جفت پر کرتا (Placenta Percreta)

مجله طلام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۹۳ ، ۱۳۵۴

دکتر امیر منصور صدر ـ دکتر ضیاء ثابت راسخ ـ دکتر علی محمد میرفخرائی *

ناهنجاریهای جفت در دوران حاملگی با آنکه کمیاب است، معذلك از علل مهم سقط جنین میباشد. یکی از اشکال نسبتاً مهم ولی نادر این ناهنجاریها چسبندگی غیرطبیعی جفت به میومتر است که به صور مختلف دیده میشود و عموماً آنرا جفت اکرتا میگوئیم که به انواع مختلف جفت پرکرتا وجفت اینکرتا تقسیم میشود. ولی عده‌ای از مؤلفین انواع فوق را جداگانه و بطور مستقل شرح میدهند.

کلمه اکرتا (Accreta) ازلغت لاتین Accrescere مشتق میشود که به معنای نوعی رشد اختصاصی است. بنابرعقیده Webster کلمه Accretion بمعنی رشد کردن در ناحیه‌ایست که در حال طبیعی نباید رشد درآن ناحیه انجام شود (۱). گرچه حالتی که باسم جفت اکرتا گفته میشود یك نام قدیمی شناخته شده است و اولین مورد آن توسط Plater درسال ۱۵۸۸ درنشریات پزشکی گزارش شده‌است (۶) ولی بنابرگفته Arbogast اولین گزارش اتوپسی جفت اکرتا درسال ۱۸۲۲، توسط Morgagni انتشار یافت(۶) ودر سال ۱۸۹۰، Hofmeier نمای آسیب شناسی آنرا گزارش کرد (۶).

Von Veiss نیزدرسال۱۸۹۷، یك موردجفت اکرتا همراه جفت پرویارا گزارش کرد. Schwarzenbach درسال ۱۹۰۰موردی را گزارش‌دادکه جفت‌بطورجدانشدنی به‌فیبروئید(Fibroid) چسبیده بود (۶) و تمام موارد جفت اکرتا که تا آن زمان گزارش شده منجر بمرگ مادر گردیده بود. در همین سال (۱۹۰۰) Alexandroff اولین مورد بهبود را گزارش کرد ولی از آن زمان ببعد چنین مواردی بسیار بوده وتاکنون ۲۰۰ مورد در نشریات پزشکی انتشار یافته‌است (۶).

جفت اکرتا عبارتست از چسبندگی غیرطبیعی جفت به میومتر که علت آن فقدان دسیدوابازالبس بطور موضعی یا منتشر است (۳ ، ۴) و درنتیجه نسج جفت درمجاور میومترنمو میکند(۱).

اگر کرکهای جفتی مجاور میومتر قرارگرفته باشد و بین آنها دسیدوا وجود نداشته باشد آنرا Accreta می‌نامند و چنانچه کرکهای جفتی در میومتر رفته باشند Increta نامیده میشود و هرگاه تهاجم کرکهای جفتی تاسطح سروزی رحم رسیده باشد دراین صورت باسم Percreta نامیده میشود (۱).

علت‌ایجاد این‌حالات‌کاملا معلوم‌نیست وممکن است عوامل مختلف در ایجاد آن دخالت داشته باشد همچنین معلوم نشده است چه عواملی‌موجب میشوندکه تروفوبلاست‌طبیعی درسه‌ماهه اول‌مهاجم باشد و در بقیه ماهها تهاجمی نداشته باشد. درباره آنزیمهای بیوشیمیائی یا درباره ماهیت ایمنی‌شناسی این پدیده تهاجمی که مشخص تروفوبلاست طبیعی‌است اطلاعی دردست نیست(۳). جفت اکرتا براساس‌اینکه‌تمام یاقسمتی‌ازجفت (یك‌کوتیلدون) یاقسمتی ازیك‌کوتیلدون گرفتارباشد بترتیب بسه‌دسته‌کامل، نسبی وکانونی تقسیم میشود(۱).

جفت اکرتای کامل (Total) شایع نیست. نوع نسبی(Parietal) تاحدی‌شایع‌است ونوع‌کانونی(Focal) به‌نسبت بیشتری‌دیده‌میشود (ده درصد موارد جفت‌که با دست خارج میشود)(۸) پولیپ جفتی (Placental Polyp) نوعی جفت اکرتای کانونی است (۸).

