

بهبود نتیجه سزارین هیستریکتومی با استفاده از تصویربرداری جفت: گزارش موردی

چکیده

دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۰ ویرایش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۲۰ آنلاین: ۱۳۹۸/۰۷/۳۰

زمینه: چسبندگی غیرطبیعی جفت در دوران بارداری یکی از معضلات مهم طب زنان و مامایی می‌باشد که به علت خطر خونریزی شدید و بالقوه تهدیدکننده حیات یکی از علل مهم مورییدته و حتی مرگومیر مادران در نظر گرفته می‌شود.

معرفی بیمار: در این مقاله ما به معرفی بیماری ۳۲ ساله می‌پردازیم که ۲ سال پیش به بیمارستان فیروزگر تهران مراجعه کرده بود و حاملگی دوقلویی وی دارای یک جفت پرویا به همراه چسبندگی غیرطبیعی جفت به رحم بود که با استفاده از رویکرد چندجانبه و تیمی به بهترین نتیجه ممکن دست یافت و بدون تزریق خون و بدون نیاز به بیهوشی عمومی تحت درمان استاندارد سزارین هیستریکتومی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: توجه به نکات لازم برای ارزیابی دقیق و درمان بهینه چسبندگی غیرطبیعی جفت با نظر به اینکه میزان زایمان به روش سزارین امروزه باوجود تدابیر گسترده جهت کاهش این جراحی همچنان در حال افزایش است موجب کسب بهترین نتیجه برای بیمار می‌گردد.

کلمات کلیدی: سزارین، هیستریکتومی، جفت چسبنده، جفت پرویا، حاملگی دوقلویی.

سهیلا امینی مقدم

ستاره نصیری*

فاطمه چگینی

گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: تهران، خیابان کریم‌خان، خیابان به‌آفرین، بیمارستان فیروزگر.

تلفن: ۰۲۱-۸۲۱۴۱۵۴۸

E-mail: setare_n99@yahoo.com

مقدمه

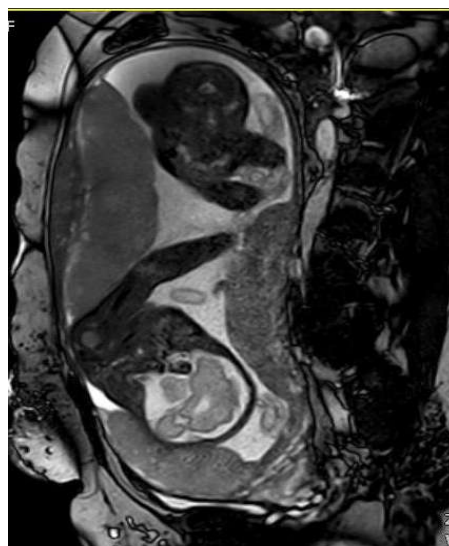
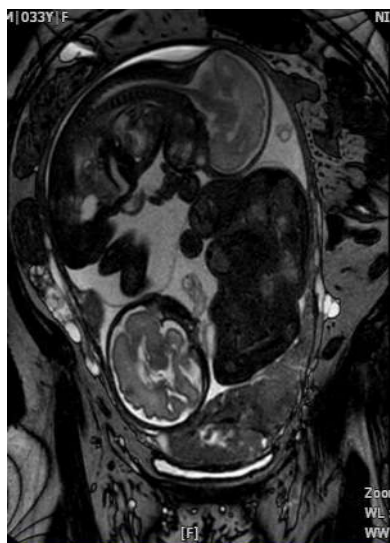
موارد با عوارضی چون متریت و خونریزی و نیاز به جراحی دوم همراه بوده‌اند.^۱ همان‌طور که انتظار می‌رود در حاملگی دوقلویی جفت حجیم است و نیز جفت پرویا و موارد اکرتای همراه با آن نیز بیشتر با جفت حجیم همراه هستند، بنابراین براساس مروری بر گزارشات پیشین، بیشتر موارد حاملگی‌های دوقلویی که جفت پرویا و اکرتا داشتند با پارگی رحم در اوایل حاملگی همراه بودند.^{۲-۵} ما در این مقاله به شرح یک حاملگی دوقلویی یا جفت پرویای چسبنده می‌پردازیم که تا ۳۴ هفته بارداری ادامه یافت و بدون نیاز به تزریق خون و بیهوشی عمومی تحت سزارین هیستریکتومی قرار گرفت. به‌طور کلی استفاده از سونوگرافی جهت تعیین محل جفت و نیز داپلر رنگی جهت تشخیص چسبندگی جفت کافی می‌باشد اما در این بیمار از MRI برای تعیین فاصله بی‌خطر برش سزارین از محل جفت استفاده شد که منجر به بهترین نتیجه و کمترین خونریزی حین عمل گردید.

