

پلاستنا آکرتا به دنبال درمان هیستروسکوپیک سندرم آشرمن پس از یک بار سزارین بدون عارضه: گزارش یک مورد بیماری

دکتر لیلی حفیظی^۱، دکتر ملیحه محمودی‌نیا^{۲*}، دکتر معصومه نوری^۳

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 تخصصی زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷

خلاصه

مقدمه: سندرم آشرمن (چسبندگی رحمی) به علت آسیب لایه آندومتر رحم ایجاد می‌شود که معمولاً به دنبال اعمال جراحی رحمی مانند کورتاژ و میومکتومی ایجاد می‌شود و در بارداری بعدی ممکن است شانس برخی عوارض مامایی مانند سقط، پلاستنا پروپیا و آکرتا افزایش یابد.

معرفی بیمار: در این مطالعه بیماری گزارش می‌شود که به دنبال یک بار سزارین بدون عارضه، دچار آمنوره گردید. بیمار پس از درمان با هیستروسکوپیک در ۳ نوبت، به‌طور خودبه‌خود باردار شد. در بارداری بعدی، دچار چسبندگی شدید جفت به میومتر گردید که منجر به خونریزی شدید و هیستروکتومی شد.

نتیجه‌گیری: سندرم آشرمن ممکن است به دنبال یک سزارین بدون عارضه به‌وجود آید و شانس عوارض مامایی را در بارداری بعدی افزایش دهد.

کلمات کلیدی: جفت اکرتا، سزارین، سندرم آشرمن، هیستروسکوپیک

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

الکترونیک: Mahmoudiniam@mums.ac.ir

مقدمه

سندرم آشرمن برای اولین بار در سال ۱۸۹۴ توسط فریتز گزارش شد (۱). این سندرم در نتیجه تروما به لایه قاعده‌ای آندومتر و انسداد نسبی و کامل حفره رحم ایجاد می‌شود (۲). تروما به لایه بازال آندومتر به دنبال کورتاژ، هیستروتومی، میومکتومی، میومکتومی هیستروسکوپیک و یا سزارین مشاهده می‌شود (۳). بیماران با سندرم آشرمن می‌توانند بدون علامت باشند و یا با اختلالات قاعدگی (آمنوره، هیپومنوره و دیسمنوره)، ناباروری و یا سقط مکرر مراجعه کنند (۴). ایجاد چسبندگی داخل رحمی بعد از سزارین معمولاً شایع نیست و میزان آن حدود ۸/۲-۲٪ گزارش شده است که ممکن است در اثر کوریوآمینونیت، اندومتریوت بعد از زایمان، کورتاژ بعد از زایمان و یا سوچوره‌های فشارنده رحمی برای کنترل خونریزی بعد از زایمان ایجاد شوند (۵). برای درمان سندرم آشرمن، از آزادسازی چسبندگی‌ها با هیستروسکوپ استفاده می‌شود. اگرچه میزان جفت آکرتا بعد از درمان هیستروسکوپی افزایش می‌یابد، ولی آمار دقیق در دسترس نیست (۵).

شیوع چسبندگی‌های شدید داخل رحمی (سندرم آشرمن) و چسبندگی جفت (سندرم آکرتا) به دلیل افزایش روزافزون سزارین رو به افزایش است و از طرفی شواهد نشان می‌دهند جفت آکرتا با افزایش عوارض در طی بارداری مانند خونریزی تهدید کننده مادر، ترانسفوزیون خون و هیستریکتومی حین زایمان همراه می‌باشد (۶).