---

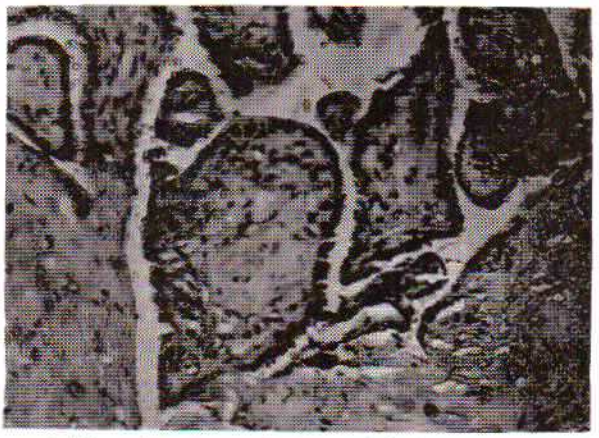
* بیمارستان ابن‌سینا ـ تهران.

در این مقاله گزارش یك مورد جفت پرکرتا که اخیراً دیده شده است بمناسبت اهمیت موضوع درج می گردد.

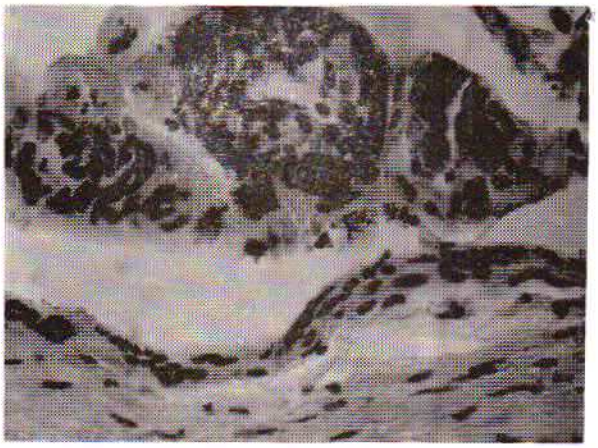
شرح حال بیمار:

م-ش-ب، ۲۶ساله، خانه‌دار، اهل کرمانشاه، ساکن تهران، بعلت عدم دفع گاز ومدفوع به بیمارستان آورده شد. بیمار در۱۶ سالگی قاعده شده، ۷ سال قبل ازدواج کرده است، یکبار قبلا حامله‌شده که بچه درموقع معین باسزارین بدنیا آمده ولی فوت کرده‌است. تاریخ آخرین‌قاعدگی۳ماه پیش‌ازمراجعه‌بوده، مدت عادت ماهانه و وضع آن قبلا طبیعی بوده است. هنگام معاینه بیمار در حالت شوك و فوق‌العاده کم‌خون بودکه باتشخیص‌خونریزی داخلی‌تحت عمل جراحی قرارگرفت . در هنگام عمل مشاهده شد که لگن پراز خون‌است ، جسم رحم درسطح قدامی تحتانی کمی بالاتر از دهانه رحم پارگی داشت و جنین در داخل پرده آمنیوتیك قرار گرفته بودکه ناچار هیسترکتومی گردید و بعد از عمل باتدابیر مناسب، حال‌بیماربسرعت بهبودیافت و ده روز بعد ازعمل مرخص گردید .

شرح آسیب شناسی ـ بافت ارسالی‌که بشماره ۷۹۳۱ در آرشیو آسیب‌شناسی بیمارستان ابن‌سینا ضبط گردیده است مرکب ازرحم بدون دهانه بابعاد ۳×۶×۸ سانتیمتر بود و در قسمت تحتانی قدامی‌آن پارگی بطول ۳ سانتیمتردیده شد. دراین محل طبقات مخاط، عضلانی و سروز پاره شده بود درضمن‌کمی بالاتر ازمحل پارگی، جای‌عمل سزارین قبلی وجود داشت وچنین بنظرمیرسید که پارگی در امتداد این ناحیه بوده باشد. فضای‌آندومتر متسع ودر داخل آن وهمچنین درمحل پارگی اجسامی مشابه کرکهای جفتی دیده شد. کرکهای جفتی تاناحیه عضلانی وسروز پیش‌رفته بود و ضخامت میومتر ۲/۵سانتیمتر بود.



شکل ۱ــ جفت پرکرتا : کرکهای جفتی در بین رشته‌های عضلانی میومتر مشاهده میشود . کرکهای مزبور از اطراف توسط سلولهای سن سی سیال احاطه شده‌اند.



