

۱۲ مورد پلاسنٹا اکرتا در يك مطالعه يازده ساله

دکتر محمد میر دامادی * دکتر حسین امامی * دکتر محمد ناظمیان *

مقدمه :

در حدود هفتۀ چهاردهم حاملگی جفت يك عضو مستقل میشود. اکثر ویلوزیته‌ها بطور آزاد با حفره‌های خون مادری تماس دارند و ویلوزیته‌های نفوذکننده نیز به دسیدوای قاعده‌ای چسبیده‌اند. در محل اتصال يك نوار فیبرینی که از استحاله سلولهای جنینی و دسیدوای تشکیل شده رسوب میکند، که بنام لایه فیبرینی از Nitabuch نامیده میشود. این لایه موجب جلوگیری از تهاجم شدید بافت‌های کوریونیک به عضلات زهدان می‌شود. اگر در تشکیل این لایه اختلالی ایجاد گردد نفوذ ویلوزیته‌ها از قسمت دسیدوا بازالیس (Decidua Basalis) به میومتر میرسد و ایجاد پلاسنٹا اکرتا می‌نماید [۳ و ۴ و ۷ و ۱۲].

اگر تخمک در هنگام جایگزینی عمیقاً جایگزین شود نسج جفت ممکن است تمامی سطح تخمک را فرا گرفته و تشکیل جفت غشائی (Placenta Membranous) را بنماید. اگر يك چنین جفتی سبب سقط نگردد و به فعالیت خود تاهنگام زایمان ترم ادامه دهد ممکن است سبب رسیدن ویلوزیته‌ها به میومتر گشته و پلاسنٹا اکرتا را بوجود آورد [۵ و ۶ و ۸].

بطور کلی در حالت معمولی بین ویلوزیته‌های جفتی و میومتر طبقه‌ای از نسج دسیدوا (دسیدوا بازالیس) قرار دارد چنانچه بعلمتی این طبقه وجود نداشته باشد ویلوزیته‌ها مستقیماً بر روی میومتر چسبیده و ایجاد پلاسنٹا اکرتا مینماید.

بغیر از جفت غشائی عوامل زیر را نیز در ایجاد پلاسنٹا اکرتا مؤثر میدانند :

- ۱- ضربه و ضایعه آندومتر در اثر کورتاژ قبلی
- ۲- خراب شدن آندومتر در اثر عفونت قبلی.

۳- کافی نبودن دژنرسانس آندومتر متعاقب زایمان‌های مکرر که فاصله بین آنها نیز کم بوده است.

۴- جایگزینی (Implantation) جفت در درون رحم در محل‌هایی که طبیعتاً دسیدوا کمتر از معمول میباشد مانند قسمت تحتانی رحم مجاور سرویکس و یا قسمت بالای رحم مجاور دهانه لوله [۱ و ۶ و ۷ و ۱۰].

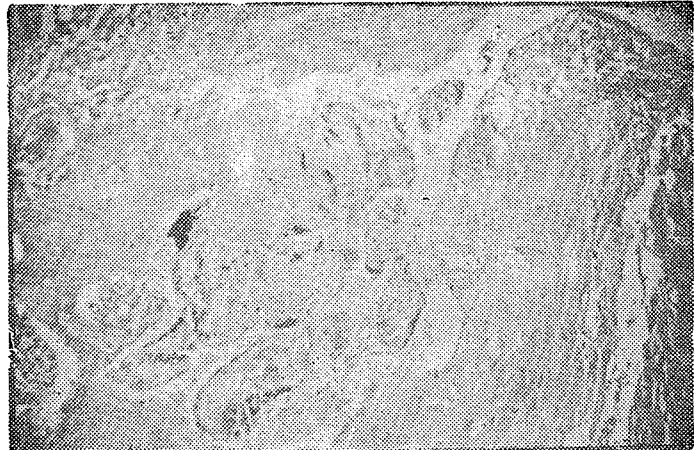


عکس شماره ۱ - نمای میکروسکوپی پلاسنٹا اکرتا ، فقدان دسیدوا و وجود پرزهای کوریون را چسبیده به رشته‌های عضلانی نشان میدهد.

