

**Α. Τυρογιάννης¹, Μ. Καραμούτση¹,
Α. Φερεσιάν², Γ. Γεωργαδάκης¹**

¹Μονάδα Υπερήχων και Εμβρυϊκής Ιατρικής

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο

Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Ο Ρόλος των Υπερήχων στη διάγνωση & αντιμε- τώπιση του συμφυτικού προδρομικού πλακούντα: Περιγραφή 3 περιπτώσεων που διαγνώστηκαν στο 2ο τρίμηνο και αντιμετωπίστη- καν στη κλινική μας.

Περίληψη

Συμφυτικός πλακούντας χαρακτηρίζεται ο πλακούντας ο οποίος προσφύεται απευθείας στο μυομήτριο, διεισδύοντας σε άλλοτε άλλο βάθος, εντός αυτού, με ολική ή μερική απουσία του βασικού φθαρτού. Παρά τη μικρή σχετικά συχνότητα εμφάνισης των ανωμαλιών πρόσφυσης του πλακούντα, η συσχέτιση αυτών με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα καθιστά την έγκαιρη διάγνωσή τους υψίστης σημασίας.

Η ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα οδηγεί σε αδυναμία αποκόλλησης του πλακούντα (αυτόματης ή δακτυλικής) από το μυομήτριο, ή κατακράτηση τμήματος αυτού μέσα στη μητρική κοιλότητα, μετά την υστεροτομία, καταστάσεις οι οποίες αποτελούν αιτίες μεγάλης αιμορραγίας και λοιμώξεων για την μητέρα, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι περισσότερες από τις ανωμαλίες αυτές διαγιγνώσκονται δυστυχώς διεγχειρητικά, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία και την αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας.

Η προγεννητική διάγνωση του συμφυτικού πλακούντα, με διάφορους υπερηχογραφικούς δείκτες, αναμφίβολα βοηθά στην έγκαιρη και αποτελεσματική προετοιμασία για τον τοκετό.

Σε τρεις περιπτώσεις ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας τα 2 τελευταία χρόνια, η διάγνωση είχε τεθεί υπερηχογραφικά στο 2ο τρίμηνο,

Αλληλογραφία:

Δρ Γεώργιος Σ. Γεωργαδάκης

Δεληγιώργη 52, 38221, Βόλος

Τηλ.: 2421057696, κιν.: 6932419833

Fax: 2421057696

e-mail:

ggeorgad@otenet.gr

Κατατέθηκε 2.10.2006

Έγινε δεκτή 3.10.2006

βοηθώντας στην έγκαιρη προετοιμασία για αποτελεσματική αντιμετώπιση της επικίνδυνης αυτής κατάστασης κατά τον τοκετό. Και στις τρεις περιπτώσεις, που παρουσιάζονται, ο συμφυτικός πλακούντας αντιμετωπίστηκε με μαιευτική υστερεκτομία, η δε προγεννητική υπερηχογραφική διάγνωσή του επιβεβαιώθηκε τόσο διεγχειρητικά, κατόπιν εκλεκτικής ή επείγουσας καισαρικής τομής, όσο και ιστοπαθολογικά.

Λέξεις κλειδιά: Ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα, συμφυτικός πλακούντας, προγεννητική υπερηχογραφική διάγνωση

Εισαγωγή

Οι ανωμαλίες πρόσφυσης του πλακούντα συναντώνται σχετικά σπάνια, συνοδεύονται όμως από υψηλά ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Εμφανίζονται με μέση συχνότητα 1 ανά 7.000 γεννήσεις, αναφερόμενο βιβλιογραφικά εύρος διακύμανσης αυτής από 1 ανά 540 μέχρι 1 ανά 70.000 γεννήσεις, αλλά με τάση συνεχιζόμενης αύξησης, λόγω του αυξημένου αριθμού εκτελούμενων διακοπών κύησης και της αύξησης των εκλεκτικών καισαρικών τομών.

Με τον όρο συμφυτικός πλακούντας περιγράφεται η παθολογική πρόσφυση του πλακούντα στο τοίχωμα της μητρικής κοιλότητας, η οποία ιστολογικά χαρακτηρίζεται από τη μερική ή καθολική απουσία βασικού φθαρτού μεταξύ του τροφοβλαστικού ιστού του πλακούντα και του μυομητρίου, με αποτέλεσμα τη διείσδυση της τροφοβλάστης μέσα σε αυτό.