شکل ۲ــ ساختمان کرکهای‌جفتی ورشته‌های عضلانی‌میومتر با درشت‌نمائی بیشتر .

در ربز بینی مقاطع تهیه شده درلابلای الیاف عضلانی‌میومتر وحتی مجاور صفاق رحم(درعمق) کرکهای جفتی طبیعی همراه با عروق پرخون و کانونهای خونریزی وجود داشت. بین‌کرکهای جفتی وعضلات میومتر نسج دسیدوآ دیده نشد.(شکل ۲ و۱)

بحث

Harer و همکارش معتقدند که هرعلتی‌که موجب آزار یا انهدام آندومتر بشود ممکن‌است باعث‌ایجادجفت‌اکرتاگردد. بیشتراوقات علت آن تشکیل دسیدوای معیوب در محل لانه‌گزینی است ولی بندرت ممکن است به‌سبب لانه‌گزینی عمقی نیز بوجود آید(۸). در بعضی نواحی مانند اطراف دهانه داخلی لوله‌های رحمی یا قسمت تحتانی رحم که آندومتر نازك وتشکیل دسیدوآ بطورطبیعی ناکافی است، جفت اکرتا ممکن است دیده شود (۳، ۸).

Phaneuf تشکیل جفت اکرتا را بعلل زیر میداند:

خارج‌کردن جفت با دست درآبستنی‌های قبلی‌ـ کورتاژ کامل یا تکرارکورتاژ ـ میوم زیرمخاطی همراه باآتروفی مخاط‌پوششی آن ـ بخور رحم (این درمان متروك شده) ـ عفونت آندومتر وضع استقرار نامناسب جفت (جفت پرویا)ـ پیدایش‌آبستنی در دیورتیکول رحمـ اسکار رحم بعلت سزارین‌قبلی‌ـ اثرات رادیوم در داخل حفره رحم بمقادیری‌که بیمـار را استریل ننماید (۶) و بعقیده بعضی بکاربردن مواد شیمیائی بمنظورسقط، عامل‌تشکیل جفت اکرتااست(۲).

و بالاخره بعضی‌ها هم عقیده دارندکـه عیب اولیه دسیدوآ ممکن است منشاء هورمونی داشته باشد (۱).

با بررسی شرح‌حال بیمار مورد بحث بنظر میرسدکه در بیمار ما عمل‌سزارین قبلی، مسئول ایجاد جفت پرکرتا باشد.

نتایج بررسی در بیمارستان ST. Elizabeth دربارهٔ میزان شیوع جفت چسبیده به‌میومتر بقرار زیر بوده است:

در ۴۰۷۶۵ زایمان ، چهل و نه مورد جفت اکرتا دیده شده (یك مورد از ۹۴۸ زایمان)، سن بیماران مبتلا به جفت اکرتا بین ۲۱ تا ۴۴ سال بوده‌است، ۸۸٪ بیماران سابقه زایمان داشته‌اند و ۱۲٪ آنها برای اولین بار حامله شده‌اند و مدت حاملگی بین ۱۳ تا ۴۱ هفته بوده‌است، ۲۳٪ بیماران Rh منفی بوده‌اند، ۳۷٪ بیماران سابقه کورتاژقبلی داشته‌اند و ۲۳٪ آنها سابقه خونریزی بعداز زایمان یا اشکال درخروج جفت داشته‌اند (۱).

تعیین میزان شیوع جفت اکرتا بطور صحیح مشکل‌است. Irving و Hertig میزان شیوع را $\frac{۱}{۱۹۵۶}$ آبستنی گزارش‌داده‌اند. Harer میزان شیوع‌را $\frac{۱}{۴۰۰۰۰}$ آبستنی گزارش‌داده‌و Sunawong میزان شیوع را به نسبت $\frac{۱}{۶۴۰}$ آبستنی میداند (۳ـ۶).

بطوریکه ملاحظه میشود میزان‌شیوع جفت‌اکرتا خیلی‌متغیراست و بستگی به این داردکه تا چه حد موارد جفت چسبیده به میومتر بطور معمول مورد امتحان بافت شناسی دقیق قرار گرفته باشد.

