پیش نویس

چسبندگی جفت در خونریزیهای پس از زایمان

میزان از دست دادن خون در افراد مبتلا به چسبندگی غیر طبیعی جفت، طی زایمان، سه تا پنج لیتر است و 90 درصد بیماران به انتقال خون نیاز دارند و در 40 درصد موارد برای حفظ شرایط همودینامیک بیش از ده واحد گلبول قرمز فشرده لازم می شود[1]. شواهد حاکی از آنست که وجود تیم چند تخصصی با اقدام برنامه‌ریزی شده (الکتیو) می‌تواند سبب کاهش خونریزی و جراحی مناسب و نهایتا کاهش موربیدیتی و مرگ و میر مادر و نوزاد و حفظ باروری گردد[i].

اداره و کنترل بیمار مبتلا به چسبندگی غیرعادی جفت نیازمند تیم چند تخصصی است[1]. مهمترین نکته تشخیص عارضه در طی بارداری است. تشخیص زود هنگام، فرصت کافی برای هماهنگی و حضور تیم چند تخصصی بر بالین زائو را فراهم می‌کند.

یکی از بخشهای مهم تشخیص، اخذ شرح حال بالینی است. برای خانمی که سابقه خونریزی در هفته های اول بارداری داشته و در سونوگرافی تشخیص جفت سر راهی برای وی داده شده تشخیص چسبندگی جفت (آکرتا) محتمل است. معمولا خونریزی پس از سه ماهه اول تکرار نمی‌شود[11]. در بعضی موارد نیز خونریزی واژینال با یا بدون درد پس از هفته 20 دیده می شود[1]. در این افراد بررسی های دقیق تر جفت باید انجام شده و حتما احتمال چسبندگی های غیرعادی جفت مد نظر باشد.

جفت سرراهی جفتی است که در قسمت تحتانی و نزدیک دهانه رحم قرار می گیرد. سه فرم جفت سر راهی وجود دارد. جفت سرراهی کامل، نسبی و حاشیه‌ای. جفت سر راهی از علل مهم مستعدکننده چسبندگی جفت است.

جدول 1- عوامل مستعد کننده چسبندگی جفت

• جفت سر راهی	• ساکش کورتاژ
• جراحی قبلی رحم	• برداشتن ناحیه کورنه(Cornual resection)
• هیستروتومی	• سن بالا
• سزارین قبلی، خصوصا به دلیل عدم نزول سر	• افزایش تعداد زایمانها
• میومکتومی	• عفونتهای پس از کورتاژ
• سندرم آشرمن	• لیومیومهای ساب موکوزال
• از بین بردن آندومتر (thermal ablation)	• آمبولیزاسیون شریان رحمی[1]

پیش نویس

- ✓ جفتهای اکرتا ، اینکرتا و پره کرتا تهدید کننده زندگی هستند.
- ✓ خونریزی شدید پس از زایمان و عدم امکان جدا نمودن جفت از رحم هنگام زایمان یا سزارین از علائم بالینی در جفت های چسبنده هستند.
- ✓ سونوگرافی سیاه و سفید برای تشخیص پلاسنتا اکرتا کافی است. توصیه می‌شود در درخواست سونوگرافی بررسی از نظر چسبندگی و نفوذ غیرعادی جفت قید گردد.

انواع چسبندگی غیر عادی جفت:

نقص در لایه دسیدوا بازالیس سبب می شود لایه نیتاباخ اجازه نفوذ و عبور پرز های کوریونی را داده و بر اساس میزان نفوذ پرزها سه نوع چسبندگی غیرعادی جفت ایجاد شود.

- اکرتا: وقتی که ویلی های کوریونیک تا سطح میومتر نفوذ کنند و جفت به سطح میومتر می چسبد.
- اینکرتا: پرزهای جفتی به میومتر تهاجم پیدا کرده است.
- پرکرتا: پرزهای جفتی علاوه بر اینکه از میومتر عبور کرده، از سروز رحم هم گذر نموده و به ارگانهای مجاور مثل مثانه و امنتوم نفوذ می کند.

تشخیص چسبندگی جفت با اقدامات پاراکلینیکی [1]:

گرچه هیچ روش تشخیص با صحت تمام و کامل وجود ندارد ولی با سونوگرافی و تصویربرداری مغناطیسی رزنانس (MRI) با کنتراست میتوان چسبندگی جفت را در سه ماهه دوم و سوم بارداری تشخیص داد. رادیوگرافی و سیتی اسکن روشهائی هستند که کمتر بکار میروند. زیرا اشعه یونیزان بر جنین آثار نامطلوبی نظیر سقط، آنومالی های مادرزادی، بیماریهای ژنتیکی، تاخیر رشد رحمی و اختلالات رشد و نمو ایجاد می کنند.

