

PORUCHY PLACENTACE – PLACENTA PERCRETA S NÁSLEDNOU HYSTEREKTOMIÍ PO PORODU – KAZUISTIKA

J. Cibulková

Gynekologicko-porodnické oddělení, Klatovská nemocnice a.s.

Placenta percreta (placenta vrostlá klky do celé stěny děložní až k seróze) je porucha placentace. Placenta prorůstá do děložní stěny. Abnormální invaze placenty je spojována s nepřítomností jak decidua basalis, tak Nitabuchovy vrstvy (3). Podle stupně fixace placenty ke stěně děložní rozlišujeme: placenta adherens – uteroplacentární septa oddělující placentární kotyledony a vyrůstající z deciduy jsou hypertrofické a jejich přetržení vážne, placenta accreta – fixační placentární klky prorůstají až ke svalovině, placenta increta – fixační klky prorůstají do hloubky svaloviny, placenta percreta – fixační klky prorůstají celou děložní stěnou.

V těchto případech lůžko inzeruje v místech, kde byla decidualizace nedostatečná – v dolním děložním segmentu, nad intramurálními nebo submukozními myomy, na děložním septu, nebo jizvě po předchozích operacích na děloze (císařském řezu), místech, kde bylo endometrium změněno proběhlým zánětem, nebo v místech, kde decidua vůbec chyběla (po příliš abrazivních kyretážích). Při poruše fixace placenty se daří manuálně vybavit pouze placentu adherens. Pokus o odloučení placenty accrety, increty, percrety se nedaří a končí obvykle silným krvácením. V těchto případech je řešením hysterektomie (1).

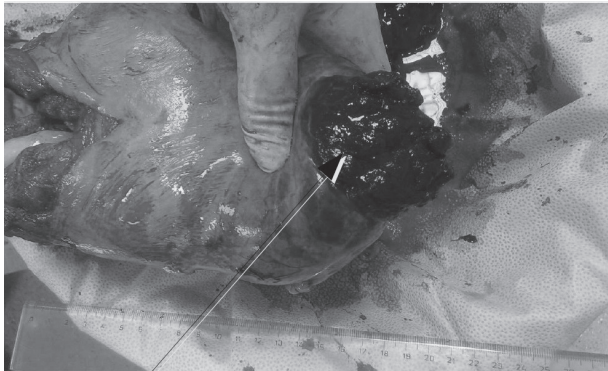
KAZUISTIKA

Dne 19.12.2013 přivezena RZP 33letá tercigravida, sekundipara ve 30. týdnu gravidity pro 2 hodiny trvající bolesti břicha. Při příjmu nekrvácí, výrazně palpačně bolestivá děloha, somnolentní. TK 110/70 mm Hg, P 90/min. Vstupní vyšetření 22:05 hod.: Zevně: F X / 3, hypertonus děložní, pohyby plodu +, ozvy plodu 69/min, gravidita H 30+1. Vaginálně: hrdlo na falangu, přístupné pro prst, dolní děložní segment prázdný, hmatný vak blan, nekrvácí. Nabrána kultivace z pochvy. USG abdominálně: v dutině děložní jeden plod s akcí srdeční cca 70–80/min, v poloze podélné koncem pánevním.

Vzhledem k zjištěné bradykardii plodu a suspekci na abrupci placenty indikováno ukončení těhotenství urgentním císařským řezem. Zajištěn druhý žilní vstup (odběr KO) a v celkové anestezii provedena laparotomie sec. Pfannenstiel, pronikáme hladce do dutiny břišní, kde již přes peritoneum viditelné výrazné hemoperitoneum. Otevřena dutina břišní, vytéká cca 500 ml tekuté tmavé krve, proveden korporální řez na děloze, vybaven plod ženského pohlaví. Placenta se spontánně neodlučuje, proto vybavena děloha před stěnu



