

## المشيمة الملتحمة وتديرها

الدكتور وائل نصار\*

### المخلص

تعدّ المشيمة الملتحمة من أحد أسباب النزوف ما بعد الولادة (نزوف الخالص) ذات الخطورة العالية جداً على الأم والجنين معاً.

كان الهدف من هذا البحث هو :

١- إجراء استقصاء مفصل عن المشيمة الملتحمة وتحديد نسبة حدوثها لدينا محلياً لما لها من خطورة بالغة وأهمية سريرية كبيرة .

٢- دراسة إحصائية للعوامل المؤهبة للمشيمة الملتحمة مثل : تقدم عمر الحامل، وتعدد الولادات، ووجود ارتكاز مشيمة معيب مرافق، ووجود سوابق قيصرية أو سوابق تجريف رحم ألي .

٣- الوصول للتدبير المثالي لحالات المشيمة الملتحمة من أجل إنقاص نسبة الوفيات الوالدية وما حول الولادة .

٤- وضع التوصيات اللازمة للعوامل للوقاية قدر الإمكان من حدوث المشيمة الملتحمة. أجري هذا البحث في مشفى التوليد الجامعي - جامعة دمشق على الولادات التي تمت في القسم العام والخاص خلال فترة ثلاث سنوات بدءاً من ١٩٩٥/١١/١ وحتى ١٩٩٨/١١/١ .

بلغ عدد الولادات الإجمالي خلال فترة البحث : ٤٦,٤٤٩ / ولادة وكان عدد حالات المشيمة الملتحمة في هذه الفترة : ٢٥ / حالة ، أي بمعدل حدوث حالة واحدة لكل ١٨٥٧ / ولادة .

النتائج :

\* قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

تبين نتيجة الدراسة التحليلية لحالات المشيمة الملتحمة ما يلي :

- ازدياد نسبة الحدوث مع تقدم عمر الحامل وخاصة زمرة الحوامل اللواتي عمرهن ٣٥/ - ٣٩ سنة (٥٢% من الحالات) ، وزمرة الحوامل عديدات الولادة جداً (٥٥ حمول فما فوق) (٦٠% من الحالات).
- وجود ارتكاز مشيمة معيب مرافق في ٧٢% من الحالات.
- وجود سوابق قيصرية واحدة في ٢٤% ، وقيصريتين أو أكثر في ٤٤% من الحالات .
- وجود سوابق لتجريف رحم آلي أو أكثر في ٣٦% من الحالات .
- كانت نسبة الحدوث لدينا أعلى من نسب حدوثها في الدراسات العالمية ويعزى ذلك لزيادة العوامل المؤهبة لدينا.
- أجري استئصال الرحم الولادي الإسعافي في جميع الحالات (٧٦% منها كان تاماً، و ٢٤% منها تحت تام) .
- لم تسجل أي وفيات والدية ، وكانت نسبة الوفيات ما حول الولادة ٨% .

التوصيات :

- ١- الاهتمام بالحوامل عاليات الخطورة والمؤهيات لحدوث المشيمة الملتحمة مثل : المتقدّمات بالعمر، عديدات الولادة جداً ، وجود ارتكاز مشيمة معيب، سوابق قيصرية أو أكثر ، سوابق تجريف رحم آلي أو أكثر.
- ٢- تنبيه هؤلاء الحوامل على ضرورة المراقبة الحقيقية في عيادة الحوامل.
- ٣- التدبير السريع والفعال لحالات المشيمة الملتحمة بتأمين ونقل الدم الطازج الفوري، واتخاذ القرار الإسعافي الصحيح باستئصال الرحم الولادي بالوقت المناسب.
- ٤- تقديم النصائح للسيدات اللواتي لديهن سوابق قيصرية متكررة أن يجري لهن تعقيم دائم مثل : ربط البوقين وقاية من حدوث المشيمة الملتحمة.

## Placenta Accreta and Its Management

Wael Nassar\*

---

### Abstract

Placenta accreta is one of the most serious uncommon causes of postpartum hemorrhage which carries high morbidity and mortality risk for mother and fetus.

#### Objective

- 1-to assess the incidence of placenta accreta .
- 2-to identify The occurrence of risk factors of placenta accreta : maternal age , multiparity , placenta praevia, previous cesarean section and/or previous curettage .
- 3-to find the ideal management of placenta accreta to reduce the risk of maternal and neonatal morbidity and mortality .

#### Design

This study involved the cases of all patients delivered with the diagnosis of placenta accreta which was histologically confirmed between 01.11.1995 and 01.11.1998.

#### Patients

25 cases of placenta accreta were diagnosed Among 46.449 deliveries during 3 year period between 1.11.1995 and 01.11.1998 ( the incidence rate was about 1 in 1857 deliveries) .

---

\*Dep. of Obstetrics and Gynaecology - Fac. of Medicine - Univ. of Damascus.

### Setting

Damascus university maternity hospital , syria.

### Main outcome measures :

- Evaluation of incidence of placenta accreta.
- Evaluation of risk factors of placenta accreta .
- Maternal and perinatal mortality .

### Results

The analytic study of all cases showed the following :

- The highest risk group was 35 - 39 years (52% of cases of placenta accreta ) and group Of 5 gestations or more (60% of cases).
- Placenta praevia was identified in 72% of cases .
- A history of previous cesarean sections was identified in 68% of cases (one section in 24% , 2 or more in 44% of cases).
- A history of previous curettages in 36% of cases (one or more) .
- Obstetric hysterectomy was performed as a life saving measure in all cases (76% of cases was total hysterectomy, 24% was subtotal hysterectomy).
- There were no maternal deaths in all cases but the perinatal mortality rate was 8% .

### Conclusions

- 1-advanced maternal age, multiparity , placenta praevia, previous cesarean sections and previous curettages should be considered as high risk for developing placenta accreta.
- 2-special antepartum care for the high risk patients .
- 3-emergency obstetric hysterectomy and blood transfusion are considered as life saving measures.
- 4-encouraging family planning and tubal ligation in the case of previous Multiple Cesarean sections.