چسبندگی غیرطبیعی جفت که طیفی از انواع اکرتا و اینکرتا و پرکرتا را در برمی‌گیرد امروزه تحت یک نام کلی مورییدته مرتبط با جفت (MAP) Morbidity adherent placenta شناخته می‌شود و متأسفانه شیوع آن پیوسته در حال افزایش است.^۱ این وضعیت غیرطبیعی جفت به‌علت نقص دسیدوای اندومتر زیرین رخ می‌دهد که به‌دنبال آن موجب چسبندگی و تهاجم غیرطبیعی جفت به‌داخل میومتر می‌شود.^۲ این نقص در اندومتر بیشتر از همه ناشی از جراحی‌های پیشین روی رحم مانند سزارین و میومکتومی می‌باشد.^۳ هیستریکتومی برنامه‌ریزی‌شده در زمان سزارین به‌عنوان درمان استاندارد در موارد چسبندگی جفت شناخته می‌شود. ازاین‌رو درمان محافظه‌کارانه در گزارشات موردی و خاص مطرح شده‌اند که در بیشتر

معرفی بیمار

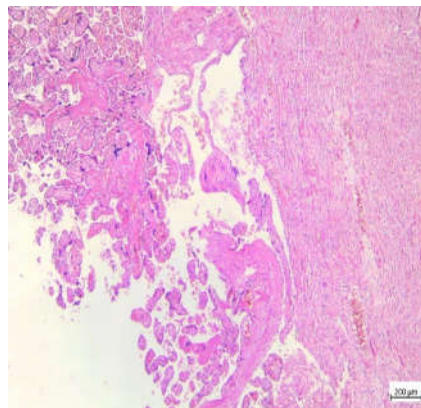
اپیگاستریک عمقی آغاز گردید. پرتیوان با هارمونیک باز شد و پس از ورود به داخل شکم چون جفت قل اول خلفی و پرویای کامل بود و عروق غیرطبیعی در قدام مشهود بود. با احتساب فاصله حدود پنج سانتیمتری لبه جفت از رفلکشن مثانه که در MRI نشان داده شده بود برش عرضی روی سگمان تحتانی رحم در بالاترین قسمت حدود ۷ cm بالاتر از رفلکشن مثانه داده شد و قل اول به صورت بریج و قل دوم نیز بریج و به همراه جفت آن خارج گردید. برای خروج جفت قل اول هیچ‌گونه کششی صورت نگرفت و شریان رحمی دوطرف بسته شد. با توجه به جدا نشدن جفت هیستریکتومی کامل انجام شد. در آخر نیز ساسینشن کاف واژن به یوتروساکرال دوطرف برای پیشگیری از پرولاپس کاف واژن صورت گرفت. خونریزی حین عمل ۷۰۰ ml طول عمل حدود دو ساعت بود. بیمار نیاز به بیهوشی عمومی و نیاز به تزریق خون حین جراحی پیدا نکرد. پس از ۳ روز به همراه دو نوزاد با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد و تا به حال که دو ماه از جراحی گذشته مشکل خاصی ندارد. جواب پاتولوژی نمونه هیستریکتومی بیمار نیز جفت اینکرتا را تایید کرد (شکل ۳). جهت گزارش شرح حال و نیز چاپ عکس‌های تصویربرداری و پاتولوژی بیمار از وی رضایت کتبی آگاهانه دریافت شد.