Ανάλογα με τον βαθμό διείσδυσης του τροφοβλαστικού ιστού μέσα στο μυομήτριο ταξινομείται ο συμφυτικός πλακούντας ή ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Συμφυτικός ή στερράς πρόσφυσης πλακούντας**, με διείσδυση της τροφοβλάστης μόνο στο ενδομήτριο και επαφή με το μυομήτριο.
- 2) Στιφρός πλακούντας**, με μικρού βαθμού διείσδυση αυτής μέσα στο μυομήτριο.
- 3) Διεισδυτικός πλακούντας**, με διείσδυση της τροφοβλάστης σε όλο το πάχος του μυομητρίου, συχνά μέχρι και του ορογόνου της μήτρας και με πιθανή επέκταση και διήθηση

παρακειμένων ιστών, όπως η ουροδόχος κύστη.

Ιστοπαθολογικά, ο ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντας χαρακτηρίζεται από την μερική ή πλήρη απουσία του βασικού φθαρτού με ταυτόχρονη ελλειπή ανάπτυξη της μεμβράνης του Nitabush, του ινώδους στρώματος δηλαδή που διαχωρίζει τον βασικό φθαρτό από τις χοριακές λάχνες.

Το ποσοστό εμφάνισης των 3 αυτών κατηγοριών ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα ποικίλει, με τον συμφυτικό πλακούντα που είναι περισσότερος συχνός, να παρατηρείται στο 76%, τον στιφρό πλακούντα να παρατηρείται στο 18% και τον διεισδυτικό στο 6% των κύσεων με ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα.¹

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση ανωμαλιών πρόσφυσης του πλακούντα είναι η χαμηλή πρόσφυση αυτού (προδρομικός πλακούντας), προηγούμενες επεμβάσεις στην μήτρα με κυριότερες τις προηγηθείσες καισαρικές τομές, αλλά και εκπυρηνίσεις λειομυμάτων, οι πολλαπλές ενδομητρικές επεμβάσεις (αποξέσεις, υστεροσκοπικές επεμβάσεις), το σύνδρομο Asherman, η πολυτοκία, η προχωρημένη ηλικία κύησης και τα υποβλενονόγνια λειομύματα.^{1,9,11} Έχει αναφερθεί πως σε περίπτωση 1 προηγούμενης επέμβασης ο κίνδυνος για ανωμαλία πρόσφυσης του πλακούντα είναι 24%, ενώ σε περίπτωση 4 επεμβάσεων το ποσοστό ανεβαίνει στο 67%.⁶ Μερικοί συγγραφείς πιστεύουν ότι οι ενδομητρικές επεμβάσεις και οι προηγηθείσες καισαρικές τομές προδιαθέτουν στην ανάπτυξη συμφυτικού πλακούντα όταν ο πλακούντας αυτός είναι προδρομικός.⁸

Προγεννητικά τα διαγνωστικά εργαλεία που διαθέτουμε σήμερα για να προσεγγίσουμε της ανωμαλίες αυτές πρόσφυσης του πλακούντα είναι οι υπέρηχοι και η μαγνητική τομογραφία, χωρίς όμως καμία από τις δύο διαγνωστικές μεθόδους να προσφέρει ιδιαίτερα υψηλή ευαισθησία ή ειδικότητα.^{9,10}

Οι Finberg & Williams βρήκαν ότι η χρήση της απλής υπερηχογραφίας 2 διαστάσεων (2D gray scale) διαγιγνώσκει τον συμφυτικό πλακούντα με ειδικότητα 79% και ευαισθησία 93% (1992). Αρκετά πιο ευαίσθητη στην

προσέγγιση αυτών των ανωμαλιών φαίνεται ότι είναι η Doppler έγχρωμη 2 διαστάσεων υπερηχογραφία (2 D colour Doppler), με ευαισθησία η οποία σύμφωνα με ορισμένους μελετητές φτάνει μέχρι και το 100% (82 - 100%), ενώ η ειδικότητά της κυμαίνεται από 92 μέχρι 96.8%, η θετική προγνωστική αξία είναι 87,5% και η αρνητική προγνωστική αξία 95,3 - 100%.^{11, 12, 15, 16, 20}

Η μαγνητική τομογραφία φαίνεται ότι βοηθάει κυρίως στον προσδιορισμό του βαθμού διείδυσης του τροφοβλαστικού ιστού στους γύρω ιστούς, παρά ως εξέταση πρώτης γραμμής για τη διάγνωση του συμφυτικού πλακούντα.^{9, 13, 14, 15, 20}

Από τους βιοχημικούς δείκτες έχει αναφερθεί ότι αυξημένα επίπεδα α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης (α-fetoprotein) και β-χοριακής γοναδοτροφίνης (β - hCG) έχουν συσχετισθεί με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης συμφυτικού πλακούντα κατά 4 και 8 φορές αντίστοιχα, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.^{17, 20}