اصول کلی درمان چسبندگی جفت:

1) اصل کلی به حداقل رساندن حجم خونریزی مادر است و باید "ختم بارداری با برنامه ریزی و به روش سزارین " انجام شود. زیرا میزان خونریزی در سزارین هیسترکتومی برنامه ریزی شده کمتر از سزارین هیسترکتومی اورژانس است. جراحی برنامه‌ریزی شده این بیماران از بروز عوارض آن به شدت می‌کاهد
2) وجود تیم چند تخصصی با اقدام برنامه ریزی شده (الکتیو) و بانک خون مجهز می‌تواند سبب کاهش خونریزی و جراحی مناسب و کاهش موربیدیتی و مورتالیتی مادر و نوزاد گردد[1]. دلیل نفوذ جفت در لایه های زیرین، جدا شدن آن از رحم به طور کامل ممکن نیست و به دلیل خونریزی شدید ترانسفوزیون خون در حجم های زیاد ضرورت می‌یابد و در صورت عدم جبران به موقع حجم خون از دست رفته کواگولوپاتی مصرفی ایجاد می شود. اغلب به دلیل تهاجم جفت، هیسترکتومی ضرورت می‌یابد[1,2]. در این بیماران، احتمال صدمه به حالب، مثانه، روده و بافت های عصبی و عروقی از عوارض حین جراحی است. نارسائی حاد تنفسی، نارسائی کلیه و اختلال الکترولیت ها و DIC از دلایل مرگ در این بیماران است.
3) در صورت تشخیص پیش از ترم پلاسنتا اکرتا، زمان ختم بارداری از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است[1] و در این مورد بیمار، متخصص زنان و متخصص نوزادان تصمیم می‌گیرند. مشاوره با بیمار می‌بایست شامل صحبت در خصوص نیاز بالقوه به هیسترکتومی، خطرات خونریزی شدید و حتی احتمال مرگ مادر باشد. زمان بندی زایمان بر اساس شرایط بیمار و ارجحیت های موجود متفاوت است. یکی از شرایط این است که زایمان به زمان بلوغ ریه جنین موکول

پیش نویس

گردد و بهترین زمان آن در صورت عدم امکان انجام آمنیوسنتز هفته 34 حاملگی می‌باشد. تصمیم گیری برای تزریق کورتیکواستروئید و زمان تجویز آن در هر مادر حامله متفاوت است[1]. چنانچه جفت به بافتهای خارج رحم تهاجم نداشته باشد می‌توان ختم بارداری را در هفته 36 در یک بیمارستان سطح سه با آمادگی کامل برای انجام سزارین هیسترکتومی باید مد نظر باشد[1]. بهتر است در این بیمارستانها برای شرایط اورژانس پروتکل مشخصی تدوین گردد.

4) گاهی ختم زودرس بارداری در برخی از بیماران به دلیل خونریزی ناگهانی و یا تهاجم پیشرونده‌ی جفت، ضرورت می‌یابد بنا بر این آمادگیهای لازم در زایمان پره ترم باید مد نظر باشد.

آمادگی برای زایمان در چسبندگی جفت

ارزیابی شرایط بیمار در اولین فرصت و در حین مراقبتهای بارداری ضروری است. هردو نوع تکنیکهای بیهوشی اعم از عمومی و یا موضعی در این بیماران می‌تواند انتخاب شود اما تصمیم گیری بر اساس شرایط هر فرد متفاوت است.

اقدامات جراحی

به طور کلی سزارین هیسترکتومی برنامه ریزی شده زودتر از ترم توصیه می شود[2,3]. سزارین هیسترکتومی باید در شرایطی انجام شود که تلاشی برای جدا نمودن جفت انجام نشده و در حالیکه جفت چسبیده به اندومتر است این اقدام انجام گیرد[1]. در بیمارانی که برای باروری در آینده اصرار دارند این اقدام به عنوان درمان خط اول درنظر گرفته نمی‌شود. برای هر بیمار به طور فردی در مورد نوع اقدام جراحی در درمان پلاسنتا اکرتا تصمیم گیری می‌شود[1].

احتباس جفت پس از زایمان طبیعی و احتمال وجود چسبندگی غیر طبیعی جفت:

احتباس جفت به طور معمول پس از زایمان طبیعی و همراه با مواردی از خونریزی مقاوم و یا جفت باقیمانده عارض می‌شود. قبل از هرگونه تلاش اضافه‌ای برای کندن جفت(دستی یا جراحی) احتمال تهاجم غیر عادی آن باید در نظر گرفته شود. زیرا کندن جفت می‌تواند سبب وارونگی رحم، خونریزی شدید پس از زایمان و در نهایت افزایش میزان مرگ و میر مادری شود[4].

