

گزارش یک مورد آمنیوسنتز تراپی در پلی‌هیدرآمینوس شدید از بیمارستان فیروزگر

چکیده

مقدمه: پلی‌هیدرآمینوس یک وضعیت پاتولوژیک مایع آمنیوتیک است که با افزایش بیش از حد آن مشخص می‌شود و اصولاً مایع بیش از ۲۱۰۰ میلی‌لیتر مکعب را پلی‌هیدرآمینوس می‌گویند. این حالت در مواردی ممکن است با آنومالی‌های مادرزادی جنین همراه باشد و در مواردی هم به علت اتساع بیش از حد رحم، ممکن است باعث ایجاد عوارض در مادر شود و اگر اندکس مایع آمنیوتیک بیش از ۲۴ سانتی‌متر باشد، پلی‌هیدرآمینوس شدید اطلاق می‌گردد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۵ ساله (G₃P₁D₁Ab₁) (Gravid₃ Para₁ Death₁ Abortion₁) بود که به دلیل پلی‌هیدرآمینوس شدید در ۲۸ هفتگی با دیسترس تنفسی مراجعه کرده بود و از ۲۴ هفتگی، AFI (Amniotic Fluid Index) ۳۵ سانتی‌متر داشته است. بیمار در این مرکز بستری شد و ۹ بار آمنیوسنتز گردید و حدود ۸ لیتر مایع آمنیوتیک تخلیه شد و به مرور مشکل بیمار کاهش یافته و در نهایت زایمان بیمار، ۵ هفته بعد در سن ۳۲ هفتگی بارداری به دلیل پره‌ترم لیبر و زایمان زودرس انجام شد و یک نوزاد پسر با آپکار ۸/۱۰، سالم و بدون هیچ گونه وضعیت غیرطبیعی متولد شد.

نتیجه‌گیری: بر طبق گزارش فوق با انجام آمنیوسنتز، زایمان تا ۵ هفته به تاخیر انداخته شد تا بلوغ ریه جنین صورت گیرد.

*دکتر علی امینی I

دکتر نوشین آرام بنیاد II

کلیدواژه‌ها: ۱- آمنیوسنتز ۲- شاخص مایع آمنیوتیک ۳- پلی‌هیدرآمینوس

تاریخ دریافت: ۸۴/۱/۳۱، تاریخ پذیرش: ۸۴/۴/۱

مقدمه

علت این بیماری در ۲ موارد، ایدیوپاتیک است ولی در ۱- موارد دیگر با ناهنجاری‌های جنینی مثل انانسفالی، آنومالی CNS (Central Nervous System) و آترزی مری، دیابت مادر و حاملگی چندقلویی همراه است. در ۵۰٪ از موارد پلی‌هیدرآمینوس متوسط تا شدید، یک ناهنجاری جنینی وجود دارد.

میزان بروز پلی‌هیدرآمینوس تقریباً ۱٪ است که به صورت افزایش شاخص مایع آمنیوتیک (AFI) به میزان بیش از ۲۴ تا ۲۵ سانتی‌متر مشخص می‌شود. در هیدرآمینوس خفیف، کیسه‌های ۸-۱۱ سانتی‌متری؛ در نوع متوسط، کیسه‌های ۱۲-۱۵ سانتی‌متری و فقط در ۵٪ از پلی‌هیدرآمینوس‌ها، کیسه‌های بیش از ۱۶ سانتی‌متر به صورت شدید دیده می‌شود.^(۱)

I) دانشیار و فوق‌تخصص پری‌ناتالوژی، بیمارستان فیروزگر، میدان ولی‌عصر، خیابان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول).

II) دستیار بیماری‌های زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

طبیعی بودند. ستون فقرات، دیافراگم، مثانه و معده ضایعه‌ای نداشت.

معاینه بالینی بیمار نرمال بود و فقط رحم در حد بزرگ‌تر از ترم بود و اتساع شدید شکمی داشت. ادم +۲ نیز در اندام تحتانی مشاهده می‌شد. بیمار، فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه، (Pulse Rate) PR=۹۰، (Respiratory Rate) RR=۲۰ و (Tempreture) T=۳۷ داشت.