در این مطالعه گزارش می‌شود که بیماری، بعد از یک‌بار

سزارین بدون عارضه، دچار چسبندگی شدید حفره رحم، آمنوره و نازایی گردید و پس از درمان موفقیت‌آمیز هیستروسکوپیک، به‌طور خودبه‌خود باردار شد، اما در بارداری، جفت آکرتا بود که در حین سزارین حاملگی ترم، به‌علت جفت آکرتا و خونریزی، بیمار تحت هیستریکتومی قرار گرفت.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۴ ساله، بارداری اول ترم در سال ۱۳۹۰ با شروع دردهای زایمان به بیمارستان حکیم نیشابور مراجعه کرد. در بدو بستری دیلاتاسیون ۵ سانتی‌متر، افساسمان ۵۰٪ و کیسه آب سالم بود. بیمار تب نداشت و علائم حیاتی پایدار بود. بیمار در دیلاتاسون ۸ سانتی‌متر به‌علت عدم پیشرفت زایمان، تحت سزارین اورژانس قرار گرفت. وی سابقه بیماری زمینه‌ای دیگری از جمله قلب، ریه، تیروئید و ... نداشت. همچنین سابقه عمل جراحی رحمی مانند کورتاژ و ... نداشت. بیمار یک روز بعد از بستری، بدون مشکل خاصی با حال عمومی خوب ترخیص شد. بیمار ۴ سال پس از سزارین پرپود نشد و به علت آمنوره و نازایی ثانویه، تحت آزمایشات تکمیلی تشخیصی قرار گرفت. آزمایشات هورمونی نرمال بودند. بیمار با تجویز پروژسترون تنها و همچنین با تجویز همزمان استروژن و پروژسترون خونریزی نداشت. در هیستروسالپنگوگرافی انجام شده در تاریخ ۹۴/۱۰/۲۲ کاویته رحم کوچک‌تر از نرمال و با حدود نامشخص گزارش شد که مطرح‌کننده چسبندگی رحمی بود (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱- تصویر هیستروسالپنگوگرافی بیمار



شکل ۲- تصویر هیستروسالپینگوگرافی

تجویز شد. پس از اتمام دارو، بیمار منس شد. بیمار برای بار سوم در تاریخ ۹۵/۱۲/۶ هیستروسکوپی شد که چسبندگی خفیف لترال راست وجود داشت که به طور کامل آزاد و سوند فولی اطفال گذاشته شد. پس از عمل، بیمار تحت درمان دارویی با استروژن کونژوگه روزانه ۲/۵ میلی گرم قرار گرفت و در ۱۰ روز آخر همزمان با استروژن، روزانه ۱۰ میلی گرم مدروکسی پروژسترون تجویز شد. بیمار بعد از سومین نوبت عمل به طور مرتب بهبود می شد. بیمار ۹ ماه بعد از عمل به صورت خودبه خودی باردار گردید. در طی بارداری تحت کنترل قرار گرفته و در بررسی‌ها، غربالگری سه ماهه اول و دوم نرمال و جفت قدامی گزارش شد. بیمار در سه ماهه دوم و سوم دچار خونریزی مکرر واژینال (۳ نوبت) شد که در سونوگرافی کالر داپلر انجام شده در تاریخ ۹۷/۰۴/۰۳، تصویر لاکون‌های متعدد داخل جفت رؤیت شد که برخی دارای فلوی توربولانت بودند. همچنین میومتر در قسمت‌های تحتانی جفت نازک شده بود و احتمال چسبندگی بالا گزارش گردید (شکل ۳).

بیمار در تاریخ ۹۵/۰۸/۲۳ تحت عمل لاپاروسکوپی تشخیصی و هیستروسکوپی همزمان جهت درمان آشرمن قرار گرفت. در لاپاراسکوپی، رحم و ضامم نرمال بودند. در هیستروسکوپی چسبندگی رحمی شدید گردید ۳ تشخیص داده شد؛ به طوری که استیوم‌ها قابل مشاهده نبودند. چسبندگی‌ها تا حد امکان آزاد شده و سوند فولی اطفال یا ۳ سی سی آب مقطر داخل رحم گذاشته شد. به بیمار به مدت ۴۰ روز استروژن کونژوگه ۲/۵ میلی گرم روزانه تجویز شد و در ۱۰ روز آخر همزمان با استروژن، روزانه ۱۰ میلی گرم مدروکسی پروژسترون نیز تجویز شد. پس از اتمام دارو، بیمار منس نشد. سپس مجدداً در تاریخ ۹۵/۱۰/۲۵ عمل شد. سایز رحم با هیسترومتر ۴ سانتی متر بود. هیستروسکوپی انجام شد. آشرمن گردید ۳ با چسبندگی فوندوس و لترال راست رحم وجود داشت و استیوم چپ مشهود بود. چسبندگی‌ها به طور کامل آزاد شد. سوند فولی اطفال یا ۳ سی سی آب مقطر داخل رحم گذاشته شد. سپس مجدداً ۴۰ روز استروژن کونژوگه روزانه ۲/۵ میلی گرم تجویز و در ۱۰ روز آخر همزمان با استروژن، روزانه ۱۰ میلی گرم مدروکسی پروژسترون نیز



شکل ۳- تصویر سونوگرافی داپلر

در مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۷) میزان بارداری پس از درمان هیستروسکوپیک در نوع خفیف آشرمن ۶۰/۴٪، در نوع متوسط ۵۳/۴٪ و در نوع شدید ۲۵٪ گزارش شد (۲).