---

### الهدف من البحث

الكبيرة جداً والمهددة لحياة الأم.  
أجري هذا البحث في مشفى الولادة الجامعي -  
جامعة دمشق ، على حالات المشيمة الملتحمة  
التي شُخصت وحدثت في مشفى الولادة الجامعي

تعدُّ المشيمة الملتحمة من أحد أسباب نزوف  
الخلاص (الطور الثالث للمخاض) ذات الخطورة

المشيمية بالعضلة الرحمية وهي ما تعرف بالدرجة الأولى (Placenta accreta)، أما الدرجة الثانية فهي: المشيمية المنخلية (Placenta increta) حيث تتدخل الزغابات المشيمية ضمن العضلة الرحمية، أما الدرجة الثالثة فهي: المشيمية المخترقة (Placenta percreta): وهنا تغزو وتخرق المشيمة كامل ثخانة العضلة الرحمية.

إن الالتحام الشاذ قد يشمل كامل الفلق المشيمية وهو ما يسمى المشيمة الملتحمة الكاملة (total placenta accreta)، أو يشمل قسماً من الفلق المشيمية ويدعى عندئذ المشيمة الملتحمة الجزئية (partial placenta accreta)، أو يشمل فلقاً مشيمية واحدة ويدعى التحام المشيمية البؤري (focal placenta accreta).

### نسبة الحدوث

مع أن المشيمة الملتحمة ليست شائعة في البلاد المتقدمة لكن تعد ذات أهمية سريرية بالغة نظراً لما تسببه من مراضة morbidity ومن نسبة وفيات mortality عالية نتيجة النزف الشديد، وانتقاب الرحم، والخمج.

إن النسبة الحقيقية لحدوث المشيمة الملتحمة بدرجاتها المختلفة غير معروفة. حيث نشر Breen وزملاؤه<sup>(١)</sup> تقارير عن نسب حدوث المشيمة الملتحمة تراوحت بين ١/٤٥٠ - ١/٧٠,٠٠٠ ولادة مع نسبة وسطية تقدر بـ ١/٧٠٠٠ ولادة.

وذكر Read وزملاؤه (١٩٨٠) [3] أن نسبة حدوث المشيمة الملتحمة تقدر بـ ١/٢٥٦٢ ولادة.

### العوامل الإمرضية

يُشاهد التحام المشيمة غير النظامي في الظروف التي يكون فيها عيب في تشكل الغشاء الساقطي. بين Fox في مراجعة له (١٩٧٢) [4] لـ ٦٢٢ حالة من المشيمة الملتحمة أن الأمور التالية تؤهب لحدوث المشيمة الملتحمة:

خلال فترة ثلاث سنوات بدءاً من ١٩٩٥/١١/١ وحتى ١٩٩٨/١١/١ حيث خضعت لدراسة تحليلية إحصائية موسعة وكان الهدف من البحث هو:

- ١- إجراء استقصاء مفصل عن المشيمة الملتحمة وتحديد نسبة حدوثها لما لها من خطورة بالغة وأهمية سريرية كبيرة، وتشخيص هذه الحالة باكراً ما أمكن.
- ٢- دراسة إحصائية للعوامل المؤهبة للمشيمة الملتحمة مثل: تقدم عمر الحامل، وتعدد الولادات، ووجود ارتكاز مشيمية معيب مرافق، ووجود سوابق قيصرية أو سوابق تجريف رحم ألي.
- ٣- الوصول للتدبير المثالي لحالات المشيمة الملتحمة من أجل إنقاص نسبة الوفيات الوالدية وما حول الولادة.
- ٤- وضع التوصيات اللازمة للحوامل للوقاية قدر الإمكان من حدوث المشيمة الملتحمة.

## القسم النظري

### مقدمة [1]

تتفك المشيمة تلقائياً في معظم الحالات من مكان ارتكازها ضمن الرحم في الدقائق الأولى ما بعد ولادة الجنين، وإن سبب تأخر انفكاك المشيمة غير معروف دائماً بشكل واضح ويعزى ذلك عادة إلى تخلصات الرحم غير المتناسقة. تكون المشيمة أحياناً ملتصقة بشكل غير اعتيادي في مكان ارتكازها على الرحم مع غياب بالغشاء الساقطي decidua، وعندئذ يكون الخط الفيزيولوجي للانفصال من خلال الطبقة الإسفنجية للغشاء الساقطي ناقصاً.

### التعريف [1]

إن المشيمة الملتحمة هي الحالة التي يزول فيها الغشاء الساقط القاعدي زوالاً تاماً أو جزئياً ويكون هناك نقص في تطور الطبقة الليفيانية (طبقة Nitabuch) وبذلك تلتصق الزغابات

حالات المشيمة الملتحمة التامة، في حين قبل ذلك يكون النزف قليلاً في حال مشيمة ملتحمة تامة.

### التشخيص

ليس من الشائع وضع التشخيص خلال الحمل ولكن من المهم الانتباه على وجود عوامل مؤهبة لحدوث المشيمة الملتحمة مثل: تعدد الولادات، ارتكاز المشيمة المعيب المرافق، سوابق عمل جراحي على الرحم: كقيصرية سابقة أو تجريف رحم ألي سابق جائر .

وصف Tabsh وزملاؤه (١٩٨٢) [8] حالة ارتكاز مشيمة معيب مرافق لمشيمة ملتحمة فيها غياب بالمسافة ما تحت المشيمة شُخصت بالأمواج ما فوق الصوت.

وصف Cox وزملاؤه (١٩٨٨) [9] حالة مشابهة .

يفترض الباحثون أن الطبقة ما تحت المشيمة المرئية بالأمواج ما فوق الصوت تمثل الغشاء الساقطي القاعدي والنسيج العضلي الرحمي الذي يقع تحته.

أثبت Pasto وزملاؤه (١٩٨٣) [10] أن غياب أو عدم رؤية هذه المنطقة ما خلف المشيمة بالأمواج ما فوق الصوت هو دليل على وجود المشيمة المندخلة.

تعد المشيمة المخترقة عادة أكثر تهديداً للحياة من المشيمة الملتحمة والمندخلة، ويمكن أن تسبب نزفاً داخل البطن ما قبل الولادة [Cario وزملاؤه ١٩٨٣ [11] أو خلال الولادة] Collins وزملاؤه ١٩٧٨ [12].

