

مرگ مادر به دلیل جفت پرکرتا با تهاجم به داخل مئانه: گزارش موردی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۳/۲۵

چکیده

صدیقه آیتی^۱

فاطمه وحید رودسری^{۱*}

مرضیه طالبیان^۲

۱- مرکز تحقیقات سلامت زنان، گروه زنان و

مامایی، ۲- گروه زنان و مامایی

بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان
قائم، دفتر گروه زنان.

تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۴۷۷

email: vahidroodsarifi@mums.ac.ir

مقدمه

با پیشرفت علم پزشکی کاهش قابل ملاحظه‌ای در عوارض و مرگ و میر مامایی ایجاد شده است. خونریزی هنوز یک علت عمده مرگ مادر به دنبال سزارین محسوب می‌گردد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، خونریزی مهم‌ترین عامل پذیرش زن باردار در ICU است. در کشورهای در حال توسعه، خونریزی تقریباً علت نیمی از موارد مرگ‌های پس از زایمان می‌باشد.^۱ جفت سرراهی (Placenta previa) یکی از علل خونریزی مامایی است که طبق تعریف، جفتی است که روی سوراخ داخلی سرویکس را پوشانده یا بسیار نزدیک به آن لانه‌گزینی کرده است.^۱ جفت سرراهی یک ریسک فاکتور شناخته شده برای همراهی با جفت اکرتا (Placenta accreta) است.^۲ گزارشاتی در این مورد وجود دارد. در یک مطالعه مورد-شاهدی با انجام بیوپسی از بستر جفت حین سزارین در ۵۰ زن با جفت سرراهی و ۵۰ مورد با جفت طبیعی مشاهده شد که تقریباً در نیمی از نمونه‌های جفت سرراهی آرتریول‌های اسپیرال میومتر دارای ارتشاح سلول‌های غول‌آسای تروفوبلاست بودند، درحالی که فقط ۲۰٪ از نمونه‌های مربوط به جفت نرمال دارای چنین تغییراتی داشتند.^۳ جفت

زمینه و هدف: چسبندگی غیرطبیعی جفت از عوارض تهدیدکننده حیات بوده و از علل ایجاد آن سزارین می‌باشد. هدف از ارائه این گزارش معرفی یک مورد مرگ مادر به دلیل جفت پرکرتا با تهاجم به داخل مئانه می‌باشد. معرفی بیمار: بیمار خانمی ۳۷ ساله بود که به دلیل شکست در توکتومی، ناخواسته باردار شد. در هفته ۲۶ و ۳۰ بارداری با خونریزی شدید از ادرار در بخش اورولوژی بستری و در سونوگرافی جفت سرراهی گزارش شد. در هفته ۳۴ به دلیل خونریزی شدید سزارین اورژانس انجام و پس از تولد نوزاد و خونریزی بسیار شدید، هیستریکتومی و رزکشن قسمتی از مئانه انجام گردید. ضمن عمل به دلیل خونریزی فوق‌العاده شدید و غیرقابل کنترل پس از چهار ساعت در اتاق عمل فوت کرد. نتیجه‌گیری: امروزه جفت‌های با چسبندگی غیرطبیعی به علت افزایش میزان سزارین رو به افزایش است. از راه‌های کاهش این عارضه مهم، اجتناب از سزارین‌های بدون اندیکاسیون می‌باشد.

کلمات کلیدی: مرگ مادر، جفت پرکرتا، درگیری مئانه.

اکرتا، چسبندگی غیرعادی تمام جفت یا بخش‌هایی از آن به دسیدوای رحم می‌باشد.^۴ در اثر فقدان نسبی یا کامل دسیدوای قاعده‌ای و تکامل ناقص لایه فیبرینوئید یا لایه نیتابوخ، پرزهای جفتی در جفت اکرتا تا میومتر می‌چسبند. در جفت اینکرتا (Placenta increta)، پرزها واقعاً به میومتر وارد می‌شوند و در جفت پرکرتا، پرزها به سرور رحم یا سایر احشای لگنی تهاجم کرده‌اند. انواع مختلف چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت از دلایل مهم مرگ مادر ناشی از خونریزی در طی بارداری یا پس از زایمان می‌باشند.^۱ هدف ما از این گزارش، معرفی یک مورد مرگ مادر به دلیل جفت پرکرتا (Placenta percreta) با تهاجم به داخل مئانه است.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۷ ساله G5P4L4 بود که به دلیل هماجوری شدید و کم‌خونی در بخش اورولوژی بستری شد. هماتوکریت بیمار در بدو بستری ۲۱ درصد بود و در نتیجه سه واحد خون دریافت نمود. او از خونریزی واژینال یا مشکل مامایی دیگری شکایت نداشت. در ارزیابی‌های به‌عمل آمده و سونوگرافی ابدومینال یک جنین زنده ۲۶