بعلاوه میزان شیوع جفت اکرتا بمقدارزیاد بستگی به تعریف‌آن دارد زیرا بعضی‌ها این حالت را محدود به‌نوع کامل‌آن مینمایند. در ۷۰/۰۰۰ زایمان‌که دربیمارستان جان‌هاپکینز بررسی‌شده، حتی یك مورد نوع‌کامل جفت‌اکرتا مشاهده نگردیده است (۲).

میزان شیوع جفت اکرتاکه همراه باجفت پرویا باشد نادراست. تاکنون در نوشته‌های‌پزشکی‌متجاوزاز ۷۰مورد جفت پرویا همراه با اکرتا گزارش شده‌است(۷) ولی مشکل است‌که بتوان تخمین صحیحی دربـاره میزان شیوع همراه بودن جفت پرویا و جفت اکرتا بدست آورد. بطوریکه اظهار شده‌است تقریباً ۲۰٪ موارد جفت اکرتا همراه با جفت پرویا خواهد بود (۵).

تشخیص : معمولاً تاموقعیکه جفت جـدا نشده باشد علائم بالینی وجود ندارد ولی در هنگام جدا شدن جفت (خواه قبل از موعد زایمان وخواه در موقع زایمان) علائم بالینی تظاهر مینماید. در نوع کامل جفت اکرتا ممکن است خونریزی دیده نشود و دلیلی برجدا شدن جفت مشاهده نکنیم زیرا جفت بخـارج رحم ریخته میشود. در نوع ناکامل و کانونی خونریزی وجود دارد زیرا در این موارد خونریزی در داخل رحم‌است. این خونریزی مشابه خونریزی‌ایست که در موقع جـدا شدن جفت طبیعی دیده میشود بااین‌تفاوت‌که جفت ازمحل خود جدا نمیگردد و با فشار آوردن به قعررحم هم نمیتوان بآسانی آنرا جداکرد.

وقتی فشار به قعر رحم را آنقدر ادامه دهیم تا جفت جدا شود در آنصورت متوجه خواهیم شدکه جفت کامل نیست و قطعه‌ای ازآن وجود ندارد و خونریزی هم شدید میشود. قبل ازتشخیص بالینی جفت اکرتاباید داخل رحم را با دست بررسی‌کرد وکوشش‌نمود که جفت از دیواره رحم خارج شود .

جدا نشدن جفت (Cleavage Plane) در یك قسمت و یا در تمام قسمتی‌که جفت به دیواره رحم چسبیده است تشخیص بالینی جفت اکرتا را تأیید میکند . دلیل مثبت بروجود جفت اکرتا را فقط میتوان باآزمون بافت‌شناسی نسج درمحل چسبندگی جفت برحم بدست آورد(۶). تعدادی از این بیماران در اوایل آبستنی‌دچار خونریـزی میشوند و Macheogh عقیده دارد که وقوع دردهای غیرمعمولی سخت مشابه دردهـای زایمان در زمان آبستنی ممکن است مسألهٔ وجود جفت اکرتا را مطرح سازد(۵).

هیستوپاتولوژی جفت اکرتا درسال۱۹۳۷، توسط Irving شرح داده شد واخیراًهمMiler آنرا توصیف‌نمود. مهمترین‌یافته بافت‌شناسی عبارتست‌ازاین‌که دسیدوآ بطورناقص یاکامل وجودندارد. کرکهـای جفتی و عضله رحم درهم آمیخته‌اند ودر بعضی نواحی دیواره رحم بطور غیرمعمول پرعروقاست. نسج گرانولاسیون ، سلولهای‌آماسی و رسوب فیبرین بمقادیرمختلف دیده میشود(۶). ممکن است‌کرکهای جفتی را درمجاور غدد‌آندوسرویکال مشاهده کرد (۴). این حالات در مواردی است‌که تخمك درقسمت پائین آندومتر و دهانه رحم لانه‌گزینی‌کرده باشد.

عوارض : عوارض‌زیادی‌برای‌جفت‌اکرتا ذکرشده‌ازجمله: پارگی خودبخود رحم بارها مشاهده‌گردیده و بیمار ما نیز یکی ازاین نمونه‌هااست. اعمال زور برای خارج‌کردن جفت منجربه‌پارگی ضایعات ضربه‌ای رحم وانورسیون رحم شده‌است. گانگرن رحم، پریتونت ، سالپنژیمت و هموراژی کشنده نیز دیده شده است.