ولقد أعطى Harris (١٩٩٦) [13] أهمية لإجراء الأمواج فوق الصوت بيد خبيرة لكشف التبدلات التي تحدث حين وجود مشيمة ملتحمة .

لقد ذكر Kinoshita (١٩٩٦) [14] حالة تمزق رحم عفوي ترافق بألم بطني شديد مع نزف داخل البطن لدى حامل بالأسبوع ٢٥ نتيجة لوجود مشيمة مخترقة، وبعد ذلك نادر جداً.

ولقد ذكر Hamrick - Turner (١٩٩٥)

١- وجود ارتكاز مشيمة معيب : Placenta praevia في ثلث الحالات.

٢- وجود قيصرية سابقة : Cesarean section في ربع الحالات .

٣- سوابق تجريف رحم ألي : في ربع الحالات.

٤- تعدد الولادات (ست أو أكثر ) في ربع الحالات .

ووجدت نتائج مماثلة من قبل Read وزملائه [3].

وبشكل عام يلاحظ نقص تدريجي بنسبة المشيمة الملتحمة نتيجة لتحديد النسل.

لقد وجد Hardardottir (١٩٩٦) [5] بالاستقصاء المجهرى لمشائم السيدات اللواتي لديهن سوابق قيصرية أن هناك درجة معينة من الالتحام بالألياف العضلية في نصف الحالات تقريباً.

### اللوحة السريرية

يعد النزف الذي يحدث قبل الولادة عرضاً شائعاً ، ولكن القسم الأعظم من حالات النزف ناتج عن ارتكاز المشيمة المعيب المرافق. قد يؤدي اندخال الزغابات المشيمية في مكان ندبة القيصرية السابقة إلى تمزق الرحم وذلك خلال أو ما قبل المخاض (Berchuck & Sokol) [6] (١٩٨٣).

لقد وصف Archer و Furlong (١٩٨٧) [7] حالة سيدة حدث لديها بطن حاد نتيجة نزف داخل البيرتوان شديد تال لمشيمة مخترقة.

يكون المخاض عادة طبيعياً وخاصة عند عدم وجود ارتكاز مشيمة معيب أو في حال عدم وجود ندبة قيصرية.

تتراوح المشاكل المرافقة للولادة حسب مكان التعشيش، ودرجة اختراق المشيمة وعدد الفلق المشيمية. وقد يحدث نزف شديد لا سيما عند محاولة تخليص المشيمة اليدوي الراض في

تخليص المشيمة في هذه الحالة تكون فاشلة حيث لا توجد مسافة حرة ما بين جدار الرحم والمشيمة، وبعد إجراء الأسلم في هذه الظروف هو استئصال الرحم الولادي الإسعافي .

في الحالات /٦٢٢/ التي نُشرت من قبل Fox (١٩٧٢) [4] فإن الشكل الأكثر شيوعاً للتدبير المحافظ كان التخليص اليدوي للمشيمة قدر الإمكان والمحافظة على الرحم، ووجد أن ربع الحالات توفين وهي نسبة تشكل ٤ أضعاف النسبة عندما يتم استئصال الرحم الولادي بشكل فوري، ووجد أيضاً أنه في حال إجراء المعالجة المحافظة حدث حمل طبيعي في أربع حالات على الأقل.

إن استمرار المشيمة المنذلة هو مضاعفة للتدبير المحافظ للمشيمة الملتحمة حيث ذكر Davis وزملاؤه (١٩٩٦) [18] حالة فشلت فيها المعالجة المحافظة وأجري استئصال الرحم بعد ٦ أشهر من إجراء القيصرية، حيث يعد وجود النسيج المشيمي بشكل مستمر مضاعفة للمعالجة المحافظة للمشيمة الملتحمة.

### القسم العملي

أجريت الدراسة العملية في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على الولادات التي تمت في القسم العام والخاص منذ ١٩٩٥/١١/١ وحتى ١٩٩٨/١١/١، أي امتدت فترة الدراسة ثلاث سنوات.

### نسبة الحدوث

بلغ عدد الولادات الكلي في مشفى التوليد الجامعي - جامعة دمشق خلال فترة البحث : ٤٤٩،٤٤٩ والممتدة من ١٩٩٥/١١/١ وحتى ١٩٩٨/١١/١.

[15] دور الرنين المغناطيسي في تشخيص تمزق الرحم الحامل التالي للمشيمة المنذلة.

ولقد بين Lerner (١٩٩٥) [16] دور الإيكو المهبلي والدوبلر الملون في تشخيص حالات ارتكاز المشيمة المعيب والمشيمة الملتحمة اعتماداً على الجريان الدموي.

من الشائع وضع التشخيص في الطور الثالث للمخاض عندما تنحبس المشيمة ويتأخر انفكاكها حيث يكون النزف قليلاً إلى حين محاولة تخليص المشيمة في حالات المشيمة الملتحمة التامة، ويكون النزف شديداً عند بدء انفكاك المشيمة في حالات الالتحام الجزئي أو البؤري.

وتثقل المريضة في جميع الحالات إلى غرفة العمليات لإجراء التدبير المناسب.

### التدبير

تعتمد المعالجة الفعالة على إجراء نقل دم مباشرة، وإجراء استئصال رحم ولادي فوري في جميع الحالات تقريباً.

وهناك قاعدتان يجب اتباعهما عند تعويض نقص حجم الدم الناتج عن حدوث النزف عند نقل الدم :

١- يجب ألا يقل حجم البول عن ٣٠ مل/ساعة وبشكل مثالي ٦٠ مل/ساعة.

٢- هيماتوكريت لا يقل عن ٣٠% ( Czer & Shomaker (١٩٧٨) [17] ويعد نقل الدم الطازج أفضل من نقل الدم المخزن لمعالجة نقص حجم الدم الناتج عن النزف الحاد لأن الدم المخزن له سيئة وهي عدم احتوائه على صفيحات فعالة .

