

ИНТРАПАРТАЛНА РЕСЕКЦИЈА ГРАВИДНОГ РОГА ДВОРОГЕ МАТЕРИЦЕ ЗБОГ МЕМБРАНОЗНЕ ПЛАЦЕНТЕ ПЕРКРЕТЕ

Радмила СПАРИЋ, Саша КАДИЈА, Јасмина ТАДИЋ, Милан ДОКИЋ, Вера МИЛЕНКОВИЋ

Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Мембранозна постелица (*placenta membranacea*) је поремећај плацентације који је код 30% болесница удружен с неким обликом патолошког урастања. *Placenta percreta* је ретка, али по живот опасна појава. Пренатусна дијагноза аномалија усађивања постелице је веома тешка. Приказана је деветнаестогодишња прворотка у 31. недељи трудноће компликоване прееклампсијом. Ултрасонографским прегледом је установљен нормалан налаз трудноће 31. гестацијске недеље, с карличним положајем плода. После лапаротомije уочена је крв у трбушној дупљи са знацима превременог одлубљивања нормално усађене постелице, те се посумњало на матерично-постелично крвавање (утероплацентна апоплексија). Материца је измењена у виду дворого материце (бикорниса) са трудноћом у левом рогу. Пошто је урађен царски рез, рођено је живо дете тежине од 1.800 грама. Вађење постелице је било неуобичајено тешко јер је била дубоко урасла у задњи зид материце, до саме серозе. После одлубљивања и вађења постелице није било могуће постићи задовољавајућу хемостазу, те је обављена ресекција левог рога материце. На налаз плаценте акрете, перкрете и инкрете треба мислити код сваке трудноће где постоји аномалија материце или је установљена дијагноза мембранозне постелице.

Кључне речи: дворого материца; мембранозна постелица; плацента перкрета

УВОД

Аномалије материце се јављају код 0,1-0,5% женске популације изазивајући различите акушерске компликације, укључујући и торквазију утеруса [1]. Мембранозна постелица (*placenta membranacea*) је ретка аномалија облика плаценте код које изостаје атрофија глатког хориона, а код 30% болесница изазива патолошку адхеренцију плаценте [2].

Урасла постелица настаје услед недовољног развоја базалне децидуе и недостатка спонгиозног слоја, што омогућава контакт хорионских чупица са мишићним елементима зида материце. У зависности од дубине продирања хорионских чупица урасле постелице, разликују се плацента акрета (*accreta*), инкрета (*increta*) и перкрета (*percreta*). Плацента перкрета представља ретко, али по живот опасно стање у којем хорионске чупице продиру до периметријума [3]. Пренатусна дијагноза обе наведене аномалије плаценте је тешка, али веома значајна за смањење инциденције и обима могућих компликација.

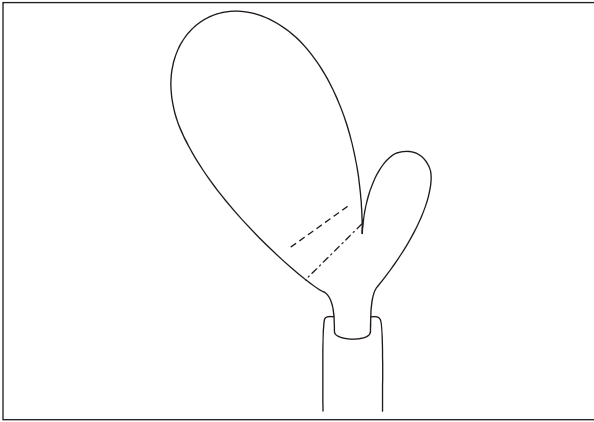
ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Прворотка узраста од 19 година примљена је у Институт за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду као хитан случај с упутном дијагнозом прееклампсије у 31. недељи гестације. Сонографијом су утврђени нормална анатомија и карлични положај плода. Није било сонографских знакова превременог одлубљивања нормално усађене постелице. Тестови хемостазе су били у границама референтних вредности. Тешко опште стање болеснице, повишен крвни притисак (160/110 mm Hg), резистенција на примењену антихипертензивну терапију и кардиографски знаци асфиксије плода били су индикације за хитан царски рез осам часова после пријема.

