



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة دمشق - كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في التوليد وأمراض النساء

إعداد

طالبة الدراسات العليا

وارفة وهب رومية

إشراف

الأستاذ الدكتور بشار الكردي

قسم التوليد وأمراض النساء

كلية الطب البشري

جامعة دمشق

رئاسة القسم

الأستاذ الدكتور هيثم عباسي

قسم التوليد وأمراض النساء

كلية الطب البشري

جامعة دمشق

2023

شهادة المشرف

نشهد أن العمل الموصوف في هذه الرسالة هو نتيجة بحث قامت به المرشحة وارفة رومية بإشراف الأستاذ الدكتور بشار الكردي في قسم التوليد وأمراض النساء في كلية الطب البشري، جامعة دمشق.

تصريح

أصرح بأن البحث الموصوف في هذه الرسالة بعنوان (نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق) لا يوجد أي جزء منه أخذ بالكامل من عمل آخر، أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في هذه الجامعة أو أي جامعة أخرى، أو أي معهد تعليمي.

وأن الأعمال والنتائج المذكورة كافة هي نتيجة جهودي الشخصية، وبتوجيه من الأستاذ المشرف، وأن أية معلومات أو نتائج أخرى ذكرت قد نسبت إلى مصدرها ومؤلفها في النص، وفي قائمة المراجع.

قرار لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة الموسومة بعنوان (نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى الولادة الجامعي بدمشق) في جلسة علنية بتاريخ / / 2023م.

وبعد الاطلاع على النسخة المعدلة المقدمة من قبل طالبة الدراسات العليا: وارفة وهب رومية، تبين أنه جرى التقيد بالملاحظات كلها، وأجريت التصويبات المطلوبة كلها، وأجيزت من قبل أعضاء لجنة التحكيم التالية أسماؤهم:

الدكتور بشار الكردي:

الأستاذ الدكتور في قسم الولادة وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق - مشرفاً.

أ.د بشار الكردي.

الدكتور هيثم عباسي:

الأستاذ المساعد الدكتور في قسم الولادة وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق - عضواً.

أ.م.د هيثم عباسي.

الدكتورة ديمة عدوان:

المدرسة الدكتورة في قسم الولادة وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق - عضواً.

م.د ديمة عدوان.

شكر وتقدير

يقتضي الإنصاف والعرف الأخلاقي أن أتقدّم بالشكر والتقدير إلى أستاذي المشرف الأستاذ الدكتور بشار الكردي الذي زوّدني بتوجيهاته المنهجية الرصينة، وسدّد عملي بنظرته العلمية الثاقبة، وأستاذيّته المتميزة، وكان له الفضل الأكبر في إنجاز هذه الرسالة.

ومن حق أستاذي الدكتور هيثم عباسي أن أتوجه إليه بالشكر والتقدير لما أولاني من رعاية أبوية صادقة، ولم يبخل عليّ يوماً بمعلومة أو مساعدة، ولتفضله بالموافقة على مناقشة هذه الرسالة.

وقد كانت أستاذتي الدكتورة ديمة عدوان بشخصيتها العلمية الرصينة، ومعاملتها الراقية، القدوة الحسنة، وكان من تمام فضلها الموافقة على مناقشة هذه الرسالة، فلها مني كل الشكر والتقدير.

فهرس المحتويات

الفصل الأول: 1.....

الإطار العام للبحث: 1.....

1-1 المقدمة. 1.....

2-1 السؤال البحثي. 1.....

3-1 أهمية ومسوغات البحث. 1.....

4-1 هدف البحث. 2.....

5-1 الدراسة المرجعية. 2.....

6-1 فرضية البحث. 3.....

7-1 حدود البحث. 3.....

8-1 منهج البحث وأدواته. 3.....

الفصل الثاني: 4.....

القسم النظري: 4.....

1-2 التمهيد. 4.....

2-2 حالات المشيئة الملتصقة والمشيئة المنزاحة. 7.....

1-2-2 التعريف والتصنيف. 7.....

2-2-2 إحصائيات. 9.....

3-2-2 الآلية الإمراضية للPAS. 10.....

4-2-2 الآلية الإمراضية للمشيئة المنزاحة. 12.....

5-2-2 عوامل الخطورة. 13.....

15..... 6-2-2 المراضة والوفيات.

3-2 التظاهرات السريرية والتشخيص. 19.....

19..... 1-3-2 التظاهرات السريرية للPAS.

20..... 2-3-2 التظاهرات السريرية للمشيمة المنزاحة.

21..... 3-3-2 الموجودات المخبرية.

22..... 4-3-2 التشخيص التفريقي.

22..... 5-3-2 المسح والتشخيص قبل الولادة في حالات PAS.

29..... 6-3-2 المسح والتشخيص في المشيمة المنزاحة.

4-2 الرعاية والمتابعة والتدبير خلال الحمل. 33.....

33..... 1-4-2 المريضة اللا عرضية.

34..... 2-4-2 الرعاية اللازمة عند حدوث نزف فعال.

36..... 3-4-2 تدبير المريضات المستقرات حالياً مع هجمة نزف سابقة.

38..... 4-4-2 تدبير وتوليد المريضات مع مشيمة واطئة.

38..... 5-4-2 إجراءات إضافية.

41..... 6-4-2 التخطيط للولادة.

5-2 التحضير للجراحة والتدبير الجراحي. 43.....

43..... 1-5-2 خطوات التحضير قبل الجراحة.

46..... 2-5-2 العناية بعد الجراحة.

47..... 3-5-2 التدبير الجراحي:

48..... • التصنيف العياني والسريري لل PAS بحسب FIGO 2019.

49..... • خطوات العمل الجراحي.

51..... • نمط انفكاك المشيمة وطرق التدبير المختلفة.

57.....	• استئصال الرحم الولادي.
60.....	4-5-2 اختلاطات العمل الجراحي في حالات الPAS.
61.....	6-2 المعالجة المحافظة.
61.....	1-6-2 أهداف المعالجة المحافظة.
61.....	2-6-2 أنواع المعالجة المحافظة:
62.....	• إبقاء المشيمة في مكانها.
64.....	• المقاربة الاستخراجية.
66.....	• التدبير الجراحي المحافظ في حالات الالتصاق البؤري.
70.....	3-6-2 المرشحات للمعالجة المحافظة.
70.....	4-6-2 نتائج التدبير المحافظ ونكسه.
72.....	5-6-2 تدبير PAS في الحالات غير المشخصة مسبقاً.
73.....	الفصل الثالث:
73.....	القسم العملي:
73.....	1-3 منهج البحث.
73.....	1-1-3 خلفية البحث وهدفه.
74.....	2-1-3 المواد والطرائق والتصميم.
75.....	3-1-3 طريقة الدراسة وجمع البيانات.
82.....	4-1-3 التحليل الإحصائي.
84.....	2-3 النتائج والمناقشة.
84.....	1-2-3 السؤال الإحصائي.
85.....	2-2-3 الدراسة الإحصائية.
85.....	1- طريقة التدبير.

86.....	2- عمر المريضات.
88.....	3- العمر الحلي.
88.....	4- عدد الولادات.
90.....	5- عدد القيصرات.
91.....	6- مكان توضع المشيمة على الإيكو.
93.....	7- وجود نزف قبل الجراحة ودرجته.
96.....	8- طريقة انفكاك المشيمة.
98.....	9- وجود نزف مع الانفكاك.
99.....	10- نقل الدم قبل الجراحة وفي أثنائها وبعدها.
104.....	11- التشخيص السريري ووضع المشيمة عيانياً.
106.....	12- التدابير الثانوية المرافقة للتدبير.
108.....	13- الاختلاطات الحاصلة.
112.....	14- القبول في العناية المشددة.

3-3 المقارنة مع الدراسات العالمية. 115.....

- 117..... الدراسة الأولى: Polat et al 2017.
- 118..... الدراسة الثانية: M.Ghaleb et al 2021.
- 119..... الدراسة الثالثة: Aryananda et al 2022.
- 120..... الدراسة الرابعة: Nicolaidou et al 2022.
- 121..... الدراسة الخامسة: Lamrissi et al 2022.
- 123..... الدراسة السادسة: Siraj et al 2022.
- 124..... الدراسة السابعة: Thi Pham et al 2022.

الفصل الرابع: 126.....

الخاتمة: 126.....

4-1 نقاط القوة والمحددات. 126.....

4-2 الاستنتاجات والخلاصة والتوصيات. 127.....

المراجع. 129.....

فهرس الأشكال

7	الشكل (1) أنماط PAS الثلاثة تبعاً لعمق الغزو مقارنة بالالتصاق الطبيعي.
9	الشكل (2) تصنيف المشيمة المنزاحة تبعاً لعلاقة المشيمة مع الفوهة الباطنة للعنق.
25	الشكل (3) رسم توضيحي للموجودات الصدمية المشاهدة في حالات الPAS.
50	الشكل (4) الأوعية الشاذة، من علامات PAS العيانية.
50	الشكل (5) النقب، من علامات PAS العيانية.
51	الشكل (6) الاختراق، من علامات PAS العيانية.
55	الشكل (7) طريقة القوقعة Nausicaa، من أنواع القطب الضاغطة.
76	الشكل (8) صورة تظهر ربط الأوعية حديثة التشكل بين الرحم والمثانة.
78	الشكل (9) صورة بعد استخراج الجنين، تظهر الشق العلوي للرحم، والنقب الحاصل في مستوى القطعة السفلية.
78	الشكل (10) صورة تظهر مكان البؤرة الاندخالية، بعد إزالة المشيمة المنفكة جزئياً.
79	الشكل (11) صورة تظهر ربط الشريان الرحمي بعد إزالة المشيمة وقبل الاستئصال الجزئي للبؤرة المندخلة.
79	الشكل (12) صورة تظهر شق الرحم الأساسي لاستخراج الجنين، والشق الثاني الناتج عن استئصال البؤرة المندخلة.
80	الشكل (13) صورة للرحم بعد الترميم.
81	الشكل (14) جزء من عضلية الرحم مع المشيمة المندخلة به.

فهرس المخططات

85	المخطط (1) توزيع العينة بحسب التدبير المتبع.
85	المخطط (2) توزيع العينة بحسب عمر المريضات.
87	المخطط (3) توزيع العينة بحسب العمر الحولي.
88	المخطط (4) توزيع العينة بحسب عدد الولادات.
89	المخطط (5) توزيع العينة بحسب عدد القيصرية السابقة.
92	المخطط (6) توزيع العينة بحسب وجود نزف قبل الجراحة.
93	المخطط (7) توزيع العينة بحسب كمية النزف قبل الجراحة.
95	المخطط (8) توزيع العينة بحسب طريقة انفكاك المشيمة.
97	المخطط (9) توزيع العينة بحسب وجود نزف مرافق لانفكاك المشيمة.
104	المخطط (10) توزيع العينة بحسب التشخيص السريري.
107	المخطط (11) توزيع العينة بحسب حدوث الاختلاطات.
112	المخطط (12) توزيع العينة بحسب القبول في العناية المشددة.

فهرس الجداول

86	الجدول (1) مقارنة التدبير المتبع بالنسبة لعمر الأم.
88	الجدول (2) تأثير عدد الولادات على طريقة التدبير.
90	الجدول (3) تأثير عدد القيصرات السابقة على التدبير المتبع.
91	الجدول (4) توزيع العينة بحسب مكان توضع المشيمة على الإيكو.
93	الجدول (5) تأثير وجود نزف قبل الجراحة على طريقة التدبير.
94	الجدول (6) تأثير درجة النزف قبل الجراحة على طريقة التدبير.
96	الجدول (7) تأثير طريقة انفكاك المشيمة على التدبير المتبع.
98	الجدول (8) تأثير وجود نزف مرافق لانفكاك المشيمة على طريقة التدبير.
99	الجدول (9) توزيع العينة بحسب عدد الحالات التي احتاجت لنقل الدم.
99	الجدول (10) توزيع العينة بحسب عدد وحدات منتجات الدم المنقولة قبل الجراحة وفي أثنائها وبعدها.
100	الجدول (11) علاقة تحسين الخضاب ونقل الدم قبل الجراحة بتقليل الحاجة لنقل الدم في أثناء الجراحة.
101	الجدول (12) تأثير نقل الدم قبل الجراحة على كمية الدم المنقول بعد الجراحة.
102	الجدول (13) العلاقة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول في أثناء الجراحة.
103	الجدول (14) العلاقة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول بعد الجراحة.
105	الجدول (15) تأثير وضع المشيمة عياناً على طريقة التدبير.
106	الجدول (16) توزيع التدابير الثانوية المجراة بين المجموعتين.
108	الجدول (17) توزيع الاختلاطات الحاصلة بين المجموعتين.
110	الجدول (18) العلاقة بين التدبير المتبع وحدوث اختلاطات.
113	الجدول (19) العلاقة بين التدبير المتبع والحاجة لدخول العناية.
114	الجدول (20) العلاقة بين التدبير المتبع ومدة دخول العناية.