عندما يكون سطح التحام المشيمة كبيراً فإن النزف يكون قليلاً أو لا يكون هناك نزف حتى مرحلة تخليص المشيمة بشكل يدوي على الأقل وإن سحب أو جر الحبل السري يمكن أن يؤدي إلى انقلاب الرحم وعلى أية حال فإن محاولة

جدول رقم ١ - يبين توزيع حالات المشيمة الملتحمة على سنوات الدراسة

العالم	عدد الولادات	عدد الحالات	نسبة الحدوث
١٩٩٥/١١/١ حتى ١٩٩٦/١٠/٣١	١٥,٧٣١	١٢	١٣١٠/١
١٩٩٦/١١/١ حتى ١٩٩٧/١٠/٣١	١٥,٠٧٣	٧	٢١٥٣/١
١٩٩٧/١١/١ حتى ١٩٩٨/١١/١	١٥,٦٤٥	٦	٢٦٠٧/١

وصل عدد حالات المشيمة الملتحمة في الفترة نفسها /٢٥/، وكانت نسبة حدوث المشيمة الملتحمة خلال هذه الفترة ١٨٥٧/١ ولادة. ويلاحظ من الجدول السابق انخفاض نسبي في معدل حدوث المشيمة الملتحمة بشكل تدريجي في كل عام مما قد يدل على زيادة المستوى والوعي الصحي لدى المريضات، وزيادة مراجعة السيدات المشفى من أجل الولادة وليس من أجل معالجة وتدبير المضاعفات التوليدية فقط. وهناك دراسة لـ أ.د صادق فرعون [25] عن المشيمة الملتحمة بين عامي /١٩٦٦ - ١٩٧٩/ في دار التوليد بجامعة دمشق وكان مجموع الحالات /٢٢/ حالة، وشكلت المشيمة الملتحمة نسبة مرتفعة جداً ففي عام /١٩٧٨/ كان هناك /٦/ حالات من أصل /٤٠٩٠/ ولادة، أي شكلت المشيمة الملتحمة نسبة ٦٨١/١، ولادة في حين

في عام /١٩٧٩/ كانت هناك /٦/ حالات من أصل /٣٨٤٣/ ولادة أي شكلت المشيمة الملتحمة نسبة ٦٤٠/١ ولادة. ويعود انخفاض نسبة حدوث المشيمة الملتحمة في هذه الدراسة الحالية (١٨٥٧/١ ولادة) مقارنة مع دراسة أ.د فرعون إلى تحسن الوعي الصحي لدى السيدات ومراجعتن المشفى لأجل الولادة فقط وليس عند حدوث مضاعفة كما كان سابقاً، ولتحسن الممارسة التوليدية بشكل عام. ويلاحظ أيضاً من هذه الدراسة أن نسبة المشيمة الملتحمة لدينا أعلى من النسبة العالمية (حسب Breen تقدر وسطياً بـ /٧٠٠٠/١ ولادة) [2]. وهناك دراسة تونسية لـ Benzineb وزملائه عام /١٩٩٥/ أشارت إلى أن نسبة المشيمة الملتحمة هي /٧١٣٩/١ ولادة [19].

### علاقة المشيمة الملتحمة مع عمر الوالدة

جدول رقم ٢- يبين العلاقة بين المشيمة الملتحمة وعمر المريضة

العمر	عدد حالات المشيمة الملتحمة	النسبة المئوية
١٧-٢٠ سنة	١	٤%
٢١-٢٩ سنة	٣	١٢%
٣٠-٣٤ سنة	٦	٢٤%
٣٥-٣٩ سنة	١٣	٥٢%
٤٠ فما فوق	٢	٨%

يبين الجدول السابق أن ٨٨% من حالات المشيمة الملتحمة في هذه الدراسة كن بعمر بين (٢١-٣٩) سنة لكثرة الإنجاب في هذه الفئة كما يبين الجدول السابق أن تقدم السن عند الحامل

ولاحتمال حدوث مضاعفات تؤهب لإحداث مشيمة ملتحمة. كما يبين الجدول السابق أن تقدم السن عند الحامل



قد يوهب لحدوث المشيمة الملتحمة إذ كانت النسبة العظمى ما بين ٣٥ - ٣٩ سنة حيث شكلن نصف الحالات تقريباً من مجموع المريضات.

وهذا يتماشى مع دراسة مكسيكية لـ Lira - Plascencia وزملائه (عام ١٩٩٥) [20]

### علاقة المشيمة الملتحمة مع عدد الولادات السابقة

جدول رقم ٣- يبين العلاقة بين المشيمة الملتحمة وعدد الولادات السابقة

عدد الولادات	عدد حالات المشيمة الملتحمة	النسبة المئوية
خروس	١	٤ %
ولود ٢ - ٣ - ٤	٩	٣٦ %
ولود ٥ ولادات فما فوق	١٥	٦٠ %

حيث بينت دراسة Lira-Plascencia وزملائه [20] أن متوسط عدد الولادات في مريضات المشيمة الملتحمة كان ثلاث ولادات ، وشكلت زمرة الخمس ولادات ٣٣,٣ % .

### العوامل المؤهبة

يبين الجدول التالي أهمية بعض العوامل المؤهبة حسب ترتيب وجودها والمهينة لحدوث المشيمة الملتحمة :

يمكن أن نستنتج من الجدول السابق أن ٦٠% من حالات المشيمة الملتحمة في هذه الدراسة كن من عديدات الولادة جداً (٥ ولادات فما فوق) ، كما أن نسبة المشيمة الملتحمة عند الخروسات نادر جداً . ومع العلم أنه في سوابق هذه الخروس المذكورة في الجدول يوجد تجريف رحم استقصائي.

كما أننا نستنتج من الجدول السابق أن هناك تناسباً طردياً ما بين عدد الولادات السابقة وارتفاع نسبة حدوث المشيمة الملتحمة وهذا ما يطابق المراجع العالمية.