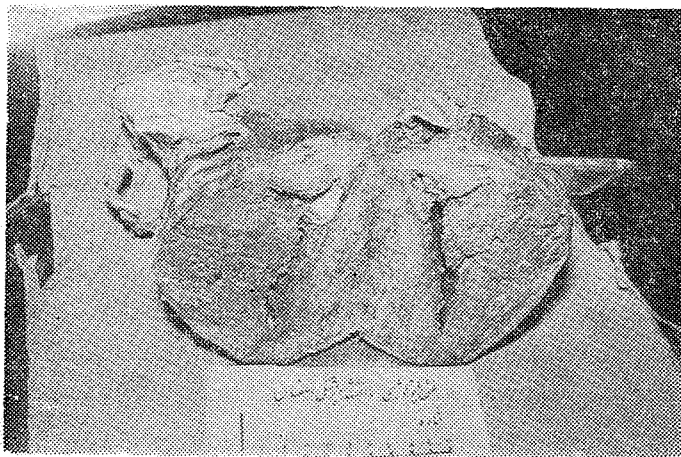
از نظر آسیب‌شناسی در این عارضه پرزهای کوریون بعضلات دیواره زهدان می‌چسبند و وجود رشته‌های عضلانی بلافاصله در زیر پرزها را میتوان با رنگ آمیزی اختصاصی نشان داد. (عکس شماره‌های ۲ و ۳) و در موارد نادرتر پرزهای کوریون نه تنها با رشته‌های عضلانی جدار زهدان تماس پیدا می‌کنند بلکه بدون



عکس شماره ۳- نمای میکروسکوپی پلاسنٹا اکرتا - پرزهای کوریون بدون رشته‌های عضلانی نفوذ کرده‌اند.



عکس شماره ۲- پلاسنٹا اکرتا - پرزهای کوریون را در بین رشته‌های عضلات دیواره زهدان بدون هیچگونه واکنش دسیدوا نشان میدهد.



عکس شماره ۵ - پلاسنٹا پر کرتا - پارگی تہ زهدان در دو ناحیہ بیرون آمدن پرزهای کوریون را از نواحی پارگی نشان میدهد.



عکس شماره ۴ - پلاسنٹا اکرتا - جفت بین رشته‌های عضلانی جدار زهدان قرار گرفته است.

این رشته‌ها نفوذ کرده پلاسنٹا این کرتا را بوجود می‌آورند (عکس شماره ۴) پلاسنٹا پر کرتا وقتی است که ویلوزیته‌های جفتی از تمامی طبقات جدار زهدان گذشته به طبقه سرو زبر سدو گاهی نیز بدرون حفره صفاقی راه مییابد (عکس شماره ۵) در این موارد گاهی اسکارهایی قدیمی در طبقه دسیدوا حقیقی دیده میشود که گرچه علت آن نامعلوم است ولی عفونت مزمن و عوامل مکانیکی مانند کورتاژ رادریپدایش آن مؤثر دانسته‌اند [۸].

خصوصیات و موارد بیماران مورد مطالعه :

در یک مطالعه یازده ساله بر روی ۱۶۸۴۳ زایمان در بیمارستانهای وابسته بدانسکده پزشکی اصفهان مجموعاً ۱۲ مورد پلاسنٹا اکرتا مشاهده شده است یعنی در هر ۱۴۰۴ زایمان یک مورد

جدول شماره سه
انواع پلاسنتا اکر تا

انواع	تعداد موارد
پلاسنتا اکر تا پارشیال	۴
پلاسنتا اکر تا کامل	۲
پلاسنتا پر کر تا	۲
پلاسنتا پرویا اکر تا	۴
مجموع	۱۲

به تمام بیماران دو تا ده شیشه خون تزریق گردید (جدول شماره ۲). همانطور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است انواع پلاسنتا اکر تا بشرح زیر بوده است. پلاسنتا اکر تا پارشیال چهار مورد، پلاسنتا پرویا اکر تا چهار مورد، پلاسنتا اکر تا کامل دو مورد، پلاسنتا پر کر تا دو مورد (جدول ۴)

جدول شماره چهار

خلاصه ای از ۱۲ مورد پلاسنتا اکر تا

شماره	نوع زایمان	سابقه ضرر به قبلی	تعداد حاملگی	هفته های حاملگی	سن	وضع نوزاد
۱	طبیعی	-	۵	۳۹	۳۰	زنده
۲	سزارین	سزارین قبلی	۲	۴۰	۳۴	«
۳	طبیعی	-	۲	۳۱	۱۸	«
۴	سزارین	-	۱۱	۳۹	۳۴	مرده
۵	سزارین	سزارین	۶	۳۸	۳۰	زنده
۶	سزارین	-	۸	۳۸	۳۰	«
۷	طبیعی	دیلاتاسیون و کورتاژ	۱۴	۳۹	۴۰	«
۸	طبیعی	-	۱	۳۸	۱۶	مرده
۹	طبیعی	کورتاژ	۱۲	۳۹	۳۸	زنده
۱۰	سزارین	سزارین	۳	۳۸	۳۲	«
۱۱	سزارین	-	۸	۳۷	۴۰	«
۱۲	سزارین	دیلاتاسیون و کورتاژ	۶	۳۸	۴۲	«

بحث و تفسیر:

از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۲ در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان مجموعاً ۱۲ مورد پلاسنتا اکر تا اتفاق افتاده است که بجز دو موردی که جفت بطور کامل و یا ناقص در رحم جا گذاشته شده در بقیه آنها پاتولوژی تشخیص ما را تأیید کرده است.