Током операције је дијагностикован хематоперитонеум, те се посумњало на матерично-постелично крвавање (утероплацентна апоплексија). Прегледом је уочена дворого материца (*uterus bicornis*), са трудноћом у левом рогу. У пределу дна и задњег зида gravidног рога примећена је истањеност зида материце уз макроскопски интактан перитонеумски омотач, на површини од око 3×4 cm. Нису уочени знаци прснућа материце, мада се стекао утисак да је задњи зид на том месту сачињен само од серозе. Због прираслице између оментума и задњег зида материце у тој регији, урађена је и делимична ресекција оментума. Рођено је живо дете телесне масе од 1.800 грама са Апгар скором 3. Вађење постелице је било веома отежано. Будући да применом конзервативних метода није било могуће зауставити крвавање настало после вађења необично велике постелице, обављена је екстирпација левог рога материце. Постоперациони ток је протекао нормално, а анемија је коригована трансфузијом једне дозе крви. Хистолошким прегледом дијагностикована је мембранозна плацента. Микроскопским прегледом одстрањеног рога материце откривена је плацента перкрета с микроперфорацијом материце и децидуалним ћелијама у одстрањеном делу оментума.

ДИСКУСИЈА

Дилеме у приказаном случају проистекле су: због изостанка било каквих података о аномалији материце и поред редовне контроле трудноће болеснице у надлежном здравственом центру, прееклампсије са сумњом на Кувелеров (*Couvellaire*) синдром уз изостанак клиничких, лабораторијских и сонографских знакова превременог одлубљивања нормално усађене постелице, као и хематоперитонеума без макроскопски очигледне руптуре материце или дисеминоване интраваскуларне коагулопатије. Имајући у виду наведе-



СЛИКА 1. Резови на утерусу: испрекиданом линијом је приказан рез кроз који је урађена екстракција плода, а линијом тачка–црта рез начињен ради ресекције гравидног рога утеруса.

FIGURE 1.

не чињенице, сматрали смо да је хируршко одстрањивање гравидног рога материце метод избора ради успостављања хемостазе и лечења постпарталног крвављења (Слика 1). Оно што желимо да истакнемо приказом ове болеснице јесте да би код препартално постављене сумње на поремећај плаценте требало размотрити могућност преоперационе примене конзервативних метода лечења, које предлажу поједини аутори ради збрињавања постпарталног крвављења [4]. Међу описаним методима, као што су артеријска емболизација материчних или илијачних артерија, остављање плаценте *in situ* и делимична ресекција материце, издваја се хируршки метод који су описали Бених (*Bennich*) и Лангхоф-Рос (*Langhoff-Ross*) [3-7]. Према овом методу, порођај се изводи планираним царским резом уз учешће тима састављеног од гинеколога, уролога, анестезиолога и неонатолога. Метод подразумева цистоскопско постављање уретерних сонди у епидуралној анестезији, а потом комбиновано абдоменско и вагинално постављање три појединачна шавова којима се обухватају лева и десна утеринска артерија (два бочна шавова) и крвни судови који се пружају од мокраћне бешике према грлићу материце (трећи шав). После постављања ових шавова болесница се уводи у општу анестезију, а по рођењу плода и вађењу плаценте шавови се затежу и везују, материца се ушива и дају утеротоници.

Сматрамо да је код приказане болеснице смањено снабдевање плаценте крвљу, превасходно једном ма-

теричном артеријом, довело до формирања мембранозне плаценте, а даље до патолошке инвазије трофобласта у миометријум, стварајући плаценту перкрету. Овоме је вероватно додатно допринела и слабија развијеност миометријума у материци с аномалијом у развоју. У литератури постоје подаци о високим стопма лажно негативних сонографских налаза код болесница са мембранозном постеплицом, односно плацентом перкретом, мада постоје мишљења да се ова стања могу поуздано дијагностиковати пренатусно применом ултразвука, доплера и нуклеарне магнетне резонанције [2-7].