قائمة المصطلحات

PAS	Placenta Accreta Spectrum
IS-AIP	The International Society for Abnormally Invasive Placenta
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
SFMF	The Society for Maternal-Fetal Medicine
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists
RCOG	The Royal College of Obstetricians and Gynecologists
ICU	Intensive Care Unit
SGA	Small for Gestational Age
IUGR	Intra-Uterine Growth Restriction
MTP	Massive Transfusion Protocol
RBCS	Red Blood Cells
FFP	Fresh Frozen Plasma
PLT	Platelets
ABGs	Arterial Blood Gases

الملخص

خلفية البحث: حالات المشيمة الملتصقة PAS، هو مصطلح يعبر عن طيف متدرج من الالتصاق الشاذ الذي تكون فيه المشيمة ملتصقة أو غازية بشكل كلي أو جزئي للعضلة الرحمية، وقد ازداد تواتر حدوثها في المدة الأخيرة نتيجة للازدياد الكبير في إجراء القيصرات، الأمر الذي دعا الباحثين إلى إيجاد طرق جديدة في التدبير تحقق السيطرة على النزف والحفاظ على الرحم في آن واحد، بعد أن كان الاستئصال الولادي هو الحل الحتمي والوحيد لتدبير هذه الحالات.

هدف البحث: يهدف هذا البحث إلى دراسة مقاربات تدبير PAS المتبعة في مشفى التوليد الجامعي حديثاً، تبعاً للتوصيات الحديثة، وتقييم أمانها وفعاليتها بالمقارنة مع الاستئصال التام.

المواد والطرائق: دراسة رقابية مستقبلية، شملت السيدات اللواتي قبلن في المشفى في جناحي المخاض العام والخاص في المدة بين تموز 2021 وتموز 2022، واللاتي شخّص لهن مشيمة ملتصقة سريراً بحسب تصنيف FIGO 2019، وعددهن 59 حالة، وتم توصيف كيفية التحضير للجراحة، والتدبير المتبع في أثناء العمل الجراحي، والاختلاطات الحاصلة، والمقارنة بين نتائج طرق التدبير في ضوء أحدث التوصيات.

النتائج: إن تدبير حالات PAS بالشكل المحافظ ترافق مع نسبة نجاح عالية 92.8%، ومعدل أقل للاختلاطات الجراحية كافة خاصة البولية (7% مقابل 35.4%)، بالإضافة إلى حاجة أقل لنقل الدم في أثناء الجراحة (3 وحدات مقابل 7.7 وحدة)، وقبول أقل في العناية المشددة (75% مقابل 93%) بالمقارنة مع الاستئصال الولادي.

الاستنتاجات: إن اللجوء إلى التدبير المحافظ بالاستئصال الجزئي وترميم الرحم، عوضاً عن الاستئصال الولادي، في الحالات المرشحة لذلك، يترافق مع معدل أقل للاختلاطات الجراحية كافة، ولنسبة المراضة والوفيات، كما أنه يترافق مع نسبة نجاح عالية.

الكلمات المفتاحية: المشيمة الملتصقة، PAS، استئصال الرحم الولادي، المحافظة على الرحم، التدبير المحافظ، التوصيات الحديثة.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1-1 المقدمة:

إن مصطلح **Placenta Accreta Spectrum** يعبر عن حالات المشيمة الملتصقة بدرجاتها الثلاث، وهو يشير إلى تحدّي توليدي في رعاية المرأة الحامل حول العالم، وقد تضاعف معدل حدوثها في الأربعين عاماً الماضية ما يقارب عشرة أضعاف، نتيجة ازدياد معدل إجراء الولادات القيصرية من أقل من 10% إلى 30%، وهي واحدة من أخطر الاختلاطات الحملية المترافقة مع نسبة عالية من المراضة والوفيات. [1]

ولطالما كان استئصال الرحم الولادي هو التدبير المعياري المنصوح به، ورغم أنه إجراءً منقّذٌ للحياة إلا أنه يترافق مع نسبة مراضة ووفيات مرتفعة، لذلك، ومع ازدياد تواتر هذه الحالات خاصة لدى السيدات الصغيرات في السن، تعاظم الاهتمام بالتدابير المحافظة على الرحم، وكثرت الدراسات القائمة حولها لأنها تحافظ على الوظيفة الإنجابية للمرأة، وذات معدل مراضة أقل ووفيات أقل. [2]

1-2 السؤال البحثي:

هل سيؤدي تطبيق التوصيات الحديثة في مجال تدبير ال PAS في ضوء الإمكانيات المتاحة لدينا إلى تحسن في نتائج التدبير ومعدل الاختلاطات الجراحية والمراضة والوفيات، وما مدى فاعلية التدابير المحافظة المطبقة حديثاً مقارنة بالتدبير الروتيني السائد والذي هو الاستئصال الولادي؟

1-3 أهمية ومسوغات البحث:

يعد مشفى التوليد الجامعي أحد أهم المراكز التي تُقصد من أجل تدبير الحمل عالية الخطورة المختلفة بأمراضيات المشيمة، سواء الملتصقة أو المنزاحة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ونتيجة لزيادة تواتر القيصرية وما رافقه من ازدياد في معدل حدوث PAS لدى سيدات صغيرات في السن، كان لا بد لنا من محاولة مواكبة أحدث الدراسات والتوصيات العالمية الخاصة بتدبير هذه الحالات، وفتح الباب إن أمكن أمام حلول بديلة أقل جذرية، هدفها المحافظة على الرحم والقدرة الإنجابية للسيدة، لما يرافق خسارته من أثر صحي ونفسي واجتماعي سيء، لذلك، فقد بدأنا في عام 2021 بالجوء إلى التدبير المحافظ للـ PAS، وحاولنا من خلال هذه الدراسة توثيق هذه التجربة، بهدف رفد قاعدة المعطيات الخاصة بهذه الحالات بنتائج تجربتنا، إذ إن إيجاد طريقة مثلى للتدبير بحاجة إلى إنشاء قاعدة بيانات واسعة تشمل تجارب المراكز المختلفة حول العالم، كما أن الدراسات الأكبر ستزودنا بأدلة أكثر قوة وموثوقية.

1-4 هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى توثيق خبرتنا وتجربتنا في مقارنة وتدبير هذه الحالة، وتبيان مدى التزامنا بالتوصيات الحديثة في الممارسة ضمن المشفى، ووصف نتائج التدابير المتبعة، سواء بشكل جذري أو محافظ، والمقارنة بينها من حيث معدل المراضة والوفيات، وتحديد معدل الاختلاطات ونوعها، أملاً في تدبير كل حالة بالطريقة الأمثل لها.

1-5 الدراسة المرجعية:

نتيجة هذا الازدياد الحاصل في معدل حدوث الـ PAS حول العالم، والنزعة الجديدة لتدبيرها بشكل محافظ، فقد كثرت الدراسات والتوصيات التي تتناول المقاربات المختلفة للتدبير المحافظ، وفي تقييم أمانها وفعاليتها بالمقارنة مع الاستئصال التام، وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على الدليل الإرشادي المتبع منذ بداية عام 2021 في المشفى، والذي وُضِعَ بناءً على المراجعة المنهجية المنشورة عام 2019 التي قامت بها IS-AIP لدراسة الخيارات المختلفة في تدبير هذه الحالة وكل ما يتعلق بها، ووضعت بنتيجتها التوصيات التي اتُّبِعَتْ، وهي بعنوان:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

Evidence-based guidelines for the management of Abnormally Invasive Placenta
recommendations from the International Society for Abnormally Invasive
Placenta.[3]

1-6 فرضية البحث:

إن طرق التدبير المحافظة على الرحم ذات نسبة نجاح عالية، وتترافق مع نسبة أقل للاختلاطات والمراضة والوفيات مقارنة باستئصال الرحم الولادي.

1-7 حدود البحث:

اقتصرت دراستنا على نتائج التدبير المحافظ على المدى القريب فقط، ولم ندرس نتائجه على المدى البعيد من ناحية عودة الطمث، وحدوث الحمل اللاحق واختلاطاته. واقتصرت على طريقة واحدة من طرق التدبير المحافظ وهي التدبير المحافظ الجراحي، إذ لم تدبر أي طريقة بإبقاء المشيمة في مكانها.

1-8 منهج البحث وأدواته:

هذه دراسة رقابية مستقبلية، شملت السيدات اللواتي قبلن في المشفى في جناحي المخاض العام والخاص في المدة بين تموز 2021 وتموز 2022، واللاتي شخّص لهن مشيمة ملتصقة سريرياً بحسب تصنيف FIGO 2019، وعددهن 59 حالة، وتم توصيف كيفية التحضير للجراحة، والتدبير المتبع في أثناء العمل الجراحي، والاختلاطات الحاصلة، والمقارنة بين نتائج طرق التدبير في ضوء أحدث التوصيات.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الفصل الثاني

القسم النظري

2-1 التمهيد:

بعد توثيق أول حالة مشيمة ملتصقة في عام 1937، ولأكثر من نصف قرن بعدها، كان استئصال الرحم الولادي هو خيار التدبير الأساسي وغالباً الوحيد لهذه الحالات، وكانت تكمن فائدة هذا الإجراء في أنه قلل المخاطر الناتجة عن النزف الغزير المرافق لـ PAS، عندما لم يكن نقل الدم خياراً متاحاً بعد. [4]

وبعد الازدياد السريع الحاصل في المدة الأخيرة في معدل الولادات القيصرية، فقد تغيّرت الحالة الوبائية لـ PAS حول العالم، من حالة مرضية خطيرة نادرة، إلى اختلاط توليدي مهم ولكنه شائع.

وعادة ما يترافق هذا الاختلاط بعقائيل أكبر في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل لقلة الموارد المتاحة، وإجمالاً، قد يغفل تشخيص هذه الحالة قبل الولادة، إما لغياب عوامل الخطر عند المريضة، أو لقلة الخدمات الطبية المتوفرة في بعض المناطق، ومحدودية أدوات التصوير، فتكتشف الحالة في أثناء الولادة، ويفرض هذا على الطبيب خيارات محدودة في التدبير، حفاظاً على حياة الأم، دون وجود التحضيرات اللازمة، والعناصر الطبية المتكاملة، وينجم عن ذلك عقابيل جسدية ونفسية على المدى القريب والبعيد.

لذلك، وبشكل موازٍ لأهمية تطوير تقنيات التصوير من أجل التشخيص الدقيق، فإن دور التدبير الجراحي وخياراته جوهري ومهم جداً.

وانطلاقاً من أن التوازن بين السيطرة على النزف والحفاظ على الخصوبة يمكن أن يُحقق، فقد شهد العقدان الأخيران انقلاباً تدريجياً باتجاه اتباع التدابير المحافظة على الرحم، وذكرت العديد من الخيارات التي تجنبنا النزف الغزير واستئصال الرحم، لكل منها معدلات نجاح واختلاطات مختلفة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ونتيجة لنقص التجارب السريرية اللازمة، لا يزال الخيار الأمثل في التدبير غير محدد بدقة، ومتعلقاً بالقدرة على التشخيص قبل الجراحة، وخبرة الجراح، وعمق الغزو، والأعراض السريرية.

ويلاحظ وجود تنوع مهم في الممارسة والرعاية الطبية بما يخص هذه الحالة حول العالم، ويرى هذا الاختلاف بشكل واضح بين البلدان النامية والمتقدمة، تبعاً للموارد المحدودة، أو حتى المعدومة.

إذ ترجح بعض المراكز التدبير عن طريق الاستئصال الجذري، في حين يؤثر بعضها الآخر اختيار المقاربات المحافظة على الرحم.

ونجد أن معظم أعضاء SFMF يقومون بإجراء الاستئصال الولادي في حالة الاشتباه العالي بـ PAS خلال القيصرية، ويلجأ 15-32% منهم فقط إلى التدابير المحافظة.[4]

ويمكن القول إن الاستئصال الولادي يبقى التدبير الأكثر أماناً، خاصة للأشكال الغازية في الدول النامية، إذ إن الإمكانات التشخيصية والقدرة على المتابعة والإجراءات الإضافية غير متاحة.

ولأن المقاربات المحافظة تترافق مع معدلات أقل في خسارة الدم، وفي كمية الدم المنقول، بالإضافة إلى حفاظها على الوظيفة الإنجابية للمرأة، فقد أصبح هدف الدراسات حالياً هو مساعدة الممارسين على اختيار التدبير المحافظ الأكثر ملاءمة بما يتناسب مع حالة المريضة وخبرة الفريق الطبي، وهو تحدٍ مهم، لأن الأدلة الموجودة تعد ضعيفة بما يخص فعالية الطرق، وقائمة بشكل أساسي على دراسات راجعة مع حجم عينة محدد.[4]

وإن اتخاذ القرار بشأن التدبير بشكل محافظ أو جذري، يجب أن يتم بعد تقييم دقيق وتفصيلي للمخاطر والفوائد، ومعرفة اختيار الحالات المرشحة للمعالجة المحافظة.