Ως υπερηχογραφικά κριτήρια, ενδεικτικά της παρουσίας ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα θεωρούνται :

α) Στην απλή υπερηχογραφία, 2 διαστάσεων, πραγματικού χρόνου (2 D real time, gray-scale):

- 1) Απώλεια της υποηχογενούς οπισθοπλακουντιακής παρυφής του μυομητρίου.
- 2) Παρουσία πολλαπλών πλακουντιακών αιμολιμνών, οι οποίες παριστούν διατεταμένα αγγεία από τον πλακούντα δια μέσου του μυομητρίου.
- 3) Λέπτυνση της υπερηχογενούς περιοχής μεταξύ ορογόνου μήτρας και ουροδόχου κύστης (σε συνύπαρξη προδρομικού πλακούντα).
- 4) Παρουσία εστιακών απεικονίσεων, ίδιας ηχογένειας με τον πλακούντα, πέραν του ορογόνου της μήτρας.

β) Στην έγχρωμη Doppler υπερηχογραφία 2 διαστάσεων (2 D colour Doppler):

- 1) Παρουσία διατεταμένων αγγειακών στελεχών σε μεγάλο μέρος του πλακούντα, καθώς και στο μυομήτριο και τον τράχηλο.
 - 2) Εντόπιση ροών αίματος με στροβιλώδη χαρακτηριστήρα στις αγγειακές κρύπτες.
- Όταν συνυπάρχει και προδρομικός πλακούν-



Εικόνα 1 (Περίπτωση 1): Απλή διακοιλιακή υπερηχογραφία 2 διαστάσεων (επιμήκης τομή): ο πλακούντας καλύπτει το έσω τραχηλικό στόμιο και παρατηρείται περιοχή οπισθοπλακουντιακά με συλλογή αίματος (αιμάτωμα).

τας παρατηρούνται επιπλέον:

- 3) Αυξημένη αγγείωση και νεοαγγείωση μεταξύ πλακούντα και ουροδόχου κύστης.
- 4) Διατεταμένο αγγειακό δίκτυο οπισθοπλακουντιακά, με αυξημένη παλμικότητα πάνω από τον τράχηλο της μήτρας.^{11, 18, 19, 20}

Παρουσιαζόμενες περιπτώσεις

Περίπτωση 1η: Ασθενής 28 ετών διανύουσα την 20η εβδομάδα της κύησης νοσηλεύθηκε στην κλινική μας λόγω κολπικής αιμόρροιας. Στο μαιευτικό ιστορικό της αναφέρονταν τρεις απόλυτα φυσιολογικοί τοκετοί και απουσία αυτομάτων αποβολών, τεχνητών εκτρώσεων και αποξέσεων ή άλλων επεμβάσεων στην ενδομητρική κοιλότητα. Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε πλακούντας με χαμηλή πρόσφυση και με μικρή αποκόλληση αυτού (εικόνα 1).

Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με χορήγηση τοκολυτικής αγωγής (ισοξουπρίνη) από του στόματος, μαγνήσιο, σίδηρο και φυλλικό οξύ. Εξήλθε μετά από 2 εβδομάδες με κλινική βελτίωση και υπερηχογραφική σμίκρυνση του οπισθοπλακουντιακού αιματώματος.

Στην 27η εβδομάδα της κύησης της εισήχθη και πάλι η ασθενής στο νοσοκομείο, λόγω κολπικής αιμόρροιας και αντιμετωπίστηκε



Εικόνα 2 (Περίπτωση 1): Υπερηχογραφικά ευρήματα στις 27 εβδομάδες: Λέπτυνση της υπερηχογενούς περιοχής μεταξύ ορογόνου μήτρας και ουροδόχου κύστης και διασταλμένα αγγειακά στελέχη σε μεγάλο μέρος του πλακούντα, καθώς και στο μυομήτριο και τον τράχηλο.



