

گزارش یک مورد نادر بارداری همراه با سندرم آینه‌ای

منجر به اکلامپسی

دکتر نیره قمیان^۱، دکتر سمیه معین درباری^{۲*}، مهلا بختیاری نسب^۳

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

خلاصه

مقدمه: سندرم آینه‌ای به معنای ادم ژنرالیزه مادر بوده که در همراهی با وقوع هیدروپس در جنین ایجاد می‌شود. در برخی از موارد این سندرم، علائم پره‌اکلامپسی بروز می‌کند. سندرم آینه‌ای نادر بوده و همراهی آن با اکلامپسی بسیار نادر می‌باشد. در این گزارش یک مورد نادر بارداری همراه با سندرم آینه‌ای منجر به اکلامپسی معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۱ ساله بارداری دوم با سابقه یک بار سقط و سن حاملگی ۳۳ هفته بود که به دلیل گزارش هیدروپس فتالیس در سونوگرافی، ادم ژنرالیزه و فشارخون ۱۴۰/۹۰ بدون وجود سردرد، درد اپی‌گاستر و تاری دید در مادر با شک به سندرم آینه‌ای در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد بستری شد. در آزمایشات اولیه تست‌های کبدی، پلاکت و عملکرد کلیوی نرمال بود و پروتئین‌اوری نداشت. دو روز بعد از بستری به دنبال کریز فشارخون در حد ۱۷۰/۱۱۰، بیمار دچار اکلامپسی شد و به دلیل پره‌ترم بودن، تحت سزارین قرار گرفت. نوزاد ۴۸ ساعت بعد از تولد به دلیل دیسترس تنفسی فوت شد. بیمار پس از سزارین به دنبال دریافت ۴۸ ساعت سولفات‌تراپی بعد از سه روز با حال عمومی خوب و فشارخون نرمال ترخیص شد.

نتیجه‌گیری: سندرم آینه‌ای یک عارضه نادر در بارداری‌های همراه با جنین هیدروپیک می‌باشد. علائم همراه با این سندرم از ادم مادر تا اکلامپسی می‌تواند متغیر باشد. در صورت تشدید علائم، ختم سریع بارداری سبب بهبود پیش‌آگهی و تخفیف علائم مادری می‌شود.

کلمات کلیدی: اکلامپسی، پره‌اکلامپسی، هیدروپس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سمیه معین درباری؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۰۲۲۶۰۸ پست الکترونیک: moeins@mums.ac.ir

مقدمه

هیدروپس فتاليس به معنای تجمع غیرطبیعی مایع در بافت‌های نرم و حفرات بدن جنین می‌باشد. هیدروپس نان ایمیون به گروهی از موارد اطلاق می‌شود که به وسیله آلوایمونیزاسیون گلبول‌های قرمز ایجاد نشده است (۱). شیوع هیدروپس نان ایمیون، ۱ مورد در هر ۴۰۰۰ تولد زنده می‌باشد. کاربرد گسترده ایمونوگلوبولین Rh(D) سبب کاهش موارد هیدروپس ایمیون شده است، در نتیجه هیدروپس نان ایمیون ۹۰٪ موارد هیدروپس را به خود اختصاص داده است (۲). تشخیص هیدروپس به وسیله سونوگرافی بارداری صورت می‌گیرد. گزارش علائمی از قبیل آسیت، پلورال افیوژن، پریکاردیال افیوژن و ادم پوستی در سونوگرافی به نفع هیدروپس بوده و در صورت وجود دو یا بیش از دو مورد از این علائم، تشخیص هیدروپس قطعی می‌گردد (۳).

در زنان دارای جنین هیدروپیک، امکان بروز علائمی از قبیل افزایش غیرطبیعی سایز رحم و کاهش قابل توجه حرکات جنینی وجود دارد. همچنین همراهی با کیست تکالوتئینی^۳، پره‌اکلامپسی، آنمی و زایمان زودرس نیز گزارش شده است.