DIC برای بیمار کرایو تزریق شد و تصمیم به Packing لگن جهت کنترل خونریزی گرفته شد. حین پک کردن لگن بیمار دچار ایست قلبی شد که با CPR برگشت کرد. هنوز جراحی به اتمام نرسیده بود که مجدداً دچار ایست قلبی شد و CPR تکرار شد. رسیدگی به بیمار و اقدامات احیاء و تزریق خون ادامه داشت که متأسفانه موثر واقع نشد و یک ساعت پس از عمل بیمار دچار ایست قلبی شد و به CPR پاسخ نداد و فوت کرد.

بحث

جفت سر راهی یک مورد در هر ۲۰۰ حاملگی وجود دارد.^۵ سن بالای مادر (بیشتر از ۳۵ سال)، مولتی پاریته (بیشتر از پنج)، سابقه سزارین، چندقولبی و مصرف سیگار خطر جفت سرراهی را افزایش می‌دهند.^۱ جفت اکرتا در هر ۲/۳-۰/۱ از هزار تولد اتفاق می‌افتد. شیوع جفت پرکرتا ۳٪ در هر هزار تولد می‌باشد.^۶ میزان شیوع جفت‌های اینکرتا و پرکرتا در سال‌های اخیر به دلیل افزایش میزان سزارین افزایش یافته است. به طور شایع، در سگمان تحتانی در محل اسکار سزارین قبلی یا پس از کورتاژ تشکیل دسیدوا به صورت ناقص صورت می‌گیرد. در یک مطالعه ۲۵ ساله با بررسی ۵۲۲ مورد جفت اکرتا، گزارش شد که: الف) ۳۰٪ موارد با جفت سرراهی بودند. ب) ۲۵٪ موارد سابقه قبلی سزارین داشتند. ج) نزدیک به ۲۵٪ موارد سابقه کورتاژ داشتند. د) ۲۵٪ موارد مولتی‌پار شش یا بیشتر بودند.^۷ خروج جفت با دست نیز به عنوان یک ریسک فاکتور مهم برای جفت‌های مهاجم ذکر شده است.^۸ در مطالعه Zaki این نتیجه حاصل شده که شیوع جفت اکرتا به صورت خطی از ۴/۱ درصد در افراد بدون سابقه سزارین به ۶۰٪ در افراد با سابقه سه بار یا بیشتر سزارین قبلی یا بیشتر افزایش می‌یابد.^۹ گرچه ممکن است جفت اکرتا یک یافته اتفاقی حین زایمان باشد و در نتیجه با موربیدیته و مورتالیتی بالای مادر همراه گردد، پیشرفت‌های تصویربرداری مثل MRI و سونوگرافی داپلر تشخیص در ضمن بارداری را امکان‌پذیر ساخته تا بتوان قبل از عمل برای سزارین انتخابی برنامه‌ریزی نمود.^{۱۰،۱۱} در بررسی Lam سونوگرافی فقط ۳۳٪ برای جفت اکرتا حساسیت داشته است.^{۱۲} در سونوگرافی داپلر وجود دو عامل در تشخیص مهاجم به میومتر اهمیت ویژه‌ای دارند. ۱- فاصله کم‌تر از یک میلی‌متر بین سروز رحمی- مثانه‌ای و عروق خلف جفت. ۲) دریاچه‌های بزرگ

