

جفت پر کرتا (Placenta Percreta)

مجله علوم پزشکی

سال چهارم، شماره ۶، صفحه ۴۹۳، ۱۳۵۴

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

آن زمان ببعد چنین مواردی بسیار بوده و تاکنون ۲۰۰ مورد در نشریات پزشکی انتشار یافته است (۶).

جفت اکرتا عبارتست از چسبندگی غیرطبیعی جفت به میومتر که علت آن فقدان دسیدوا بازالیس بطور موضعی یا منتشر است (۳، ۴) و در نتیجه نسج جفت در مجاور میومتر نمو میکند (۱).

اگر کرکهای جفتی مجاور میومتر قرار گرفته باشد و بین آنها دسیدوا وجود نداشته باشد آنرا Accreta می نامند و چنانچه کرکهای جفتی در میومتر رفته باشند Increta نامیده میشود و هرگاه تهاجم کرکهای جفتی تا سطح سروزی رحم رسیده باشد در این صورت با اسم Percreta نامیده میشود (۱).

علت ایجاد این حالات کاملاً معلوم نیست و ممکن است عوامل مختلف در ایجاد آن دخالت داشته باشد همچنین معلوم نشده است چه عواملی موجب میشوند که تروفوبلاست طبیعی در سه ماهه اول مهاجم باشد و در بقیه ماهها تهاجمی نداشته باشد. درباره آنزیمهای بیوشیمیایی یا درباره ماهیت ایمنی شناسی این پدیده تهاجمی که مشخص تروفوبلاست طبیعی است اطلاعی در دست نیست (۳). جفت اکرتا براساس اینکه تمام یا قسمتی از جفت (یک کوتیلدون) یا قسمتی از یک کوتیلدون گرفتار باشد بترتیب سه دسته کامل، نسبی و کانونی تقسیم میشود (۱).

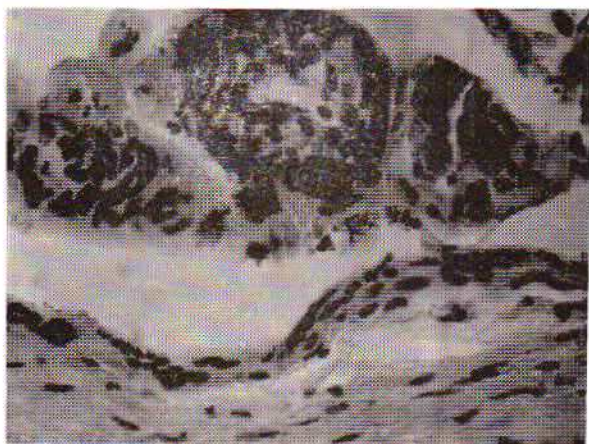
جفت اکرتای کامل (Total) شایع نیست. نوع نسبی (Parietal) تاحدی شایع است و نوع کانونی (Focal) به نسبت بیشتری دیده میشود (ده درصد موارد جفت که با دست خارج میشود) (۸) پولیپ جفتی (Placental Polyp) نوعی جفت اکرتای کانونی است (۸).

ناهنجاریهای جفت در دوران حاملگی با آنکه کمیاب است، معذک 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 پر کرتا و جفت اینکرتا تقسیم میشود. ولی عده ای از مؤلفین انواع فوق را جداگانه و بطور مستقل شرح میدهند.

کلمه اکرتا (Accreta) از لغت لاتین Accrescere مشتق میشود که به معنای نوعی رشد اختصاصی است. بنابراین عقیده Webster کلمه Accretion بمعنی رشد کردن در ناحیه ایست که در حال طبیعی نباید رشد در آن ناحیه انجام شود (۱). گرچه حالتی که با اسم جفت اکرتا گفته میشود یک نام قدیمی شناخته شده است و اولین مورد آن توسط Plater در سال ۱۵۸۸ در نشریات پزشکی گزارش شده است (۶) ولی بنا بر گفته Arbogast اولین گزارش اتوپسی جفت اکرتا در سال ۱۸۲۲، توسط Morgagni انتشار یافت (۶) و در سال ۱۸۹۰ Hofmeier نمای آسیب شناسی آنرا گزارش کرد (۶).

