

یک مورد اداره کنسرواتیو چسبندگی غیرطبیعی جفت در خانمی با سابقه مامایی ضعیف

دکتر بلقیس اولادی، استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

A Case Report of Conservative Management of Placental Adhesion ABSTRACT

A 28 years old woman, gravida 2 and para 0 was admitted in labor with 39 week gestation. She had primary infertility for 8 years and she had an abortion in first trimester. The second pregnancy occurred after three months use of bromocriptin because of hyperprolactinemia.

At admission, FHR was not detected. She delivered a full term dead newborn. Placenta was not separated and retained. Because of poor obstetric history conservative management with methotrexate was planned for the adhered placenta.

After 10 days the retained placenta expelled out. She had her next pregnancy 15 months later. At last she delivered healthy full term male infant and the placenta was separated completely.

Key Words: Placenta adhesion; Treatment; Methotrexate; Pregnancy

چکیده

بیمار معرفی شده، خانمی بود ۲۸ ساله با سابقه نازایی اولیه ۸ ساله که یک بار سقط ناقص سه ماهه اول داشته است، که منجر به کورتاژ شده بود. متعاقب آن تحت درمان با بروموکریپتین بارداری شده بود که در ۹ ماهگی منجر به مرگ داخل رحمی گردید. متعاقب زایمان طبیعی یک نوزاد پسر ماسره، جفت چسبندگی غیرطبیعی و کامل به دیواره رحم داشت. با توجه به اینکه این خانم از لحاظ حاملگی در رده بیماران پرخطر محسوب می‌شد و حفظ رحم برای او حیاتی بود اقدام به درمان محافظه کارانه با متوترکسات شد که منجر به خروج کامل جفت گردید. با حفظ رحم، بیمار ظرف ۱۵ ماه مجدداً باردار شد که حاصل آن نوزاد پسر با آپگارسکور ۹-۱۰ و خروج کامل جفت در مرحله سوم زایمان بود.

واژه‌های کلیدی: چسبندگی جفت؛ درمان؛ متوترکسات؛ حاملگی

مقدمه

مکانیسم طبیعی مرحله سوم زایمان عبارت است از پیدا شدن یک سطح شکاف در لایه اسفنجی دسی دوآی بازال، که در زیر جفت قرار دارد (۱). ندرتاً این مکانیسم اتفاق نمی‌افتد و جفت از سطح چسبندگی جدا نمی‌شود. اگر جفت ظرف نیم ساعت جدا نشود، خروج آن با دست انجام می‌گیرد. در این موقع چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت را باید در نظر داشت.

فرمهای مختلف چسبندگی غیرطبیعی جفت عبارتند از جفت Accreta (که ویلوزیته‌های جفتی به میومتر چسبیده‌اند)، جفت Increta (که ویلوزیته‌های جفتی به میومتر نفوذ کرده‌اند) و جفت Percreta (که ویلوزیته‌های جفتی به زیر سروز رحمی رسیده باشند یا حتی از سروز رحمی گذشته باشند). لفظ عام آکرتا همه چسبندگیهای غیرطبیعی جفت را دربر می‌گیرد (۲).

نشانه پاتولوژیک چسبندگی غیرطبیعی جفت عبارتست از نبودن دسی دوآی بازال که غالباً لایه فیبرینی نیتاباخ هم وجود ندارد. انسیدانس پلاستا آکرتا بسته به ملاکهای تشخیصی بکار رفته از $\frac{1}{2000}$ تا $\frac{1}{3570}$ متفاوت می‌باشد. ملاکهای تشخیصی، کلینیکی یا

می‌شد.

کفلین ۱/۵ gr وریدی هر ۶ ساعت و جستامایسین ۸۰mg عضلانی هر هشت ساعت برای پیشگیری از عفونت تجویز شد. سه روز بعد از زایمان بدنبال خارج نشدن جفت و تمایل بیمار به بچه‌دار شدن، تصمیم به درمان کنسرواتو بیماری با تجویز متوترکسات ۲۰ mg low dose ۰/۳ mg/kg، و حداکثر به مقدار ۲۰ mg عضلانی روزانه به مدت دو هفته گرفته شد.