وفي مشفانا الذي يقدم أفضل الخدمات الطبية في هذا المجال، كان الاستئصال الولادي هو خيار التدبير الوحيد في معظم الحالات، ومع كثرة الدراسات والتوصيات حول إمكانية المحافظة على الرحم، بدأنا في عام 2021 باللجوء إلى

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

تطبيق هذه التدابير، ووثقنا في هذه الدراسة الطرق التي اتبعت، والنتائج التي حصلنا عليها، وقارنّا بينها وبين الاستئصال التام من ناحية الاختلاطات الحاصلة، والمرضة والوفيات.

وقد تناولت هذه الرسالة في قسمها النظري كلاً من شذوذات التصاق المشيمة بشكل أساسي، وشذوذات وضعها (المشيمة المنزاحة) بشكل ثانوي، إذ إن المشيمة المنزاحة أهم عامل خطر لحدوث الالتصاق الشاذ، وهما موضوعان مختلفان في بعض النقاط، ومتقاطعان في نقاط كثيرة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-2 حالات المشيمة الملتصقة والمشيمة المنزاحة.

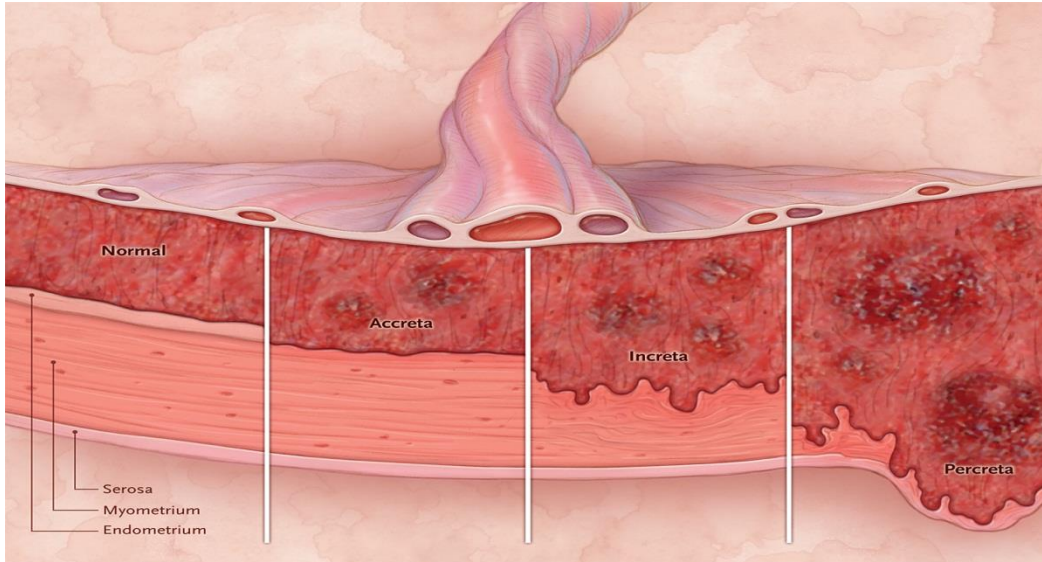
1-2-2 التعريف والتصنيف:

تعددت أساليب تعريف هذه الحالة وتصنيفها عبر السنين، فبعد أن كان يستخدم سابقاً إما التصاق المشيمة المرضي Morbidly Adherent Placenta، أو الغزو الشاذ للمشيمة Abnormally Invasive Placenta، اتفق حالياً على اصطلاح عالمي هو حالات المشيمة الملتصقة **Placenta Accreta Spectrum**، وعدت هذه الحالات مرضاً ذا طيف متدرج، يقسم تبعاً لعمق الغزو إلى ثلاثة أنماط: [5]

- **Accreta**: المشيمة الملتصقة: تكون الزغابات المشيمية متجاوزة للغشاء الساقطي، وملتصقة بعضلية الرحم.

- **Increta**: المشيمة المنذخلة: تكون الزغابات المشيمية مخترقة لعضلية الرحم فقط.

- **Percreta**: المشيمة المخترقة: تكون الزغابات المشيمية مخترقة لعضلية الرحم بشكل كامل، وصولاً إلى مصلية الرحم أو الأعضاء الحوضية المجاورة.



الشكل (1) أنماط PAS الثلاثة تبعاً لعمق الغزو مقارنة بالالتصاق الطبيعي.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

كما اعتمدَ نظام جديد من قبل **FIGO** يصنّف هذه الشذوذات كالتالي: [6]

- **Grade 1**: درجة أولى: التصاق المشيمة المرضي: المشيمة الملتصقة.
- **Grade 2**: درجة ثانية: الغزو الشاذ للمشيمة: المشيمة المندخلّة.
- **Grade 3**: درجة ثالثة: الغزو الشاذ للمشيمة: المشيمة المخترقة: ويقسم بدوره إلى:
 - **3A**: يقتصر الغزو على مصلية الرحم.
 - **3B**: يوجد غزو للمثانة.
 - **3C**: يوجد غزو للأعضاء والأنسجة الحوضية الأخرى.

ويتضمن هذا التصنيف معايير سريرية ونسجية لكل من أنماطه، ستذكر لاحقاً.

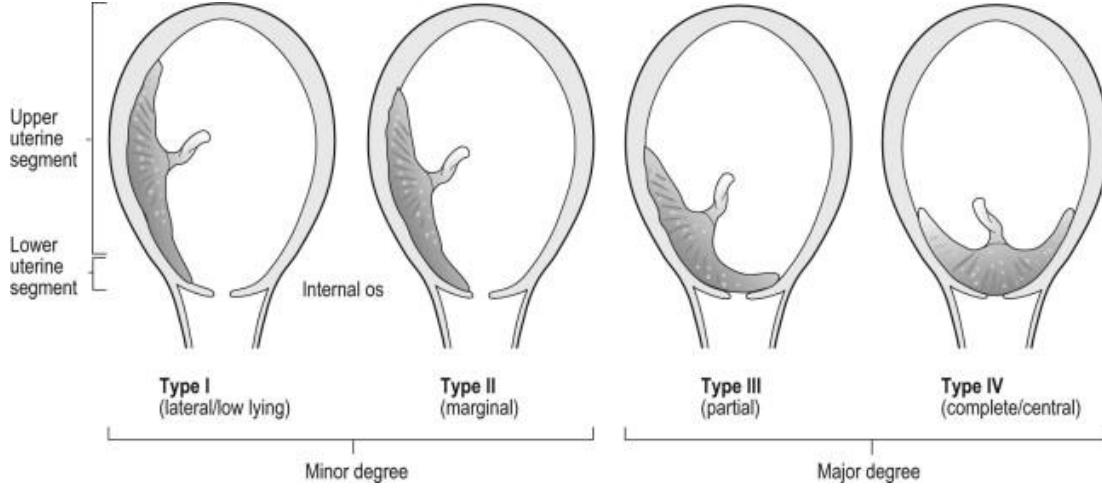
كما يمكن أن تتضمن هذه التصنيفات تصنيفاً آخر اعتماداً على مساحة الشذوذ الحاصل، فهو إما كليّ يشمل كامل سطح المشيمة، أو جزئي/بؤري يشمل مناطق وفلقات مشيمية محددة فقط.

❖ أما المشيمة المنزاحة **Placenta Previa**: فهي المشيمة التي تمتد باتجاه القطعة السفلية للرحم وصولاً

إلى الفوهة الباطنة للعنق، وتصنّف حالياً إلى: [7]

- **كبرى Major** : عندما يغطي النسيج المشيمي عنق الرحم جزئياً III أو كلياً IV.
- **صغرى Minor** : يبتعد النسيج المشيمي أقل من 2سم عن حدود الفوهة الباطنة "واطئة" I ، أو يصل إليها ولكن لا يغطيها "هامشية" II.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



الشكل (2) تصنيف المشيمة المنزاحة تبعاً لعلاقة المشيمة مع الفوهة الباطنة للعنق.

2-2-2 إحصائيات:

إن معدل انتشار PAS خاضع للازدياد سنوياً بسبب ارتفاع معدل القيصرية بالشكل الرئيس في العقود الأخيرة، والذي ظهر بوضوح بعد عام 1980 بعد أن كانت النسبة لا تتجاوز 0.003% في الخمسينيات، وفي 2019 أصبحت 0.17%، أما الآن فهي تعادل حالة من كل 300 حمل [8].

وقد أظهرت مراجعة منهجية شملت 7001 حالة PAS من ضمن 5.8 مليون ولادة عام 2019 أن المشيمة الملتصقة هي الأكثر شيوعاً بنسبة 63%، تليها المشيمة المخترقة بنسبة 22%، ثم المشيمة المندخلة بنسبة 15%.

وهي السبب الأول لاستئصال الرحم الولادي حالياً، وتترافق مع معدل وفاة 7% [8].

أما نسبة انتشار المشيمة المنزاحة فتقارب 4 بالألف وسطياً في إحدى المراجعات المنهجية، أي حالة من كل 250 حملاً.

ويلاحظ أن هذه النسب تختلف حول العالم [9].

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

3-2-2 الآلية المرضية لل PAS:

إن التطور الطبيعي للمشيمة هو عملية تفصيلية معقدة تتضمن العديد من العناصر الأمومية والرحمية والهرمونية، والتفاعلات البيولوجية، والتي تنتظم ضمن ثلاثة محاور هدفها تشكل سليم لكل من الساقط الرحمي وهجرة طبيعية للخلايا الأرومية الغازية نحو الساقط ونحو الأوعية الحلزونية لتشكل دوران مشيمي طبيعي. وإن أي خلل في هذا السير قد يؤدي إلى شذوذ في تشكل المشيمة.

هنالك عدة نظريات تشرح كيف تحدث المشيمة الملتصقة ولماذا، أقدمها هو القائم على الاعتقاد بأن هناك شذوذاً بدئياً في الأرومة الغازية يؤدي إلى غزو واسع للعضلية، أما السائد حالياً فهو الاعتقاد الذي يدعم وجود عيب في السطح البطاني العضلي للرحم وهذا يؤدي إلى فشل في التشكل السوي للساقط في منطقة الندبة، ويؤدي بدوره إلى غزو شاذ للزغابات.

ورغم أن الآلية الإمراضية لهذه الشذوذات غير محددة بدقة، لكن المعطيات الموجودة حالياً تدعم دور إعادة التشكل remodeling الحاصل في الرحم في مرحلة التندب بعد العمل الجراحي (القيصرية بشكل أساسي)، إضافة إلى وجود إمراضيات رحمية سابقة (اندحاق، تمزق، التصاق). [10-12]

إذ نرى أن التشكل المعيب للغشاء الساقط (غائب، رقيق، جزئي)، وضياح الطبقة العضلية تحته، أو استبدال نسيج ندبي بها، سيسمح للزغابات المشيمية بالوصول إلى سطح الرحم في منطقة الندبة. [11]

كما أن نقص العوامل المنظمة لهجرة وغزو خلايا الأرومة الغازية سينتج عنه وصولها إلى الشرايين الأمومية في محيط الرحم (الشعاعية والمقوسة) والمساهمة في هذا التشكل الشاذ.

بالإضافة إلى أن الجريان الدموي عالي السرعة وكبير الحجم الناتج عن الأوعية الرحمية العميقة المتوسعة بشكل غير طبيعي (الناتج عن عيب في إعادة التشكل في منطقة الندبة) سيؤدي إلى تشكل بحيرات مشيمية دموية مع تراكم

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

تدرجي للفيرين بين ذروة معظم الزغابات وجدار الرحم، وحول الزغابات المنغرس عميقاً في السطح الرحمي المشيمي.

تترافق هذه التبدلات مع تشوه في طبقة نوتباخ وخسارة أجزاء من مكان الالتصاق الطبيعي للمشيمة مع جدار الرحم.