خانم باردار ۳۲ ساله با حاملگی دوقلویی دی کوریون دی آمنیون ۳۴ هفته گراوید ۳ با سابقه دو بار سزارین پیشین و دو فرزند زنده از هر زایمان به مرکز ما ارجاع شد. فالوآپ دقیق و منظم بیمار در مرکز دیگری انجام شده بود و برای ختم حاملگی به مرکز ما که یک مرکز سطح سوم بود مراجعه کرد. در سونوگرافی و MRI که با خود به همراه داشت قل اول موقعیت عرضی دارای جفت خلفی و توتال پرویا و اینکرتا و قل دوم بریج با جفت قدامی گزارش شد (شکل ۱ و ۲). بر این اساس آمادگی اولیه برای بیمار انجام شد که ضمن آن ۴ واحد پکسل و پلاسمای منجمد تازه نیز لحاظ شد. عمل جراحی صبح و به‌عنوان نخستین عمل لیست وارد اتاق جراحی شد. بهترین و بزرگترین و مجهزترین اتاق برای بیمار در نظر گرفته شد. با هماهنگی رییس اتاق عمل مجرب‌ترین اسکراب و باتجربه‌ترین متخصص بیهوشی مرکز نیز در تیم جراحی که شامل دو دستیار انکولوژیست زنان و یک دستیار اورولوژی و یک دستیار نوزادان بود وارد شدند. با استفاده از بی‌حسی اسپینال موضعی با استفاده از مارکابین جراحی با یک برش میلارد واقع در ۲ cm بالای سمفیز پوبیس و بستن شریان‌های



شکل ۱: MRI رحم از جنین‌ها و جفت‌ها

می‌شود که فاصله اندکی از سروز رحم دارند و در مواردی هیچ لایه‌ای از میومتر تشخیص داده نمی‌شود و گاه به مثانه نیز تهاجم دارد و در مواردی که تشخیص دقیق با سونوگرافی داده نشود می‌توان از MRI استفاده کرد. در MRI این بیمار شواهد به نفع جفت پرویا و اینکرتا به‌طور کامل مشهود بود و در نتیجه تشخیص چسبندگی جفت خوشبختانه پیش از زایمان داده شده بود. در یک مطالعه گذشته‌نگر در فنلاند که روی ۴۴ بیمار صورت گرفته بود مشخص شد در گروهی که تشخیص MAP در آن‌ها پیش از زایمان داده شده متوسط خونریزی ۴۵۰۰ ml (۱۰۰-۱۵۰۰ ml) و در گروهی که تشخیص حین زایمان داشته‌اند میزان متوسط خونریزی ۷۸۰۰ ml (۲۵۰۰-۱۷۰۰) بوده است. همچنین میزان تجویز پکسل به‌طور متوسط ۷ واحد (۰-۲۷) در گروه با تشخیص پیش زایمان در مقایسه با ۱۳ واحد (۴-۳۲) واحد) در گروه با تشخیص حین زایمان بود.^{۱۱} یافته مشابهی در یک مطالعه دیگر نیز به‌دست آمد که به شرح زیر بود: میزان خونریزی بیش از ۲۵۰۰ ml در ۴۰-۳۶٪ از بیماران با تشخیص MAP وجود داشت که ۵۹٪ آن‌ها مربوط به زنانی بود که تشخیص پیش از زایمان داشتند درحالی‌که ۹۴٪ آن‌ها مربوط به زنانی بود که تشخیص حین زایمان داشتند. بنابراین همواره تشخیص پیش از زایمان باعث بهبود پیش‌آگهی می‌شود چراکه آمادگی پیش از عمل را به درجات بالاتری برای بیمار به‌همراه خواهد داشت در مقایسه با زمانی که بدون هیچ آمادگی پیشین بیمار برای انجام یک سزارین معمولی به اتاق عمل برده شود و حین جراحی وضعیت چسبندگی غیرطبیعی جفت تشخیص داده شود.^{۱۱، ۱۳} در مطالعه دیگری به نقش استفاده از رویکرد چند جانبه تیمی برای بیماران MAP پرداخته شده و استفاده از یک پروتکل جامع برای چنین بیمارانی ارجح دانسته شده است که هم باعث زایمان اورژانسی کمتر و هم باعث بهبود نتایج مادری و کاهش عوارض می‌شود.^{۱۴} در این رویکرد همه‌جانبه سن بارداری مناسب برای ختم حاملگی در MAP سن ۳۶-۳۴ هفته بارداری بیان شده است مگر اینکه بیمار دچار خونریزی شدید واژینال شود و یا اینکه شواهدی به‌نفع تهاجم بیش از حد و پیش‌رونده به ارگان‌های مجاور داشته باشد که در چنین مواردی زودتر اقدام به سزارین هیستریکتومی می‌شود. در بیمار ما نیز با توجه به شرح حال دوبار سزارین پیشین و شک به چسبندگی احتمال جفت تشخیص به‌موقع و پیش از زایمان برای بیمار داده شده بود و سن بارداری ۳۴ هفته برای ختم حاملگی