قبل از شروع متوترکسات تستهای کبدی، کلیوی برای اجتناب از مسمومیت با متوترکسات درخواست شد که نرمال بود. سونوگرافی رحم به عمل آمد که جفت با اکوی یکنواخت به دیواره رحم چسبیده بود و از روز پنجم بعد از زایمان، تجویز متوترکسات با پروتکل فوق‌الذکر شروع شد.

ضمن درمان مکرراً شمارش پلاکت، CBC و تستهای کبدی و کلیوی انجام شد تا در صورت بروز علائم مسمومیت با متوترکسات درمان متوقف شود.

سونوگرافی روز پانزدهم بعد از زایمان و روز دهم با متوترکسات، جفت را چروکیده و دارای اکوی غیرهموزن با کانونهای اکوفری که با میومتر مجاور، ۴/۵ میلی‌متر فاصله داشت، گزارش نمود. در همان روز بیمار دچار لکه‌بینی شد، در معاینه، گردن رحم دو انگشت باز بود. لکه‌بینی بیمار ادامه پیدا کرد و روز یازدهم درمان، خونریزی واژینال شدیدتر شد و بیمار دفع لخته داشت. بدلیل افت هموگلوبین و تاکیکاردی اقدام به ترانسفوزیون ۲ واحد خون ایزوگروپ و انفوزیون وریدی ستوسینون گردید.

جفت روز ۱۲ درمان و ۱۷ روز بعد از زایمان دفع شد و سونوگرافی رحم بعد از خروج جفت، حفره رحمی را بدون بقایای جفت گزارش نمود. دو روز بعد از خروج جفت بیمار با حال عمومی خوب، بدون تب و خونریزی غیر طبیعی مرخص شد.

دو ماه بعد از زایمان، هیستروسالپنگوگرافی انجام شد که حفره رحم نرمال و بدون دفکت گزارش شد و لوله‌های رحمی باز بودند. بیمار بدلیل نامرتبی سیکل ماهیانه تحت درمان با کلومید و بروموکریپتین قرار گرفت و بالاخره ۱۵ ماه بعد از زایمان باردار شد و دوران حاملگی را بدون حادثه و عارضه طی نمود و در ۳۹ هفتگی با توجه به حاملگی پرخطر، تصمیم به ختم حاملگی با عمل سزارین گرفته شد. ماحصل حاملگی اخیر، نوزاد پسر بوزن ۳/۵ کیلوگرم و آپگار ۹-۱۰ بود. بعد از خروج نوزاد جفت بطور کامل از دیواره رحم جدا و خارج شد.

هیستولوژیکی یا مجموعه‌ای از ایندو می‌باشند. این انسیدانس در حال افزایش است که شاید به دلیل افزایش میزان سزارین باشد. چسبندگی غیرطبیعی جفت یک عارضه بالقوه وخیم حاملگی است و افزایش مورتالیته و موربیدته مادری را به دنبال دارد. در حالیکه هیسترتکومی فوری مورتالیته مادری را کم کرده است درمان کنسرواتو، توانایی بچه‌دار شدن را حفظ کرده است. در موارد انتخابی که خونریزی بعد از زایمان وجود نداشته باشد و یا اندک باشد، درمان ایده‌آل عبارت از حفظ رحم با موربیدته پایین بعد از زایمان می‌باشد.

اداره کنسرواتو یک مورد احتباس کامل جفت بدون خونریزی بعد از زایمان با تجویز متوترکسات و سونوگرافی متوالی در زیر معرفی می‌شود.

معرفی بیمار

یک خانم ۲۸ ساله G2Para0ab1 در هفته ۳۹ حاملگی با شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه نمود و بستری شد. در تاریخچه گرفته شده از بیمار، سن ازدواج پانزده سالگی بوده که تا ۲۳ سالگی باردار نشده بود. در ۲۳ سالگی یک سقط ناقص سه ماهه داشته است که به کورتاژ منجر شده بود.

بیمار بعد از سقط، بدون پیشگیری باردار نشده بود و تحت پیگیری برای نازایی قرار داشت که بدلیل پرولاکتین بالا تحت درمان با بروموکریپتین بوده است. بعد از سه دوره درمان با بروموکریپتین بدنبال تأخیر قاعدگی، تست گراویندکس انجام داد که با توجه به مثبت بودن تست حاملگی، بروموکریپتین را قطع کرد.