پولی‌هیدرآمنیوس (Polyhydramnios) و ناهنجاریهای جنینی درمواردجفت‌اکرتانیز گزارش‌شده‌است(۶). علت عمده‌خونریزی رحم متعاقب خـارج‌کردن جفت اکرتا این است‌که تعداد زیادی عروق خونی داخل میومتر شده‌است و در موقعی‌که سیتوتروفوبلاست و ویلوزیته‌های جفتی چسبیده به رحم خارج میشوند این عروق پاره میگردند و همانطورکه اشاره شد این سینوزوئیدهای جفتی دارای اندازه بزرگتر وتعداد بیشتراز طبیعی هستند واین عروق قطور معمولاً در بستر دسیدوآ دیده میشوند ولی در داخل میومترهم‌وجود دارند ومنشاء خونریزی میباشند. برای‌بندآمدن کامل‌خون‌باید ازطرفی انقباض طبیعی‌میومتر وجود داشته باشد و از طرف دیگر در دسیدوآ ترومبوز عروق ترمینال ایجاد شود .

در جفت اکرتا فقدان دسیدوآ (که معلوم شده است دارای مقدار زیادی ترومبوپلاستین است) مانع ازاین میشودکه درمحل‌تشکیل جفت، لخته بطورطبیعی‌ایجاد شود(۲).

درمان: مطابق‌آمار، بهترین درمان جفت اکرتای‌کامل وهمچنین نوع‌پرکرتا و این‌کرتا هیسترکتومی است. بعضیها هیسترکتومی توتال را به‌سوپراسرویکال‌ترجیح میدهند ولی‌این‌انتخاب‌بستگی به تجربه جراح و فوریت عمل دارد . بعضی از مصنفین پیشنهاد کرده‌اندکه وقتی بیمارجوان است وبرای اولین‌بارحامله‌شده ویا وقتی خونریزی وسیع نیست بهتراست جفت‌اکرتای توتال را در جای خود باقی بگذاریم. وقتی این روش درمانی انتخاب میشود بیماربایدتحت‌نظرقرارگیرد، خون بقدرکافی در دسترس‌باشد و آمادگی لازم برای هیسترکتومی فوری وجود داشته باشد ولی نظر باینکه هیسترکتومی نتیجهٔ عالی‌دارد این‌نوع درمان محافظه‌کارانه‌که دارای خطرات زیادی‌است مناسب نخواهد بود و بنظر میرسد نتیجهٔ مطلوب و مطمئنی نیز نداشته باشد (۵).

خلاصه :

یك مورد جفت پرکرتا در یك‌زن حامله ۲۶ساله شرح داده شد. درحاملگی اول برای بیمار عمل سزارین انجام‌گرفت و این‌بار حاملگی‌دوم بوده‌است. درحاملگی‌دوم درسه‌ماهگی‌دچارخونریزی و پارگی رحم شده و با علائم خونریزی داخلی و شوك مراجعه کرده است . علت این خونریزی و پارگی رحم مربوط بوجود جفت پرکرتا بوده‌است. بیمارفوراً تحت‌درمان هیسترکتومی‌قرار گرفت و پس از تدابیر لازم پس از عمل با حالت خوب مرخص گردید .

نوشته‌های پزشکی دراین‌باره بررسی شده وعلل وتشخیص ودرمان آن شرح داده شده است.

REFERENCES:

1- Masi, F, T., McGoldrick, D. and Grogan, R. Placenta Accreta. Am. J. Obstet. Gynecol. 87: 190_197 1963.

2- Kistner. R. W., Hertig. A. T. and Reid. D.E. Simultaneously Occurring Placenta Previa and Placenta Accreta: Surg. Gynecol. Obstet. 94 141-151. 1952.

3_ Weekes. L, R. Greig, L. B. Placenta Accreta: Am. J. Obstet. Gynecol. 113: 76 - 82 May 1, 1972.

4- McHattie. T. J. Placenta Previa Accreta. Obstet. Gynecol. 40: 795 - 798, 1972.

5- Kistner, R. W. Friesen R. F. Placenta Previa accreta. Am. J. Obstet. Gynecol. 100: 727 - 731 March 1, 1968.

6- Harer, W. B. Placenta Accreta. Amer. J. Obstet. Gynecol. 72: 1309, 1956.

7- Rivlin M. E. Recurrent Placenta Previa accreta. J. Obstet. Gynecol. Brit. Cwlth. 74: 938 - 939. 1967.

8- Anderson. W. A. D. Pathology Vol 2, Sixth Edition C. V. Mosby, P. 1567_1971.