بیمار در این مرکز بستری شد. در سونوگرافی روز مراجعه، بند ناف حاوی دو شریان و یک ورید، در ۲۸ هفتگی گزارش گردید ولی به دلیل پلی‌هیدرآمینوس شدید جنین به داخل لگن فشرده شده بود و قابل بررسی دقیق نبود. یک روز پس از مراجعه با هدایت سونوگرافی، تحت بی‌حسی موضعی با سوزن spinal، ۵۰۰ سی‌سی مایع، آمنیوستنژ شد و جهت کاربوتایپ، کشت، سطح (Alpha-Feto Protein) AFP، Na^+ ، K^+ ، Cl و بیلی‌روبین به آزمایشگاه ارسال شد. آزمایشات مادر در بدو ورود در جدول شماره ۱ ثبت شده است.

جدول شماره ۱- آزمایشات مادر

آزمایشات مادر در بدو ورود	
۱۴/۳	Hb هموگلوبین
۴۰۰	AFP آلفا فیتوپروتئین
B ⁺	BG گروه خون
۱۰۰	FBS قند خون ناشتا
۹۶	2hpp قند ۲ ساعته بعد از غذا
منفی	HBSAg آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B
۱۵	BUN اوره خون
۰/۷	Cr کراتینین
منفی	HIV RNA ویروس ایدز
منفی	VDRL

جهت درمان دیسترس تنفسی مادر و جلوگیری از پره‌ترم لیبر همراه با پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی و توصیه به استراحت مادر، روزانه یا یک روز در میان آمنیوستنژ (در مجموع ۷ لیتر مایع شفاف) انجام گرفت.

اگر هیدرآمینوس در جنین تک قلو باشد، با یک یا چند ناهنجاری زیر در ارتباط است: دستگاه گوارش (۱۵٪)، هیدروپس غیرایمیون (۱۲٪)، سیستم عصبی مرکزی (۱۲٪)، قفسه سینه (۹٪)، اسکلتی (۸٪)، کروموزومی (۷٪) و قلب (۴٪).^(۱)

در صورت مزمن بودن هیدرآمینوس، فشار مایع آمنیوتیک چندان بیش‌تر از فشار طبیعی نیست و علائم حادی برای بیمار ایجاد نمی‌کند. ولی هیدرآمینوس حاد، منجر به زایمان قبل از سن ۲۸ هفته بارداری می‌شود و یا پزشک باید اقدام درمانی انجام دهد. بستری کردن بیمار ضروری است ولی استراحت، تجویز دیورتیک و محدودیت آب و نمک فایده‌ای ندارد. ایندومتاسین به دلیل کاهش ادرار جنین، شاید از شدت هیدرآمینوس بکاهد.

هدف اصلی آمنیوستنژ نیز کاهش استرس مادر است ولی می‌توان به طور متوسط، پره‌ترم لیبر را در این بیماران تا ۷ هفته به تعویق انداخت.^(۱)

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۵ ساله G₃P₁D₁Ab₁ بود که به دلیل اتساع زیاد رحم و پلی‌هیدرآمینوس مراجعه کرده بود. سن حاملگی براساس (Last Mensturation period) LMP، ۲۸ هفته بود.

در اولین بارداری، ۲ سال قبل در ۲۴ هفتگی به دلیل پلی‌هیدرآمینوس شدید، دچار پره‌ترم لیبر شده و پس از زایمان طبیعی، نوزاد فوت کرده بود. بیمار در بدو ورود آبریزش و خونریزی نداشت و هنگام خواب دچار دیسترس تنفسی می‌شد. بیمار، سابقه بیماری خاصی را گزارش نمی‌کرد. در خانواده وی نیز سابقه بیماری وجود نداشت. همچنین سابقه مصرف دارو را نمی‌داد. در سونوگرافی انجام شده در ۲۴ هفتگی بارداری، پلی‌هیدرآمینوس با AFI ۳۵ سانتی‌متر گزارش شده بود و در بررسی جمجمه، تالاموس‌ها، Cavoum septum plasidom، بطن‌ها و سایر ضمایم

نوزاد پس از ۹۶ ساعت با حال عمومی خوب مرخص گردیدند. نوزاد تا ۲۰ روز پس از تولد به صورت منظم توسط متخصص اطفال ویزیت می‌شد که مشکلی نداشت و در بررسی‌های مجدد نیز آنومالی یافت نشد.