جدول رقم ٤- يبين العوامل المؤهبة للمشيمة الملتحمة في هذه الدراسة

العامل المؤهب	نسبة الحدوث المئوية
ارتكاز المشيمة المعيب	٧٢ %
سوابق قيصرية أو أكثر	٦٨ %
سوابق تجريف أو أكثر	٣٦ %
تناذر أشرمان	-
تطويق عنق الرحم	-

جدول رقم ٥- يبين العوامل المؤهبة للمشيمة الملتحمة في دراسة Fox (٤)

العامل المؤهب	نسبة الحدوث المنوية
ارتكاز المشيمة المعيب	٣٣ %
سوابق تجريف أو أكثر	٢٧ %
سوابق قيصرية أو أكثر	٢٥ %
تناذر أشرمان	-
عملية شيروودكار	-

المشيمة الملتحمة هي ٧٢% مقابل ٣٣% في دراسة Fox ، و ٥٠% في دراسة أ.د فرعون [25] وتعدُّ القطعة السفلية التي يكون فيها الغشاء الساقطي ناقصاً نسبياً عاملاً مؤهباً لاندخال المشيمة ، ويلاحظ ارتفاع في نسبة ارتكاز المشيمة المعيب بشكل مرافق للمشيمة الملتحمة إذ إنَّ ارتكاز المشيمة المعيب يعدُّ سبباً لاندخال .

ويلاحظ بالمقارنة بين هذه الدراسة ودراسة Fox أن هناك زيادة بنسبة حدوث العوامل المؤهبة في دراستنا بالمقارنة مع دراسته . وسوف ندرس الآن كل عامل على حدة :

### ١- ارتكاز المشيمة المعيب

حيث بينت هذه الدراسة أن نسبة ارتكاز المشيمة المعيب على القطعة السفلية للرحم في حالات

### جدول رقم ٦- يبين نسبة ارتكاز المشيمة المعيب في المشيمة الملتحمة

النسبة المنوية	عدد الحالات	موقع ارتكاز المشيمة
٧٢%	١٨	على القطعة السفلية للرحم
٢٨%	٧	على جسم الرحم

لقد ذكر To-WW Leung أن خطر حدوث المشيمة الملتحمة في مرضى ارتكاز المشيمة المعيب مع سوابق قيصرية أو أكثر يزيد بمقدار ٣٥ ضعفاً منها دون سوابق قيصرية أو ندبة على الرحم .

وإن ارتفاع نسبة المشيمة الملتحمة في زمرة مريضات سوابق القيصرية ربما يعود إلى أخذ الغشاء الساقطي في أثناء خياطة الطبقة الأولى من القطعة السفلية للرحم مما يسبب سوءاً في الندبة مما يشكل تربة جيدة لاندخال المشيمة .

كما أن الدراسة المكسيكية لـ Lira- Plascencia وزملائه (عام ١٩٩٥) [20] بينت أن نسبة المشيمة الملتحمة في مريضات ارتكاز المشيمة المعيب هي ١٧,٦% .

### ٢- سوابق قيصرية أو أكثر

بلغت نسبة اللواتي في سوابقهن قيصرية أو أكثر في هذه الدراسة ٦٨% مقابل ٢٥% في دراسة Fox [4] ، و ٢٧,٢% في دراسة أ.د فرعون [25] .

### جدول رقم ٧- يبين نسبة سوابق القيصرية في المشيمة الملتحمة

عدد القيصرات السابقة	عدد الحالات	النسبة المئوية
لا يوجد	٨	٣٢ %
سوابق قيصرية واحدة	٦	٢٤ %
سوابق قيصرتين أو أكثر	١١	٤٤ %

### ٣- سوابق تجريف رحم أو أكثر :

بينت هذه الدراسة أن ٣٦% من المصابات بالمشيمة الملتحمة لديهن في سوابقهن تجريف رحم لمرة أو أكثر، على حين في دراسة Fox كانت ٢٧% [4]، وفي دراسة أ.د فرعون كانت ٦٣,٦% [25].

لقد بينت هذه الدراسة أن نسبة المشيمة الملتحمة في سوابق القيصرتين أو أكثر هي أعلى من نسبتها في سوابق القيصرية الواحدة، وهذا يتماشى مع دراسة Lira - Plascencia [20] حيث وجد أن نسبة المشيمة الملتحمة في سوابق القيصرية الواحدة كان ٢١,١% وفي سوابق القيصرتين أو أكثر كان ٥٠%.

### جدول رقم ٨- يبين نسبة سوابق تجريف الرحم الآلي في المشيمة الملتحمة

عدد التجاريف السابقة	عدد الحالات	النسبة المئوية
لا يوجد	١٦	٦٤ %
١-٢ تجريف	٨	٣٢ %
٣ تجاريف أو أكثر	١	٤ %

الجائر وكلها عوامل متوافرة في بلادنا مما يرفع من نسبة المشيمة الملتحمة في بلادنا مقارنة مع الدراسات العالمية.

#### ملاحظة

لم يكن في هذه الدراسة أية حالة مشيمة ملتحمة في سوابقها متلازمة أشرمان التي تحدث بسبب التجاريف الجائرة المتكررة أو في سوابقها تطويق عنق الرحم، على حين في دراسة أ.د فرعون [25] شكلت المريضات اللواتي في سوابقهن متلازمة أشرمان (التصاق جوف الرحم) ٩% من الحالات، واللواتي في سوابقهن عملية تطويق عنق رحم (شيرودكار) ٩% من الحالات أيضاً.

ومن المعلوم أن متلازمة أشرمان الناتجة عن تجريف الرحم الجائر في فترة النفاس أو بعد إسقاط منسي يؤهب لحدوث التصاقات ضمن

لوحظ وجود نسبة عالية من التجاريف لإسقاط ناقص وعواقب الإسقاط في القصة المرضية لدى مريضات المشيمة الملتحمة مما يؤهب لحدوث المشيمة الملتحمة بآلية اقتلاع الغشاء الساقطي الرحمي في أثناء التجريف خاصة عندما يكون جائراً.

وكما هو ملاحظ فإن التجريف مرة واحدة أو أكثر يؤهب لحدوث المشيمة الملتحمة بسبب الرض الذي يحدثه التجريف بغض النظر عن عدد التجاريف.