وقد ظهر أن المشيمة المندخلة والمختزقة ليستا ناتجتين عن غزو أعمق للزغابات ضمن الجدار، إذ ترافقت معظم الحالات، إن لم يكن جميعها، مع إمراضية رحمية سابقة كلية أو جزئية (تمزق، اندحاق، التصاق) بين القطعة السفلية الأمامية والوجه الخلفي للمثانة مشكلةً نقطة ضعف تسمح بشكل ثانوي لهذه الزغابات بالوصول إلى عمق أكبر ضمن الجدار، وبالتالي إلى غزوها لأوعية أكبر ضمن العضلية وقرب المصلية، متجاوزةً منطقة الوصل والشرابين الحلزونية وصولاً إلى الشرايين المقوسة مؤديةً إلى توسع كبير فيها، وهذا من أهم مظاهر PAS الصدية والعيانية. [12]

ويدعم هذه الفرضيات أن نسبة كبيرة من حالات PAS لديهن إمراضية رحمية سابقة:

- إما جراحية مباشرة: قيصرات سابقة، أو ورم ليفي، أو تجريف، بنسبة 80%.
- وبنسبة أقل غير جراحية: إخصاب مساعد IVF، أو تصميم أوعية رحمية، أو التهاب بطانة، أو معالجة كيميائية وشعاعية.
- أو تشوهات رحمية: رحم ذو قرنين، أو أدنوميوز، أو أورام ليفية تحت مخاطية.

إذ إن هذه الحالات قد تترافق مع عيوب بطانية مجهية تؤثر سلباً على وظيفة البطانة الطبيعية الأمر الذي سيؤهب للالتصاق الشاذ، وهذا يفسر حدوث هذه الحالات رغم ندرتها - لدى الخروسات، دون سوابق جراحية رحمية. [13]

وتختلف المعطيات بين حالات تظهر أن درجة الغزو تزداد مع تقدم العمر الحلمي، إذ تكون المشيمة طبيعية الانغراس في بداية الحمل ثم يظهر الغزو المشيمي في المتابعات اللاحقة، وحالات أخرى مشخصة باكراً تنفي ذلك،

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

وتقترح أن هذه الشذوذات تحدث منذ البداية (مرحلة الانغراس) بشكلها النهائي، سواءً ملتصقة أو مندخلة أو مخترقة. [14]

2-2-4 الآلية المرضية للمشيمة المنزاحة:

إنَّ الآلية الإمراضية للمشيمة المنزاحة لم تحدد بدقة أيضاً، إذ تنص إحدى الفرضيات على أن الجراحات السابقة أو تعدد الولادات سيؤديان إلى شذوذ في توعية الساقط ضمن جوف الرحم نتيجة التليف والتندب، مما سيسمح بهجرة الزغابات إلى الجزء السفلي من التجويف الرحمي بحثاً عن تروية أفضل.

تقول فرضية أخرى إنه في حالة الحمل المتعددة مثلاً، ستكون المشيمة كبيرة الحجم مما يزيد من احتمالية وصولها إلى القطعة السفلية وعنق الرحم. [15]

- آلية النزف في المشيمة المنزاحة:

إن النزف المشيمي هو أهم وأخطر اختلاط للمشيمة المنزاحة، وهو غالباً والدي المنشأ، إلا إذا حدث تمزق في الزغابات فيصبح جنينياً أيضاً.

ينتج النزف قبل الولادة عن حدوث التقلصات الرحمية والتبدلات التطورية في العنق والقطعة السفلية مع تقدم عمر الحمل، إذ يؤدي ذلك إلى تطبيق قوى فصل في مكان ارتكاز المشيمة الشاذ وغير المرن، وهذا يؤدي إلى انفصال جزئي لها، كما يحرض الفحص المهبلي والجماع ذلك أيضاً.

أما بعد الولادة فينتج النزف عن عدم قدرة القطعة السفلية على الانقباض بشكل جيد لإرقاء النزف من الأوعية الدموية كبيرة الحجم وزائدة الجريان، وذلك بسبب بنيتها النسيجية الخالية من الطبقة العضلية الشبكية المتوسطة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

5-2-2 عوامل الخطورة:

يرتبط حدوث PAS عالمياً بالازدياد المستمر في إجراء القيصرية في البلدان متوسطة وعالية الدخل، بالإضافة إلى تشخيص حالات لدى الخروسات دون سوابق واضحة، وتتشابه عوامل الخطورة في كل من الـ PAS والمشيمة المنزاحة.

- إن أهم عامل خطر لحدوث PAS هو المشيمة المنزاحة بعد قيصرية سابقة، وأهم عامل خطر للمشيمة المنزاحة هو القيصرية السابقة.

إذ يزداد تواتر حدوث PAS مع زيادة عدد القيصرات كالتالي في حال وجود مشيمة منزاحة: [16]
 $3 = 1\% , 2 = 11\% , 3 = 40\% , 4 = 61\% , 5 \text{ وأكثر} = 67\% .$

وفي غياب انزياح المشيمة يكون تواتر الحدوث كالتالي: [16]

$1 = 0.03\% , 2 = 0.2\% , 3 = 0.1\% , 4, 5 = 0.8\% , 6 \text{ وأكثر} = 4.7\% .$

فهو عامل خطر مستقل، ولذلك فإن معظم الدراسات تتناول حالات PAS المترافقة مع مشيمة منزاحة.

- القيصرات: يزداد معدل حدوث PAS بازدياد عدد القيصرات السابقة، ويزداد هذا الخطر عندما تتركز المشيمة على الندبة السابقة، كما أن القيصرات الانتخابية ذات خطر أعلى من الإسعافية.

- سوابق جراحات على الرحم: استئصال ورم ليفي مع الوصول لجوف الرحم، أو فك التصاقات رحمية

بالتنظير، أو استئصال حمل هاجر قرني، أو توسيع وتجريف، أو اجتثاث بطانة، إذ إن أي تدخل على

البطانة الطبيعية سيؤدي إلى استبدال نسيج ندبي ليفي بها، بشكل كلي أو جزئي. [17]

- تشوهات رحمية: رحم ذو قرنين، أو أدينوميوز .

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

- عمر الأم 35 أو أكثر: هناك تناقض في المعطيات ما بين دراسات فسرت ذلك بتعدد الولادات المرافق لتقدم العمر وازدياد خطر الانزياح بالنتيجة، ودراسات أخرى أظهرت أنه لا علاقة للعمر، وأخرى رأت أنه عامل خطر مستقل، بمعزل عن باقي العوامل.[18]
- تعدد الولادات.
- تشيع حوضي سابق.
- استخلاص مشيمة يدوي.
- التهاب باطن رحم نفاسي.
- العقم وإجراءات الإخصاب المساعد (خاصة نقل الأجنة المجمدة): تؤدي عدة عوامل دوراً في ذلك، منها العوامل المختلفة للعقم: كعمر الأم و قصة إجراءات رحمية سابقة، ومنها عوامل قابلة للتعديل كتحضير البطانة ودورة الإخصاب وطريقة التجميد، وأظهرت الدراسات أن الحالات هنا تكون بؤرية وأقل غزواً وأقل إمراضية.
- الحمل المتعددة: أعلى بنسبة 40%.
- التدخين: يترافق مع بطانة رقيقة.
- تصميم أوعية رحمية: لمعالجة ورم ليفي بشكل محافظ، وهي مضاد استطباب نسبي للحمل.
- جنس الجنين: تبين أن المشيمة الملتصقة تفضل الأجنة الإناث، والمنزاحة تفضل الذكور.[19-23]
- عوامل متعلقة بالحمل الحالي:
- 1- الحمل الهاجر على ندبة القيصرية: إذ إن هذه الحالات المشخصة في الثلث الأول تشكل طليعة للPAS ، وقد تتطور مع تقدم عمر الحمل إذا لم يتم إنهاؤها.[24, 25]
- 2- الهرمونات المشيمية: لوحظ أن B-HCG + AFP يكونان أعلى بشكل ملحوظ في الحمل المختلطة بPAS.[26]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- قصة مشيمة منزاحة سابقة: تنكس هذه الحالة بنسبة 4-8% [27]
- قصة PAS سابقة: أصبح من الممكن معرفة معدل نكس هذه الحالات نتيجة الازدياد في تطبيق التدابير المحافظة حديثاً، بعد أن كان الاستئصال الولادي هو التدبير الوحيد سابقاً، إذ تبين أنها تنكس بمعدل 28.6% بدرجات التصاق مختلفة، ومن هنا تأتي أهمية وضع خطة للمتابعة والتدبير في الحمل اللاحقة للعلاج المحافظ بسبب الاحتمال العالي لتكرر الالتصاق الشاذ. [28, 29]
- التقنيات الجراحية المستخدمة في خياطة الرحم: تقترح إحدى الدراسات المنهجية أن لهذه التقنيات تأثيراً على طريقة التندب: [30]
- 1- عدد الطبقات: الخياطة على طبقة واحدة تعطي ندبة أضعف، وجداراً أرق، وأكثر عرضة للتمزق.
- 2- نوع الخيوط: الخيوط الأحادية هي الأفضل.
- 3- نوع الخياطة: الخياطة المستمرة تترافق مع معدلات حدوث أعلى.
- أظهرت دراسة مرجعية أن الحمل المختلطة ب-PAS دون انزياح مرافق في المشيمة، كانت غالباً مترافقة مع قصة إخصاب مساعد، أو تجريف سابق، أو استئصال ورم ليفي، وأقل ترافقاً مع وجود قيصرية سابقة. وهي ذات نتائج والدية وجنينية أفضل من الحالات المترافقة مع انزياح في المشيمة. [31]

2-2-6 المراضة والوفيات:

➤ الاختلاطات الوالدية:

تكمن الأهمية السريرية لهذه الحالات لارتباطها بالاختلاطات التالية: [32, 33]

- النزف قبل الولادة في المشيمة المنزاحة: وما يرافقه من اختلاطات كصدمة نقص الحجم، والأذيات غير العكوسة في الكلية كالنخر الأنبوبي الحاد.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

- النزف بعد الولادة وعند استخراج المشيمة في كل من المشيمة المنزاحة والملتصقة: إن محاولة تخليص المشيمة بعد ولادة الطفل ستؤدي إلى نزف غزير، يزداد كلما كان هناك غزو أكبر للزغابات المشيمية بسبب التوعية المفرطة في السرير المشيمي (توسع في الأوعية + أوعية متشكلة حديثاً).
- الحاجة إلى نقل الدم قبل الولادة، وفي أثنائها، وبعدها، وما يرافقه من اختلاطات.
- التهاب الوريد الخثري: إذ إن الحالة تفرض على الحامل الراحة وتحدد الحركة من جهة، وتعرضها لعمل جراحي كبير كإستئصال الولادي من جهة ثانية).
- اعتلال التخثر المنتشر نتيجة النزف الغزير.
- انفكك المشيمة الباكر: يرافق الانزياح في 10% من الحالات، ويفاقم وضع النزف واعتلال التخثر.
- الإنتان النفاسي: بسبب النزف الحاصل، وفقر الدم، وضعف المناعة، والتدخلات التوليدية والجراحية المتعددة، والانطمار السيء لموضع المشيمة.
- تناذر الشدة التنفسية.
- الوفيات الوالدية: تعادل في البلدان النامية أربعة أضعاف النسبة العالمية، وتصل إلى 7%، نتيجة نقص العناية الطبية وشيوع فقر الدم والولادة المنزلية. وتنتج عن الإنتان، والنزف، والصمة الرئوية، والأمنيوسية التي أثبتت الدراسات وجود علاقة وثيقة بينها وبين إمراضيات المشيمة، وتكون نسبة الوفيات قليلة عند تدبير الحالات في مراكز متخصصة بوجود طاقم طبي متكامل وخبير. [34, 35]
- الحاجة لجراحات ثانية، وما يرافقه من اختلاطات جراحية.
- بالإضافة إلى التأثيرات النفسية، كالقلق والاكتئاب وانخفاض الثقة بالنفس ، نتيجة المراضة الطويلة والاختلاطات (مدد استشفاء طويلة ومتكررة، نزوف غزيرة ومفاجئة، الحاجة لإستئصال الرحم، وفقدان القدرة الإنجابية).

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- الحاجة لاستئصال الرحم الولادي: إن المشيمة المنزاحة والملتصقة من أشيع استطبابات استئصال الرحم الولادي، لمنع النزف أو للسيطرة عليه، ونقل الدم هو أشيع مراضة مرافقة له، بالإضافة لاختلاطات الجراحة: كأذية المثانة في المرتبة الأولى، وأذية الحالب، والنواسير، وأذية الأمعاء، والحوادث الخثارية، وإنتان الجروح، والقصور الكلوي، والصدمة النزفية، وتوقف القلب.

وتزداد درجة المراضة المرافقة للPAS بازدياد درجة الغزو المشيمي، إذ يكون التدبير معقداً في حالات المشيمة المخترقة على الرغم من اتخاذ كل التدابير اللازمة، وذلك بسبب امتداد الغزو إلى الأنسجة والأوعية الحوضية المجاورة.

كما أنها تزداد لدى السيدات اللواتي تعرضن لهجمات ناكسة ومتكررة من النزف.