Von Veiss نیز در سال ۱۸۹۷، یک مورد جفت اکرتا همراه جفت پرویدار گزارش کرد. Schwarzenbach در سال ۱۹۰۰ موردی را گزارش داد که جفت بطور جدا نشدنی به فیبروئید (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

* بیمارستان ابن سینا - تهران.



شکل ۲- ساختمان کرکهای جفتی ورشته های عضلانی میومتر با درشت نمایی بیشتر.

در ربزینی مقاطع تهیه شده در لایه یالیاف عضلانی میومتر وحتی مجاور صفاق رحم (در عمق) کرکهای جفتی طبیعی همراه با عروق پر خون و کانونهای خونریزی وجود داشت. بین کرکهای جفتی وعضلات میومتر نسج دسیدوا دیده نشد. (شکل ۲ و ۱)

بحث

Harer و همکارش معتقدند که هر علتی که موجب آزار یا انهدام آندومتر بشود ممکن است باعث ایجاد جفت اکرتا گردد. بیشتر اوقات علت آن تشکیل دسیدوای معیوب در محل لانه گزینی است ولی بندرت ممکن است به سبب لانه گزینی عمقی نیز بوجود آید (۸). در بعضی نواحی مانند اطراف دهانه داخلی لوله های رحمی یا قسمت تحتانی رحم که آندومتر نازک و تشکیل دسیدوا بطور طبیعی ناکافی است، جفت اکرتا ممکن است دیده شود (۳، ۸).

Phaneuf تشکیل جفت اکرتا را بعمل زیر میداند:

خارج کردن جفت با دست در آبستنی های قبلی- کورتاژ کامل یا تکرار کورتاژ- میوم زیر مخاطی همراه با آتروفی مخاط پوششی آن- بخور رحم (این درمان متروک شده)- عفونت آندومتر وضع استقرار نامناسب جفت (جفت پرویا)- پیدایش آبستنی در دیورتیکول رحم- اسکار رحم بعلت سزارین قبلی- اثرات رادیوم در داخل حفره رحم بمقادیری که بیمار را استریل نماید (۶) و بعقیده بعضی بکار بردن مواد شیمیائی بمنظور سقط، عامل تشکیل جفت اکرتا است (۲).

و بالاخره بعضی ها هم عقیده دارند که عیب اولیه دسیدوا ممکن است منشاء هورمونی داشته باشد (۱).

با بررسی شرح حال بیمار مورد بحث بنظر میرسد که در بیمار ما عمل سزارین قبلی، مسئول ایجاد جفت پر کرتا باشد.

در این مقاله گزارش يك مورد جفت پر کرتا که اخیراً دیده شده است بمناسبت اهمیت موضوع درج می گردد.

شرح حال بیمار:

م-ش-ب، ۲۶ ساله، خانه دار، اهل کرمانشاه، ساکن تهران، بعلت عدم دفع گاز و مدفوع به بیمارستان آورده شد. بیمار در ۱۶ سالگی قاعده شده، ۷ سال قبل ازدواج کرده است، یکبار قبلاً حامله شده که بچه در موقع معین با سزارین بدنیا آمده ولی فوت کرده است. تاریخ آخرین قاعدگی ۳ ماه پیش از مراجعه بوده، مدت عادت ماهانه و وضع آن قبلاً طبیعی بوده است. هنگام معاینه بیمار در حالت شوک و فوق العاده کم خون بود که باتشخیص خونریزی داخلی تحت عمل جراحی قرار گرفت. در هنگام عمل مشاهده شد که لگن پر از خون است، جسم رحم در سطح قدامی تحتانی کمی بالاتر از دهانه رحم پارگی داشت و جنین در داخل پرده آمنیوتیک قرار گرفته بود که ناچار هیسترکتومی گردید و بعد از عمل باتدابیر مناسب، حال بیمار سرعت بهبود یافت و ده روز بعد از عمل مرخص گردید.

شرح آسیب شناسی- بافت ارسالی که بشماره ۷۹۳۱ در آرشیو آسیب شناسی بیمارستان ابن سینا ضبط گردیده است مرکب از رحم بدون دهانه بابعاد $3 \times 6 \times 8$ سانتیمتر بود و در قسمت تحتانی قدامی آن پارگی بطول ۳ سانتیمتر دیده شد. در این محل طبقات مخاط، عضلانی و سروز پاره شده بود در ضمن کمی بالاتر از محل پارگی، جای عمل سزارین قبلی وجود داشت و جنین بنظر میرسید که پارگی در امتداد این ناحیه بوده باشد. فضای آندومتر منسع و در داخل آن و همچنین در محل پارگی اجسامی مشابه کرکهای جفتی دیده شد. کرکهای جفتی تا ناحیه عضلانی و سروز پیش رفته بود و ضخامت میومتر $2/5$ سانتیمتر بود.