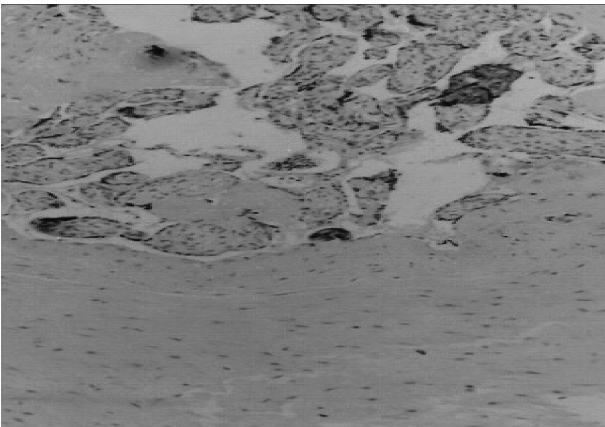
Εικόνα 3 (Περίπτωση 1): Υπερηχογραφικά ευρήματα στις 31 εβδομάδες, σε διακολπική προσπέλαση : Απώλεια της υποηχογενούς παρυφής του μυομητρίου οπισθοπλακουντιακά, παρουσία πολλαπλών πλακουντιακών αιμολιμνών, διατεταμένα αγγειακά στελέχη σε μεγάλο μέρος του πλακούντα καθώς και στο μυομήτριο και τον τράχηλο και στροβιλώδεις ροές αίματος στις αγγειακές κούπτες.

συντηρητικά με ενδοφλέβια χορήγηση τοκολυτικής αγωγής, μαγνησίου, σιδήρου, φυλλικού οξέος και συχνή εκτίμηση και αξιολόγηση της εξελισσόμενης εγκυμοσύνης της. Υπερηχογραφικά επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη επιπωματικού πλακούντα, με στοιχεία διείσδυσης αυτού στο μυομήτριο, με παρουσία αυξημένης αγγείωσης προς το μυομήτριο και πιθανή διήθηση της ουροδόχου κύστης (εικόνα 2).

Στην 31η εβδομάδα, λόγω μεγάλης, μη ελεγχόμενης αιμορραγίας από τον κόλπο, αποφασίστηκε η διενέργεια εκλεκτικής επείγουσας καισαρικής τομής (εικόνα 3). Μετά την έξοδο ενός θήλεος, ζώντος, αρτιμελούς νεογνού, βάρος σώματος 1740 gr, έγινε προσπάθεια αποκόλλησης του πλακούντα. Λόγω της αδυναμίας αφαίρεσης αέριου του πλακούντα και της παραμονής τμημάτων του, στερρά συμπεφυμένων στο μυομήτριο και της επακόλουθης αιμορραγίας, κρίθηκε αναγκαία και εκτελέστηκε μαιευτική υφολική υστερεκτομή. Η ιστοπαθολογική εξέταση στο εγχειρητικό παρασκεύασμα (εικόνα 4) επιβεβαίωσε την προεγχειρητική υπερηχογραφική διάγνωση της παρουσίας επιπωματικού σιφρού πλακούντα (εικόνα 5).



Εικόνα 4 (Περίπτωση 1): Εγχειρητικό παρασκεύασμα μετά την μαιευτική υφολική υστερεκτομή, η ιστοπαθολογική εξέταση του οποίου επιβεβαίωσε την παρουσία επιπωματικού σιφρού πλακούντα.

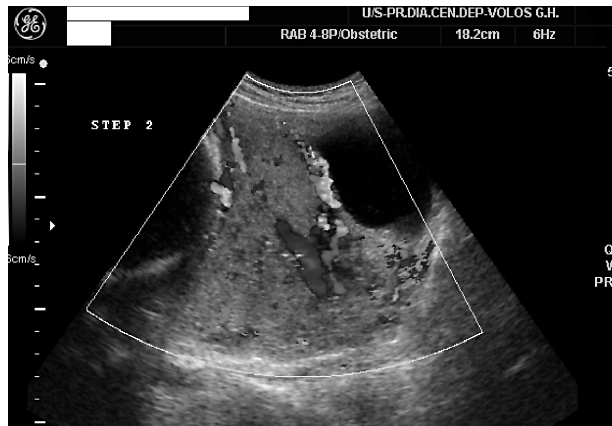


Εικόνα 5 (Περίπτωση 1): Χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα σιφρού πλακούντα, στο εγχειρητικό παρασκεύασμα της εικόνας 4.

Περίπτωση 2η: Ασθενής ηλικίας 22 ετών, με δύο προηγηθείσες καισαρικές τομές και ελεύθερο υπόλοιπο μαιευτικό ιστορικό, εισήχθη, ενώ διήνυε την 21η εβδομάδα της τρίτης εγκυμοσύνης της, στην κλινική μας, λόγω προώρων συστολών μήτρας και αντιμετώπισθηκε με τοκολυτική αγωγή, σίδηρο, φυλλικό οξύ και μαγνήσιο. Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε χαμηλής πρόσφυσης πρόσθιος πλακούντας.