➤ الاختلاطات الجنينية:

- SGA: ترتبط هذه الاختلاطات بالعمر الحلمي وقت الولادة وليس بدرجة الغزو، إذ يلاحظ الخداج بنسبة 30%، و IUGR بنسبة 30%.
- وتترافق المشيمة المنزاحة بازدياد معدل كل من الولادة البكرة قبل الأسبوع 37، والحاجة للحواضن، وفقر الدم لدى الولدان، ووفاة الولدان وفي فترة ما حول الولادة، وأظهرت دراسات عديدة أن 15% منهن يلدن قبل الأسبوع 34.
- إلا أن هذه النسب قد تراجعت في السنوات الأخيرة نتيجة تحسن التدبير التوليدي عن طريق إعطاء الستيروئيدات القشرية، بالإضافة لتطور العناية بالولدان.
- وتزداد نسبة التشوهات الخلقية بشكل بسيط، ويعزى ذلك إلى الشذوذات الوعائية المرافقة لهذه الحالات، لكن لا يوجد تشوه نوعي أو متلازمة مرافقة.
- موت الأجنة: نتيجة النزف الشديد بنسبة أكبر ب3 أضعاف من النسبة العامة، إضافة إلى الخداج.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- النزف الجنيني: نتيجة تمزق الزغابات في أثناء المس المهبلّي أو الجماع، إذ تعد المشيمة المنزاحة عامل

خطر للوعاء المتقدم على الجنين، وارتكاز الحبل السري على الأغشية. [36, 37]

2-3 التظاهرات السريرية والتشخيص.

2-3-1 التظاهرات السريرية لPAS:

عادة تكون المريضة غير عرضية، ويُشتبه بالPAS نتيجة ملاحظة بعض العلامات الصدوية، وهي تشخص عادة في أثناء المسح الروتيني في حال وجود انزياح في المشيمة، أو ارتكاز واطئ، أو جراحة رحمية سابقة.

أما في حال عدم وجود عوامل خطر منبهة فقد تكشف مصادفة في أثناء التصوير الصدوي الروتيني، وأحياناً لا يتم التشخيص حتى وقت الولادة.[38]

إن أول تظاهرة سريرية للPAS تكون في الغالب نزفاً غزيراً مهدداً للحياة يحدث عند محاولة استخراج المشيمة اليدوي، إذ تبقى المشيمة كاملة، أو جزء منها، ملتصقة بجوف الرحم دون إمكانية إيجاد سطح للتسليخ.

وفي حالة المشيمة المخترقة للمصلية وللمثانة، فإن هذا النزف سيحدث في أثناء محاولة تسليخ المثانة عن القطعة السفلية.

وقد تتظاهر هذه الحالات بنزف قبل الوضع في حالة ترافقها مع انزياح في المشيمة.

أظهرت دراسة راجعة أن التظاهرات السريرية للمشيمة المخترقة هي: ألم بطني - حوضي - فوق عاني شديد ومفاجئ 40%، أو نزف مهبطي 25%، أو نزف مع ألم 7%، أو مخاض باكر أو انبثاق باكر للأغشية 7%.[12]

وهذه النتائج مغايرة لمعظم الدراسات التي تجمع على أن النزف هو العرض الأشيع، والألم هو عرض نادر. لذلك يجب أن يؤخذ تشخيص PAS بالحسبان لكل مريضة نازفة، مع أو بدون ألم.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-3-2 التظاهرات السريرية للمشيمة المنزاحة:

تُكشف، عادة، مصادفة في أثناء المتابعة الروتينية للمريضة خلال الأسابيع 16-20، إلا أن 90% من هذه الحالات تتراجع مع تقدم الحمل نتيجة تطور القطعة السفلية من 5م في الأسبوع 20 إلى 50م في تمام الحمل، وهذا التطور يعيد تموضع حافة المشيمة بعيداً عن العنق، ونتيجة الهجرة الرأسية الطبيعية للمشيمة نحو المناطق الأكثر توعية الواقعة في قعر الرحم بالشكل الطبيعي.[39]

أما استمرار وجودها في الثلث الثالث، أو امتدادها فوق العنق بأكثر من 25م بين الأسابيع 18-24، أو كونها منزاحة خلفية، فهي مؤشرات لتوقع بقائها حتى تمام الحمل.[40]

أشيع عرض لانزياح المشيمة في النصف الثاني من الحمل هو النزف، وهو نزف مهبطي غير مترافق بآلم غالباً، يحدث في 90% من الحالات.

ويترافق النزف لدى 20% من الحالات مع تقلصات رحمية مؤلمة بصورة مشابهة للانفكاك.

تعاني ثلث الحالات من هجمات النزف قبل الأسبوع 30، وهي معرضة أكثر للحاجة لنقل الدم، والولادة الباكرة، والمرضاة حول الولادة.

وتظهر الأعراض لدى ثلث الحالات بين الأسابيع 30-36، وتحدث لدى معظم الثلث الباقي أول هجمة نزف بعد الأسبوع 36، ويصل 10% فقط من الحالات لتمام الحمل دون حدوث نزف.[41]

كلما زاد عدد هجمات النزف والحاجة لنقل الدم خلال الحمل، ازدادت الحاجة للجوء إلى القيصرية الإسعافية.[42]

كما أن النزف قبل الولادة لأي سبب كان، هو عامل خطر للمخاض وانبثاق الأغشية الباكرين.

❖ العلامات:

- رحم لينة غير مؤلمة إلا في حال تطور تقلصات رحمية، وقد يحدث مخاض عفوي بعد عدة أيام من حدوث النزف لدى 25% من الحالات.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- نبض جنيني طبيعي، إلا في حال حدوث نزف غزير لدى الأم.
- تترافق المشيمة المنزاحة مع مجيئات معيبة في 30% من الحالات، نتيجة توضع القسم الأكبر من المشيمة في الجزء السفلي من تجويف الرحم، الأمر الذي يؤهب لاتخاذ الجنين وضعيات غير رأسية. [43]
- المشيمات الـ Major تنزف بوقت أبكر، وبتواتر أكبر من الـ Minor. ويكون خطر حدوث النزف في الـ Minor كبيراً في حال: [44]

- سماكة حافة المشيمة أكثر من 1 سم.
- طول العنق أقل من 3 سم.
- غياب المسافة النيرة صدوياً عند حافة المشيمة، نظراً لعدم وجود سطح تسليخ من الصفيحة القاعدية للمشيمة وجدار الرحم.

2-3-3 الموجودات المخبرية:

- الواسمات الحيوية: لا يوجد واسمات معتمدة بشكل فعلي. ولكن يلاحظ ارتفاع كل من MsAFP ، و PAPP، و B-HCG في مصل الأم في حالات PAS، إلا أنها جميعها قيم غير كافية للتشخيص وحدها، ولا يلاحظ اختلاف بقيم CfDNA. [26, 45]
- وتُدرس حالياً مستويات الواسمات البروتينية في مصل الأم، ويبدو أن لها دوراً واعداً في تشخيص PAS، لكن لم تُعتمد بعد. [46]

- البيلة الدموية: تلاحظ في حالات المشيمة المخترقة بنسبة 31%، وقد يكون الغزو مجهرياً لا يظهر في أثناء تنظير المثانة، الأمر الذي يجعل من الصعب وضع التشخيص قبل الجراحة. [47]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-3-4 التشخيص التفريقي:

تحدث نزوف أشهر الحمل الأخيرة بعد الأسبوع 20 في 4-6% من الحمل، وتشكل المشيمة المنزاحة 20%

منها، وتشمل باقي الأسباب: [48]

- انفكاك المشيمة الباكر: نزف داكن مع تقلصات رحمية وتآلم جنيني، وتكون الرحم ممضنة ومؤلمة، وبالإيكو: تكون المشيمة غير مرتكزة، وقد يسبقه قصة رض أو ارتفاع ضغط.
- تمزق الرحم: ألم مفاجئ وحاد، مترافق مع نزف مهبلي قليل الكمية، وأعراض تخريش بريتيوان نتيجة النزف داخل البطن، مع اضطراب إصغاء وانسحاب في المجيء وبطن غير متناظر، بالإضافة إلى حالة عامة سيئة مع علامات صدمة.
- الوعاء المتقدم على المجيء: نزف مهبلي غير مؤلم مترافق مع تآلم جنيني حاد، دون تغير في الحالة العامة للأم.
- بالإضافة إلى أسباب مهبلية وعنقية لا بد من نفيها بالفحص السريري.

2-3-5 المسح والتشخيص قبل الولادة في حالات PAS:

يُحدّد موقع المشيمة روتينياً في منتصف الحمل (18-20 أسبوع)، وتكمن أهمية مسح وتشخيص هذه الحالات

قبل الولادة في توعية المريضة بحالتها، ووضع خطة ملائمة للمتابعة والتدبير، ومكان الولادة، والتحضير

المناسب قبل الجراحة، من أجل تحقيق أفضل النتائج الوالدية والوليديّة.

أظهر تحليل تلوي شمل 11 دراسة (700 حمل) أن معدل خسارة الدم، والكمية المعوضة للسيدات اللواتي

شخصت لديهن الحالة قبل الولادة، كانا أقل من الحالات التي شخصت في أثناء الولادة. [49]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

❖ المرشحات للمسح وطريقته:

في البداية لا بد من تحديد عوامل الخطر لدى المريضات، ويجب أن يجرى للسيدات اللواتي لديهن مشيمة منزاحة أو أمامية واطئة مع جراحة رحمية سابقة تصوير بالإيكو البطني والمهبلي بين الأسابيع 18-24 لتقييم السطح الفاصل بين المشيمة والعضلية، إذ وجد أن التقييم في هذا العمر الحولي يحمل دقة عالية في تشخيص هذه الحالة أو نفيها، ومع ذلك تدل الإحصائيات على أن هذا التشخيص الباكر يتم في ثلث الحالات فقط. لذلك قد يكون من المفيد الالتزام بتطبيق بروتوكول مناسب للمسح عند هذه الحالات، إذ إن معرفة عمق وامتداد الغزو يساعد في وضع خطة رعاية خاصة لكل مريضة. [50, 51]

✓ الموجودات الصدوية:

إن أفضل طريقة لتقييم توضع المشيمة هي الإيكو عبر البطن و عبر المهبل.

➤ الموجودات في الثلث الأول:

يجب الاشتباه ب PAS إذا أظهر الإيكو قبل 9 أسابيع انغراس كيس الحمل في الجزء السفلي الأمامي للرحم، بالذات في قيلة الندبة القيصرية السابقة، بالإضافة إلى تشكل الفجوات المشيمية الباكرة، وترقق أو غياب العضلية، وزيادة التوعية بين الرحم والمثانة مع علامات دوران مشيمي وظيفي بالإيكو دوبلر، كما أن تطور المشيمة اللاحق في هذه المنطقة يجب أن يرفع الشك بالPAS. [52, 53]

إذ إن الحمل ضمن ندبة القيصرية مترافق مع خطر عالٍ لتطویر PAS لاحقة، وعند الاشتباه به يجب اتباع أدق الإجراءات اللازمة للتشخيص.

وللتفريق بين الحمل في ندبة القيصرية والإسقاط في طور الحصول، نبحث عن سلبية علامة sliding، وهي عدم تحرك كيس الحمل عند نهزه باستخدام الإيكو المهبلي.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ الموجودات في الثلث الثاني والثالث: [5, 54]

هذه الموجودات عبر الإيكو البطني أو المهبلي تترافق مع PAS، ولا يشترط اجتماعها معاً حتى يوضع

التشخيص، خاصة في حال أن المشيمة خلفية التوضع. [55]

- بحيرات مشيمية متعددة وكبيرة الحجم وغير منتظمة، تقع في مركز الفلقة المشيمية مجاورة للعضلية المتأثرة،

تؤثر على تجانس النسيج المشيمي الصدوي، وهي العلامة الأكثر تواتراً، والأكثر أهمية في التنبؤ، وذات

حساسية ونوعية عاليتين. [56]

يزداد خطر PAS بوجود أكثر من 3 بحيرات كبيرة مع حدود غير منتظمة، مع جريان مضطرب بسرعة

عالية أكثر من 15 سم/ثا.

- تقطع في خط المثانة: يلاحظ غياب أو تقطع في الخط الأبيض المستمر الذي يمثل السطح الفاصل بين

جدار المثانة ومصلية الرحم، ويرى هذا التقطع بشكل أساسي في المشيمة المختزقة، كما يرى في المشيمة

المنذخلة والملتصقة بسبب الأوعية الشاذة.

- غياب المنطقة الشفيفة (المسافة النيرة): تكون المنطقة الناقصة الصدى الموجودة خلف المشيمة غائبة أو

غير منتظمة، وهي تمثل غياب الساقط القاعدي، وقد تحجب هذه العلامة بسبب ضغط مباشر من البروب،

أو امتلاء المثانة، أو تقدم عمر الحمل.

- ترقق الطبقة العضلية: إذ تكون العضلية خلف المشيمة رقيقة وأقل من 1 مم بسبب ندبة جراحية سابقة أو

غزو مشيمي، وعندما نلاحظ امتداد المشيمة فوق هذه المنطقة المترققة يجب علينا البحث عن علامات

أخرى لPAS، وقد يكون من غير الممكن صدوياً التفريق بين درجات الاندخال لأن ترقق العضلية يعيق

تقييم عمق الغزو.