يُلاحظ من هذه الدراسة المحلية زيادة في النسبة المئوية للعوامل المؤهبة مقارنة مع النسب المئوية للعوامل المؤهبة للدراسات العالمية وخاصة: تعدد الولادات، ارتكاز المشيمة المعيب المرافق للمشيمة المندخلة، وسوابق القيصرية أو أكثر، وسوابق تجريف الرحم الآلي

الرحم ولحدوث المشيمة الملتحمة (Schenker) [22].

### الفحص الباثولوجي

التشخيص المبدئي كان سريرياً يعتمد على تأخر انفكك المشيمة أو حدوث نزف مكان ارتكاز المشيمة المعيب أو حدوث نزف خلاص ، والتدبير كان إسعافياً أولاً ، وأتى التشريح المرضي ليؤكد التشخيص السريري ، حيث أثبت التشريح المرضي وجود المشيمة الملتحمة في كل حالات استئصال الرحم الولادي التي تمت بعد وضع تشخيص المشيمة الملتحمة سريرياً . وانتهت جميع حالات المشيمة الملتحمة بهذه الدراسة بإجراء استئصال رحم تام أو تحت تام .

### جنس الجنين والمشيمة الملتحمة

لقد لوحظ في هذه الدراسة أن نسبة الأجنة الإناث شكلن ٧٦% من مجموع حالات المشيمة الملتحمة وهذا يتماشى مع دراسة James-W.H. (عام ١٩٩٥) [23]. حيث بينت دراسته أيضاً أن نسبة الأجنة الإناث المصادفة في المشيمة الملتحمة كانت أعلى من نسبة الأجنة الذكور ، ولا يوجد تفسير واضح لذلك.

### جدول رقم ٩- يبين طريقة تدبير حالات المشيمة الملتحمة

النسبة المئوية	عدد الحالات	العمل الجراحي
٧٦%	١٩	استئصال رحم تام Total
٢٤%	٦	استئصال رحم تحت تام Subtotal

الملتحمة أمر هام جداً، وتأمين ونقل الدم الطازج له أهمية أيضاً. كما أن اتخاذ القرار الحاسم والمناسب والحكيم في الوقت المناسب دون تردد عند إجراء استئصال الرحم الولادي باستئجاب وجود مشيمة ملتحمة يعدُّ هاماً جداً.

يجب الأخذ بالحسبان كل سيدة حامل لديها العوامل المؤهبة السابقة الذكر وخاصة تقدم العمر ، وتعدد الولادات ، ووجود ارتكاز مشيمة معيب ، وسوابق عمل جراحي على الرحم من قيصرات أو تجاريف ، وذلك من أجل أخذ الحيطة ووضع التدبير المناسب باكراً ما أمكن. كما أنه من الهام تجنب تخليص المشيمة اليدوي الجائر في الحالات التي يكون فيها تخليص المشيمة صعباً ومستحيلاً مما يؤدي إلى تحسين الإنذار وإنقاص الوفيات الولدية.

### الوفيات الولدية

لم تحدث خلال هذه الدراسة في فترة ثلاث السنوات أية وفاة والدية في حالات المشيمة

أجريت جميع حالات استئصال الرحم التام فور إجراء القيصرية، بعد أن تم وضع تشخيص المشيمة الملتحمة بشكل سريري، ما عدا حالة واحدة فقط ، اضطر لإجراء فتح بطن مرة ثانية واستئصال الرحم التام بعد عدة ساعات من العمل الجراحي الأول ، وذلك لحدوث نزف خلاص بعد إجراء القيصرية حيث وجد بفتح البطن الثاني نزف مكان ارتكاز المشيمة في بعض البؤر مكان ارتكاز بعض الفلق المشيمية الملتحمة.

أما حالات استئصال الرحم تحت التام فأجريت كلها فور إجراء القيصرية بعد أن تم وضع تشخيص المشيمة الملتحمة بشكل سريري .

لم تكن هناك أية مضاعفة جراحية تالية لاستئصال الرحم التام أو تحت التام في حالات المشيمة الملتحمة.

### التدبير السريري

إن تأمين ونقل الدم بعد إجراء التصالب بالسرعة الممكنة في حالات النزف التالي لحدوث المشيمة

ولقد أشارت دراسة أ.د فرعون [25] إلى أن نسبة وفيات الأجنة كانت ٣٢% وهي نسبة عالية. في دراسة راجعة تمت في مشفى التوليد بالكويت من عام ١٩٨١-١٩٩٣ ونشرت من قبل Makhseed-M وزملائه (١٩٩٥) [24] وُجد أن المشيمة الملتهمة قد شكلت ٩٨ بالمليون وأن استئصال الرحم الولادي كان ضرورياً في ٨٧,٥% من الحالات، ووجد حالة وفاة والدية واحدة نسبة ١٦/١ أي (٦,٢٥%)، و٣ وفيات ما حول الولادة بنسبة ١٦/٣ أي (١٨,٧٥%).

### مناقشة النتائج

تُعد المشيمة الملتهمة من أحد الأسباب الهامة للنزوف ما بعد الولادة والمهددة للحياة، مما يجعل من واجب الطبيب وضع التشخيص السريري الصحيح في الوقت المناسب والقيام بالتدبير المثالي والسريع لما تشكله هذه الحالة من خطورة بالغة ترفع من نسبة الوفيات الولدية.

لقد بلغت نسبة المشيمة الملتهمة في هذه الدراسة التي امتدت ثلاث سنوات ١٨٥٧/١ ولادة وهي أعلى من النسبة العالمية (٧٠٠٠/١ ولادة) [2]. ويعود ارتفاع النسبة في هذه الدراسة لتوافر وزيادة العديد من العوامل المؤهبة لدينا ومنها: تقدم عمر الحامل، وتعدد الولادات، وارتفاع نسبة حالات ارتكاز المشيمة المعيب في بلدنا، بالإضافة إلى وجود سوابق جراحية على الرحم مثل: سوابق قيصرية أو أكثر، أو سوابق وجود تجريف رحم آلي جائز.