Obr. 1 Fundus děložní

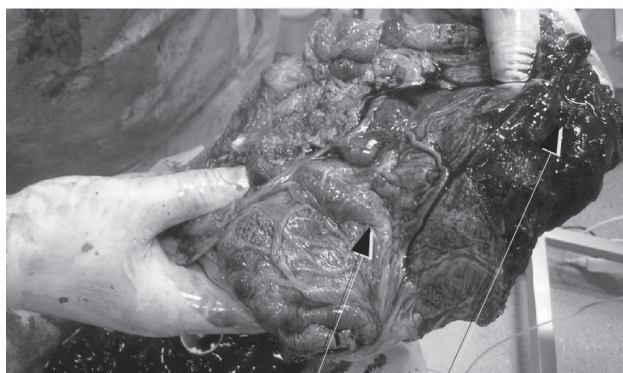


Obr. 2 Ruptura děložní v oblasti fundu s placentární tkání

břišní, kde diferencujeme rupturu děložní v oblasti fundu vlevo (obr. 1, 2, 3, 4), z kterého dochází k profúznímu krvácení. V ruptuře jsou části placentární tkáně, placenta nelze manuálně oddělit od myometria, proto rozhodnuto provést hysterektomií post partum. Hysterektomie provedena bez komplikací, děloha získána celá včetně čípku děložního extrafasciálním postupem, po oddělení pochvy od dělohy dezinfekce pahýlu poševního a jeho uzavření jednotlivými stehy. Levá adnexa a pravé ovarium makroskopicky bez patologického nálezu, pravá tuba s cystickým útvarem velikosti 3 × 3 cm. Provedena pravostranná salpingektomie. Sutura kolpotomie klidná, nekrvácí, provedena toaleta dutiny břišní, kdy ještě z dutiny břišní získány koagula a krev cca 1800 ml. Dutina břišní vydrénována a uzavřena po anatomických vrstvách. Krevní ztráta: 2500 ml. Placenta + cystický útvar pravé tuby odesláno k histologickému vyšetření. Perioperačně TK 100/50 mm Hg, podána ATB Vulmizolin 1 g i. v., uterotonika (Oxytocin, MEM). Zajištěny a následně podány 4 T.U. erytrocytů, 2 T.U. plazmy z vitální indikace (Hb 53 g/l, hematokrit 0.150j).



Obr. 3 pupečník hysterotomie



Obr. 24 Řez děložou placenta ruptura

Novorozenec ženského pohlaví, 1630 g/KP, Apgar skóre 1-5-6 ve 22:25 hod. (transport na Neonatologické oddělení FN Plzeň). Osobní a gynekologická anamnéza odebrána vzhledem k urgentnosti výkonu až v pooperačním období. Pacientka v osobní anamnéze bez anamnestických rizik a pozoruhodností. Pravidelná prenatální péče, v roce 2012 stav po spontánním abortu ve 20. týdnu gravidity s následnou revizí, 1× spontánní porod v roce 1999 (chlapec 3000 g / 47 cm).

Po výkonu dále pokračováno v aplikaci ATB (trojkombinace: Vulmizolin, Gentamicin, Metronidazol), LMWH, analgetika, infuzní terapie. Hodnoty krevního tlaku v normě, diuréza přiměřená, odpad do drénů přiměřený. Nabrána kultivace z pochvy: nález: *Staphylococcus epidermidis*, *Lactobacillus vaginalis*, *Streptococcus agalactiae* neprokázán. Laboratoř celkově: 19. 12.-25. 12. 2013. Biochemie: Kyselina močová: 246, 222 Urea: 3.4, 2.2 AST: 0.52, 0.76 ALT: 0.39, 0.38 ALP: 1.01, 1.29 Kreatinin: 60, 55 Celk. bílkovina: 40.9, 50.1 Bilirubin celk.: 5.4, 7.4 Albumin: 23.2 Vápník (Ca): 1.79, 1.77 Natrium (Na): 140, 139 Kalium (K):