شکل ۳- جفت پر کرتا: کرکهای جفتی در بین رشته های عضلانی میومتر مشاهده میشود. کرکهای مزبور از اطراف توسط سلولهای سن سی سیال احاطه شده اند.

نتایج بررسی در بیمارستان ST. Elizabeth درباره میزان شیوع جفت چسبیده به میومتر بقرار زیر بوده است:

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

تعیین میزان شیوع جفت اکرتا بطور صحیح مشکل است. Irving و Hertig میزان شیوع را $\frac{1}{1986}$ آبستنی گزارش داده‌اند. Harer میزان شیوع را $\frac{1}{4000}$ آبستنی گزارش داده و Sunawong میزان شیوع را به نسبت $\frac{1}{40}$ آبستنی میداند (۳-۶).

بطوریکه ملاحظه می‌شود میزان شیوع جفت اکرتا خیلی متغیر است و بستگی به این دارد که تا چه حد موارد جفت چسبیده به میومتر بطور معمول مورد امتحان بافت شناسی دقیق قرار گرفته باشد.

بعلاوه میزان شیوع جفت اکرتا بمقدار زیاد بستگی به تعریف آن دارد زیرا بعضی‌ها این حالت را محدود به نوع کامل آن مینمایند. در ۷۰/۰۰۰ زایمان که در بیمارستان جان‌هاپکینز بررسی شده، حتی یک مورد نوع کامل جفت اکرتا مشاهده نگردیده است (۲). میزان شیوع جفت اکرتا که همراه با جفت پرویا باشد نادراست. تاکنون در نوشته‌های پزشکی متجاوز از ۷۰ مورد جفت پرویا همراه با اکرتا گزارش شده است (۷) ولی مشکل است که بتوان تخمین صحیحی درباره میزان شیوع همراه بودن جفت پرویا و جفت اکرتا بدست آورد. بطوریکه اظهار شده است تقریباً ۲۰٪ موارد جفت اکرتا همراه با جفت پرویا خواهد بود (۵).

تشخیص: معمولاً تا موقعیکه جفت جدا نشده باشد علائم بالینی وجود ندارد ولی در هنگام جدا شدن جفت (خواه قبل از موعد زایمان و خواه در موقع زایمان) علائم بالینی تظاهر مینماید. در نوع کامل جفت اکرتا ممکن است خونریزی دیده نشود و دلیلی بر جدا شدن جفت مشاهده نکنیم زیرا جفت بخارج رحم ریخته می‌شود. در نوع ناکامل و کانونی خونریزی وجود دارد زیرا در این موارد خونریزی در داخل رحم است. این خونریزی مشابه خونریزی ایست که در موقع جدا شدن جفت طبیعی دیده می‌شود با این تفاوت که جفت از محل خود جدا نمی‌گردد و با فشار آوردن به قعر رحم هم نمیتوان با سانی آنرا جدا کرد.

وقتی فشار به قعر رحم را آنقدر ادامه دهیم تا جفت جدا شود در آنصورت متوجه خواهیم شد که جفت کامل نیست و قطعه‌ای از آن وجود ندارد و خونریزی هم شدید می‌شود. قبل از تشخیص بالینی جفت اکرتا باید داخل رحم را با دست بررسی کرد و کوشش نمود که جفت از دیواره رحم خارج شود.

جدا نشدن جفت (Cleavage Plane) در یک قسمت و یا در تمام قسمتی که جفت به دیواره رحم چسبیده است تشخیص بالینی جفت اکرتا را تأیید میکند. دلیل مثبت بوجود جفت اکرتا را فقط میتوان با آذون بافت‌شناسی نسج در محل چسبندگی جفت بر رحم بدست آورد (۶). تعدادی از این بیماران در اوایل آبستنی دچار خونریزی میشوند و Macheogh عقیده دارد که وقوع دردهای غیر معمولی سخت مشابه دردهای زایمان در زمان آبستنی ممکن است مسأله وجود جفت اکرتا را مطرح سازد (۵).