سندرم آینه‌ای^۱ یا سندرم بالانتین^۲ به شرایطی گفته می‌شود که با ادم ژنرالیزه مادر مشخص شده و از سایر علائم آن می‌توان به درگیری ریوی، تنگی نفس پیشرونده و افزایش وزن سریع اشاره کرد. اتیولوژی هیدروپس ارتباطی با پیدایش سندرم آینه‌ای ندارد. این سندرم در هیدروپس‌های ناشی از آلوایمونیزاسیون Rh D، ابتلای جنین به هیگروم سیستیک، ناهنجاری ابشتین^۴، شیلوتوراکس و انواع عفونت‌های مادرزادی گزارش شده است. گاه تظاهرات بالینی شبیه به پره‌اکلامپسی نیز بروز می‌کند. در صورت بروز علائم مشابه پره‌اکلامپسی باید توجه داشت که در این موارد برخلاف پره‌اکلامپسی، هماتوکریت اغلب پایین بوده و پلی‌هیدروآمینوس وجود دارد (۴).

سندرم آینه‌ای می‌تواند در هر دوره‌ای قبل از زایمان ایجاد شده و بعد از زایمان نیز پایدار بماند. در این سندرم معمولاً به منظور کاهش علائم مادر، ختم بارداری در نظر گرفته می‌شود. تصمیم‌گیری در مورد ختم بارداری در هر بیمار با بیمار دیگر متفاوت بوده و بر اساس شدت علائم مادر می‌باشد. در این گزارش یک مورد نادر از سندرم آینه‌ای در زمینه هیدروپس جنین که منجر به اکلامپسی شده است، معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۱ ساله بارداری دوم با سابقه یک نوبت سقط و سن بارداری ۳۶ هفته و ۳ روز بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی و ۳۳ هفته و ۳ روز بر اساس سونوگرافی ۱۴ هفته بود که به بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه کرد.

بیمار سابقه افزایش فشارخون در حد ۱۴۰/۹۰ را در طی هفته قبل از مراجعه ذکر می‌کرد. در سونوگرافی انجام شده یک هفته قبل از مراجعه، جنین ۳۵ هفته با ادم زیرجلدی دور سر جنین بدون هیدروسفالی، آسیت شکمی و ندول اکوژن داخل قلبی به ابعاد ۱۵*۱۴ میلی‌متر به همراه پلی‌هیدروآمینوس گزارش شده بود. سونوگرافی آنومالی اسکن انجام شده در سن بارداری ۱۸ هفته، نرمال بود.

¹ Mirror syndrome

² Ballantynes syndrome

³ Theca-lutein cyst

⁴ Ebstein anomaly



عکس ۱- تصویر سونوگرافی ابدومینال از جنین ۳۳ هفته، آسیت شکمی در جنین



عکس ۲- تصویر سونوگرافی ابدومینال از جنین ۳۳ هفته، ندول اکوژن داخل قلب جنین (فلش سیاه)

سه روز بعد از سزارین، ادم بیمار کاهش یافت و بیمار بعد از ۴۸ ساعت سولفات‌تراپی با فشارخون نرمال و حال عمومی خوب ترخیص شد.

بحث

سندرم آینه‌ای به شرایطی گفته می‌شود که در آن تحت تأثیر هیدروپیک شدن جنین و جفت، مادر دچار ادم ژنرالیزه می‌شود. نام دیگر سندرم آینه‌ای، ادم سه‌گانه می‌باشد؛ چراکه جنین و جفت و مادر هر سه دچار ادم می‌شوند. این سندرم در اغلب موارد با درگیری ریوی همراهی دارد. اگرچه سندرم آینه‌ای اغلب با هیدروپس نان ایمیون در ارتباط است، ولی امکان وقوع آن در موارد ایمیون نیز وجود دارد. در بیمار معرفی شده حاضر نیز با توجه به مثبت بودن گروه خونی مادر، هیدروپس جنین از نوع نان ایمیون بوده است. پاتوژنز سندرم آینه‌ای ناشناخته است. از جمله علل ایجاد این سندرم می‌توان به عدم تعادل فاکتورهای آنژیوژنیک و آنتی‌آنژیوژنیک که در پره‌اکلامپسی مشاهده می‌شود،

در روز مراجعه، مادر به دلیل ادم ژنرالیزه و فشارخون ۱۴۰/۹۰ بدون وجود سردرد، تاری دید و درد اپی گاستر به منظور رد سندرم آینه‌ای بستری گردید.

