانمی با بارداری ۱۷ هفته که به صورت هماچوری آشکار تظاهر پیدا کرده بود، گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

خانمی ۳۲ ساله (G3,p2,l2)، در هفته ۱۷ بارداری فعلی، به دلیل هماچوری آشکار از روز گذشته و احتباس ادراری از چند ساعت قبل از مراجعه، به دیپارتمان اورولوژی بیمارستان دانشگاهی امام رضا (ع) مشهد مراجعه و بستری شد. در سابقه ایشان هیچ مشکل ژنیکولوژیک، جراحی و طبی خاصی به‌جز سابقه دو نوبت سزارین سگمان تحتانی رحم در بارداری‌های قبلی و

شرح‌حالی از یک نوبت هماچوری آشکار در ماه گذشته وجود نداشت. بررسی سونوگرافی انجام شده در آن زمان، بارداری نرمال ۱۳ هفته و هماتوم ۳۲*۲۰ میلی‌متر را در مارژین فوقانی ساک بارداری و جفت مارژینال گزارش کرده بود. در طی بستری فعلی ارزیابی سونوگرافی مجدد نشان‌دهنده جنین نرمال با سن بارداری ۱۷ هفته و اندکس مایع آمنیوتیک ۳۷ میلی‌متر و ناحیه‌ای اکوژنیک به ابعاد ۳۶*۶۸ میلی‌متر بدون فلوی عروقی، در قسمت خلفی مثانه، مطرح‌کننده هماتوم یا توده بود. سونوگرافی کلیه‌ها و آنالیز ادرار نرمال و فاقد پاتولوژی بود.

جهت بیمار سیستم‌سکوپبی انجام شد که به‌جز افزایش الگوی عروقی مثانه، تشخیص خاصی را مطرح نکرد. به‌علت اندکس پایین مایع آمنیوتیک، بیمار تحت مشاوره ژنیکولوژیک قرار گرفت و به دیپارتمان زنان ارجاع شد. در معاینه اولیه، حال عمومی بیمار خوب و در ظاهر آنمیک بود. در معاینه با اسپکلوم، خونریزی واژینال و دیلاتاسیون سرویکس وجود نداشت. معاینه شکم نرمال و تنها تندرینس مختصر سوپراپوبیک وجود داشت. علائم حیاتی بیمار (فشار خون و تعداد ضربان قلب) پروفایل انعقادی و تست‌های عملکرد کلیوی نرمال و هموگلوبین اولیه بیمار ۸/۵ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بود. با توجه به سابقه دو نوبت سزارین قبلی، جهت بررسی جفت MRI انجام شد که جفت قدامی و پرویا با تهاجم به میومتر و قاعده مثانه تشخیص داده شد. بیمار در مورد تمام احتمالات و عوارض موجود شامل احتمال سزارین هیستریکتومی، مورد مشاوره قرار گرفت و با توجه به تست آمینوشور مثبت، بیمار کاندید ختم بارداری شد. در محدوده زمانی فوق، رادیولوژیست متبحر جهت امبولیزیشن شریان رحمی در دسترس نبود. در راستای آمادگی کامل قبل از عمل و شکل‌گیری همکاری گروهی، تیمی شامل دو متخصص مامایی با تجربه در جراحی لگن، تیم بیهوشی مجرب، اورولوژیست و یک جراح عروق، در کنار آمادگی بانک خون جهت تأمین فرآورده تشکیل شد. لاپاروتومی با انسزبون مدین شروع و پس از باز کردن فاسیا و پریتونن، تهاجم وسیع عروق جفتی به داخل مثانه که تأییدکننده پلاستنا پرکرتا بود، قابل رؤیت بود. هیستریکتومی با جنین در داخل رحم و

بدون اعمال انسزیون بر روی رحم شروع شد. در حین جداسازی چسبندگی‌های مثانه به سگمان تحتانی، خونریزی وسیعی ناشی از عروق تهاجم یافته جفتی وجود داشت و پارگی ۸-۷ سانتی‌متر در قاعده مثانه ایجاد شد که پس از لیگاتور کردن عروق مهاجم به مثانه و دبریدمان لبه‌های نامنظم پارگی، توسط اورولوژیست در دو لایه ترمیم شد. کاتتر سوپرپوبیک برای برقراری درناژ تعبیه شد. به دلیل عدم دستیابی به هموستاز کافی، حفره لگن با ۱۰ عدد لنگ گاز پک شد. شکم با بخیه‌های پیوسته بسته شد. به دلیل خونریزی شدید، بیمار در حین عمل، ۱۰ واحد پک سل، ۴ واحد پلاسما منجمد تازه و ۶ واحد پلاکت دریافت کرد. بیمار پس از عمل منتقل ICU شد و تحت درمان با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف (کلیندامایسین و جنتامایسین)، آنالژزی و انوکسپارین از ۲۴ ساعت بعد از عمل قرار گرفت. بعد از ۴۸ ساعت، بیمار با علائم حیاتی پایدار جهت خروج لنگ گازها منتقل اتاق عمل شد که پس از خروج لنگ گازها، به دلیل عدم وجود خونریزی فعال، شکم بسته شد. بررسی هیستوپاتولوژی، نفوذ پرزها به لایه‌های عمقی میومتر و جفت پرکرتا را تأیید کرد. کاتتر فولی بعد از ۳ هفته و پس از اطمینان از کسب توانایی ادرار کردن بیمار، خارج شد. آنتی‌بیوتیک‌ها قطع و بیمار ۲۸ روز بعد از اولین جراحی با حال عمومی خوب و تنها با دستور مصرف آهن دو بار در روز مرخص شد و در پیگیری یک ماه بعد مشکل خاصی نداشت. از بیمار جهت گزارش این مورد بالینی رضایت کتبی اخذ گردید.

