

گزارش یک مورد نادر هیستریکتومی به دلیل جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری

صدیقه آیتی (M.D.)^۱، سارا میرزائیان (M.D.)^۲، فاطمه وحیدرودسری (M.D.)^۳، نیره قمیان (M.D.)^۴، نزهت موسوی فر (M.D.)^۵

- ۱- گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم (عج)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- گروه زنان و مامایی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: جفت اینکرتا عارضه‌ای ناشایع و تهدیدکننده حیات مادر در دوران بارداری است. این عارضه معمولاً به صورت خونریزی واژینال به دنبال خارج کردن مشکل جفت در سه ماهه سوم تظاهر می‌یابد. با وجود این، جفت اینکرتا ممکن است باعث ایجاد عوارضی مانند سقط‌های سه ماهه اول و دوم گردد که تشخیص آن مشکل می‌باشد. هدف از ارائه این گزارش، معرفی یک مورد نادر هیستریکتومی به دلیل جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری می‌باشد.

معرفی مورد: بیمار خانمی ۳۴ ساله بود که ۱۸ روز پس از کورتاژ به دلیل سقط ناقص، با خونریزی شدید واژینال در بارداری چهارم به بیمارستان مراجعه کرد. نامبرده سابقه ۲ مورد سزارین قبلی داشت. به علت خونریزی شدید با تشخیص احتمالی تخلیه ناکامل رحم، مجدداً تحت عمل کورتاژ قرار گرفت که به علت خونریزی غیرقابل کنترل حین عمل برای وی هیستریکتومی انجام شد. در بررسی آسیب‌شناسی، جفت اینکرتا در سگمنت تحتانی رحم گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: در زنان با سابقه سزارین قبلی، احتمال جایگزینی غیرطبیعی جفت وجود دارد که حتی در سه ماهه اول بارداری نیز ممکن است دچار خونریزی غیر قابل کنترل گردد که بدلیل ماهیت غیر طبیعی جفت، ممکن است حتی نیاز به هیستریکتومی اورژانس ایجاد شود.

کلید واژگان: جفت اینکرتا، جفت سرراهی، خونریزی رحمی، سزارین، سقط ناقص، سه ماهه اول بارداری، کورتاژ، هیستریکتومی.

مسئول مکاتبه: دکتر فاطمه وحیدرودسری، مرکز تحقیقات سلامت زنان، بیمارستان قائم (عج)، مشهد، ایران.

پست الکترونیکی: ff_vahid@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۲/۱۰ پذیرش: ۸۷/۶/۱۳

Hysterectomy due to Placenta Increta in the First Trimester of Pregnancy; A Case Report

Ayati, Sedigheh (M.D.)^{1,3}; Mirzaeean, Sara (M.D.)^{1,3}; Vahid Roodsari, Fatemeh* (M.D.)^{1,3}; Ghomian, Nayereh (M.D.)^{2,3}; Mousavifar, Nozzhat (M.D.)^{2,3}

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Ghaem Hospital, Mashad University of Medical Sciences, Mashad, Iran.

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Imam Reza Hospital, Mashad University of Medical Sciences, Mashad, Iran.

3. Women's Health Research Center, Mashad University of Medical Sciences, Mashad, Iran.

Abstract

Introduction: Placenta increta is an uncommon and life-threatening pregnancy complication. This disorder usually is presented with vaginal bleeding during difficult placental removal in the third trimester of pregnancy. However, the disorder may cause some other complications such as abortion at the first or second trimesters of pregnancy too, which make its diagnosis more difficult. This report discusses a case of hysterectomy due to placenta increta at the first trimester of pregnancy.

Case Presentation: A 34-years old woman was admitted to Imam Reza Hospital in Mashad, with a history of severe vaginal bleeding. Evacuation curettage had been done due to incomplete abortion at her first admission in another hospital 18 days ago. She had a history of two previous cesarean sections too. Curettage was done to control the severe hemorrhage with a probable diagnosis of incomplete uterine evacuation. Since hemorrhage was not controllable, the patient was consulted for hysterectomy. Afterwards, the pathology report confined the diagnosis, reading "Lower uterine segment with placenta increta".

Conclusion: Women with a history of previous caesarean sections are at risk for abnormal placentation. The condition is prone to complications such as uncontrollable vaginal bleeding in the first trimester which might necessitate immediate hysterectomy because of the complications due to abnormal nature of placenta increta.