پس از هیستروسکوپیک و درمان چسبندگی رحم، احتمال بروز عوارض نظیر زایمان زودرس، خونریزی سه ماهه سوم، دکولمان جفت و جفت آکرتا در بارداری بعدی افزایش می‌یابد. تعدادی از مطالعات به صورت موردی، عوارض مامایی را در زنان باردار با سابقه قبلی آشرمن بررسی کرده‌اند. چنکر و همکار (۱۹۸۲)، شیوع جفت آکرتا را در بیماران با سندرم آشرمن ۱۴-۱۳٪ گزارش کردند (۷).

در مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۷) میزان سقط ۹/۴٪ و میزان خونریزی بعد از زایمان ۷/۹٪ بود که به علت جفت آکرتا ایجاد شده بود (۲). در بیمار گزارش حاضر ۳ نوبت متوالی خونریزی واژینال در بارداری ایجاد شده بود.

در مطالعه انگلبرچسن و همکاران (۲۰۱۵) که در دانمارک انجام شده بود، بیماری ۳۸ ساله معرفی شد که با یکبار سزارین و کورتاژ به دنبال سقط، مبتلا به سندرم آشرمن شدید شده بود. بیمار به دنبال عمل هیستروسکوپیک و درمان با استرادیول، پس از طی ۴ هفته درمان شده بود. در بارداری دچار چسبندگی جفت گردید. در این بیمار در حین سزارین جفت با دست خارج شده بود و خونریزی بیمار با گذاشتن سوند bakeri داخل رحمی کنترل گردیده بود (۸).

در مطالعه کنکسوی و همکاران (۲۰۱۳) در ترکیه، خانم ۳۴ ساله‌ای معرفی گردید که با یکبار سزارین قبلی در ۱۱ سال قبل و آمنوره ثانویه و آشرمن، درمان جراحی هیستروسکوپیک انجام شده و سپس بارداری موفق با IVF گزارش شد (۹). اگرچه در بیمار مورد نظر چسبندگی داخل رحم بیمار با یکبار عمل جراحی بهبود یافته بود، اما حاملگی با IVF رخ داده بود.

در مطالعه سونان و همکاران (۲۰۱۸) در ژاپن، بیمار ۴۰ ساله پرایمی گراوید معرفی گردید که به دنبال عمل هیستروسکوپیک میومکتومی دچار سندرم آشرمن گردید. بیمار ۶ ماه بعد از عمل از طریق IVF باردار شده بود. در طی بارداری، در سونوگرافی ۱۹ هفته چسبندگی جفت

سایر معاینات نرمال بود. بیمار در سن بارداری ۳۷ هفته و ۲ روز (بر اساس سونوگرافی ۱۳ هفته) با آمادگی کامل تیم جراحی و رزرو خون در تاریخ ۹۷/۴/۲۰ در بیمارستان قائم مشهد تحت سزارین قرار گرفت. پس از خروج جنین، جفت به صورت ماکروسکوپیک به سگمان تحتانی رحم و سرویکس چسبندگی داشت. به دلیل خونریزی شدید در حین جداسازی جفت، تصمیم به هیستروکتومی گرفته شد. بیمار در حین عمل ۳ واحد گلبول قرمز فشرده و ۳ واحد FFP دریافت نمود. بیمار پس از ۵ روز با حال عمومی خوب ترخیص گردید. در بافت‌شناسی نمونه‌های متعدد رحم، ویلوزیته‌های کوریال با پوشش تروفوبلاستیک، برخی نکروزه متصل به سطح میومتر (جفت آکرتا) نمایان بود.

بحث

سندرم آشرمن در زنانی مشاهده می‌شود که به نوعی تروما به آندومتر داشته‌اند (۱، ۲) تشخیص و درمان آشرمن در مراحل اولیه به راحتی با هیستروسکوپ و به دنبال آن هورمون‌تراپی امکان‌پذیر است. درمان با استروژن بعد از درمان هیستروسکوپیک برای جلوگیری از تشکیل چسبندگی‌های جدید لازم است. در برخی موارد شدید مانند بیمار گزارش حاضر، ممکن است نیاز به تکرار عمل جراحی برای برطرف کردن چسبندگی رحم باشد.

سیستم‌های مختلفی چسبندگی‌های رحم را تقسیم‌بندی کرده‌اند. بیمار حاضر بر طبق تقسیم‌بندی انجمن آندوسکوپیک و ژنیکولوژی اروپا چسبندگی گرید ۳ داشت (۱۱).