پلاسنتا اکر تا موجود بوده است. در میان این ۱۲ بیمار کوچکترین آنها ۱۶ ساله و مسن ترین آنها ۴۲ ساله بوده و از نظر پاریمت (Party) کمترین آن نخست‌زا و بالاترین آن ۱۴ زا بوده است.

همانطور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است علت احتمالی پلاسنتا اکر تا در این گروه مورد مطالعه، دومورد دیلاتاسیون و کورتاژ، یک مورد عفونت قبلی پس از زایمان، سه مورد سزارین قبلی و چهار مورد پلاسنتا پرویا و یک مورد کورتاژ قبلی تصور میشود و در یک مورد علت مشخصی پیدانشده ۸ مورد از این بیماران پاریمت چهار به بالا داشته اند.

جدول شماره یک

فاکتورهای اتیولوژیک احتمالی

فاکتورها	تعداد موارد
سزارین قبلی	۳
دیلاتاسیون و کورتاژ قبلی	۲
پلاسنتا پرویا	۴
کورتاژ قبلی	۱
عفونت های قبلی پس از زایمان	۱
مولتی پاریمت از ۴ بیالاً مجموعاً	۸

۷ مورد سزارین و هیسترکتومی گردیدند و ۳ مورد هیسترکتومی آبدومینال پس از زایمان طبیعی بعمل آمد و در یک مورد جفت بطور کامل داخل رحم باقی گذاشته شد. و در مورد دیگر قسمتی از جفت به کمک دست خارج و بقیه جفت درون رحم جا گذاشته شد و به این دو بیمار آنتی بیوتیک داده شد و خونریزی کنترل گردید.

جدول شماره دو

نوع معالجه انجام گرفته

نوع معالجه	تعداد موارد
سزارین و هیسترکتومی	۷
آبدومینال هیسترکتومی	۳
باقی گذاردن جفت بطور کامل داخل رحم	۱
باقی گذاردن جفت بطور پارشیال داخل رحم	۱

شیوع :

شیوع این بیماری متفاوت است . در بیمارستان جانز هاپکینز در بین ۷۰۰۰۰ زایمان حتی يك مورد جفت چسبیده کامل مشاهده نشده است [۸۹۳]. Harer . يك مورد در هر ۴۰۰۰۰ زایمان گزارش کرده است [۲] و Ochshorn و همکاران در میان ۱۵۰۰۰ زایمان ۹ مورد پلاسنٹا اکرتا یعنی ۱/۶ . در هزار گزارش کرده [۹] و Sumawong و همکاران يك در ۵۴۰ زایمان پلاسنٹا اکرتا گزارش کرده اند [۱۱] در حالیکه در این گروه ۱۲ نفری مورد مطالعه ما يك مورد در هر ۱۴۰۴ بیمار بوده است . نکته جالب در گروه مورد مطالعه ما این است که فقط یکی از بیماران نخست زابوده است و پاریته بیماران بین يك تا چهارده متفاوت بوده است .

اتیولوژی :

در گروه مورد مطالعه ضربه قبلی را می توان یکی از فاکتورهای اتیولوژیک عمده قبول کرد و همچنین مولتی پاریته نیز از فاکتورهای مهم در این گروه بوده است و فقط در يك مورد آنها که نخست زابوده علت مشخصی برای آن در دست نیست .

معالجه :

در بیماران مورد مطالعه ما دومورد معالجه کنسرواتیو و ده مورد هیستریکتومی بوده است هیچ يك از مادران فوت نکرده اند به تمام مادران خون تزریق گردیده است .

معالجه کنسرواتیو برای دو بیمار که یکی از آنها اصولاً فرزندی نداشت و در خارج از بیمارستان زایمان کرده و جنین وی در هنگام زایمان مرده بود و دیگری برای مادریکه فقط يك اولاد داشت انجام گردید . درجه حرارت این دو بیمار در یکی از آنها ۳۸/۵ و در دیگری تا ۳۹/۵ درجه سانتیگراد بالا رفت که با تجویز انٹی بیوتیک معالجه گردیدند .

بیمارانی که در بیمارستان زایمان کردند بجز یک نفر که قبل از شروع دردهای زایمانی دچار پارگی رحم در اثر پلاسنٹا پرکرتا شده بود تمام نوزادان زنده بدنیا آمدند و بطور کلی در این گروه دونوزاد مرده اند .