3.7, 3.4 Chloridy (Cl): 109, 111 CRP: 8.7, 23.3. Hematologie: ANTITROMBIN III: 55.00, 75.20 % P-TROMBINOVOY CAS: 17.1 FIBRINOGEN: 1.4, 3.4 g/l APTT: 26.4, 24.8 s LEUKOCYTY: 9.7, 14.6, 17.1 $10^9/l$ HEMOGLOBIN: 53.0, 108.0, 124.0 g/l HEMATOKRIT: 0.150, 0.310, 0.340 j. ERYTROCYTY: 1.70, 3.65, 3.85 $10^{12/l}$ TROMBOCYTY: 194, 181, 388 $10^9/l$ D-dimery: 1.84, 2.50 ug/ml QUICK(INR): 1.0, 0.9 INR f.VIII: 177.10 %.

Při histologickém vyšetření potvrzena placenta increta (percreta). Na pravé tubě solitární serózní cysta. Pooperační průběhu bez komplikací, anemie korigována antianemiky, afebrilní normotenzní. Pacientka je propuštěna 6. pooperační den, subjektivně se cítí dobře, mikce bpn, stolice+, laparotomická rána klidná s hojením per primam, nekrvácí, DK klidné. Steh extrahován, navalitý poševní pahýl, malá pánev bez patologické rezistence. Na domů dále antianemika.

DISKUZE

Incidence poruchy placentace se udává 1/2500 porodů (2). Incidence placenta accreta se vyšplhala z 1/2 510 v osmdesátých letech na 1/533 v r. 2002 a 1/210 v r. 2006. Nárůst incidence pravděpodobně souvisí se zvýšením počtu císařských řezů v uvedeném časovém období. V mnoha studiích byl zjištěn přímý vztah mezi počtem předchozích operací na děloze a následujícím výskytem placenta accreta (3).

Rizikové faktory: předchozí císařský řez, předchozí placenta praevia, předchozí myomektomie, předchozí dilatace a evakuace dutiny děložní, submukózní myom, věk matky nad 35 let, multiparita, kouření (2).

Placenta percreta je dále dávána do souvislosti s ablací endometria. Uvádí se, že se může vyskytovat po abdominální radioterapii, která vede ke ztenčení myometria (3).

Ve studii, na které se podílela síť oddělení materno-fetální medicíny (MFMU) v rámci National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), bylo hodnoceno více než 30 000 žen s císařským řezem v anamnéze. Bylo zjištěno, že ženy s anamnézou čtyř a více císařských řezů měly devětkrát až třicetkrát zvýšené riziko výskytu placenta accreta. V případě kombinace placenta praevia a většího počtu císařských řezů v anamnéze se riziko placenta accreta zvyšuje až na 67 %. Pokud měla pacientka s placenta praevia v minulosti jeden císařský řez, stoupá riziko vývoje placenta accreta až na 25 %. Při kombinaci placenta praevia a dvou nebo tří porodů císařským řezem v anamnéze dosáhne riziko zhruba 40–60 %. Vrcholem je 70% riziko u žen po čtyřech a více porodech per sectionem (3). Placenta accreta (nejméně invazivní) je nejčastější, u zhruba 5 % pacientek se však vyskytuje placenta percreta s invazí do okolních orgánů (3). Diagnostika placenta accreta nebývá jednoznačná a obvykle je pouze klinická. Jednoznačná diagnóza může být stanovena pouze na základě histologického vyšetření. K histologickému vyšetření je třeba celá placenta i děloha a vyšetření celé ranné plochy. V případě, že je vyšetřována pouze placenta, mohou chybět malé částičky obsahující myometrium.