سندرم آشرمن در بیش از ۹۰٪ موارد به دنبال کورتاژ در بارداری اتفاق می‌افتد، اما ممکن است به دنبال میومکتومی و حتی سزارین روی دهد (۹). اگرچه سزارین یک علت ناشایع برای چسبندگی داخل رحم است، اما سندرم آشرمن باید در تمام بیماران با سابقه سزارین و اختلالات قاعدگی مانند آمنوره، هیپومنوره و دیسمنوره مدنظر باشد. بیماران باردار با سابقه آشرمن که تحت درمان با هیستروسکوپیک قرار گرفته‌اند، تحت کنترل دقیق قرار گیرند و سونوگرافی دقیق از نظر محل قرارگیری جفت انجام شود.

خونریزی و در نهایت کاهش مرگومیر مادری و نوزادی گردد.

نتیجه گیری

سندرم آشرمن ممکن است حتی به دنبال یک سزارین بدون عارضه به وجود آید، حتی اگر هیچ مشکلی از جمله عفونت، خونریزی و کورتاژ به دنبال سزارین روی نداده باشد. همچنین چسبندگی جفت با جراحی قبلی رحم و سزارین مرتبط است. سابقه آشرمن و همچنین لیز چسبندگی‌ها در طی هیستروسکوپی‌های انجام شده برای درمان سندرم آشرمن نیز به عنوان فاکتور خطر اضافه می‌شود که باید در بارداری بعدی در نظر گرفته شود. به نظر می‌رسد سزارین بدون عارضه در یک زن می‌تواند عوارض خطرناکی از جمله آشرمن و آکرتا و در نهایت خونریزی و هیستریکتومی و عواقب ناشی از آن را در پی داشته باشد.

گزارش شده بود و به دلیل چسبندگی شدید و خونریزی در زمان ترم، تحت سزارین هیستریکتومی قرار گرفته بود (۱۰). بیمار گزارش حاضر به دنبال یک سزارین بدون عارضه با آمنوره و نازایی ثانویه مراجعه کرده که در هیستروسالپینگوگرافی انجام شده، نقص‌های پرشدگی گزارش گردید. در هیستروسکوپی انجام شده، چسبندگی متعدد داخل رحم مشاهده گردید که پس از ۳ بار عمل هیستروسکوپی، چسبندگی رحم کاملاً برطرف شده؛ به طوری که بیمار ۹ ماه بعد به طور خودبه‌خود باردار شد، ولی در بررسی‌های انجام شده، جفت دارای چسبندگی بود و چون یکی از خطرات عمده جفت آکرتا، خونریزی حین عمل سزارین می‌باشد که شواهد حاکی از آن است که وجود تیم تصمیم‌گیری چندتخصصی با اقدام انتخابی و جراحی مناسب و به موقع می‌تواند سبب کاهش

منابع

1. Fritsch H. Ein Fall von volligen Schwund der Gebärmutterhohle nach Auskratzung. Zentralbl Gynaekol 1894; 18:1337-42.
2. Chen L, Zhang H, Wang Q, Xie F, Gao S, Song Y, et al. Reproductive Outcomes in Patients With Intrauterine Adhesions Following Hysteroscopic Adhesiolysis: Experience From the Largest Women's Hospital in China. J Minim Invasive Gynecol 2017; 24(2):299-304.
3. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. Placenta 2008; 29(7):639-45.
4. Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19(3):207-14.
5. March CM. Management of Asherman's syndrome. Reprod Biomed Online 2011; 23(1):63-76.
6. Belfort MA. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 2010; 203(5):430-439.
7. Schenker JG, Margalioth EJ. Intrauterine adhesions: an updated appraisal. Fertil Steril 1982; 37(5):593-610.
8. Engelbrechtsen L, Langhoff-Roos J, Kjer JJ, Istre O. Placenta accreta: adherent placenta due to Asherman syndrome. Clin Case Rep 2015; 3(3): 175-178.
9. Cenksoy PO, Ficicioglu C, Yesiladali M, Kizilkale O. T The Diagnosis and Management of Asherman's Syndrome Developed after Cesarean Section and Reproductive Outcome. Case Rep Obstet Gynecol 2013; 2013:450658.
10. Sonan Y, Aoki S, Enomoto K, Seki K, Miyagi E. Placenta Accreta following Hysteroscopic Lysis of Adhesions Caused by Asherman's Syndrome: A Case Report and Literature Review. Case Rep Obstet Gynecol 2018; 2018:6968382.
11. Surgery AEG. AAGL practice report: practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). J Minim Invasive Gynecol 2017; 24(5):695-705.