سن حاملگی در گروه مورد مطالعه ما بین ۲۱ تا ۳۰ هفته متفاوت بوده است .

نتیجه :

بالا تر بودن شیوع پلاسنٹا اکرتا در گروه مورد مطالعه ما در مقایسه با گروههای مورد مطالعه سایر مؤلفین بنظر میرسد کاذب باشد زیرا تمام زایمان های دشوار که از سرویسهای مختلف شهرستانهای کوچک اطراف و نیز تمام عوارض زایمانی که در سطح استان بوقوع می پیوندد به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان مراجعه می نمایند . بنابراین تعداد زایمانها نماینده زایمان های واقعی نمیباشد و اگر بخواهیم آمار واقعی در این گروه مورد مطالعه را تهیه کنیم بایستی کلیه موالید ۱۱ ساله مورد مطالعه را از اداره آمار بگیریم تا شیوع واقعی این بیماری محاسبه گردد .

در طول مطالعه ۱۶۳ مورد پلاسنٹا پرویا داشته ایم که در این مجموع چهارمورد اکرتا بوده است یعنی در هر ۴۱ پلاسنٹا پرویا يك مورد اکرتا داشته ایم . چون مولتی پاریته عامل مساعد کننده جهت جفت سرراهی و پلاسنٹا اکرتا هر دو میباشد و از طرفی در زایمانهای متعدد و پشت سرهم اندومتر رحم فرصت رژنراسیون کافی ندارد لذا پزشکان برای پیشگیری می توانند تعداد حساب شده اولاد را با فواصل منظم به بیماران توصیه نمایند .

خلاصه مقاله :

در طول ۱۱ سال از ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۲ در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان ۱۲ مورد پلاسنٹا اکرتا در میان ۱۶۸۴۳ زایمان مشاهده شده است که نسبت آن در ۱/۴۰۴ زایمان است و این آمار نسبت به سایر آمارهای گزارش شده از کشورهای مختلف زیادتر است .

اکثر بیماران این گروه مسن و پاریته ۵ بیالاد داشته اند و نکته جالب در میان این گروه این است که دونفر از آنان به سبب آنکه جوان بودند ، اجباراً رحم آنها نگاهداشته شد و جفت درون آن باقی ماند . روی هم رفته هیچگونه مرگ و میر مادر وجود نداشت . اتیولوژی احتمالی پلاسنٹا اکرتا را در این گروه مولتی پاریته و ضربه های قبلی تشکیل میداد .

References

- 1- Davis, C. H. and Carter. B. Gynecology and Obstetrics (1964) . 1st Edn . Vol .1 Chapter 13. W. F. Prior Company, INC. Hagerstown Maryland. PP 15_16
- 2- Harer, W. B. Am. J. Obstet. Gynecol. 72. 1309, 1966 .
- 3- Hellman, L. M. and Pritchard. J. A.: William's obstetrics (1971) . 14th Edn. Appleton - Century - Crofts, Educational Division/ Meredith. Co. New York PP 612, 621, 963 - 64

- 4_ Kistner, R. W. and Friesen R. F.: Current Opinion on placenta previa accreta. Am. J. Obst. & Gynec. 100 : 727-731, 1968
- 5_ Koren. Z, H. Zuckerman., A. Brezinski : Placenta previa Accreta with Afibrinogenemia. Obstet. Gynecol. 18: 138-145, 1961
- 6_ Leroy R.W, and Lloyd. B. G.: Placenta Accreta, a twenty year Review. Am. J. Obstet. Gynecol. 113: 76-87, 1972
- 7_ Maqueo - Topete, M. Chavez- Azuela J., Valenzuela - Lopez. S., et al. Placenta Accreta and circumvallate (Extrachorialis) 32: 397-401, 1968
- 8_ Novak, E. R. and Woodruff. J. D.: Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology (1967) 6th Edn. W. B. Saunders. Co. Philadelphia and London PP 509-513
- 9_ Ochshorn, A., Menahem, P.D., and Soferman. N.: Placenta Previa Accreta. A report of 9 casses, Obstet and Gyn. 33, 677-679, 1969
- 10_ Stromme, W, B.: Placenta increta, report of a case with unusual Etiology. Obstet. Gynecol. 21 : 133-135. 1963
- 11_ Sumawong, V., Nondasuta, A., Thanapath, S. and Budthimedhea, V.: Obstet Gynecol. 27 . 511, 1966.
- 12_ Willson, J. R., Beecham C.T. and Carrington, E. R.: Obstetrics & Gynecology (1971) 4th Edn. C. V. Mosby. Co. St. Louis. 384 - 385.