اقدامات حین جراحی در چسبندگی غیر طبیعی جفت [1]
1. بیمار در وضعیت لیتوتومی در حالیکه مختصر به سمت چپ متمایل است بر روی تخت اتاق عمل قرار داده میشود. هدف از این پوزیشن امکان ارزیابی مستقیم خونریزی واژینال و انجام پک واژینال و ایجاد فضای مناسب برای قرار گرفتن کمک جراح دوم می باشد.
2. از آنجا که مدت زمان جراحی طولانی است، به منظور جلوگیری از صدمه به اعصاب محیطی و همچنین درمان هایپوترمی، لازم است به وضعیت مناسب بیمار و قرار دادن پد در نقاط ضروری حین عمل توجه شود.
3. نوع انسزیون بر اساس سوابق جراحی بیمار و وضعیت بدنی (body habitus) او تعیین می‌شود. اما برای ایجاد دید بهتر توصیه می‌شود انسزیون عمودی در خط وسط شکم ایجاد شود.
4. به منظور تعیین محل انسزیون، سونوگرافی برای ترسیم نقشه محل چسبندگی جفت قبل یا حین عمل مفید است.
5. پس از روئیت رحم، انسزیون رحمی باید با توجه به محل جفت در مسیری داده شود که جفت زیر انسزیون نباشد و پس از خروج جنین، اقدام به هیسترکتومی شود. در صورتیکه جفت تا فوندوس کشیده شده باشد توصیه این است که رحم از شکم خارج و برای خروج جنین در قسمت خلفی انسزیون داده شود.

پیش نویس

6. ارزش پیشگویی کننده مثبت سونوگرافی در تشخیص پلاسنتا اکرتا 93-65٪ می باشد، بنابراین منطقی است که جراح به جای کندن جفت، برای جدا شدن خود به خود جفت فرصت دهد و به طور بالینی به این تشخیص برسد.
7. توصیه میشود که از هرگونه تلاشی برای جدا نمودن دستی جفت اجتناب گردد. اگر هیسترکتومی لازم باشد جراحی استاندارد، باقی گذاشتن جفت و استفاده از سوچورهای بزرگ برای بستن هیستروتومی و اقدام به هیسترکتومی است.
8. در هیسترکتومی های معمول جدا سازی مثانه پس از بستن عروق رحمی انجام میشود ولی در بیماران با اکرتای قدامی این اقدام بر اساس شرایط حین عمل انجام میگیرد .
9. در صورت تداوم خونریزی واژینال هیسترکتومی توتال (کامل) می‌تواند به جای هیسترکتومی ساب توتال انجام شود.
10. بستن عروق هایپوگاستریک، آمبولیزاسیون شریانی و استفاده از متوتروکسات، ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی، کورتاژ و آنتی بیوتیک از جمله اقداماتی است که این بیماران قطعاً به یک یا چند اقدام آن نیاز خواهند داشت.

- ✓ هر نوع اقدامی برای خروج جفت احتباس یافته باید پس از ارزیابی عوامل خطر و اطمینان از نبود پلاسنتا اکرتا انجام گیرد.
- ✓ تشخیص زود هنگام و برنامه ریزی برای زایمان کلید بهبود نتیجه بارداری در بیماران با چسبندگی جفت است

مواجهه ناگهانی با اکرتا و پره کرتا با شروع خونریزی یا دردهای زایمانی و یا هنگام لاپاراتومی[5]

- ✓ ارزیابی محل و وسعت تهاجم و نفوذ جفت
- ✓ ارزیابی وجود خونریزی فعال
- ✓ بررسی امکانات و منابع
- ✓ تاخیر در انجام برش سزارین در صورتیکه به نظر چیزی طبیعی نمی‌رسد:
  - غیر طبیعی شدن Lower segment
  - عروق خونی روی سروز رحم
  - تهاجم به مثانه یا اطراف آن
- ✓ اگر وضعیت بیمار به ثبات رسیده و امکانات آماده نیست:
  - رحم را با حوله گرم پوشانده و درخواست کمک شود.
  - برش سزارین را بسته و بیمار به مرکز تخصصی تر ارجاع شود.

پیش نویس

.1 Richard L. Berkowitz M, FACOG Peter Bernstein, MD, FACOG Co-Chair, PSQI Committee Co-Chair, PSQI Committee ACOG District II ACOG District II. Optimizing Protocols in Obstetrics. MANAGEMENT of OBSTETRIC HEMORRHAGE DISTRIC T. OCTOBER .2012

.2 Eller AG BM ,Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, Silver RM. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care ,. Obstet Gynecol 2011Feb;117(2Pt 1):.7-331

.3 Angstmann T GG, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach . Am J Obstet Gynecol. 2010Jan;202(1):38.e9-1. (Epub 2009Nov .(.17

.4 who. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. In; .2009

.5 R. Smith M. Etiology and Management of Placenta Accreta at 20Weeks. . Jul .2011