Key Words: Cesarean delivery, Curettage, Hysterectomy, Incomplete abortion, Placenta increta, Pregnancy, Uterine hemorrhage.

Corresponding Author: Fatemeh Vahid Roodsari, Women's Health Research Center, Ghaem Educational Hospital, Mashad, Iran.
E-mail: ff_vahid@yahoo.com

Received: Apr 29, 2008; Accepted: Sept 3, 2008

زمینه و هدف

جفت اینکرتا^۱ یک موقعیت نادر در مامایی همراه با خونریزی بسیار شدید است. بافت تروفوبلاستیک جفتی به صورت طبیعی از میومتر به وسیله صفحه دسیدوال جدا می شود. اتصال پرزهای جفتی به میومتر، جفت اینکرتا نامیده می شود که باعث سخت جدا شدن جفت از دسیدوا پس از زایمان می گردد. این اختلال در موارد جفت سرراهی، لانه گزینی روی محل اعمال جراحی قبلی رحم یا پارگی قبلی رحم شیوع بیشتری دارد.

اصطلاح جفت اکرتا^۲ به طور کلی برای توصیف هرگونه لانه گزینی جفت دارای چسبندگی غیرطبیعی به دیواره رحم به کار می رود و اشکال پیشرفته تر آن شامل جفت اینکرتا و پرکرتا^۳ می باشد.

در جفت اینکرتا، گرچه چسبندگی غیرطبیعی جفت شایع نیست؛ ولی به علت افزایش میزان مرگ و میر ناشی از خونریزی شدید، پارگی رحم و عفونت، اهمیت بسیار زیادی از نظر بالینی دارد. تهاجم پرزهای جفتی به میومتر در محل اسکار قبلی سزارین، می تواند منجر به پارگی رحم قبل از آغاز زایمان شود (۱).

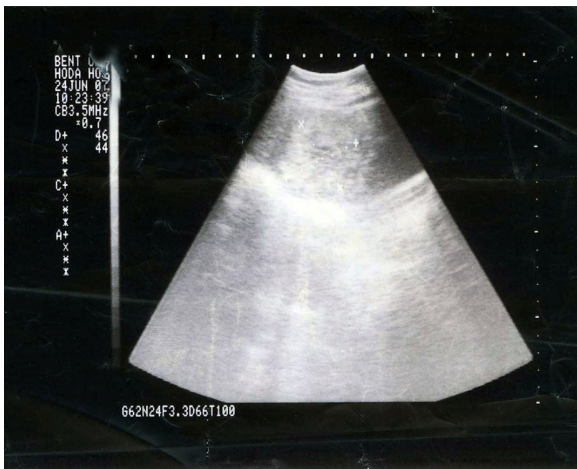
جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری بسیار نادر است، زیرا این اختلال معمولاً در سه ماهه سوم تشخیص داده می شود. تعداد بسیار اندکی گزارش در این مورد وجود دارد که به صورت خونریزی طولانی به دنبال سقط ناقص یا سقط فراموش شده بوده، که پس از تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)؛^۴ به صورت توده هتروژن رحمی تشخیص داده شده است (۲). یک مورد نیز به علت DIC^۵ ناشی از خونریزی که منجر به هیستریکتومی گردیده نیز گزارش شده است (۳).

در این گزارش، یک مورد نادر هیستریکتومی به دلیل جفت اینکرتا در سه ماهه اول بارداری معرفی می گردد.

معرفی مورد

بیمار خانمی ۲۴ ساله (G4P3L3Ab1) بود که به دلیل خونریزی شدید واژینال، به بخش زایشگاه بیمارستان امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعزام گردید. در شرح حال به دست آمده از بیمار، نامبرده ۱۸ روز قبل از مراجعه به علت بارداری ۷ هفته (براساس آخرین قاعدگی و سونوگرافی) و با تشخیص سقط ناقص و خونریزی شدید در یکی از شهرستان های استان خراسان رضوی، به طور اورژانس کورتاژ شده و جواب آسیب شناسی در آن زمان محصولات بارداری بوده است. پس از کورتاژ، خونریزی بیمار ادامه یافته و ۱۸ روز پس از آن به دلیل خونریزی شدید، افت علائم حیاتی و شوک بستری شد.