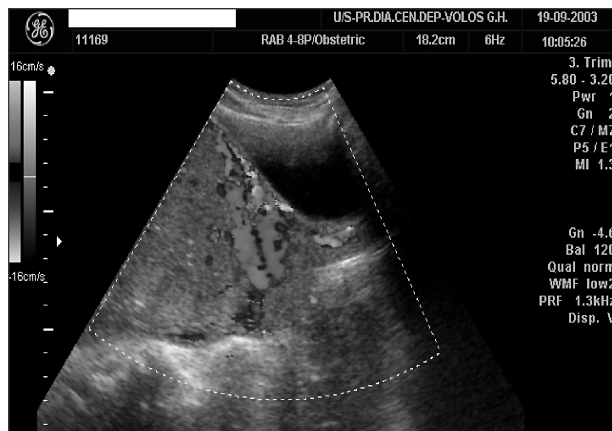
Με την στενή παρακολούθηση και την χορήγηση τοκολυτικής αγωγής η εγκυμοσύνη, εξελίχθηκε χωρίς άλλες άμεσες επιπλοκές. Στο υπερηχογράφημα του 2ου επιπέδου (21 - 23 εβδομάδες) βρέθηκαν στοιχεία διείσδυσης του πλακούντα στο μυομήτριο και ετέθη προγεννητικά η διάγνωση του σιφρού και πιθανώς διεισδυτικού πλακούντα (εικόνα 6, 7 και 8).

Στην 36η εβδομάδα κύησης, λόγω πρόωρης έναρξης ωδίνων και κολπικής αιμορραγίας, εκτελείται επείγουσα καισαρική τομή και γέννηση θήλεος, ζώντος, αρτιμελούς νεογνού, με βάρος σώματος 2.660 γρ. Λόγω μεγάλης, μη ελεγχόμενης, αιμορραγίας διεγχειρητικά, εκτελείται ολική μαιευτική υστερεκτομή. Η ιστοπαθολογική εξέταση στο εγχειρητικό παρασκεύασμα επιβεβαίωσε και σε αυτήν την περίπτωση τα προεγχειρητικά υπερηχογραφικά ευρήματα (εικόνα 9).

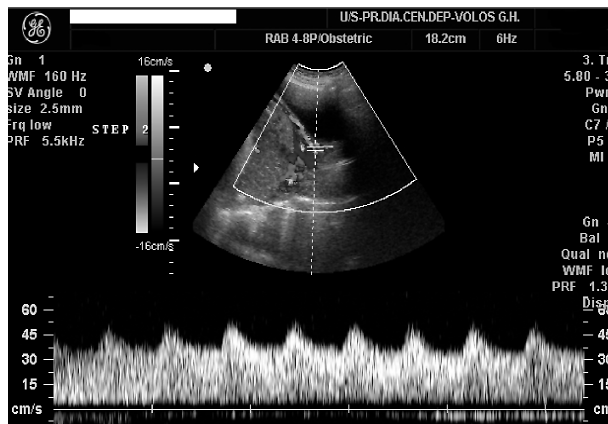


Εικόνα 6 (Περίπτωση 2): Διακοιλιακή έγχρωμη υπερηχογραφία στις 22 εβδομάδες. Εμφανής η παρουσία πολλαπλών πλακοντιακών αιμολιμνών και αυξημένη αγγείωση με διατεταμένα αγγειακά στελέχη και αυξημένη ροή αίματος σε αυτά.

Περίπτωση 3η: Ασθενής, ηλικίας 32 ετών, με 1 αυτόματο φυσιολογικό τοκετό, δύο προηγηθείσες καισαρικές τομές και μία θεραπευτική απόξεση, λόγω παλινδρομού κύησης, παρακολουθείτο τακτικά στα εξωτερικά ιατρεία στη διάρκεια της τέταρτης εγκυμοσύνης της, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Στο υπερηχογράφημα του 2ου επιπέδου (22- 23 εβδομά-



Εικόνα 7 (Περίπτωση 2): Ευρήματα διακοιλιακής υπερηχογραφίας στις 22 εβδομάδων: Απώλεια της υποηχογενούς οπισθοπλακοντιακής παρυφής του μυομητρίου, λεπτύνση της υπερηχογενούς περιοχής μεταξύ ορογόνου μήτρας και ουροδόχου κύστης, διατεταμένα αγγειακά στελέχη σε μεγάλο μέρος του πλακούντα καθώς και στο μυομήτριο και τον τράχηλο, αυξημένη αγγείωση και νεοαγγείωση μεταξύ πλακούντα και ουροδόχου κύστης.