С обзиром на многе акушерске компликације које могу проистећи из патолошке плацентације, посебно крвављење, неопходно је имати у виду могућност постојања ових патолошких стања код свих болесница код којих су уочени неки од фактора ризика [4]. Када је реч о факторима ризика који се наводе у литератури, овим приказом желимо да истакнемо конгениталне аномалије материце које се могу јавити са патолошким плацентама чешће него што се на њих мисли.

ЗАКЉУЧАК

Неопходно је имати у виду могућност настајања плаценте акрете, инкрете или перкрете код свих болесница са конгениталним аномалијама материце, као и код пренатусно дијагностиковане мембранозне постеплице.

ЛИТЕРАТУРА

1. Oláh KS. Uterine torsion and ischaemia of one horn of a bicornuate uterus: a rare cause of failed second trimester termination of pregnancy. *BJOG* 2002; 109:585-6.
2. Greenberg JA, Sorem KA, Shifren JL, Riley LA. Placenta membranacea with placenta increta: A case report and literature review. *Obstet Gynecol* 1991; 78:512-4.
3. Khadra M, Obhrai M, Keriakos R, Johanson R. Placenta percreta revisited. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22:689.
4. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasoulitis SJ, Ezra Y. Placenta accreta-summary of 10 years: A survey of 310 cases. *Placenta* 2002; 23:210-4.
5. Hansch E, Chitkara U, McAlpine J, El-Sayed Y, Dake MD, Raza-vi MK. Pelvic arterial embolisation for control of obstetric haemorrhage: a five year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1454-60.
6. Brunise HW, Metz GCH, Kwee A. Surgical treatment of postpartum haemorrhage. *International Congress Series* 2005; 1279:369-75.
7. Bennich G, Langhoff-Ross J. Placenta percreta treated using a new surgical technique. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 122:122-5.

INTRAPARTAL RESECTION OF THE BICORNUATE UTERUS FOR PLACENTA MEMBRANACEA PERCRETA

Radmila SPARIĆ, Saša KADIJA, Jasmina TADIĆ, Milan DOKIĆ, Vera MILENKOVIĆ
Institute of Gynecology and Obstetrics, Clinical Center of Serbia, Belgrade

ABSTRACT

Placenta membranacea is a rare anomaly characterized by failure of villous atrophy during early gestation, and 30% of cases involve some form of placental adherence. Placenta percreta is infrequent, but life-threatening condition. Antenatal diagnosis of these placental anomalies is very difficult, but essential for reduction of the number and extent of possible complications. A 19-year-old primigravida was referred to us with 31-week pregnancy complicated by preeclampsia. Upon admission, ultrasound scan revealed eutrophic fetus in breech presentation, without any signs of retroplacental clot. At laparotomy, hemoperitoneum without any trophoblastic tissue emerging to the peritoneal cavity was found and placental abruption with uteroplacental apoplexy was suspected. In addition, unicervical symmetric bicornuate uterus with pregnancy in the left uterine horn was found. The lower segment uterine section was performed and 1800 grams live baby was delivered. Delivery of the placenta was unusually difficult. It was very large and

densely adherent to the posterior uterine wall, which appeared to be composed of serosa in that area only. After removal of placenta, the hemorrhage could not be controlled, and resection of the left uterine horn was performed. Placenta accreta, increta and percreta ought to be considered in all cases of uterine anomalies in pregnancy and in cases of prenatal diagnosis of placenta membranacea.

Key words: bicornuate uterus; placenta membranacea; placenta percreta

Radmila SPARIĆ
Institut za ginekologiju i akušerstvo
Klinički centar Srbije
Višegradska 26, 11000 Beograd
Tel.: 011 361 5592
Faks: 011 361 5603
E-mail: radmila@rcub.bg.ac.yu