Podezření na akretní růst placenty může vyplývat z anamnézy nebo z ultrazvukového vyšetření (2). Mezi ultrazvukové známky patří: cévní intraplacentární lakuny (vzhled „ementálu“), ztráta hypoechogenní linie retroplacentárně, turbulentní vysokorychlostní tok v retroplacentárních cévách, abnormální cévy – hypervaskularizace mezi vpředu uloženou

placentou a močovým měchýřem nebo mezi vzadu uloženou placentou a zadní stěnou děložní (4).

Pro diagnostiku je možné užít magnetickou rezonanci (MRI). Můžeme tak získat informace u placent uložených na zadní stěně nebo o případné invazi placenty do močového měchýře. Přestože senzitivita vyšetření může být ovlivněna zkušeností vyšetřujícího, akustickými poměry během vyšetření, stářím gravidity, uložením placenty a samotným přístrojem i ultrazukovou sondou, má UZ ve srovnání s MRI vyšší senzitivitu (93 % vs. 80 %) i vyšší specificitu (71 % vs. 65 %) při současně nižších nákladech, vyšší dostupnosti a praktické nepřítomnosti omezení (4). Další zvýšení senzitivity i specificity poskytuje 3D ultrasonografie a power doppler. 3D power doppler má nejlepší pozitivní prediktivní hodnotu (76 %) následován 2D gray scale obrazem (51 %) a barevným dopplerem (47 %) (2).

Při podezření na poruchu placentace by měl být porod plánován. Důležitá je mezioborová spolupráce, informovat anesteziologa, chirurga, neonatologa. Předoperačně by mělo být zajištěno potřebné množství krevních náhrad, které by měly být dobře přístupné v době operace. Nejvhodnější termín ukončení těhotenství většina autorů doporučuje mezi 36.-38. týdnem.

Poučení pacientky o rizicích. Probereme s pacientkou léčebné možnosti a potenciální komplikace a proběhlý rozhovor zaznamenáme do lékařské dokumentace pacientky. Poučíme ji o zvýšeném riziku mateřského úmrtí, potenciální nutnosti provedení hysterektomie a podání krevní transfuze a jednostranné nebo oboustranné ovariectomie, kterou je třeba kvůli nezastavitelnému krvácení provést až v 10 % případů a dalších komplikací (3).

Perioperační komplikace: pro matku – hysterektomie, poranění okolních orgánů (močového měchýře, střev), nadměrná krevní ztráta, diseminovaná intravaskulární koagulace, infekce, syndrom akutní respirační tísně (ARDS), smrt; pro plod – předčasný porod, malý vzrůst plodu (2, 3).

SOUHRN

Kazuistika popisuje placentu percretu s následnou hysterektomií. S touto komplikací porodu se budeme stále častěji setkávat, vzhledem ke zvyšujícímu se počtu výkonů na děloze (hlavně císařský řez). Ke snížení morbidit a mortality může přispět včasná diagnostika pomocí ultrazvuku nebo magnetické rezonance.

Failure of placentation – placenta percreta with total hysterectomy after childbirth – case report

SUMMARY

Case report describes the placenta percreta with total hysterectomy. With this complication of childbirth, we increasingly encounter, due to the increasing number of interventions in the uterus (mainly caesarean section). To reduce morbidity and mortality can contribute to early diagnosis by ultrasound or magnetic resonance.

LITERATURA

1. Čech E. et al.: Porodnictví. 2.přepřacované adoplňené vydání, Grada 2006: 358–359. – 2. Pařízek A. et al.: Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd., Praha: Galén 2012: 145–147. – 3. Stafford I.: Placenta accreta, increta a percreta – Část první: Týmová péče začíná již prevencí (online). 2008 (cit.2008–6–2). Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/12192>. – 4. Žižka Z.: Možnosti ultrazvukové predikce placenta accreta v klinické praxi (online). 2012. Dostupné z <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/moznosti-ultrazvukove-predikce-placenta-accreta-v-klinicke-praxi-40037>.

Adresa autorky: J. C., Plzeňská 569, 339 38 Klatovy