بحث

در طی دهه‌های اخیر با توجه به افزایش میزان سزارین، میزان بروز سندرم‌های آکرتا نیز افزایش یافته است. پلاستنا پرکرتا، شدیدترین و البته نادرترین حالت این چسبندگی‌ها بوده و می‌تواند ارگان‌های اوروژنیتال را نیز درگیر کند. این سندرم‌ها اغلب تا زمان زایمان بدون علامت‌اند. ممکن است درجاتی از خونریزی واژینال به‌ویژه در همراهی با جفت سرراهی وجود داشته باشد. هم‌اچوری آشکار حتی در حضور تهاجم مثانه نیز نادر است. واشکا و همکار (۲۰۰۲) در بررسی ۵۴ مورد

پلاستنا پرکرتا با تهاجم به مثانه، تنها در ۳۱٪ موارد (۱۷) بیمار از ۵۴ بیمار) هم‌اچوری را به‌عنوان تظاهر اولیه ذکر کردند. در مطالعه مذکور مانند بیمار حاضر، تمام بیماران در سنین پایین بارداری (۲۶-۱۷ هفته) قرار داشتند. تشخیص به‌موقع چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت بسیار اهمیت دارد؛ چراکه حتی در آمادگی کامل، عوارض بسیاری به همراه خواهند داشت (۴). این عوارض شامل خونریزی وسیع، نیاز به بستری ICU یا جراحی مجدد، ترانسفوزیون ماسیو، عفونت، ترومبوآمبولی وریدی، صدمات روده و مورتالیتی مادری یا جنینی می‌باشد (۴). شایع‌ترین عارضه اورولوژیک به‌ویژه در تهاجم مثانه در پلاستنا پرکرتا، پارگی مثانه، فیستول‌های ادراری، آسیب حالب و کاهش ظرفیت مثانه می‌باشد (۵). پلاستنا آکرتا، مهم‌ترین علت هیستروکتومی پری‌پارتوم می‌باشد (۱، ۴). علی‌رغم جراحی برنامه‌ریزی شده، بیمار حاضر بستری طولانی‌مدت برای حدود یک ماه، بستری ICU، لاپاروتومی مجدد و ترانسفوزیون ماسیو را تجربه کرد. در حالت ایده‌آل تشخیص اولیه توسط ارزیابی سونوگرافیک و در بیمار بدون علامت داده می‌شود. اخیراً در مطالعه مرور سیستماتیک پگانی و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی ۲۰ مطالعه (۳۲۰۹ بارداری) پرداختند، عنوان کردند به‌طور کلی سونوگرافی از صحت تشخیصی قابل قبول با حساسیت ۹۰/۶٪، ۹۳٪، ۸۱/۲٪ به ترتیب در مورد پلاستنا آکرتا، اینکرتا و پرکرتا و اختصاصیت ۹۷/۱٪، ۹۸/۴٪ و ۹۸/۹٪ در تعیین عمق تهاجم جفت برخوردار است (۶). هرچند در مطالعه بوومن و همکاران (۲۰۱۴) که در آن تفسیر نتایج بدون دانستن مشخصات بالینی بیماران انجام گرفت، حساسیت و اختصاصیت کمتری (۶۲/۸٪ و ۸۶/۸٪) برای سونوگرافی گزارش شد که بر نقش بسیار بااهمیت اطلاع از وضعیت بالینی بیمار در تفسیر نتایج تأکید می‌کند (۷). سیستم‌سکوپی حتی در موارد درگیری مثانه ارزش تشخیصی خاصی ندارد. همان‌طور که در مطالعه حاضر همانند ۱۲ بیمار مطالعه واشکا و همکار (۲۰۰۲)، سیستم‌سکوپی مطرح‌کننده تشخیص خاصی نبود (۴).