در آزمایش های انجام شده، به دلیل هماتوکریت پائین و ترومبوسیتوپنی با پلاکت $10^9/ml \times 50$ ، به بیمارستان امام رضا (ع) اعزام و بستری و ۲ واحد Packed cell جهت اصلاح وضعیت بیمار به وی تزریق گردید. در معاینه سرویکس بسته و سایز رحم بزرگتر از معمول و در حد حاملگی ۸ هفته بود. در سونوگرافی به عمل آمده از بیمار، رحم به ابعاد $41 \times 116 \text{ mm}$ ، در ناحیه فوندوس



شکل ۱- نمای سونوگرافی نشان دهنده توده هتروژن با ابعاد $41 \times 42 \text{ mm}$ در سگمان تحتانی رحم در یک خانم ۳۴ ساله مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا مشهد

- 1- Placenta increta
- 2- Placenta acreta
- 3- Placenta precreta
- 4- Magnetic Resonance Imaging
- 5- Disseminated Intravascular Coagulation

عمومی خوب و هماتوکریت ۳۴٪ و پلاکت $180 \times 10^3 / \mu l$ ، ترخیص گردید. در نمونه ارسالی به آزمایشگاه آسیب‌شناسی، جفت اینکرتا گزارش شد (شکل ۲).

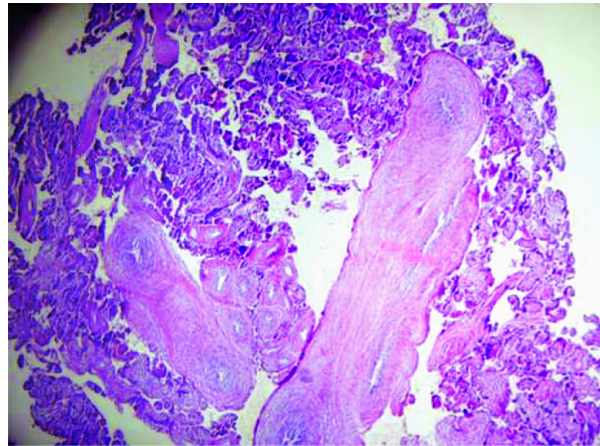
بحث

چسبندگی غیرطبیعی جفت، یکی از عوارض خطرناک بارداری است که در آن بافت تروفوبلاستیک با عمق متغیر به میومتر تهاجم می‌کند. در جفت سرراهی یا در موارد لانه‌گزینی روی محل اعمال جراحی قبلی رحم یا پارگی قبلی رحم، این عارضه شیوع بیشتری دارد. در مقایسه با جمعیت عمومی شیوع جفت اکرتا در صورت وجود جفت سرراهی، ۵۴ برابر و در صورتی که سن مادر بیشتر از ۳۵ سال باشد، ۲/۲ برابر افزایش می‌یابد (۴). اگر در جفت اکرتا خونریزی قبل از زایمان رخ دهد، در نتیجه همراهی آن با جفت سرراهی است.

تشخیص جفت اینکرتا با سونوگرافی از حساسیت ۳۳٪ برخوردار می‌باشد (۵). در سونوگرافی داپلر، دو عامل تاحد زیادی تهاجم به میومتر را پیشگویی می‌کند که شامل فاصله کمتر از ۱cm بین سطح مشترک سرور رحم و مثانه با عروق پشت جفت و حوضچه‌های بزرگ جفتی می‌باشد (۶).

حساسیت MRI برای تشخیص جفت اکرتا ۳۸٪ است (۷). افزایش میزان D دایمر در زنان مبتلا به جفت اکرتا، ممکن است خونریزی قابل توجه را پیش‌بینی کند که احتمالاً بازتابی از تهاجم تروفوبلاست به داخل میومتر و بافت‌های اطراف است (۸).

مشکلات همراه با خروج جفت و مشکلات پس از آن، به مقدار زیادی وابسته به محل لانه‌گزینی، عمق نفوذ به میومتر و تعداد کوتیلدون‌های درگیر است. کوتیلدون درگیر همراه با میومتر و احتمالاً با خونریزی بسیار زیاد ممکن است دفع شود و یا ممکن است از جفت جدا شده و به محل لانه‌گزینی بچسبد که با خونریزی فوری یا تأخیری همراه خواهد بود (مشابه آنچه که در بیمار



شکل ۲- تهاجم سلولهای سیتوتروفوبلاست و سنسیشیو تروفوبلاست به میومتر در یک خانم ۳۴ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا مشهد

آندومتر منظم با ضخامت ۴/۵mm و در سگمان تحتانی رحم تصویر یک توده هتروژن با ابعاد ۴۲×۴۱mm وجود داشت (شکل ۱).