شکل ۲: لام پاتولوژی از نمونه رحم با چسبندگی جفت

بحث

شیوع MAP امروزه در حال افزایش است به‌طوری‌که شیوع آن از ۱ در ۳۰,۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۳۰ به ۱ در ۵۳۳ تولد زنده در سال ۲۰۰۲ رسیده است.^۸ اگرچه علت اصلی چسبندگی غیرطبیعی جفت نقص دسیدوای اندومتر است ولی به‌تازگی مطرح شده است که حاملگی‌های محل اسکار سزارین چنانچه از ابتدا تشخیص داده نشوند و رشد کنند در صورتی‌که عارضه‌دار نشوند می‌توانند تا نزدیک ترم و حتی در مواردی تا ترم پیشرفت کرده و منجر به شکل‌گیری انواع جفت کرتا شوند. عواملی که باعث نقص دسیدوای اندومتر می‌شوند شامل جراحی پیشین سزارین، کورتاژ اندومتر، پلاستیا پرویای پیشین، سن بالای مادر، مولتی‌پاریته، سندرم آشرمن و لیومیوم ساب‌موکوزال هستند. بدیهی است که وجود دو یا بیشتر از این فاکتورهای خطر در یک فرد احتمال چسبندگی جفت را بیشتر می‌کند.^۹ در بیمار ما سابقه دو بار سزارین پیشین فاکتور خطر شناخته شده برای چسبندگی جفت بوده است. میزان مورتالیتیه مادر به‌علت خونریزی بالاست و گزارشات این میزان را ۶ تا ۷٪ و حتی بالاتر از این در بیماران ساکن کشورهای توسعه‌نیافته بیان کرده‌اند. بنابراین همواره تلاش‌هایی برای پیشگیری از این عوارض حین عمل جهت به حداقل رساندن موربیدیتیه و بهبود پیش‌آگهی بیمار صورت می‌گیرد.^{۱۰} تشخیص چسبندگی جفت با سونوگرافی داپلر امکان‌پذیر است که ضمن آن حوضچه‌ها و لاکونا‌های متسع عروقی در جفت مشاهده

جدول: موارد مشابه گزارش شده پیشین

عنوان	مجله	سال انتشار	نویسندگان
Placenta percreta in a booked multiparous woman with minimal risk factors and challenges of management in a low resource setting	<i>Niger J Med</i>	2015	Ajah LO ¹⁰
Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss	<i>Acta Obstet Gynecol Scand</i>	2011	Tikkanen M ¹¹
Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach	<i>Am J Obstet Gynecol</i>	2015	Shamshirsaz AA ¹⁴