هفته با میزان مایع نرمال و جفت گرید یک که سوراخ داخلی سرویکس را پوشانده بود، گزارش گردید. سیستم اسکوپپی جهت علت هماچوری انجام و پرخونی مخاط و ادم جدار مثانه گزارش شد. در سابقه مامایی، بیمار چهار تا زایمان داشت که سه زایمان اول به صورت واژینال و آخرین زایمان به علت تقاضای بستن لوله‌های رحم Tubal Ligation (TL) سزارین انتخابی شده بود. بیمار پس از چند روز بستری با بهبود هماچوری با حال عمومی خوب و هماتوکریت ۳۰٪ مرخص گردید. مجدداً چهار هفته بعد به علت عود هماچوری و آنمی مراجعه و در بخش اورولوژی بستری شد. در آزمایشات انجام شده هماتوکریت ۲۳٪ داشت که مجدداً سه واحد خون دریافت نمود و با اقدامات حمایتی و استراحت هماچوری آشکار از بین رفت. در طی بستری دوم دچار خونریزی واژینال شد و به این دلیل به بخش زنان منتقل گردید. در مدت بستری بیمار، خونریزی واژینال به میزان کم تا متوسط ادامه داشت اما با کنترل مکرر و انجام تست‌های ارزیابی سلامت جنین تصمیم به ادامه بارداری تا زمان رسیدگی ریه‌های جنین گرفته شد. در هفته ۳۴ بارداری به علت خونریزی نسبتاً شدید واژینال تحت عمل سزارین قرار گرفت. در ضمن قبل از انتقال به اتاق عمل جهت بیمار رزرو خون هم گروه انجام شد. پس از بیهوشی عمومی و انتوباسیون برشی به صورت مدیان روی جدار شکم داده شد و سپس با برشی عرضی روی سگمان تحتانی رحم باز شد جفت در زیر محل برش قرار داشت که کنار زده شد نوزاد دختر حدود ۳۴ هفته با آپگار ۹-۸ و وزن ۱۸۰۰ گرم متولد و جفت خارج شد. به علت خونریزی شدید غیرقابل کنترل از محل جفت در سگمان تحتانی رحم توتال هیسترنومی به عنوان اولین اقدام جهت کنترل خونریزی انجام گردید. پس از برداشتن جسم رحم جراح متوجه مهاجم جفت به داخل مثانه و ادامه خونریزی گردید. با متخصص اورولوژی که از قبل در جریان بیمار بودند مشورت شد و توسط ایشان قسمتی از مثانه نیز رزکشن شد خونریزی هم‌چنان ادامه داشت، بیمار تا این مرحله حدود ۱۰ خون واحد دریافت کرد. جهت کنترل خونریزی بسیار شدید که از تمام سطوح لگن ادامه داشت، شریان ایلایک داخلی دوطرف لیگاتور گردید. ولی خونریزی شدید غیرقابل کنترل هم‌چنان ادامه داشت تا مجدداً ۱۰ واحد دیگر خون و سایر فرآورده‌های خونی شامل پنج واحد FFP نیز دریافت کرد. با ادامه خونریزی با شک به

جفت که خون‌ریزی واضحی ندارند راه دیگری هم وجود دارد. می‌توان بدون انجام هرگونه اقدامی جهت خروج جفت، جفت را به‌طور کامل در محل باقی گذاشت و برش سزارین را بست. تجربیات در مورد این نوع درمان اندک و در حد "گزارش موردی" می‌باشد.^۱ سنجش سریال هورمون گنادوتروپین جفتی انسانی (BHCG) سرم در این موارد ارزیابی ندارد و جهت کنترل جذب شدن جفت باقی مانده تصویربرداری سریال با سونوگرافی یا MRI توصیه شده است.^{۱۴} هدف ما از گزارش این مورد، یادآوری این مساله است که افزایش میزان سزارین بدون اندیکاسیون صحیح مامایی، مشکلات زیادی به همراه خواهد داشت. تقاضای توبکتومی، اندیکاسیونی برای انجام سزارین نیست. هرچند توبکتومی یک روش پیشگیری دایم از حاملگی محسوب می‌شود و عقیم‌سازی لوله‌ای پس از زایمان یا ضمن سزارین (که در مورد این بیمار صورت گرفته بود) نسبت به توبکتومی با فاصله از زایمان، میزان شکست کم‌تری دارد، در هر دو حالت عقیم‌سازی لوله‌ای (پس از زایمان و با فاصله از زایمان) و در مورد همه روش‌های انجام TL، احتمال شکست وجود دارد.^۱ با وجود این که سابقه یک بار سزارین ریسک بالایی برای انواع «شدید» جفت‌های با چسبندگی غیرطبیعی (پرکرتا) ندارد، در این گزارش ملاحظه می‌شود که هر دو مورد برای این بیمار به وقوع پیوست و در نهایت منجر به مرگ مادر شد.