بحث

هیدرآمینوس تقریباً در ۱٪ حاملگی‌ها دیده می‌شود که با شاخص مایع آمنیوتیک بیش از ۲۴ تا ۲۵ سانتی‌متر شناسایی می‌شود. هیدرآمینوس وقتی ثابت می‌شود که طول عمیق‌ترین پاکه بزرگ‌تر و یا مساوی با ۸ سانتی‌متر و اندکس مایع آمنیوتیک بالاتر از ۹۵٪ پرسنتایل برای سن بارداری باشد. علت آن در^۲ موارد، ایدیوپاتیک است و^۱ موارد، به دلیل ناهنجاری‌های^۳ جنین شامل، سیستم اعصاب مرکزی (انانسفالی و اسپاینا بیفیدا)، دستگاه گوارش (آترزی مری)، پلی‌اوری جنین به دلیل سندرم بارتز، حاملگی دوقلویی به دلیل ترانسفوزیون قل به قل و دیابت مادر می‌باشد.^(۱) منشأ اصلی مایع آمنیوتیک از ۱۶ هفتگی، ادرار جنین است. ممکن است ادرار جنین در اثر دیابت مادر یا سندرم بارتز افزایش یابد.

در این سندرم، پلی‌هیدرآمینوس ایدیوپاتیک، پلی‌اوری جنینی و افزایش کلراید مایع آمنیوتیک وجود دارد. این بیماری، توبولوپاتی اتوزوم مغلوب است.^(۲) در آنومالی‌های باز CNS به دلیل تراوش مایع مغزی نخاعی و از طرفی به دلیل کاهش وازوپرسین مغزی، ادرار جنین افزایش می‌یابد، در نتیجه مایع آمنیوتیک زیاد می‌شود. دیابت مادر منجر به هیپرگلیسمی جنین و پلی‌اوری می‌شود و AFI بالا می‌رود. در ترانسفوزیون قل به قل در دوقلویی، قل گیرنده دچار پلی‌هیدرآمینوس می‌شود.^(۳)

عوارض مادری شامل ناراحتی شکمی، تحریک‌پذیری رحمی، خونریزی پس از زایمان، کاهش فضای تنفسی به دلیل بالا رفتن دیافراگم و سزارین است. در این موارد فشار مایع آمنیوتیک افزایش می‌یابد که مانع expansion ریه جنین می‌شود و نوزاد پس از تولد دچار مشکل تنفسی می‌شود. مورتالیتی جنین در اثر افزایش

در معاینه فیزیکی متوالی، حجم رحم بسیار کمتر شده بود و در سونوگرافی‌های سریال، یک جنین ۲۸ هفته با ضربان قلب نرمال، جمجمه و ستون فقرات طبیعی مشاهده شد.

معهده و مئانه حاوی مایع بوده، دیافراگم نیز طبیعی بود. جنین حرکات sucking خوب داشت و در وضعیت بریچ قرار داشت. دیسترس تنفسی بیمار نیز از بین رفت.

جهت بلوغ ریه جنین، ۴ دوز دکزامتازون به میزان ۵ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت به صورت عضلانی به مادر تزریق گردید.

۲ هفته پس از بستری، بیمار مرخص گردید و به مراجعه مجدد (۵ روز بعد) جهت انجام آمنیوسنتز توصیه شد.

یک لیتر (Amniotic Fluid) AF در شرایط بی‌حسی موضعی تحت هدایت سونوگرافی تخلیه گردید و بیمار روز بعد مرخص شد. آزمایشات ارسال شده از AF کاملاً طبیعی بود و فقط AFP=۵۲۴ گزارش شده بود.