در طی حاملگی دو مرتبه سونوگرافی انجام داد که هر دو با Menstrual age مطابقت داشته است. در این دوره هیچ مشکلی از قبیل سردرد یا فشار خون بالا نداشته است. هنگام بستری شدن صدای قلب جنین با سونیکید شنیده نشد و با سونوگرافی مرگ داخل رحمی جنین تأیید شد. یک ساعت بعد از پذیرش، بیمار زایمان طبیعی نمود که ماحصل آن یک نوزاد پسر ما سه بود. نیم ساعت بعد از زایمان جنین، بدلیل عدم خروج جفت اقدام به جستجوی حفره رحمی شد.

جفت در بخش فوندال و چپ رحم چسبیده بود و هیچ شکافی بین جفت و دیواره رحم یافت نشد. این بیمار خونریزی واژینال نداشت و سونوگرافی احتباس کامل جفت را تأیید کرد.

کلیه پارامترهای همودینامیک نرمال بود، فشار خون، درجه حرارت، نبض، ارتفاع رحم و خونریزی واژینال دقیقاً مانتیور

بحث

هیداتی فرم و کوریوکارسینوما) و حاملگی شکمی با چسبندگی داخل پریتونئال جفت اثبات شده است (۷،۶).

متوترکسات احتمالاً واسکولاریته جفتی را کم می‌کند و منجر به جدا شدن و خروج جفت می‌شود (۸).

Legro - Rs یک مورد جفت پرکوتا را به طریقه غیرجراحی اداره کرد (۹). مورد فوق زنی بود که از نظر بالینی به داشتن جفت پرکوتا مشکوک بود و به طریق رادیولوژیک اثبات شد. بعد از زایمان جفت در محل باقی گذاشته شد و متوترکسات شروع شد تا به تخریب یافت جفتی کمک کند. هشت ماه بعد هیستروسکوپی حفرهٔ رحمی نرمال را نشان داد و این بیمار دو سال بعد یک حاملگی نرمال داشت و زایمان طبیعی نمود.

Raziel - A در درمان کنسرواتو بقیایی جفت، متوترکسات عضلانی بکار برد و با سونوگرافی سریال و اندازه‌گیری β HCG مانیتورینگ دقیق انجام داد و فقط دو تزریق عضلانی متوترکسات با دوز ۲۰ mg روزانه در روزهای ۴ و ۵ بعد از زایمان صورت گرفت که با افت β HCG درمان با متوترکسات متوقف و جفت باقیمانده خارج شد (۱۰).

در مورد بیمار معرفی شده توسط اینجانب با سونوگرافی سریال، عدم جذب جفتی پنج روز بعد از زایمان شروع شد. چون در آن روزها کیت آزمایشگاهی برای اندازه‌گیری و تیتراژ β HCG در شهر تهران موجود نبود، بیمار تنها با سونوگرافی سریال تحت نظر گرفته شد. ۱۰ روز بعد از شروع متوترکسات، سونوگرافی رحم جفت را چروکیده گزارش نمود که با میومتر اطراف فاصله گرفته بود. بیمار معرفی شده توسط اینجانب از فاکتورهای اتیولوژیکی پلاستتا آکرتا یکی از آنها را که همان کورتاژ رحم بعد از سقط حاملگی اول می‌باشد، دارا بود.

این بیمار در خطر فاحش برای پلاستتا آکرتا در حاملگی بعدی قرار داشت که خوشبختانه چنین نشد و در موقع سزارین بعد از خروج نوزاد جفت به راحتی کنده شد.

پیشنهاد

درمان کنسرواتو جفت چسبیده با یا بدون متوترکسات تراپی بعنوان یک انتخاب در مواردی که تمایل به بچه‌دار شدن در آینده دارند، پیشنهاد می‌شود. با اینکار خونریزی بعد از زایمان کمتر می‌باشد. این راه درمان احتیاج به سونوگرافی سریال و تیتراژ β HCG دارد.

مراقبت دقیق بیمار برای بروز عوارضی مثل خونریزی و عفونت ضروری می‌باشد.

این گزارش ادارهٔ کنسرواتو چسبندگی غیرطبیعی جفت را وقتی بیمار تمایل به حامله شدن داشته باشد، تصدیق می‌کند.