مدیریت صحیح موارد پلاستنا آکرتا، یکی از مباحث چالش‌برانگیز حوزه مامایی است. برای کاستن از عوارض،

این رویکردها تنها در موقعیت‌های خاص و نادر مانند فراهم آوردن فرصتی برای انتقال بیمار به مراکز درمانی مجهزتر و با رضایت کامل بیمار به کار گرفته شوند (۱، ۹، ۱۰). به دلیل فقدان مدارک کافی برای اثربخشی متوتروکسات، استفاده از آن به عنوان مکملی برای درمان نگهدارنده توصیه نمی‌شود (۹، ۱۰). درمان نگهدارنده دیگر، آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE)^۴ است که در برخی مطالعات موفقیت درمان با این روش گزارش شده است (۱۱). به‌رحال به‌کارگیری تمامی این روش‌های کانزرواتو می‌بایست با احتیاط کامل صورت گرفته و با بیمار به‌طور کامل در مورد عوارض احتمالی و میزان موفقیت درمان مشاوره شود (۱۰).

نتیجه‌گیری

در زنان باردار با سابقه سزارین قبلی که مبتلا به هم‌چوری آشکار و یا سایر علائم درگیری دستگاه ادراری می‌شوند، بایستی تشخیص پلاستنا پرکرتا به‌عنوان یکی از علل محتمل حتی در سنین پایین بارداری مدنظر قرار گیرد، لذا با تشخیص به‌موقع و به‌کارگیری مدیریت چندرشته‌ای، موربیدیتی و مورتالیتی کاهش می‌یابد.

نیاز به برنامه‌ریزی کافی قبل از جراحی و به‌کارگیری رویکردی چندرشته‌ای^۱ می‌باشد تا عوارض سزارین حتی‌الامکان کاهش یابد (۸).

رویکردهای درمانی موجود شامل سزارین هیستریکتومی و چند درمان محافظه‌کارانه می‌شود. سزارین هیستریکتومی بدون تلاش برای خارج کردن دستی جفت، با هدف به حداقل رساندن خونریزی، روش استاندارد درمانی می‌باشد. هرچند ثانویه به تغییرات آناتومی سگمان تحتانی در این بیماران و وجود عروق نافذ در این ناحیه، ممکن است کنترل خونریزی در حین عمل بسیار سخت و با چالش فراوان همراه باشد.

یکی از رویکردهای درمانی محافظه‌کارانه، ترمیم انسزیون هیستروتومی و باقی گذاشتن جفت در محل و به‌دنبال آن تجویز داروهای یوتروتونیک و در صورت نیاز، به‌کارگیری سوچورهای فشاری، پک کردن داخل رحم توسط بالون یا آمبولیزاسیون شریان رحمی به‌منظور کنترل خونریزی است (۱، ۹). استفاده از این رویکردهای محافظه‌کارانه می‌تواند با چند عارضه مهم همراه باشد که شامل سپسیس، انعقاد داخل عروقی منتشر (DIC)^۲، آمبولی شریان ریوی، مالفورماسیون‌های شریانی وریدی، خونریزی شدید پست‌پارتوم و نیاز به هیستریکتومی ثانویه می‌شوند. لذا کالج زنان و مامایی آمریکا (ACOG)^۳ توصیه می‌کند

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Obstetrical hemorrhage. In: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Pourali L, Golmohammadi M, Ayati S, Moeen Darbari S. Hysterectomy due to placenta accreta in a primigravida woman with increased maternal age: a case report. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 18(140):15-9.
3. Konijeti R, Rajfer J, Askari A. Placenta percreta and the urologist. Reviews in urology 2009; 11(3):173.
4. Washecka R, Behling A. Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder: a case report and review of the literature. Hawaii Med J 2002; 61(4):66-9.
5. Nageotte MP. Always be vigilant for placenta accreta. Obstetric Anesthesia Digest 2015; 35(3):146-7.
6. Pagani G, Cali G, Acharya G, Trisch IT, Palacios-Jaraquemada J, Familiari A, et al. Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the severity of abnormally invasive placentation: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2018; 97(1):25-37.
7. Bowman ZS, Eller AG, Kennedy AM, Richards DS, Winter TC 3rd, Woodward PJ, et al. Accuracy of ultrasound for the prediction of placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 2014; 211(2):177.e1-7.
8. Bahrami Taghanaki HR, Hashemian M, Lotfalizadeh M, Noras MR. The relationship between Body Mass Index (BMI) and birth weight and some pregnancy outcomes. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2016; 19(30):1-8.
9. Pourali L, Vatanchi A, Ayati S, Pezeshkird M, Hashemnia F. Conservative management of invasive placental adhesion by prophylactic uterine artery embolization before cesarean section: report of 2 cases. Tehran University Medical Journal TUMS Publications 2017; 75(7):543-8.
10. Matsuzaki S, Yoshino K, Endo M, Kakigano A, Takiuchi T, Kimura T. Conservative management of placenta percreta. Int J Gynaecol Obstet 2018; 140(3):299-306.
11. Armstrong-Kempton S, Kapurubandara S, Trudinger B, Young N, Arrage N. A case of placenta percreta managed with sequential embolisation procedures. Case reports in obstetrics and gynecology 2018; (4):1-7.

⁴ Uterine artery embolization

¹ multidisciplinary

² Disseminated intravascular coagulation

³ American College of Obstetrics and