دارند و برش‌های عرضی نیز بیشتر روی بخشی از جفت داده می‌شوند که به‌خودی‌خود خونریزی شدیدی را در لحظه ایجاد می‌کنند. در مواجهه با MAP براساس گزارشات پیشین در ۶۰٪ موارد بستن شریان هایپوگاستریک به‌صورت پروفیلاکتیک و پیش از شروع هیستریکتومی مانع از خونریزی شدید نشده است ضمن اینکه این روش وقت‌گیر است. بنابراین ما نیز بستن شریان هایپوگاستریک را انجام ندادیم و شریان‌های رحمی دو طرف که بستن آن‌ها خیلی زمان‌بر نیست را لیگاتور کردیم. هرگونه تلاش برای خروج جفت اکرتا موجب خونریزی شدید می‌شود بنابراین حین جراحی کوچکترین نیرویی در جهت خروج بر جفت اعمال نشد. گزارش این مورد به این دلیل جالب است که رویکرد همه‌جانبه به چنین بیماری موجب بهترین پیامد مورد انتظار شد. رویکرد همه‌جانبه که شامل آمادگی اتاق عمل و انتخاب اتاق بزرگتر با نور کافی و وجود انکولوژیست زنان و نیز آمادگی کامل برای فرآورده‌های خونی و بیهوشی مناسب و نوع برش روی پوست و رحم بوده در واقع بهترین پیش‌آگهی را باعث می‌شود. همچنان که در این مورد نیازی به تزریق خون نبود و یک حاملگی دوقلویی با جفت پرویای پرکرتا در سن ۳۴ هفته بارداری بدون تزریق خون و بیهوشی عمومی تحت درمان استاندارد سزارین هیستریکتومی قرار گرفت.

وی برنامه‌ریزی شده بود و رویکرد چند جانبه تیمی نیز برای وی لحاظ شده بود. همان‌طور که در بالا اشاره شد هم از نظر امکانات اتاق عمل و هم از نظر حضور افراد مجرب شامل تیم جراحی و بیهوشی شرایط بهینه برای بیمار آماده شده بود که بهترین نتیجه ممکن را برای بیمار به‌دنبال داشت. در موارد جفت پرویا توصیه بر برش طولی روی رحم برای جلوگیری از خونریزی می‌باشد ولی در این بیمار براساس مشورت با رادیولوژیست مجرب مرکز مبنی بر اینکه این جفت پرویا و اینکرتا در موقعیت خلفی واقع شده بود و لحاظ کردن این نکته مهم که محل برش قدامی و طولی در این بیمار درست روی جفت قل دیگر قرار می‌گرفت بنابراین بر آن شدیم که برش اولیه را به‌صورت عرضی بدهیم تا از خونریزی شدید جلوگیری شود. بنابراین تصویربرداری نه‌تنها برای تشخیص مفید است می‌تواند راهنمایی برای برش رحم در چنین مواردی باشد. سونوگرافی داپلر در تعیین محل جفت و چسبندگی غیرطبیعی آن به رحم بسیار دقیق است ولی با توجه به اینکه اندازه‌گیری‌های سونوگرافی در مورد فاصله بین لبه جفت تا رفلکشن مثانه ممکن است دقیق نباشد به‌نظر می‌رسد استفاده از MRI در این مورد خاص بسیار دقیق باشد و در تعیین محل مناسب برش روی رحم کمک زیادی خواهد کرد، چراکه برش‌های کلاسیک خونریزی بیشتری

References

- Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115(3):526-34.
- Sivan E, Spira M, Achiron R, Rimon U, Golan G, Mazaki-Tovi S, et al. Prophylactic pelvic artery catheterization and embolization in women with placenta accreta: can it prevent cesarean hysterectomy? *Am J Perinatol* 2010;27(6):455-61.
- Fox KA, Shamshirsaz AA, Carusi D, Secord AA, Lee P, Turan OM, et al. Conservative management of morbidly adherent placenta: expert review. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(6):755-60.