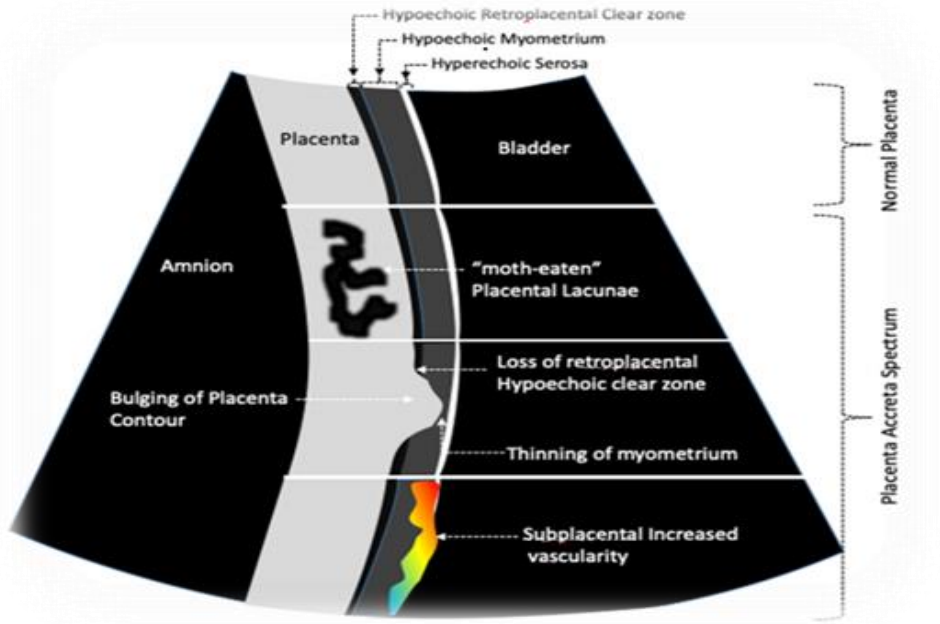
- توعية شاذة: إن الأوعية التي تمتد من المشيمة عبر العضلية إما نحو المصلية وإما نحو المثانة هي علامة

واضحة على الاختراق.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- تقب المشيمة: إذ يلاحظ انحراف في مصلية الرحم بعيداً عن المستوى المتوقع بسبب تبارز شاذ من النسيج المشيمي ضمن الأعضاء المجاورة أو المثانة، وتكون المصلية سليمة ولكن حدودها مشوهة.
- التنتبات البؤرية عبر المصلية: تكون الأنسجة المشيمية مختزقة للمصلية وممتدة إلى ما بعدها، وتشاهد داخل مثانة ممثلة.

أظهرت الدراسات أن العلامتين الأولى والثانية هما أكثر الموجودات الصدىية تشخيصية وموثوقة.



الشكل (3) رسم توضيحي للموجودات الصدىية المشاهدة في حالات الPAS.

✓ وسائل التصوير الأخرى:

➤ الدوبلر الملون:

يعد أداة مفيدة ولقيمة لتأكيد التشخيص عند استخدامه بالاقتران مع العلامات سابقة الذكر، إلا أنه غير كاف في حال استخدامه وحيداً.

الموجودات التي تقترح تشخيص الPAS: [57, 58]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- جريان مضطرب ضمن البحيرات أكثر من 15 سم/ثا: ينتج عن أوعية مغذية للفجوات ضمن المشيمة، وهي أوعية ذات سرعة جريان عالية، تمتد من العضلية نحو الفجوات، مسببة اضطراب جريان عند دخولها.
- الأوعية الجسرية: وهي أوعية مشيمية تمتد عمودياً ضمن العضلية متجاوزة مصلية الرحم نحو المثانة أو الأعضاء الأخرى، ويجب التفريق بينها وبين الدوالي المثانية، وهي أوردة متوسعة تشاهد في الحمل الطبيعية.

- جريان بؤري أو منتشر ضمن البرانشيم المشيمي.
- فرط توعية في السطح الفاصل بين المثانة والمصلية.
- جملة وريدية واضحة تحت المشيمة.

➤ الإيكو دوبلر ثلاثي الأبعاد:

- يساعد في تقييم PAS بشكل جيد، بحساسية تقارب 100% ونوعية 92%. والمعايير التشخيصية هي:
- توعية غير منتظمة ضمن المشيمة مع أوعية متمادية متعرجة عبر المشيمة.
 - فرط توعية للسطح الفاصل بين المثانة ومصلية الرحم. [59]

➤ الرنين:

قد يكون الرنين أكثر نفعاً من الإيكو في ثلاث حالات:

- 1- التقييم في حالة المشيمة الخلفية، لأن غياب المثانة سيجعل من الصعب إيضاح السطح بين المشيمة والجدار.
- 2- تقييم عمق الغزو للطبقة العضلية، أو للمجاورات، أو للمثانة.
- 3- تقييم العضلية والمشيمة عند الأطراف الوحشية البعيدة لنذبة الرحم، إذ إن هذه المنطقة لا يمكن رؤيتها جيداً بالإيكو المهبطي، فهو يظهر الجزء المركزي فقط. [60]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

كما يجب إجراء الرنين عندما يكون التصوير الصدوي غير حاسم، أو مبهماً، كأن تكون المنطقة المشبوهة ليست ضمن القطعة السفلية، كندبة ورم ليفي مثلاً.

رغم أنه لم يثبت فعلياً أن الرنين أكثر دقة من الإيكو، كما أن القيمة التشخيصية له لا تتفوق على قيمة الإيكو إذا تم إجراؤه بأيدي خبيرة.

ولضمان التشخيص الأكثر دقة ينصح بأن تُفسر موجودات الرنين بالربط مع موجودات الإيكو، من قبل شخص خبير.

يعد الرنين آمناً خلال الحمل، إلا أنه يتم تجنب الغادولينيوم نظراً لتأثيراته على الجنين، رغم أن الحقن يقدم صورة أفضل للتشخيص، بالإضافة إلى أن تأثير استخدام كمية قليلة منه غير معروف بدقة. [61, 62]

✓ أجمع الخبراء على أن الموجودات التالية هي الأكثر دقة في التنبؤ بالPAS: [63]

- ظهور انتفاخ من الرحم باتجاه المثانة.
- ترقق العضلية.
- كتلة متباززة بؤرية.
- تقطع في جدار المثانة.
- غياب الخط قليل الكثافة خلف المشيمة على صور T2w.
- توعية شاذة في سرير المشيمة.
- أشربة أو أربطة داكنة خلف المشيمة في صور T2w.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

إن ازدياد عدد الموجودات الشعاعية هو مؤشر على الإنذار السيء، فقد أظهرت دراسة شملت 100 حالة PAS أن وجود 3 موجودات أو أكثر ترافق مع ولادة مختلطة، ووجود 6 موجودات أو أكثر هو مؤشر قوي لحدوث نزف غزير عند الولادة. [64]

ولا يوجد فائدة للتقييم الصدوي المتسلسل للمشيمة بعد وضع التشخيص، ويمكن إجراء تقييم في الأسبوع 32-34 من أجل تحديد التوضع بدقة، وتقييم وجود اختراق للمثانة، من أجل وضع خطة الجراحة.

➤ **تنظير المثانة:** يوصى حالياً بعدم ضرورة إجرائه بشكل روتيني للتشخيص قبل الجراحة، وعدم تغيير خطة

التدبير مهما كانت الموجودات. إذ وجد أن له قيمة تشخيصية محدودة، ويزيد من خطر الإنتان، وراضاً للطرق البولية، ولا يساعد في تأكيد التشخيص، ويجرى عادة لوضع قناطر حالبية لحماية الحالب، ويتم خلال ذلك تقييم جدار المثانة. [3]

• الموجودات:

- أوعية جديدة: وهي العلامة الأشيع، تشاهد على الجدار الخلفي للمثانة غالباً، يجب تفريقها عن الاحتقان الطبيعي، إن نبضان هذه الأوعية هو علامة نوعية بنسبة 100% للمشيمة المخترقة.
- تقبب الجدار الخلفي: ثاني أشيع علامة.

❖ **فإذاً، يوضع تشخيص PAS بالاستناد إلى المعايير السريرية والنسجية التالية:** [3, 65]

- عندما يكون من غير الممكن استخلاص المشيمة يدوياً، بشكل كلي أو جزئي، ولا يوجد سطح تسليخ واضح بين كل أو جزء من المشيمة والرحم.
- وضع تشخيص صدوي قبل الولادة، يؤكد فشل محاولات استخراج المشيمة بعد ولادة الطفل.
- دليل على الغزو المشيمي في أثناء العمل الجراحي.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- تأكيد نسيجي للتشخيص في عينة الاستئصال، كما يمكن وضع تشخيص الالتصاق البؤري دون استئصال الرحم، بإيجاد المعطيات المشخصة في المجروفات الرحمية، وأجزاء العضلية الملتصقة بالمشيمة. [13]
- قبل الولادة يتم التنبؤ بالPAS اعتماداً على الموجودات الصدىية ، أما تأكيد التشخيص فيتم في أثناء وبعد الولادة سريرياً ونسجياً.

2-3-6 المسح والتشخيص في المشيمة المنزاحة:

يجب الاشتباه بهذه الحالة لدى كل سيدة تعاني من نزف بعد الأسبوع 20، كما يجب إجراء تصوير صدوي لتحديد موقع المشيمة لكل سيدة تعاني من هجمة نزف قبل إجراء المس المهبطي، وذلك للحالات التي لم تجر مسحاً روتينياً خلال الحمل، لأن مس المشيمة قد يحرض نزفاً شديداً.

❖ معايير التشخيص:

لتشخيص المشيمة المنزاحة يجب أن يحدد وجود نسيج مشيمي متجانس يمتد فوق الفوهة الباطنة للعنق في الثلث الثاني والثالث، ويفضل عبر الإيكو المهبطي مع تحديد المسافة التي تمتد فيها المشيمة فوق العنق بال مم. وتدعى المشيمة واطئة عندما تكون حافتها على بعد أقل من 20 مم من الفوهة الباطنة ولكنها لا تغطيها. إن أهمية الموجودات الشعاعية تعتمد بدرجة كبيرة على العمر الحملي في وقت التصوير، وإن الموجودات الصدىية في منتصف الحمل أقل تنبؤاً بالحالة من التصوير قرب تمام الحمل. [66]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ الإيكو:

الإيكو البطني: إن التقييم الصدوي عبر البطن لموقع المشيمة هو أحد العناصر الأساسية في التصوير التوليدي، كما أنه اختبار ماسح للمشيمة المنزاحة، وإذا كانت المسافة بين حافة المشيمة والفوهة الباطنة أقل أو تساوي 20 مم يلجأ لإجراء إيكو مهبطي لتحديد أدق للموقع من أجل وضع التشخيص، ويعد الإيكو العجاني طريقة بديلة مناسبة لذلك أيضاً. إذ إن الإيجابية الكاذبة للإيكو البطني في تشخيص المشيمة المنزاحة تصل إلى 25%. [67]

- التقنية والأخطاء الواردة:

- يجب أن تُجرى مقاطع سهمية ومعتزضة، مع امتلاء جزئي للمثانة، ويجب الانتباه إلى النقاط التالية عند إجرائه:
- قد تضغط المثانة الممتلئة جداً على القطعة السفلية للرحم باتجاه الجدار الخلفي معطية منظرًا مشابهًا للمشيمة المنزاحة، فلا يجب تأكيد التشخيص دون التأكد من موقع المشيمة مع مثانة فارغة.
- لا يجب وضع التشخيص عندما تكون القطعة السفلية متقلصة، وهو ما يحدث بعد إفراغ المثانة، إذ تختفي العلاقة بين المشيمة والفوهة الباطنة، ويجب الاشتباه بذلك عندما يظهر الجزء الأمامي والخلفي القريب للعنق أسماك من المعتاد، ويجب الانتظار من 15-20 دقيقة وإعادة التصوير حين زوال التقلص.
- يمكن أن يغفل هذا التشخيص قرب تمام الحمل إذا كان الرأس في مستوى منخفض ضمن الحوض، إذ يؤدي لانضغاط النسيج المشيمي، ويخفي التوضع الدقيق، وفي هذه الحالات يمكن وضع المريضة بوضعية تراندلنبرغ لإيضاح العنق، أو دفع الرأس برفق نحو الأعلى باليد أو البروب.
- إن التشخيص الصدوي للمشيمة المنزاحة المركزية يمكن وضعه بسهولة بسبب امتداد النسيج فوق الفوهة من الأمام والخلف، أما الارتكازات غير المركزية فهي صعبة التشخيص، لذلك فإن المقاطع العرضية في مستوى الفوهة الباطنة وفوقها قد تساعد في التشخيص الدقيق.
- إن تشخيص المشيمة المنزاحة الخلفية أكثر صعوبة من الأمامية حتى باستخدام الإيكو المهبطي.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- قد يسبب النزف تشكل ورم دموي تحت المشيمة أو بالقرب منها، وهذا قد يخفي العلاقة بين الحافة والفوهة بسبب التقارب في المظهر الصدوي، وهنا لابد من إعادة التصوير، بعد عدة أيام، بسبب تغير المظهر الصدوي للدم مع الوقت، وإن كان لا بد من تشخيص فوري للحالة، يجب حينئذ اللجوء للرنين للتفريق بين الدم والنسيج المشيمي.