آزمایشات مادر از نظر عفونی نیز منفی گزارش شد. بیمار در سن حاملگی ۳۲ هفته و ۵ روز به دلیل درد زایمانی مراجعه کرد، آبریزش و خونریزی نداشت. در توشه واژینال، سرویکس ۴ سانتی‌متر باز بود و افسمان ۵۰٪ داشت. مادر به طور اورژانس سونوگرافی شد که جنین، وضعیت بریچ داشت.

به دلیل عدم کاهش انقباضات و وضعیت بریچ و پره‌ترم، جهت سزارین به اتاق عمل منتقل شد. هنگام عمل، ۶ لیتر مایع شفاف به آرامی تخلیه شد و نوزاد پره‌ترم پسر با وزن ۱۴۳۰ گرم و آپگار ۸/۱۰ متولد شد که در ظاهر آنومالی نداشت. جفت و پرده‌ها طبیعی بودند و بند ناف نیز حاوی دو شریان و یک ورید بود.

در ویزیت متخصص اطفال، نوزاد طبیعی بوده و کلیه آزمایشات ارسال شده نیز نرمال بود. گروه خون نوزاد، B⁺ بود. نوزاد همان روز Breast feeding نیز داشت. مادر و

پلی‌اوری، هیپوناترمی، هیپوکالمی و هیپرآلدوسترونیزم داشت.

پس از رد کردن سایر بیماری‌ها، سندرم بارتر تشخیص داده شد. در این case نیز آمنیوسنتز، لیبر زودرس را تا ۶ هفته به تعویق انداخته بود.^(۲)

در یک مطالعه در سال ۲۰۰۳ به این نتیجه رسیدند که علی‌رغم مناسب بودن آمنیوسنتز جهت درمان TTTs، عوارض نورولوژیک نوزادان بیش‌تر از روش لیزر عروق جفتی بوده است.^(۵)

آمنیوسنتز در پلی‌هیدرآمینوس، روش بسیار مناسبی جهت کاهش عوارض مادری و جلوگیری از پره‌ترم لیبر می‌باشد. البته مشکلاتی از قبیل احتمال پارگی کیسه آب، کوریوآمینیونیت، پره‌ترم لیبر و دکولمان جفت در حین انجام کار وجود داشت ولی به دلیل دقت در انجام پروسه تحت هدایت سونوگرافی، تخلیه مایع به آرامی و درناژ از چندین نقطه، احتمال بروز عوارض کاهش یافت.

میزان پره‌ترم لیبر به طور متوسط با این روش تا ۷ هفته به تعویق افتاده است.^(۱) در این مورد نیز حدود ۵ هفته مدت بارداری افزایش داده شد و فرصتی جهت بلوغ ریه جنین ایجاد شد.

فهرست منابع

1- F Gray uningham, Norman F Gant, Kenneth Leveno, Larry C Gilstrap III, John c Hauth, katharine D wenstrom. Obstetrics William's. 21th ed. Philadelphia: MC Graw-Hill; 2001. p. 817-821.

2- Tourne G, Collet F, Varlet MN, Billiemaz K, Prieur F. Prenatal Bartter's syndrome, Report of two cases. J Gynecol obstet Biol Reprod(paris) 2003 Dec; 32(8pt-1): 751-4.

3- DK james, Pj steer, CP weiner, Bgonik. High risk pregnancy. 6th ed. United Kingdom: WB Saunders; 1997: 827-830.

4- Ralston SJ, Craigo SD. Ultra sound-guided procedures for prenatal diagnosis and therapy. Obstet Gynecol clin North Am 2004 Mar; 31(1): 101-23.

احتمال زایمان پره‌ترم، پارگی زودرس کیسه آب و افزایش ۳۰-۱۰٪ در میزان ناهنجاری جنینی بالا می‌رود. آسفیکسی به دلیل پرولاپس کورد یا دکولمان جفت نیز ایجاد می‌شود.^(۲)

برای درمان این بیماران باید تشخیص کامل باشد. شرح حال کامل و معاینه بالینی مادر انجام شود. سونوگرافی دقیق از جنین جهت بررسی آنومالی CNS، دستگاه گوارش، توراکس، جدار شکم، کروموزومی یا کاهش رشد صورت گیرد.