4. Atalay MA, Oz Atalay F, Cetinkaya Demir B. What should we do to optimise outcome in twin pregnancy complicated with placenta percreta? A case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:289.
5. Nagy PS. Spontaneous rupture of the uterus caused by placenta percreta at 28 weeks of twin pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;111(2):207-9.
6. Seow KM, Hwang JL, Tsai YL, Huang LW, Lin YH, Hsieh BC. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(12):1167-72.
7. Topuz S. Spontaneous uterine rupture at an unusual site due to placenta percreta in a 21-week twin pregnancy with previous cesarean section. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2004;31(3):239-41.
8. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(1):210-4.
9. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study. *BJOG* 2014;121:62-70.
10. Ajah LO, Eze MI, Dim CC, Ezegwui HU, Nkwo PO, Eluke CC, et al. Placenta percreta in a booked multiparous woman with minimal risk factors and challenges of management in a low resource setting. *Niger J Med* 2012;21(3):359-60.
11. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(10):1140-6.
12. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study. *BJOG* 2014;121(1):62-70; discussion 70-1.
13. Aminimoghaddam S, Maghsoudnia A. Unusual presentation of invasive mole: a case report. *J Reprod Infertil* 2017;18(1):205-9.
14. Shamshirsaz AA, Fox KA, Salmanian B, Diaz-Arrastia CR, Lee W, Baker BW, et al. Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(2):218.e1-9.
15. Aminimoghaddam S, Damari F, Babaei M, Adabi K. Placental site trophoblastic tumor (PSTT) complicated by uterine arteriovenous malformation. *Elixir Gynecol* 2017;111:48765-68.

Optimizing outcome of cesarean hysterectomy by performing placental imaging: a case report

Soheila Aminimoghaddam
M.D.
Setare Nassiri M.D.*
Fatemeh Chegini M.D.

Department of Obstetrics and
Gynecology, Faculty of Medicine,
Iran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Firoozgar
Hospital, Behafarin St., Karimkhan St.,
Tehran, Iran.
Tel: +98 21 82141548
E-mail: setare_n99@yahoo.com

Abstract

Received: 09 Apr. 2019 Revised: 16 Apr. 2019 Accepted: 12 Oct. 2019 Available online: 22 Oct. 2019

Background: Abnormal placental invasion in pregnancy is one of the most important dilemmas in gynecology and obstetrics medicine and because of the high potential risk of life-threatening massive bleeding, it has been considered as one of the most important causes of maternal morbidity and even mortality. According to the fact that previous cesarean section is the most highlighted and well-known risk factors for developing these types of abnormal placental invasion, and despite comprehensive recommendations for decreasing of this kind of surgery, the rate of caesarian delivery is raising worldwide, detecting the safer methods of management for optimizing the outcome is mandatory.

Case Presentation: In this report, we are discussing a patient in Firoozgar Hospital, Tehran, Iran, with twin pregnancy accompanying with placenta previa with abnormal invasion, which has got the best possible outcome after performing a multidisciplinary approach without any need to blood transfusion or general anesthesia during cesarean hysterectomy as the standard management of placenta increta. In this case, we have performed magnetic resonance imaging (MRI) before surgery. We found out that we can use the exact site of placental margin and the distance between placental margin and uterovesical junction. So we have done the uterine incision horizontally without damaging to the placenta. Generally, Doppler ultrasonography has enough accuracy for detecting all kinds of placenta creates.

Conclusion: By selecting a safe uterine incision, we can prevent such a sudden and massive bleeding during the operation and also avoid occurring end-organ damage due to hemorrhage for instance, acute tubular necrosis, disseminated intravascular coagulation resulted in maternal morbidity and mortality. In this report, we also discuss the points needed for management and treatment of abnormal placental invasion by reviewing the recent literatures.

Keywords: cesarean section, hysterectomy, placenta accreta, placenta previa, twin pregnancy.