➤ الإيكو عبر المهبل: إنه إجراء آمن في المشيمة المنزاحة، لأن الوضعية المثالية لرؤية العنق هي 2-3 سم بعيداً عن العنق، والزاوية بين العنق والبروب كافية لمنعه من الانزلاق سهواً ضمن القناة العنقية. وهو مفيد في قياس طول عنق الرحم، إذ يترافق العنق القصير قبل الأسبوع 34 بازدياد في نسبة القيصرية الإسعافية والنزف الحاصل خلالها.

يتفوق الإيكو المهبل على البطني في تشخيص المشيمة المنزاحة، فهو يوفر صورة أوضح وأدق تقنياً للعلاقة بين المشيمة والفوهة الباطنة نتيجة استخدامه ترددات أعلى. [68]

❖ الموجودات المنبئة بحدوث نزف قبل الولادة: [44, 69, 70]

- الامتداد فوق الفوهة وليس بالقرب منها.
- سماكة حافة المشيمة أكثر من 10مم، و/أو الزاوية بين الصفيحة المشيمية والقاعدية أكبر من 45 درجة.
- مسافة فارغة صدوياً عند حافة المشيمة فوق الفوهة.
- طول العنق أقل من 30مم.
- تناقص في طول العنق في الثلث الثاني والثالث بأكثر من 6 مم، أو أن يكون في الثلث الثالث أقل أو يساوي 35مم.

➤ الإيكو دوبلر: يتم إجراؤه عند الاشتباه بPAS، ولنفي الوعاء المتقدم على الجنين، عندما يكون الحبل السري في مستوى القطعة السفلية.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ **الإيكو ثلاثي الأبعاد:** أكثر دقة من الإيكو المهبطي، وينصح به حين توافره، وحين الحاجة لمعلومات دقيقة

من أجل سير التدبير. [71]

➤ **الرنين:** يعد الرنين مناسباً جداً لإيضاح العلاقة بين المشيمة والعنق بسبب تباين النسيج عند التصوير، إلا أنه

لا يستعمل لتشخيص المشيمة المنزاحة بسبب تكلفته العالية ومحدودية توافره من جهة، وبسبب دقة الإيكو

المهبطي العالية وأمانه من جهة ثانية. يتم اللجوء إليه عند الاشتباه بـ PAS، كما أنه يفيد في التوضعات

الخلفية للمشيمة أكثر من الإيكو المهبطي. [72]

وعند تشخيص المشيمة المنزاحة شعاعياً، لا بد من تحري الموجودات المرافقة لهذه الحالة، إذ يجب أن يؤخذ

بالحسبان وجود PAS خاصة في حال وجود عوامل خطر مرافقة، أو مجيء معيب، أو وعاء متقدم على الجنين،

أو تحدد في نمو الجنين، أو تشوهات خلقية.

❖ المتابعة عبر الإيكو خلال الحمل:

إذا كانت المشيمة قبل الأسبوع 20 قريبة من العنق لكنها لا تغطيه، لا تحتاج إلى متابعة لاحقة.

أما في حال الاشتباه بالمشيمة المنزاحة، كأن تكون المشيمة مغطية للعنق أو على بعد أقل من 20 مم عن الفوهة،

فيجب إعادة التصوير في الأسبوع 32 لتأكيد التشخيص أو نفيه، وفي حال تأكيده يجب إجراء تصوير لاحق في

الأسبوع 36 لمناقشة طريقة وتوقيت الولادة. [21]

2-4 الرعاية والمتابعة والتدبير خلال الحمل.

إن رعاية الحمل المختلطة بمشيمة منزاحة مع PAS خلال الحمل، تتبع التوصيات نفسها المتعلقة بالمشيمة المنزاحة وحدها، وإن اجتماع الحالتين يترافق مع خطر أكبر للمراضة الجراحية والوالدية، مقارنة بكل حالة وحدها.

يتبع تدبير الحمل المختلطة بالمشيمة المنزاحة خلال الحمل لحالة المريضة السريرية: فقد تكون المريضة لا عرضية، أو لديها نزف فعال حالياً، أو مستقرة حالياً ولكن حدثت لديها هجمة نزف سابقة أو أكثر.

2-4-1 المريضة اللا عرضية:

- يهدف التدبير هنا إلى تقليل خطر النزف، وتحديد الوقت الأمثل للولادة، وتحديد وجود PAS مرافق.
- من غير الممكن التنبؤ بحدوث النزف، وموعده، وكميته، وتواتره، ولكن يجب تجنب الفحص المهبلي، وتقليل النشاط الجنسي الموصل للنشوة (لترافقه مع تقلصات عابرة قد تعرض حدوث نزف) بعد الأسبوع 20، أو قبله في حال حدوث نزف، بالإضافة إلى تجنب التمارين المتوسطة والعنيفة، وعدم الوقوف لمدة طويلة أكثر من 4 ساعات بعد الأسبوع 20، وطلب المساعدة الطبية فوراً في حال حدوث تقلصات أو نزف. [73]
 - يجب نفي احتمالية وجود PAS لدى هؤلاء المريضات، نظراً للترابط الشديد بين هاتين الحالتين، وفي حال وجودها، يكون التدبير قبل الولادة هو ذاته في الحالتين، لكن مخاطر الولادة تكون أكبر بشكل ملحوظ. ويخطط للولادة بموعد أبكر من حالة المشيمة المنزاحة فقط، ويتضمن التحضير للجراحة التخطيطي لاستئصال الرحم، والتدخلات التي تقلل من حجم النزف، إذ يكون النزف أكثر شيوعاً.
 - معظم هؤلاء المريضات يمكن تدبيرهن كمريضات خارجيات دون الحاجة للاستشفاء، حتى يحدث النزف، أو يحين موعد الولادة. [74]
 - وتعطى السيدة شوطاً من الستيروئيدات القشرية خلال الـ 48 ساعة السابقة لموعد الولادة المخطط لها.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- توقيت الولادة: بما يتوافق مع توصيات ACOG و SMFM تُجرى القيصرية عند 36 - 37+6 أسبوعاً في الحمل المترافقة مع مشيمة منزاحة فقط، دون اختلاطات ثانية، إذ يترافق إكمال الحمل في هذه المرحلة مع مخاطر جنينية ووالدية أكبر من المخاطر الوليدية الناتجة عن إنهائه. [75, 76]

-2-4 الرعاية اللازمة عند حدوث نزف فعال:

- إن النزف الفعال لدى مريضة مشيمة منزاحة هو حالة توليدية طارئة، تستدعي القبول في جناح المخاض والولادة لمراقبة كل من الأم والجنين، ويجب إعلام أطباء التخدير وبنك الدم بالحالة.
- ويهدف التدبير هنا إلى تحقيق الاستقرار الهيموديناميكي للأم، وتحديد مدى ضرورة إجراء قيصرية إسعافية.
- تقييم الأم والجنين: تُقيّم الأم عن طريق مراقبة العلامات الحيوية والصادر البولي، بحثاً عن علامات نقص حجم، بالإضافة إلى تقدير كمية النزف.
- ويراقب نبض الجنين بشكل مستمر بحثاً عن علامات التألم الجنيني.
- التحاليل المخبرية: لا يوجد إجماع على التحاليل المطلوبة روتينياً لتقييم مريضة مشيمة منزاحة نازفة، ويطلب عادة: تعداد دم كامل، وزمرة الدم، واختبار كلاي- أور للمريضات سلبيات الزمرة، بالإضافة لإعلام بنك الدم بقبول الحالة ومصالبة 2-4 وحدات في حالة النزف الغزير أو المتزايد، أو في حالة الولادة القريبة، أو وجود صعوبة في تأمين الدم اللازم. [77]
- وعند الحاجة إلى نقل الدم الكتلي، يجب إعلام البنك بذلك وتفعيل البروتوكول الخاص إن أمكن.
- كما يقيم وضع التخثر: فيبرونوجين، PT، aPTT، عند الاشتباه بوجود انفكاك مشيمة مرافق، أو نزف غزير مؤثر على الحالة الهيموديناميكية للأم.
- استقرار المريضة: يحقق عن طريق تعويض السوائل الوريدية ونقل الدم.
- يفتح خط وريدي واحد أو اثنان، وتسرب المحاليل (رينغر لأكاتات، محلول ملحي)، حتى تأمين الاستقرار الهيموديناميكي، والصادر البولي الملائم (30 مل/سا على الأقل).

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ينقل الدم تبعاً لكمية الدم المفقود، وتغير الحالة الهيموديناميكية، ودرجة الخضاب، ووظيفة التخثر.

قد لا يترافق عادة النزف الحاد لدى سيدة بحالة صحية جيدة مع تغير فوري في قيم الضغط أو

الهيماتوكريت، لذلك علينا ألا نغفل عن التعويض قبل أن تتدهور الحالة.

➤ بشكل عام ينصح بالآتي:

- لا تعطى حالات المخاض في حالة النزف الغزير.
- بالبداية ينصح بنقل 2-4 وحدات كريات حمر بدون بلازما أو صفائح إذا كان الفيبرونوجين أكثر من 250 مغ/دل، أو الصفائح أكثر من 100.000/ميكرو لتر، بهدف الحصول على خضاب أكثر من 10 غ/دل.

- إذا لم يستقر وضع المريضة: يُفَعَّل بروتوكول نقل الدم الكتلي: [78]

وهو الطريقة التي يجب اعتمادها لنقل الدم في حالات النزف، إذ ينقل أكثر من 4 وحدات كريات حمر خلال ساعة، أو 4 وحدات من أي منتج دموي خلال نصف ساعة، ويجب أن يتم ذلك وفقاً لهذا البروتوكول MTP، إذ يتم النقل كالتالي 1PLT : 1FFP : 1RBCS ، وذلك بالتعاون مع بنك الدم الذي يقوم بإعداد هذه المجموعات من المنتجات الدموية (Shock packs: 4RBCS, 4FFP, 1PLT).

وتجرى التحاليل التالية عند البدء بالتطبيق وبعد نقل كل مجموعة: HGB, HCT, Platelets, PT, PTT,

Fibrinogen, d-Dimer, ABGS.

ويستمر تطبيق البروتوكول إلى حين السيطرة على النزف، والحصول على قيم مخبرية مقبولة، ويتم اللجوء إلى

نقل O- في حالات النزف الشديد، أو عدم معرفة زمرة المريضة.

- إذا لم يكن هناك حاجة للولادة الفورية، نكمل النقل حتى تستقر المريضة، أو يقل النزف، ويصبح الخضاب

10 على الأقل، كهامش أمان، وذلك بسبب إمكانية حدوث هجمات نزف تالية، وأكثر غزارة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

أما في حال الحاجة إلى الولادة الإسعافية، فيعد الوصول إلى خضاب 8 قبل الجراحة وضمئها مقبلاً. [79]

- تستجيب معظم المريضات اللواتي تحدث لهن هجمات نزف للعلاج الداعم، ولا يحتجن للولادة الفورية.
- أظهرت دراسة رقابية أن 50% من المريضات صمدن لأكثر من 4 أسابيع إضافية بعد حدوث النزف مهما كانت كميته، أي أن حدوث نزف كبير الكمية، أكثر من 500 مل، لا يعني بالضرورة الولادة الفورية. [80]
- سلفات المغنيزيوم: ينصح بإعطاء شوط علاجي للحماية العصبية للجنين للأعمار الحملية أقل من 32 أسبوعاً، حين اتخاذ القرار بإنهاء الحمل في غضون 24 ساعة، وليس إسعافياً. [81]
- التخدير: يجرى التخدير العام في الحالات الإسعافية نتيجة النزف الفعال وعدم الاستقرار، أو الإصغاء الجنيني المضطرب، ويستخدم الناحي في الولادات المخطط لها.
- استطبابات القيصرية: وجود مخاض فعال، أو وجود نظم قلب جنيني من النمط III غير مستجيب لمحاولات التحسين والإنعاش، أو وجود نزف غزير ومستمر لا يمكن معه تحقيق الاستقرار الهيموديناميكي للأم، أو وجود نزف كبير الكمية عند الأسبوع 34 وبعده، إذ تكون المخاطر الولدية أكبر من المنافع الجنينة في حال استمرار الحمل، ولا يجب تأجيل الولادة لتطبيق الستيروئيدات. [75]

2-4-3 تدبير المريضات المستقرات حالياً مع هجمة نزف سابقة:

إن المرشحات للمراقبة والتدبير المحافظ هن النساء العرضيات المستقرات بعمر حملي أقل من 34 أسبوعاً، والهدف هنا هو إطالة أمد الحمل لتحقيق نضج ونمو أفضل للجنين، لكن دون تعريض الأم لخطر استمرار النزف وتكرره.