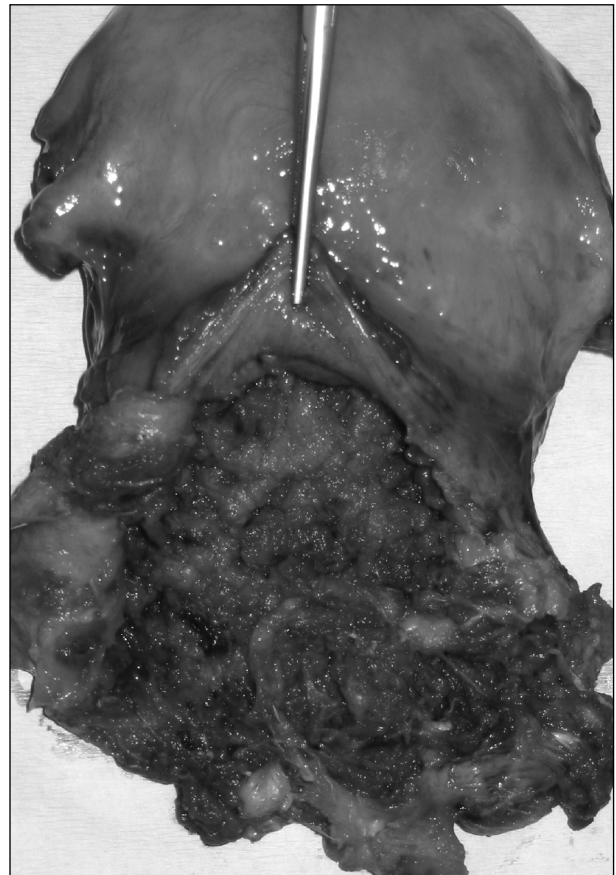
Εικόνα 8 (Περίπτωση 2): Μελέτη της αιματικής ροής με έγχρωμη διακοιλιακή Doppler υπερηχογραφία στις 22 εβδομάδες, στα χαρακτηριστικά διατεταμένα αγγεία μεταξύ πλακούντα και ουροδόχου κύστης.

δες) τέθηκε η διάγνωση της χαμηλής πρόσφυσης πλακούντα, ενώ στις 25-26 εβδομάδες παρατηρήθηκαν υπερηχογραφικά ευρήματα συμβατά με συμφυτικό πλακούντα (εικόνες 10 και 11).

Η ασθενής υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη εκλεκτική Κ Τ, στις 38 εβδομάδες κύησης. Μετά την έξοδο ενός, θήλεος, ζώντος, αρτιμελούς νεογνού με βάρος σώματος 3.120 gr και λόγω της αδυναμίας αποχωρισμού του πλακούντα και μεγάλης διεγχειρητικής αιμορραγίας, εκτελέστηκε επείγουσα μαιευτική υφολική υστερεκτομή (εικόνα 12). Η ιστοπαθολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε την προεγχειρητική υπερηχογραφική διάγνωση του σιφρού - διεισδυτικού πλακούντα (εικόνα 13).

Συζήτηση

Η συμβολή των υπερήχων στην έγκαιρη διάγνωση του συμφυτικού πλακούντα είναι καθοριστική για την εξέλιξη της κύησης και την επιβίωση του εμβρύου, αλλά και ζωτικής σημασίας για την υγεία της μητέρας, λόγω της συσχετιζόμενης, με την παθολογία αυτή του πλακούντα, αυξημένης μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα με τις τεχνικές 2 διαστάσεων πραγματικού χρόνου (real time) ασπρόμαυρη (gray-



Εικόνα 9 (Περίπτωση 2): Εγχειρητικό παρασκεύασμα κοιλιακής ολικής υστερεκτομής, με ορατή την διήθηση του μυομητρίου από τον σιφρό πλακούντα.



Εικόνα 10 (Περίπτωση 3): Χαμηλής πρόσφυσης, πρόσθιος και σιφρός πλακούντας, στις 25 - 26 εβδομάδες, σε διακοιλιακή έγχρωμη υπερηχογραφία (επιμήκη διατομή).



Εικόνα 11 (Περίπτωση 3): Ευρήματα έγχρωμης διακοιλιακής doppler υπερηχογραφίας στις 25 – 26 εβδομάδες : Αυξημένη αγγείωση, διατεταμένα αγγειακά στελέχη με αυξημένη παλμική ροή, απώλεια της υποηχογενούς ζώνης μεταξύ πλακούντα και μυομητρίου, ενώ είναι ορατή η υπερηχοϊκή περιοχή μεταξύ μήτρας και ουροδόχου κύστης.

scale) και έγχρωμη (colour), Doppler (colour και power) έχουν αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα. Η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας μπορεί να συνδράμει στην ακόμη καλύτερη διαγνωστική προσέγγιση.