لكن بمقارنة هذه الدراسة مع دراسة أ.د فرعون [25] التي أجريت بين عامي ١٩٦٦-١٩٧٩/١ نجد أن هناك انخفاضاً واضحاً حالياً بنسبة حدوث المشيمة الملتهمة (١٨٥٧/١ ولادة في هذه الدراسة مقابل على ٦٨١/١ ولادة عام ١٩٧٨ و ٦٤٠/١ ولادة عام ١٩٧٩) ويعود الانخفاض في هذه الدراسة لتحسن الوعي الصحي بشكل واضح لدى السيدات ومراجعتهن للمشفى لأجل الولادة فقط وليس عند حدوث مضاعفة، كما كان سابقاً. كما يعود إلى تحسن وتطور الممارسة الولادية

الملتهمة وذلك بسبب التشخيص السريع والتدبير الإسعافي السريع للحالات عن طريق اتخاذ القرار الحاسم في الوقت المناسب وإجراء استئصال الرحم دون تردد أو تأخير عند وضع تشخيص المشيمة الملتهمة سريرياً.

كما أنه تم تأمين ما يلزم، وبأقصى سرعة، من الدم وتم نقله للمريضات في الوقت المناسب تجنباً لحدوث اضطراب التخثر المنتشر الشديد، ومضاعفات صدمة نقص حجم الدم والناجمة عن النزف المرافق لحالات المشيمة الملتهمة.

لم يلجأ إلى ربط الشريان الحرقفي الباطن في الحالات السابقة الذكر وذلك بسبب إجراء استئصال الرحم السريع والمرفق بنقل الدم منقذين حياة المريضات.

ولقد أشارت دراسة أ.د فرعون [25] إلى أن نسبة الوفيات الولدية كانت ٢٢,٧% وهي نسبة عالية قد يعود بعضها للتأخر في التشخيص السريري، ومحاولة تخليص المشيمة اليدوي المنكر.

ولقد أشارت الدراسة التونسية لـ Benzeyneb وزملائه (١٩٩٥) [19] إلى أنه حدثت ثلاث وفيات والدية من أصل عشر حالات مشيمة ملتهمة في دراسته.

### الوفيات ما حول الولادة

إن نسبة ضياع الأجنة حسب دراسة Fox [4] ٩,٦%. كانت نسبة وفيات الأجنة في حالة المشيمة الملتهمة بالحالات المدروسة حالتين أي بنسبة ٨%.

حيث كان هناك بالقصة المرضية لدى مريضة قصة نزف غزير ناتج عن ارتكاز مشيمة معيب مركزي، مما اضطر لإجراء قيصرية إسعافية لاستئطاب والدي فانتهى الأمر بحدوث خداج في الأسبوع ٣٤ في حالة، مما أدى إلى وفاة ما بعد الولادة.

أما الحالة الثانية فكانت حالة ملاص بسبب تنافر الزمر الدموية بعامل ريبوس ترافق مع ارتكاز مشيمة معيب مركزي في تمام الحمل.

مرافق أدى إلى نزف واستدعي إجراء قيصرية إسعافية مما يستدعي عناية مركزة بالخدج.

من حيث التشخيص الباكر والتدبير الباكر، ونأمل أن تصبح نسبة المشيمة الملتحمة مستقبلاً في بلادنا أقل .

لقد بينت هذه الدراسة أن النسبة العظمى من المصابات بالمشيمة الملتحمة كنّ يعمر ٣٥-٣٩ سنة وشكلن نصف الحالات تقريباً (في حين شكلن ٢٦% من الحالات في دراسة (Lira-Plascencia) [20]. أما عديدات الولادة جداً (٥ ولادات فما فوق) فقد شكلن ٦٠% من الحالات في هذه الدراسة (في حين شكلن ٣٣,٣% في دراسة (Lira-Plascencia) [20].

كما أوضحت هذه الدراسة أن ٧٢% من الحالات توافقت بوجود ارتكاز مشيمة معيب، والذي يعدّ سبباً للاندخال (مقابل ٣٣% في دراسة Fox) [4]، (ومقابل ٥٠% في دراسة أ.د فرعون) [25].

كما أن تعدد القيصرات يؤدي إلى سوء في الندبة ويؤهب لالتحام المشيمة . وبلغت نسبة اللواتي في سوابقهن قيصرية واحدة في هذه الدراسة (٢٤%)، ونسبة اللواتي في سوابقهن قيصرتين أو أكثر (٤٤%)، (في حين كانت النسبة : ٢١,١% و ٥٠% على التوالي في دراسة Lira-Plascencia) [20].

كذلك فإن ٣٦% من مريضات الدراسة لديهن في سوابقهن تجريف رحم ألي لمرة أو أكثر (٢٧% في دراسة Fox) [4]، (٦٣,٦% في دراسة أ.د فرعون) [25].

تم تدبير كل حالات المشيمة الملتحمة بإجراء نقل دم سريع واستئصال رحم ولادي تام أو تحت تام .

لم تحدث خلال هذه الدراسة أية وفاة والدية ، نتيجة التدبير السريع والمثالي بنقل الدم واستئصال الرحم الولادي .

بلغت نسبة وفيات الأجنة في هذه الدراسة ٨% ، وكان الخداج أحد الأسباب الهامة للوفيات ما حول الولادة بسبب وجود ارتكاز مشيمة معيب

## التوصيات

وأخيراً ومن خلال هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات النهائية التالية :

- ١- الاهتمام بالحوامل اللواتي لديهن عوامل خطورة لحدوث المشيمة الملتحمة ، ومن ثمّ بذل العناية الخاصة والمراقبة المشددة للحوامل المتقدمات بالعمر ، وعديدات الولادة، واللواتي لديهن ارتكاز مشيمة معيب، وكذلك اللواتي لديهن في سوابقهن عمليات جراحية سابقة على الرحم (مثل القيصرات المتكررة، أو تجاريف رحم آلية سابقة ولا سيما الجائرة منها ) .
- ٢- تنبيه هذه الزمر من الحوامل على أن يراجعن عيادة الحوامل بشكل دوري مكثف .
- ٣- التدبير السريع والفعال بنقل الدم الطازج في حالات المشيمة الملتحمة لتجنب اضطرابات التخثر ، وصدمة نقص الحجم، والمضاعفات التوليدية.
- ٤- اتخاذ القرار الصحيح باستئصال الرحم