بیمار ۳ فرزند زنده داشت که اولی با زایمان طبیعی و فرزند دوم و سوم از طریق سزارین متولد شده بودند. آخرین زایمان وی ۱۴ ماه قبل بود. با شک به بیماری تروفوبلاستیک حاملگی β -hCG سرم اندازه‌گیری و مقدار آن صفر گزارش شد.

بیمار با احتمال وجود بقایای حاملگی در رحم به اطاق عمل انتقال یافت و تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفت. پس از بازکردن دهانه رحم به وسیله دیلاتاتور بوژی، مقدار زیادی نسوج جفتی با پنس جفت خارج شد که ضمن کورتاژ، خونریزی بسیار شدیدی روی داد. سونوگرافی واژینال حین کورتاژ مجدداً توده هتروژن در سگمان تحتانی رحم با ابعاد ۴×۴cm را مشخص کرد. به دلیل خونریزی شدید غیرقابل کنترل و تهدیدکننده حیات، تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد. در بررسی حین لاپاراتومی، جسم رحم در حد طبیعی و سگمان تحتانی کاملاً برجسته بود و نسوج جفتی تا زیر سرور رحم تهاجم و رحم نمای ساعت شنی داشت. به ناچار هیستریکتومی انجام و رحم جهت آسیب‌شناسی ارسال گردید. بیمار حین عمل ۴ واحد خون فشرده شسته شده دریافت کرد و ۲ روز پس از عمل، با حال

جفت اینکرتا به ندرت در سه ماهه اول بارداری عارضه دار می‌شود. در گزارشی که توسط Carlton و همکاران از دانشگاه تگزاس منتشر گردید، به دنبال کورتاژ تخلیه‌ای یک جنین مرده، جفت اینکرتا باعث سوراخ شدن رحم گردید که به علت خونریزی شدید هیستریکتومی انجام شد (۱۴). مورد دیگر در کره توسط Ju گزارش شده است که جفت سرراهی اینکرتا به صورت یک توده رحمی پس از سقط سه ماهه اول بروز کرده، باعث خونریزی‌های متناوب در بیمار شد و در نهایت منجر به هیستریکتومی گردید (۱۵). در این دو مورد، مشابه بیمار گزارش حاضر، با خونریزی بدنبال سقط و یا تشخیص جفت اینکرتا، هیستریکتومی انجام شد.

در سابقه کلیه بیماران فوق، انجام سزارین (انتخابی یا اورژانس) وجود دارد. با بالا رفتن میزان سزارین، چسبندگی غیرطبیعی جفت افزایش می‌یابد؛ بنابراین در بارداریها زایمان طبیعی به‌عنوان راه ارجح وضع حمل، باید همواره مورد توجه قرار گیرد و سزارین تنها محدود به موارد زایمان مشکل باشد.

نتیجه‌گیری

چسبندگی غیرطبیعی جفت یک عارضه نادر به‌دنبال جراحی‌های رحمی به‌خصوص سزارین می‌باشد که اغلب در ماه‌های آخر بارداری بروز می‌کند؛ ولی در موارد غیرعادی در ماه‌های اول نیز ممکن است عارضه ایجاد نماید که باید به آن توجه نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از کلیه دستیاران محترم زنان و زایمان و پرسنل زحمتکش اتاق عمل بیمارستان امام رضا (ع) که در حالت اورژانس برای بیمار زحمات فراوانی را متحمل شدند و سرکارخانم اکرم مشتاقی برای تایپ این مقاله، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

گزارش شده رخ داد). در درگیری وسیعتر جفت، همزمان با تلاش برای خارج ساختن جفت، خونریزی شدیدتر می‌شود.

موفقیت درمان، به درمان فوری با جایگزینی خون بستگی دارد و تقریباً در اکثر اوقات نیازمند هیستریکتومی فوری است. بستن شریان رحمی، شریان ایلپاک داخلی دو طرفه و یا آمبولیزاسیون از طریق آنژیوگرافی، جهت کاهش خونریزی حین هیستریکتومی توصیه شده است (۹).