هیستوپاتولوژی جفت اکرتا در سال ۱۹۳۷ توسط Irving شرح داده شد و اخیراً هم Miler آنرا توصیف نمود. مهمترین یافته بافت‌شناسی عبارتست از این که دسیدوا بطور ناقص یا کامل وجود ندارد. کرکهای جفتی و عضله رحم درهم آمیخته‌اند و در بعضی نواحی دیواره رحم بطور غیر معمول پر عروق است. نسج گرانولاسیون، سلولهای آماسی و رسوب فیبرین بمقادیر مختلف دیده می‌شود (۶). ممکن است کرکهای جفتی را در مجاور غدد آندوسرویکال مشاهده کرد (۴). این حالات در مواردی است که تخمک در قسمت پائین آندومتر و دهانه رحم لانه‌گزینی کرده باشد.

عوارض: عوارض زیادی برای جفت اکرتا ذکر شده از جمله: پارگی خود بخود رحم بارها مشاهده گردیده و بیمار ما نیز یکی از این نمونه‌هاست. اعمال زور برای خارج کردن جفت منجر به پارگی ضایعات ضربه‌ای رحم و انورسیون رحم شده است. گانگرن رحم، پریتونیت، سالیپنژیت و هموراژی کشنده نیز دیده شده است.

پولی‌هیدرامنیوس (Polyhydramnios) و ناهنجاریهای جنینی در موارد جفت اکرتا نیز گزارش شده است (۶). علت عمده خونریزی رحم متعاقب خارج کردن جفت اکرتا این است که تعداد زیادی عروق خونی داخل میومتر شده است و در موقعی که سیتوتروفوبلاست و ویلوزیته‌های جفتی چسبیده به رحم خارج میشوند این عروق پاره می‌گردند و همانطور که اشاره شد این سینوزوئیدهای جفتی دارای اندازه بزرگتر و تعداد بیشتر از طبیعی هستند و این عروق قطور معمولاً در بستر دسیدوا دیده میشوند ولی در داخل میومتر هم وجود دارند و منشاء خونریزی میباشند. برای بند آمدن کامل خون باید از طرفی انقباض طبیعی میومتر وجود داشته باشد و از طرف دیگر در دسیدوا ترومبوز عروق ترمینال ایجاد شود.

در جفت اکرتا فقدان دسیدوا (که معلوم شده است دارای مقدار زیادی ترومبوپلاستین است) مانع از این میشود که در محل تشکیل جفت، لخته بطور طبیعی ایجاد شود (۲).

درمان: مطابق آمار، بهترین درمان جفت اکرتای کامل و همچنین نوع پر کرتا و این کرتا هیسترکتومی است. بعضیها هیسترکتومی توتال را به سوپراسرویکال ترجیح میدهند ولی این انتخاب بستگی به تجربه جراح و فوریت عمل دارد. بعضی از مصنفین پیشنهاد کرده اند که وقتی بیمار جوان است و برای اولین بار حامله شده و یا وقتی خونریزی وسیع نیست بهتر است جفت اکرتای توتال را در جای خود باقی بگذاریم. وقتی این روش درمانی انتخاب میشود بیمار باید تحت نظر قرار گیرد، خون بقدر کافی در دسترس باشد و آمادگی لازم برای هیسترکتومی فوری وجود داشته باشد ولی نظر باینکه هیسترکتومی نتیجه عالی دارد این نوع درمان محافظه

کارانه که دارای خطرات زیادی است مناسب نخواهد بود و بنظر میرسد نتیجه مطلوب و مطمئنی نیز نداشته باشد (۵).

خلاصه :

یک مورد جفت پر کرتا در یک زن حامله ۲۶ ساله شرح داده شد. در حاملگی اول برای بیمار عمل سزارین انجام گرفت و این بار حاملگی دوم بوده است. در حاملگی دوم در سه ماهگی دچار خونریزی و پارگی رحم شده و با علائم خونریزی داخلی و شوک مراجعه کرده است. علت این خونریزی و پارگی رحم مربوط بوجود جفت پر کرتا بوده است. بیمار فوراً تحت درمان هیسترکتومی قرار گرفت و پس از تدابیر لازم پس از عمل با حالت خوب مرخص گردید.

نوشته های پزشکی در این باره بررسی شده و علل و تشخیص و درمان 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.