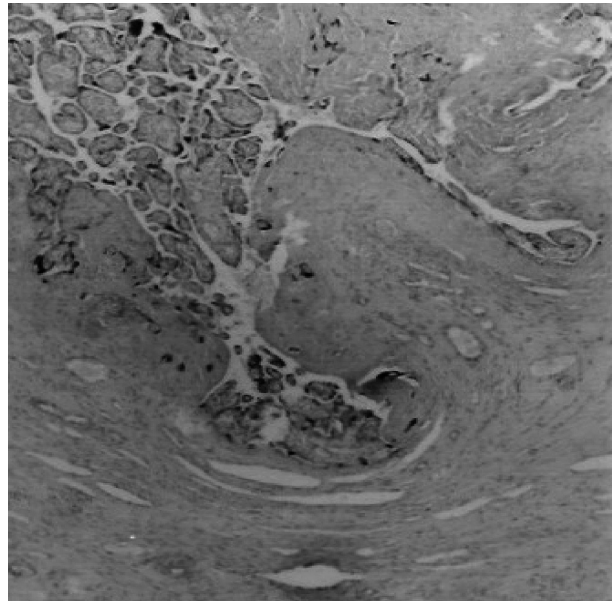
Ο κλινικός ιατρός υποπτεύεται συνήθως την ύπαρξη συμφυτικού πλακούντα όταν η υστεροτομία του δεν ολοκληρώνεται αυτόματα στο τρίτο στάδιο του τοκετού, ή ακόμη είναι δυσχερής ή και ανέφικτη η καθολοκληρίαν δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, με συχνό επακόλουθο την επικίνδυνη για την ζωή της εγκύου, ακατάσχετη αιμορραγία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται ιστολογικά από την απουσία βασικού φθαρτού και την παρουσία χοριακών λαχνών εντός του μυομητρίου.

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος για την πιθανότητα ύπαρξης συμφυτικού πλακούντα μπορεί να αποτελέσει μέθοδο ρουτίνας σε όλες τις κήσεις. Ιδιαίτερη όμως προσοχή πρέπει να δοθεί κυρίως στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, οι οποίοι περιλαμβάνουν γυναίκες πολυτόκες, προχωρημένης ηλικίας, με προηγηθείσες επεμβάσεις στην μήτρα και σε συνύπαρξη προδρομικού πλακούντα. Η διαπίστωση υπερηχογραφικά χαρακτηριστικών υπερη-



Εικόνα 12 (Περίπτωση 3): Εγχειρητικό αποτέλεσμα μετά την υφολική μαιευτική νεκροεκτομή.

χογραφικών ευρημάτων, όπως η απώλεια της υποηχογενούς οπισθοπλακουντιακής ζώνης του μυομητρίου, η αυξημένη αγγείωση και νεοαγγείωση μεταξύ πλακούντα και ουροδόχου κύστης, η λέπτυνση της υπερηχογενούς περιο-



Εικόνα 13 (Περίπτωση 3): Χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα του σιφρού - διεισδυτικού πλακούντα, με εμφανή την διείδυση πλακουντιακού ιστού μέσα στο μυομήτριο.

χής μεταξύ ορογόνου μήτρας και ουροδόχου κύστης, οι στροβιλώδεις ροές αίματος στις αγγειακές κρύπτες, καθώς και η παρουσία πολλαπλών πλακουντιακών αιμολιμνών, που παριστούν διατεταμένα αγγεία από τον πλακούντα δια μέσου του μυομητρίου, είναι δυνατή με τα σύγχρονα μηχανήματα υπερήχων. Τα παραπάνω ευρήματα προσανατολίζουν έγκαιρα τον μαιευτήρα προς την διάγνωση του συμφυτικού πλακούντα και τον βοηθούν στην καλύτερη, αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη παρακολούθηση κάθε ανάλωσης κύησης υψηλού κινδύνου. Κυρίως όμως τον βοηθούν καθοριστικά στην έγκαιρη και σωστή προετοιμασία και επιλογή του τρόπου, του χρόνου και του χώρου αντιμετώπισής της, προς όφελος μεγάλο της υγείας εμβρύου (ων) και επιτόκου.

Contribution of ultrasound towards an early diagnosis and better management of placenta accreta: Description of our three recent cases

A. Tirogiannis¹, M. Karamouti¹, A. Feritsian², G. Georgadakis¹

¹Ultrasound and Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics - Gynecology

²Department of Pathology Volos State General Hospital, Volos, Greece.