در جفت اکر تای کامل، ممکن است خونریزی بسیار اندکی رخ دهد و یا اصلاً خونریزی وجود نداشته باشد. تلاش برای خارج ساختن جفت با دست موفقیت‌آمیز نبوده؛ زیرا صفحه جدایی بین سطح مادری جفت و دیواره رحم ایجاد نشده است. در مطالعه Fox، در زنانی که با روش محافظه‌کارانه درمان شدند تا حد امکان جفت با دست خارج شده و داخل رحم تامپون شد؛ که ۲۵٪ مرگ و میر مادر را به‌دنبال داشت. مطمئن‌ترین راه درمان در این شرایط، هیستریکتومی اورژانس می‌باشد (۱۰).

زمانی که خونریزی زیاد نباشد، می‌توان تمامی جفت را در محل خود باقی گذاشت. در گزارشی که توسط Kayem و همکاران ارائه شد، جفت در محل خود باقی گذاشته شده و جهت جلوگیری از خونریزی تأخیری، آمبولیزاسیون شریان رحمی صورت گرفت. جفت در عرض ۶ ماه خودبه‌خود جذب و سه سال بعد نیز بیمار باردار شد (۱۱). گزارش مشابه دیگری توسط Li و همکاران منتشر گردید که نشان‌دهنده موفقیت‌آمیز بودن آمبولیزاسیون شریان رحمی در اداره این عارضه در دو بیمار با جفت اینکرتا بود که هر دوی آنها ناشی از سزارین قبلی بودند (۱۲). مورد دیگری نیز توسط Nijman و همکاران گزارش گردید که جفت در محل باقی گذاشته شد و با تجویز هفتگی متوتروکسات در عرض چهار هفته، جفت خودبخود جذب گردید (۱۳).

References

- 1- Berchuck A, Sokol RJ. Previous cesarean section, placenta increta, and uterine rupture in second trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 1983; 145(6): 766-7.
- 2- Ju W, Kim SC. Placenta increta after first-trimester dilatation and curettage manifesting as an unusual uterine mass: magnetic resonance findings. *Acta Radiol.* 2007; 48(8): 938-40.
- 3- Lapresta Moros M, Conte Martín P, Pérez Pérez P, Azúa Romeo J, Oro Fraile J, Lapresta Ferrández C. Post abortal haemorrhage and disseminated intravascular coagulation due to placenta accrete. *Arch Gynecol Obstet.* 2003; 268(4): 329-30.
- 4- Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(4): 545-50.
- 5- Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Investig.* 2002; 9(1): 37-40.
- 6- Twickler DM, Lucas MJ, Balis AB, Santos-Ramos R, Martin L, Malone S, et al. Color flow mapping for myometrial invasion in women with a prior cesarean delivery. *J Matern Fetal Med.* 2000; 9(6): 330-5.
- 7- Major CA, de Veciana M, Lewis DF, Morgan MA. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: is there an association between these pregnancy complications? *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172 (2 Pt 1): 672-6.
- 8- Baxi Lv, Liwanpo LI, Fink DJ. D dimer as a predictor of morbidity in patients with ultra sonographic evidence of placenta previa accrete. *J Soc Gynecol Investig.* 2004; 11: 215A.
- 9- Dubois J, Garel L, Grignon A, Lemay M, Leduc L. Placenta percreta: balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries to reduce intraoperative blood losses. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176(3): 723-6.
- 10- Fox H. Placenta accrete. *Obstet Gynecol Surv.* 1972; 27: 475.
- 11- Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grangé G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil Steril.* 2002; 78(3): 637-8.
- 12- Liu X, Fan G, Jin Z, Yang N, Jiang Y, Gai M, et al. Lower uterine segment pregnancy with placenta increta complicating first trimester induced abortion: diagnosis and conservative management. *Chin Med J.* 2003; 116(5): 695-8.
- 13- Nijman RG, Mantingh A, Aarnoudse JG. Persistent retained placenta percreta: methotrexate treatment and Doppler flow characteristics. *BJOG.* 2002; 109(5):587-8.
- 14- Carlton SM, Zahn CM, Kendall BS, Natarajan S. Placenta increta / percreta associated with uterine perforation during therapy for fetal death. A case report. *J Reprod Med.* 2001; 46(6): 601-5.
- 15- Ju W, Kim SC. Placenta Increta after First-Trimester Dilatation and Curettage Manifesting as an Unusual Uterine Mass: Magnetic Resonance Findings. *Acta Radiologica.* 2007; 48(8): 938-40.