در آزمایشات اولیه درخواستی هموگلوبین ۱۱/۴، پلاکت ۲۲۵۰۰۰، کراتینین ۰/۷ و آنزیم‌های کبدی نرمال بود. گروه خونی بیمار A⁺، میزان پروتئین در جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته ۱۵۰ میلی‌گرم و نسبت پروتئین به کراتینین ۰/۲ بود. در طی مدت بستری، فشارخون بیمار در محدوده ۱۳۰/۸۰ تا ۱۴۰/۹۰ بود. دو روز بعد از بستری به دنبال کریز فشارخون ۱۷۰/۱۱۰، ۱۰ دقیقه بعد از دریافت دوز اولیه هیدرالازین، بیمار دچار تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه شد. سولفات‌تراپی برای بیمار آغاز و به دلیل اکلامپسی دور از زایمان و با توجه به پره‌ترم بودن جنین، ختم بارداری به روش سزارین انجام شد. نوزاد پره‌ترم پسر با وزن ۲۴۰۰ و آپگار ۴-۶-۷ و ظاهر هیدروپیک متولد شد. نوزاد ۴۸ ساعت بعد از تولد به دلیل دیسترس تنفسی فوت شد.

اشاره کرد. همچنین افزایش غلظت تیروزین کیناز ۱ محلول مشابه fms، کاهش میزان فاکتور رشد جفتی و افزایش غلظت گیرنده فاکتور رشد محلول اندوتلیوم عروقی، از سایر عوامل دخیل در بروز سندرم آینه‌ای ذکر شده‌اند (۵).

بر اساس مطالعات سیستماتیک در بررسی علائم کلیدی در تشخیص سندرم آینه‌ای، ادم مادر در ۱۰۰-۸۰٪ موارد، افزایش فشارخون در ۷۸-۵۷٪ موارد، پروتئین‌اوری در ۲۰-۵۶٪ موارد، مرگ داخل رحمی در ۵۶٪ موارد و علائم شدید مانند ادم ریوی در ۲۰٪ موارد گزارش شده است. در اکثر موارد سندرم آینه‌ای، زایمان سریع اندیکاسیون دارد. زایمان معمولاً به منظور کاهش علائم مادر انجام شده و علائم مادر در طی ۱۳-۴ روز بعد از زایمان بهبود می‌یابد. البته باید این موضوع را در نظر داشت که موارد ایزوله‌ای از کم‌خونی، شیلوتوراکس و انسداد خروجی مثانه جنین وجود دارد که با درمان موفقیت‌آمیز جنین علاوه بر برطرف شدن هیدروپس در جنین، سندرم آینه‌ای در مادر نیز درمان می‌شود. به دلیل احتمال بالای بروز پره‌اکلامپسی شدید در این سندرم، تنها با رعایت احتیاطات فراوان می‌توان به منظور درمان جنین، زایمان را به تأخیر انداخت (۶). در بیمار معرفی شده تنها افزایش خفیف در فشارخون مادر به همراه ادم ژنرالیزه وجود داشت و همراهی این علائم در مادر با هیدروپس جنینی شک به سندرم آینه‌ای را در اولین ویزیت ایجاد کرده بود. در آزمایشات اولیه کراتینین، پلاکت و آنزیم‌های کبدی نرمال بوده و علائم به نفع پراکلامپسی وجود نداشت. با این وجود به دنبال یک نوبت افزایش فشارخون، تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه ایجاد شد.