متوترکسات تراپی با مانیتورینگ مکرر بوسیله سونوگرافی ظرف ۱۲ روز دفع کامل نسوج جفتی چسبیده را بدنیاال داشت. مدارا کردن با جفت چسبیده به رحم مورد بحث است و اتفاق نظر در مورد آن وجود ندارد. در مواجهه با چنین مواردی، تصمیم‌گیری بسیار مهم است. یا تصمیم گرفته می‌شود رحم حفظ شود (اداره محافظه کارانه) یا تصمیم به درآوردن رحم گرفته می‌شود (اداره کردن رادیکال).

FOX هیسترنکتومی فوری را توصیه نمود، او ۶۲۲ مورد جفت آکرتا را مرور کرد و نتیجه‌گیری کرد که هیسترنکتومی، مرگ و میر کمتری را بدنیاال دارد (۱).
Clark et al, Read et al درمان غیرجراحی را توصیه نمودند (۳،۲).

آنها برای موارد دقیقاً انتخاب شده، درمان انتظاری را توصیه کردند. درمان انتظاری مستلزم دسترسی به خون کامل و اجزاء آن و آنتی‌بیوتیک‌های مناسب برای مقابله با عوارض بالقوه خونریزی و عفونت می‌باشد.

گرچه برای اکثر بیماران هیسترنکتومی توصیه می‌شود ولی در موارد خاص مثل مورد حاضر که بیمار فاقد فرزند می‌باشد و شدیداً به حامله شدن علاقمند می‌باشد حفظ رحم ضرورت پیدا می‌کند.
این درمان کنسرواتو شامل:

۱- باقی گذاشتن جفت در محل

۲- local excision و ترمیم

۳- over sewing محل لانه‌گزینی جفت و

۴- کورتاژ

می‌باشد. Cox et al یک مورد جفت پرکوتا را گزارش کرد که با wedge resection و بدنیاال آن over sewing، نقص ایجاد شده بطور موفقیت‌آمیزی اداره شد و باروری حفظ شد (۴).

مصرف متوترکسات برای اولین بار در سال ۱۹۸۶ توسط Arulkumaran et al پیشنهاد شد. او یک مورد احتباس جفت آکرتا را گزارش کرد که با یک دوره درمان دو هفته‌ای با متوترکسات اداره شد (۵).

متوترکسات یک سابقه طولانی اثر ضدتروفوبلاستی دارد و حساسیت بافت کوریونیک به آن، در بسیاری از موارد GTD (مول

منابع

- 1- Fox H. Placenta accreta 1945-1969. *Ob Gyn Surv.* 27: 475, 1972.
- 2- Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: Changing clinical aspects and outcome. *Ob Gyn* 5: 631, 1980.
- 3- Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa / accreta and prior C/S. *Ob Gyn* 66: 89, 1985.
- 4- Cox SM, Carpenter Rj, Cotton DB. Placenta percreta: Ultrasound diagnosis and conservative management. *Ob Gyn* 1988; 71454.
- 5- Arulkumarans, Ingemarsson I, Ratmans. Medical treatment of placenta accreta with Methotrexate. *Acta Ob Gyn Scand* 65: 285, 1986.
- 6- Berkowitz Rs, Goldstein Dp, Berenstein NR. Ten year experience with methotrexate and folinic acid as primary treatment of GTD. *Gyn Oncol*, 23: 111, 1986.
- 7- St. Clair JI, Wheeler DA, Fish SA. Methotrexate in abdominal pregnancy. *JAMA* 208: 529, 1969.
- 8- Cetin - Mt, Aridogan N, Coskun - A. Methotrexate in abdominal pregnancy. *Ob Gyn* 1992, Feb; 87(2): 76-8.
- 9- Legro Rs, Price Fv, Hill-Lm, Caritis - SN. Non surgical management of placenta percreta: a case report. *Ob Gyn* 1994 May; 83(5 pt 2): 847-9.
- 10- Raziel A, Golan A, Ariely S, Herman A, Caspi E. Repeated ultrasonography and intramuscular methotrexate in the conservative management of residual adherent placenta. *J J Clin Ultrasound*. 1992. May; 20(4).