Correspondence: Dr George Georgadakis

52 Deligeorgi Street, 33221, Volos, Greece
Tel.: +302421057696, Mob.: +306932419833
Fax: +302421057696
E - mail: ggeorgad@otenet.gr

Summary

Placenta accreta is defined as an abnormal adherence of the placenta directly to the uterus myometrium, penetrating into it in different depth, with total or partial deficiency of the decidua basalis. Although the prevalence of these anomalies of placental adherence is rel-

atively low, the fact that they are strongly correlating perinatally with high maternal mortality and morbidity makes their own early diagnosis of great importance.

An abnormal placental adherence leads to a subsequent failure to separate after the delivery of the fetus (spontaneously or manually), or retention of placental residues into the uterine cavity. All these anomalies are causes of profuse maternal bleeding and infections postpartum. Most of them are diagnosed even today unfortunately after the transvaginal fetal delivery or during a cesarean section with frequently serious consequences for the female health and reproductive faculty.

Prenatal detection of placenta accreta, based mainly on the use of several sonographic markers and secondary on M R I (magnetic resonance imaging) undoubtedly goes a long way towards an early and affective preparation for a successful management during the labor time.

Three cases of placenta accreta, who diagnosed, evaluated and successfully managed recently in our department are describing. The correct diagnosis has been done in all of them early during the second trimester by ultrasound. In all patients the profuse bleeding because of the abnormal placental adherence managed with total or sub-total hysterectomy and the subsequent pathological examination confirmed the prenatal sonographic diagnosis.

Key words: Abnormal placental adherence, placenta accreta, prenatal sonographic diagnosis

Βιβλιογραφία

1. Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Αθήνα 1998.
2. Ramesh Avva, MD, Hemendra R. Shah, MD and Teresita L. Angtuaco, MD . U S case of the Day (Radiographics. 1999;19:1089-1092).
3. Fox H. Placenta Accreta, 1945 -1969. Obstet Gynecol Surv. 1972;27:475-490.
4. Tabsh KM., Brinkman CR., King W. Ultrasound diagnosis of placenta in creta. J Clin Ultrasound.

- 1982;10:288-290.
5. Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. *Obstet Gynecol.* 1980;56:31-34.
 6. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1985;66:89-92.
 7. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NP, et al, eds. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford, Conn: Appleton & Lange; 1997:755-760.
 8. T. Hung, W. Shau, C. Hsieh, T. Chiu, J. Hsu and T. Hsieh. Risk factors for placenta accreta. *Obstet. Gynaecol.* 93 (1999), pp. 545-550.
 9. Maldjian C, Adam R, Pelosi M, Pelosi M III, Rudelli ED, Maldjian J. MRI appearance of placenta percreta and placenta accreta. *J Mag Res Imaging* 1999; 17: 965-71.
 10. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1998; 53: 509-17.
 11. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet.Gynecol.* 2000 Jan; 15(1):28-35.
 12. Megier P, Gorin V, Desroches A. Diagnosis of placenta previa at the third trimester of pregnancy : research for signs of placenta accreta/percreta and vasa previa. Prospective color and pulsed Doppler ultrasonography study of 45 cases.*J Gynecol.Obstet.Biol Reprod.(Paris).*1999 Jun;28(3):239-44.
 13. Lemerrier E, Genevois A, Descargue G, Clavier E, Benozio M. MRI evaluation of placenta accrete treated by embolization. Apropos of a case. Review of literature: *J Radiol.* 1999 Apr;80(4):383-7.
 14. Kirkinen P, Helin-Martikainen HL, Vanninen R, Partanen K. Placenta accreta : imaging by gray-scale and contrast-enhanced color Doppler sonography and magnetic resonance imaging. *J Clin.Ultrasound.* 1998 Feb;26(2):90-4.
 15. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. *Radiology.* 1997 Dec;205(3):773-6.
 16. Lerner JP, Deane S, Timor-Tritsch IE. Characterization of placenta accrete using transvaginal sonography and color Doppler imaging. *Ultrasound Obstet.Gynecol.* 1995(5):198-201.
 17. James WH. Sex ratios of offspring and the causes of placental pathology. *Hum. Reprod.* 10 6 (1995), pp. 1403 - 1406.
 18. Pasto ME, Kurtz AB, Rifkin MD, et al. Ultrasonographic findings in placenta increta, *J.Ultrasound Med.* 1983;2:155-159.
 19. Hoffman-Tretin JC, Koenigsberg M, Rabin A, et al. Placenta accreta. Additional sonographic observations. *J.Ultrasound Med.* 1992;11:29-34.
 20. Placenta praevia and placenta praevia accrete : Diagnosis and management . Guideline No 27 . Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Revised October 2005.