در گزارش مورد و نتانوسکا در سال ۲۰۱۷ یک خانم ۴۱ ساله با بارداری ۳۲ هفته که به دلیل ادم مراجعه کرده بود، گزارش شد. در این مورد الیگوری، افزایش فشارخون

خفیف و پروتئین‌اوری وجود داشت و در جنین هیدروپس شدید گزارش شده بود. با بدتر شدن علائم مادر، سزارین در هفته ۳۴ بارداری انجام شد (۷). در بیمار معرفی شده حاضر نیز به دلیل بروز اکلامپسی و پره‌ترم بودن جنین و دور از زایمان بودن، سزارین انجام شد.

در مطالعه هیتارا و همکاران (۲۰۱۶) نیز که به مقایسه ۱۰ مورد سندرم آینه‌ای با موارد هیدروپس بدون همراهی با سندرم آینه‌ای پرداخته شد، در گروه هیدروپس همراه با سندرم آینه‌ای، شدت هیدروپس جنینی بیشتر بود، در مقابل غلظت هموگلوبین در این گروه کمتر بود. همچنین در این گروه موارد همراه با هیپوآلبومینمی نیز بیشتر بود (۸). در مورد گزارش شده حاضر نیز یک مورد سندرم آینه‌ای در زمینه هیدروپس نان ایمیون بود.

در نهایت باید این نکته را مدنظر داشت که با وجود آنکه شایع‌ترین و شاید ابتدایی‌ترین علامت ایجاد سندرم آینه‌ای در بارداری‌های همراه با جنین هیدروپیک، ادم ژنرالیزه در مادر می‌باشد، این سندرم می‌تواند در نهایت سیری بدخیم داشته و با پره‌اکلامپسی شدید و یا مشابه بیمار گزارش شده حاضر با اکلامپسی همراه شود، لذا شناسایی هرچه سریع‌تر این سندرم و ختم بارداری در صورت تشدید علائم، در بهبود پیش‌آگهی این بیماران اهمیت فراوانی دارد.

نتیجه‌گیری

سندرم آینه‌ای یک عارضه نادر در بارداری‌های همراه با جنین هیدروپیک می‌باشد. علائم همراه با این سندرم از ادم مادر تا اکلامپسی می‌تواند متغیر باشد. در صورت تشدید علائم، ختم سریع بارداری سبب بهبود پیش‌آگهی و تخفیف علائم مادری می‌شود.

1. Redman CW, Sargent IL. Placental debris, oxidative stress and pre-eclampsia. *Placenta* 2000; 21(7):597-602.
2. Okby R, Mazor M, Erez O, Beer-Weizel R, HersHKovitz R. Reversal of mirror syndrome after selective feticide of a hydropic fetus in a dichorionic diamniotic twin pregnancy. *J Ultrasound Med* 2015; 34(2):351-3.
3. Steurer MA, Peyvandi S, Baer RJ, MacKenzie T, Li BC, Norton ME, et al. Epidemiology of live born infants with nonimmune hydrops fetalis-insights from a population-based dataset. *J Pediatr* 2017; 187:182-8.
4. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Norton ME, Chauhan SP, Dashe JS. Society for maternal-fetal medicine (SMFM) clinical guideline #7: nonimmune hydrops fetalis. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212(2):127-39.
5. Stepan H, Faber R. Elevated sFlt1 level and preeclampsia with parvovirus-induced hydrops. *N Engl J Med* 2006; 354(17):1857-8.
6. Braun T, Brauer M, Fuchs I, Czernik C, Dudenhausen JW, Henrich W, et al. Mirror syndrome: a systematic review of fetal associated conditions, maternal presentation and perinatal outcome. *Fetal Diagn Ther* 2010; 27(4):191-203.
7. Eiland S, Cvetanovska E, Bjerre AH, Nyholm H, Sundberg K, Nørgaard LN. Mirror syndrome is a rare complication in pregnancy, characterized by oedema and hydrops fetalis. *Ugeskr Laeger* 2017; 179(15):V12160871.
8. Hirata G, Aoki S, Sakamaki K, Takahashi T, Hirahara F, Ishikawa H, et al. Clinical characteristics of mirror syndrome: a comparison of 10 cases of mirrorsyndrome with non-mirror syndrome fetal hydrops cases. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29(16):2630-4.