روش مهم تشخیصی و درمانی، آمنیوسنتز است که امکان آنالیز کروموزومی، الکترولیتی، سطح AFP، آنزیمی و کشت را فراهم می‌کند.^(۳)

آمنیوسنتز و نمونه‌گیری از ویلوس‌های جفتی (Chorionic Villus Sampling=CVS) در نیمه اول بارداری، نتایج تشخیصی بسیار بالایی دارند. فتوسنتز و بیوپسی جنینی نیز در موارد خاصی جهت تشخیص انجام می‌شوند.^(۴)

برای درمان این بیماران از روشهای دارویی و جراحی استفاده می‌شود. ایندومتاسین با دوز ۵۰ میلی‌گرم، ۳ بار در روز می‌تواند ۲۰-۴ روز پس از شروع درمان با کاهش ادرار جنین، AFI را کاهش دهد.^(۲) در ضمن در نوزادانی که دچار سندرم بارتر (Bartter Syndrome) هستند، پس از تشخیص می‌توان جهت کاهش پلی‌اوری، ایندومتاسین تجویز کرد.^(۳) وقتی AFI کاهش یافت، دارو قطع می‌شود. استراحت و محدودیت آب و نمک تاثیر ندارد.^(۱) دیابت مادر باید درمان شود. Amnioreduction، روش شایع و خوبی برای درمان پلی‌هیدرآمینوس و سندرم ترانسفوزیون قل به قل (Twin to Twin Transfusion Syndrome= TTTs) است.^(۴)

در سال ۲۰۰۳، یک مورد پلی‌هیدرآمینوس ایدیوپاتیک به دلیل پلی‌اوری جنین گزارش شد که در ۲۳ هفتگی مراجعه کرده بود. در سن ۲۶ و ۲۷ هفتگی، ۲ بار آمنیوسنتز شد و نوزاد در ۲۹ هفتگی متولد شد که

5- Quintero RA, Dickinson JE, Morales WJ, Bornick PW, Bermudes C, Cincotta R, et al. Stage-Based treatment of twin to twin transfusion syndrome. Am J obstet Gynecol 2003 may; 188(5): 1333-40.

Archive of SID

A Case Report of Amniocentesis Therapy for Severe Polyhydramniosus in Firoozgar Hospital

^I
*A. Amini, MD

^{II}
N. Aram Bonyad, MD

Abstract

Introduction: Polyhydramniosus is a pathological condition characterized by excessive accumulation of amniotic fluid, usually more than 2100ml. It is associated with numerous fetal anomalies and causes maternal complications due to overdistension of the uterus. An AFI (Amniotic Fluid Index) exceeding 24cm constitutes the diagnosis of severe polyhydramniosus.

Case Report: The patient was a 25-year-old woman G₃P₁D₁Ab₁ referred at 28 weeks of gestational age with chief complaint of respiratory distress due to severe polyhydramniosus. Amniotic Fluid Index (AFI) had been reported to be 35cm from 24 weeks of gestational age. The patient was admitted into the hospital and amniocentesis was done nine times. About eight liters of amniotic fluid was evacuated. Her chief complaint decreased gradually and at last she delivered a baby boy at 32 weeks of gestational age due to preterm labor. The apgar score was 8-10 and no abnormality was observed.

Conclusion: Doing amniocentesis, we postponed the delivery for about 5 weeks so that we could achieve fetal lung maturity.

Key Words: 1) Amniocentesis 2) AFI (Amniotic Fluid Index) 3) Polyhydramniosus

*I) Associate Professor of Gynecology and Obstetrics & Fellow of Prenatalogy. Firoozgar Hospital. Firoozgar St., Vali Asr Sq., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*

II) Resident of Gynecology and Obstetrics. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.