- الولادي عند وضع تشخيص المشيمة الملتحمة دون تردد ودون إضاعة الوقت ، مع الانتباه على تجنب تخليص المشيمة اليدوي الراض والخطر وتجنب المعالجات المحافظة التي تكون في كثير من الأحيان فاشلة ومضيفة للوقت بل ومميتة.
- ٥- إنشاء وحدة عناية خاصة بالخدج وتركيز الاهتمام بذلك للإقلال من نسبة الوفيات ما حول الولادة والناجمة عن إنهاء الحمل في حالات ارتكاز المشيمة المعيب التي قد تترافق بخداج.
  - ٦- التقليل قدر الإمكان من عدد القيصرات المتكررة ومن التجاريف الجائرة لما لها من خطورة كبيرة في زيادة نسبة حدوث المشيمة الملتحمة المهددة للحياة ، وتقديم النصائح للسيدات اللواتي في سوابقهن قيصرات متعددة بأن يجرى لهن تعقيم دائم (ربط بوقين) مع الأخذ بالحسبان رأي الزوجين ورغباتهما.
  - ٧- ضرورة وجود فريق جراحي خبير دوماً، ويد جراحية خبيرة بعمليات استئصال الرحم الولادي لتجنب المضاعفات الطبية والجراحية قدر الإمكان.

## المصادر

- 1- Cunningham, Mac Donald, Gant, Leveno, Gilstrap III, Hankins, Clack : Williams Obstetrics- 20th Edition-1997- appleton & Lange- p. 765-767.
- 2- Breen JL, NeubeckerR, Gregori CA, Franklin JE Jr : Placenta accreta, increta, and percreta. A survey of 40 cases. Obstet Gynecol 49: 43, 1977
- 3- Read JA, Cotton DB, Miller FC : Placenta accreta : Changing clinical aspects and outcome. Obstet Gynecol 56 : 31, 1980 .
- 4- Fox H : Placenta accreta , 1945 - 1969. Obstet Gynecol Survey 27: 475 , 1972 .
- 5- Hardardottir H, Borgida AF, Sanders, Ernstl, Campbell WA : Histologic myometrial fibers adherent to the placenta. Impact of method of placental removal . Am J Obstet Gynecol 174 : 358 , 1996 .
- 6- Berchuck A, Sokol RJ : Previous cesarean section, placenta increta, and uterine rupture in second - trimester abortion. Am J Obstet Gynecol 145 : 766 , 1983.
- 7- Archer GE, Furlong LA : A cute Abdomen caused by placenta percreta in the second trimester . Am J Obstet Gynecol 157 : 146, 1987 .
8. Tabsh KMA, Brinkman CR III, King W : Ultrasound diagnosis of placenta increta. J clin Ultrasound 10 : 288, 1982.
- 9- Cox SM, Carpenter RJ, Cotton DB : Placenta percreta : Ultrasound diagnosis & conservative surgical management . Obstet Gynecol 72 : 452, 1988.
- 10- Pasto ME, Kurtz AB, Rifkin MD, Cole - Beuglet C, Wapner RJ, Goldberg BB : Ultrasonographic findings in placenta increta J Ultrasound Med 2:155,1983.
- 11- Cario G M, Adler AD, Morris N : Placenta percreta presenting as intra-abdominal antepartum hemorrhage . Case report . Br. J. Obstet Gynaecol 90 : 491, 1983.



- 12- Collins ML, O'Brien P, Tabrah N : Placenta previa percreta with bladder invasion. JAMA 240 : 1749, 1978 .
- 13- Harris - RD; Cho-C; Wells-WA : Semin-Ultrasound-CT-MR. 1996 Feb; 17(1) : 66 - 89 .
- 14- Kinoshita - T ; Ogawa-K; Yasuncizu - T, Kato - J : J-Obstet - Gynaecol - Res. 1996 Apr; 22(2) : 125 - 8.
- 15- Hamrick- Turner - JE; Cranston - PE; Lantrip - BS : Gravid uterine dehiscence : MR Findings : Abdom - Imaging . 1995 Sep. - Oct. ; 20 (5): 486 - 8 .
- 16- Lerner - JP ; Deane - S ; Timor - Tritsch- IE : Characterization of placenta accreta using transvaginal sonography and color Doppler imaging . Ultrasound - Obstet- Gynecol . 1995 Mar.; 5 (3) : 198 - 201.
- 17- Hematocrit value in critically ill postoperative patients . Surg Gynecol Obstet 147 - 363, 1978.
- 18- Davis - JD ; Cruz A : Obstet - Gynecol . 1996 Oct ; 88 (4Pt2) : 653 - 4.
- 19- Benzineb - N ; Fekih - MA ; Battikh - O; Sfar - R : Placenta accreta. Ten cases . J-Gynecol - Obstet - Biol - Reprod - Paris . 1995 ; 24 (7) : 751-5.
- 20- Lira - Plascencia - J ; Ibarquengoitia - Ochoa-F; Argueta - Zuniga-M; Karchmer-S: Placenta praevia/ accreta and previous cesarean section. Experience of five years at the Mexico National Institute of Perinatology. Ginecol . Obstet - Mex. 1995 Aug; 63 : 337 - 40 .
- 21- To-WW; Leung-WC: Placenta previa and previous cesarean section . Int- Gynaecol - Obstet. 1995 Oct; 51 (1) : 25 - 31 .
- 22- Schenker - JG : Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri. Eur - J- Obstet - Gynecol - Reprod- Biol. 1996 Mar. ; 65 (1): 109-13.
- 23- James - WH : Sex ratios of offspring and the causes of placental pathology . Human Reprod. 1995 Jun., 10(6) : 1403 - 6.
- 24- Makhseed - M; Mousa - MA : The outcome of placenta accreta in Kuwait (1981 - 1993) . Int - J- Gynaecol - Obstet . 1995 Aug.; 50(2) : 139 - 44 .

٢٥- مقالة لـ أ.د. صادق فرعون عن المشيمة الملتحمة - المجلة الطبية العربية - العدد ٦٩ (ص ٥ -

(١٨) - كانون الأول - ١٩٨٠

· تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠٠/١/٦.  
· تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٠/٣/٢٢.