داخل جفتی. MRI به عنوان یک روشی کمکی تشخیصی در موارد شک بالینی قوی به جفت اکرتا به‌کار می‌رود.^۱ ارزیابی دقیق قبل از عمل، برنامه‌ریزی بهتر را ممکن می‌سازد. تسهیلات مناسب جراحی و بانک خون و دسترسی به انکولوژیست زنان، یا جراح عروق و اورولوژیست جهت مشاوره باید در نظر گرفته شود.^۱ در صورت درگیری شدید جفت (افزایش تعداد کوتیلدون‌ها یا عمق نفوذ) خون‌ریزی بسیار شدیدی پس از خروج جفت رخ خواهد داد. در صورت چسبندگی جفت به رحم، نباید سعی زیادی در جدا نمودن جفت از رحم کرد زیرا منجر به خون‌ریزی شدید و غیرقابل کنترل خواهد شد. درمان موفقیت‌آمیز در این حالت به جایگزینی سریع خون و تقریباً همیشه هیستروکتومی فوری بستگی دارد. سایر درمان‌ها شامل لیگاتور کردن شریان‌های رحمی یا ایلیاک داخلی، استفاده از بالون یا امبولیزاسیون در عروق می‌باشد.^۱ گاهی علی‌رغم برنامه‌ریزی بسیار دقیق و مهارت کافی جراح، ضمن عمل خون‌ریزی متوقف نمی‌شود. در این موارد می‌توان جهت کنترل خون‌ریزی، شکم بیمار را با چند عدد شان شکمی به‌طور فشرده پر کرد و فرصتی برای تزریق کافی مایعات، خون، فاکتورهای انعقادی و اصلاح اسیدوز متابولیک برای بیمار فراهم نمود. در این صورت بیمار به ICU منتقل می‌شود تا پس از تثبیت وضعیت بیمار مجدداً به اتاق عمل برگردانده و Pack ها خارج شود.^{۱۳} در ضمن سزارین در بیماران با چسبندگی غیرطبیعی

References

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, editors. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York, NY: McGraw Hill; 2010. p. 757-98.
- Bergakker SA. Case report: management of elective cesarean delivery in the presence of placenta previa and placenta accreta. *AANA J* 2010;78(5):380-4.
- Biswas R, Sawhney H, Dass R, Saran RK, Vasishta K. Histopathological study of placental bed biopsy in placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78(3):173-9.
- Tong SY, Tay KH, Kwek YC. Conservative management of placenta accreta: review of three cases. *Singapore Med J* 2008;49(6):e156-9.
- March of Dimes Foundation. Pregnancy complications: Placenta previa. [Online] 2005 Sep [2011 Sep 1]; Available from: URL:http://www.marchofdimes.com/complications_previa.html
- Price FV, Resnik E, Heller KA, Christopherson WA. Placenta previa percreta involving the urinary bladder: a report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1991;78(3 Pt 2):508-11.
- Fox H. Placenta accreta, 1945-1969. *Obstet Gynecol Surv* 1972;27:475.
- Melchor JC, Alegre A, Artech JM, Corcostegui B, Rodriguez-Escudero FJ. Placenta percreta with bladder involvement: case report and review of literature. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25(5):417-8.
- Zaki ZM, Bahar AM, Ali ME, Albar HA, Gerais MA. Risk factors and morbidity in patients with placenta previa accreta compared to placenta previa non-accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77(4):391-4.
- Taipale P, Orden MR, Berg M, Manninen H, Alafuzoff I. Prenatal diagnosis of placenta accreta and percreta with ultrasonography, color Doppler, and magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 2004;104(3):537-40.
- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):927-41.
- Lam H, Pun TC, Lam PW. Successful conservative management of placenta previa accreta during cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;86(1):31-2.
- Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate. *Clin Perinatol* 2008;35(3):519-29, x.
- Timmermans S, van Hof AC, Duvekot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv* 2007;62(8):529-39.

Maternal death due to placenta percreta with bladder involvement: *a case report*

Received: March 12, 2011 Accepted: June 15, 2011

Abstract

Sedigheh Ayati M.D.¹
Fatemeh Vahidroodsari M.D.^{1*}
Marzieh Talebian M.D.²

1- Women's Health Research Center, Department of Obstetrics and Gynecology, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2- Department of Obstetrics and Gynecology, Mashhad University of Medical Sciences, Ghaem Hospital, Mashhad, Iran.

Background: Placenta accreta is a life-threatening complication after previous cesarean delivery. The aim of this case report is to present a case of placenta percreta with bladder involvement and subsequent maternal death.

Case presentation: The patient was a 37-year old who had an unwanted pregnancy due to tubectomy failure two years afterwards. She was hospitalized at 26th and 30th week of gestation because of gross hematuria. Sonography reported placenta previa. Cesarean section was performed at 34th gestational week. Due to severe hemorrhage, hysterectomy with resection of some part of the bladder was done. Died at the operating room after four hours of severe uncontrollable hemorrhage.

Conclusion: The increasing prevalence of different forms of placenta accreta is the result of the ever-increasing rate of cesarean deliveries. One of the strategies to prevent this catastrophic obstetric complication is decreasing the number of cesarean deliveries without appropriate indications.

Keywords: Bladder, maternal mortality, placenta percreta.

* Corresponding author: Qaem Hospital, Ahmadabad St., Mashhad, Iran.
Tel: +98- 511-8012477
email: vahidroodsarif@mums.ac.ir