- يطبق شوط من الستيروئيدات القشرية اللواتي عانين من هجمة نزف، ويمكن أن يتم ذلك بعمر حملي باكر 22 أسبوعاً، أو إذا كانت الولادة متوقعة خلال أسبوع. [3, 82]

- تدبير المريضة الداخلية/ الخارجية:
- في حال حدوث هجمة نزف واحدة أو اثنتين تُخرَّج المريضة عند توقف النزف، إذا وافقت معايير التخريج.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

- في حال حدوث 3 هجمات أو أكثر يجب أن تبقى المريضة في المستشفى حتى الولادة، إذ إن زيادة عدد الهجمات يترافق مع احتمال أعلى للولادة الإسعافية.[80]
- ولأنه من الصعب توقع عدد وحجم هجمات النزف، فإن إبقاء المريضة تحت المراقبة قد يقلل من خطر الاختلاطات الوالدية والجنينية، من خلال التدبير السريع إما بنقل الدم، أو بإنهاء الحمل.
- معايير التخريج: تُخرَج المريضة بعد تحسن القيم المخبرية، وتوقف النزف واستقرار الحالة العامة لمدة 24 ساعة على الأقل، في حال عدم وجود اختلاطات حملية ثانية، إذا طابقت المعايير التالية:
- يمكنها العودة إلى المستشفى خلال 20 دقيقة، متعاونة وملتزمة بالتعليمات ومدركة لمخاطر الحالة، وظروفها تسمح لها بالراحة في السرير، ومعها مرافق بالغ موجود دائماً قادر على إسعافها عند حدوث أي طارئ.[83]
- تقييم الجنين: إن النزف الفعال هو استطباب للمراقبة المستمرة للنبيض الجنيني.
- ولا يوجد فائدة مثبتة لاختبار اللاشدة أو السيمياء الحيوية للمريضات اللاعرضيات، دون علامات قصور مشيمة مرافقة، أو أي استطباب توليدي آخر.
- ويُجرى اختبار اللاشدة في الحمل المختلطة بالوعاء المتقدم على المجيء، بحثاً عن أي علامة على انضغاط السرر.
- توقيت الولادة: يجب أن يكون موعد الولادة للمريضات المستقرات (دون نزف، أو نزف خفيف) بين 36-37+6 أسبوعاً حملياً، وتستطب القيصرية الإسعافية في الحالات المذكورة سابقاً نفسها.[75, 76]
- تدبير انبثاق الأغشية الباكر المرافق: إن النزف قبل الولادة من أهم عوامل الخطر لتحريض انبثاق الأغشية الباكر، والذي يمكن أن يحدث بالرغم من وجود مشيمة منزاحة كلياً، وفي هذه الحالات يتم دراسة وتدبير كل حالة بشكل مستقل.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-4-4 تدبير وتوليد المريضات مع مشيمة واطئة:

إن طريقة التوليد المثلى حين تكون المسافة بين حافة المشيمة وفوهة العنق بين 0 و 20 مم مختلف عليها.

إذ إنه في هذه الحالات، قد يضغط رأس الجنين على المشيمة بقربه مانعاً حدوث النزف، بآلية الدك.

وهناك عوامل مختلفة تؤثر على قرار القيصرية، إلا أن الدراسات تدعم إجراء تجربة مخاض إذا كانت المسافة أكبر

من 10 مم، أما إذا كانت أقل أو تساوي 10 مم، فهناك خطر عالٍ لحدوث النزف، والاضطرار لإجراء قيصرية

إسعافية، لذلك يفضل إجراؤها وفق موعد مسبق في الأسبوع 39 لتقليل هذا الخطر.

لا بد من مناقشة هذا القرار مع المريضة وتحديد طريقة الولادة في الثلث الثالث، إذ توجد نسبة نجاح عالية لنجاح

الولادة المهبلية، لكن لا بد من توافر الإمكانيات والتسهيلات لإجراء قيصرية إسعافية في حال فشل التجربة. [84]

2-4-5 إجراءات إضافية:

✓ تصحيح فقر الدم:

يجب تصحيح حالة فقر الدم لدى الحمول المختلطة بالمشيمة المنزاحة والPAS، في محاولة لإنقاذ

المرضاة التي ستتبع عن النزف المرافق لهذه الحالات، ويشخص فقر الدم بأن تكون قيمة الخضاب أقل من

11 غ/دل قبل الأسبوع 28، أو أقل من 10.5 غ/دل بعده، والهدف هو أن يكون الهيماتوكريت أكثر من

30 غ/دل، ويدبر بحسب شدة الحالة، إما بتعويض الحديد فمويًا، أو خلاليًا، أو بنقل الدم، بعد إجراء

الاستقصاءات الدموية اللازمة. [3]

عند تناول الحديد الفموي لا بد من استخدام المليينات واللجوء لحمية عالية الألياف لتجنب الإمساك، كما أن

الحديد الخلالي أسرع في رفع قيم الخضاب وأقل إزعاجاً معويًا.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ Anti-D:

تقترح التوصيات إعطاء الغلوبولين المناعي Anti-D للسيدات سلبيات الريزوس للوقاية من حدوث التمنيع والتحصن بعد حدوث النزف، ولا داعي لإعادة الجرعة في حال تكرار النزف خلال 3 أسابيع من الجرعة الأولى.

ويجب معايرة الأضداد في حال تكررت هجمات النزف، ويشير العيار المنخفض إلى أن كمية الـ Anti-D الموجودة مازالت كافية لتأمين الحماية المستمرة ضد التحسس.

كما أن إعادة الجرعة غير ضرورية إذا حدثت الولادة خلال 3 أسابيع من الجرعة الأولى، إلا إذا أظهر اختبار كلاي- آور المجري روتينياً بعد الولادة وجود كمية كبيرة من النزف الجنيني الوالدي، والتي لن تكفيها الجرعة السابقة وحدها. [85, 86]

✓ حالات المخاض:

لا تستخدم روتينياً في تدبير حالات المشيمة المنزاحة. يمكن استخدامها في حال وجود تقلصات رحمية إلى حين إنهاء شوط الستيرويديات، إذا قلت كمية النزف أو توقف، ولم تعد الولادة مستطبة.

يستخدم النيفيدين عادة (حاصر قنوات الكالسيوم) 10 مغ كل 6/4 ساعات، عن طريق الفم. وتجنب منها الإندوميتاسين، لأنه يشبط عمل الصفائح، وقد يزيد خطر النزف، بالإضافة لتأثيراته على الجنين.

كما لا يفضل استخدام مشابهاات بيتا لأنها تسرع النبض، وتشوش العلامات الحيوية، وقد تسبب توسعاً وعائياً، وتزيد من كمية النزف.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

أظهرت بعض الدراسات الرقابية أن إعطاءها للمريضات العرضيات أطال أمد الحمل وحسن وزن الولادة، دون تأثيرات سلبية على الأم أو الجنين، لكن دون حدوث نقص في عدد هجمات النزف، أو كمية الدم المفقود، أو عدد وحدات الدم المنقولة، وأظهرت دراسات أخرى أنه لا فائدة من إعطائها بشكل وقائي.[87, 88]

✓ تطويق عنق الرحم:

لا يوجد دليل نوعي على فعاليته وأمانه، لذلك لا ينصح به لتحسين النتائج الحملية في حالة المشيمة المنزاحة، لكنه ليس مضاد استطباب في حال وجود قصور عنقي.[89, 90]

✓ البروجسترون والكعكات:

هناك نتائج واعدة لاستخدام البروجسترون والكعكات المهبلي لدى مريضات المشيمة المنزاحة اللواتي لديهن خطر عالٍ للمخاض الباكر، إذ ترافق استخدامها مع نزف أقل، واحتمال أقل للولادة قبل الأسبوع 34، لكنها مازالت بحاجة لدراسات ومعطيات أكثر قبل استخدامها.[91, 92]

✓ الوقاية من الخثار:

إن المقبولات في المشفى لمدة طويلة يكنّ أكثر عرضة للحوادث الخثارية، لذلك كخط أول في التدبير يجب تشجيعهن على الحركة والإمالة الجيدة واستخدام الجوارب الضاغطة، والموازنة بين خطر الخثار وخطر النزف بحسب عوامل الخطر لدى كل مريضة لتحديد إمكانية إعطاء المميعات الوقائية.[90]

✓ القبول في المشفى:

يتم القبول بناء على عدة معطيات متعلقة بكل مريضة على حدة، كدرجة النزف، وتكرره، وقيم التحاليل المخبرية، وبعد سكن المريضة عن المشفى وتوافر وسائل النقل، مع التأكيد على الشرح الوافي للمريضة المتابعة في المنزل بضرورة المراجعة مباشرة في حال حدوث أي طارئ كالآلم، والتقلصات، والتمشيح، والنزف.[90]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-5-6 التخطيط للولادة :

- **التوقيت:** بمقارنة مختلف التوصيات، نجد أن الوقت الأمثل للولادة لا يزال جدلياً، ومن الأفضل تحديد الموعد

بشكل فردي بحسب كل حالة، بناء على الأعراض السريرية، والقصة التوليدية، وعوامل الخطر المرافقة،

والمعايير اللوجستية، وبالموازنة بين خطر النزف والاختلاطات وخطر الخداجة، ولا يفضل التأجيل لما بعد

36 أسبوعاً، إذ يكون خطر حدوث النزف والمخاض مع تقدم العمر الحولي كبيراً بالمقارنة مع الفائدة

الجنينية المحتملة.[3]

وتجمع الآراء على أفضلية أن تكون الولادة مخططاً لها في الحالات الباردة.

- الوقت الأمثل للولادة في حالة مشيمة منزاحة غير عرضية: 36 - 37 أسبوعاً.

- وفي حالة وجود هجمات نزف سابقة، أو عوامل خطورة مرافقة للولادة الباكراً: 34 - 36.

- PAS دون عوامل خطورة مرافقة للولادة الباكراً: 35 - 36، و عند 34 - 35+6 بحسب ACOG

[93].

- PAS مع عوامل خطورة، أو احتمالية فقدان كمية كبيرة من الدم: 34 - 35+6، وقبل 34 أسبوعاً بحسب

ACOG.[94]

- SMFM تنصح بالولادة بين 34 - 37 للحالات المستقرة.

- ويمكن القول إن الوقت المفضل للولادة هو الأسبوع 34، ويتوافق مع أفضل النتائج في معظم الحالات.

ويتم اللجوء إلى القيصرية الإسعافية في 20% من الحالات الانتخابية في حال تكرار هجمات النزف، أو

انبثاق الأغشية الباكر، وعند ذلك يتم اللجوء إلى خطة طوارئ لتدبير الحالة إسعافياً.[34, 95]

وتجرى القيصرية إسعافياً في الحالات المذكورة سابقاً.

ويلاحظ أن النتائج التوليدية في الحالات الإسعافية في المراكز المتخصصة تكون جيدة ومرضية.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- **المشرف على الولادة:** إن خبرة الجراح أساسية وضرورية في تدبير هذه الحالات، وينصح في قيصرات

المشيمة المنزاحة المخطط لها أن تجرى بوجود استشاري في التوليد، والتخدير، وإذا كانت إسعافية يتم

إعلامهما من أجل الحضور فوراً.

أما حالات PAS فيجب تدبيرها انتخابياً من قبل الفريق ذي الخبرة المتضمن لجراح نسائية وتوليد، وجراح

بولية، وجراح عام.

5-2 التحضير للجراحة والتدبير الجراحي.

5-2-1 خطوات التحضير قبل الجراحة:

إن تدبير PAS يختلف ويتنوع حول العالم تبعاً للإمكانات المتاحة وللخبرة المتوفرة، ومن المهم وضع خطة مسبقة قبل الجراحة لتدبير الحالات المشتبه بكونها PAS ، بناء على عوامل الخطر والموجودات الصدفية الموجهة، والهدف من ذلك هو تزويد المريضة بالمعلومات الكافية عن وضعها، والتخطيط لمكان وتوقيت الولادة، وللتدخلات التي قد تقلل من خطر النزف، وتخفيف درجة المرافقة، وحتى الوفيات، وذلك تبعاً لبروتوكول محدد يضمن التدبير الأمثل لكل حالة، إذ أظهرت الدراسات أن ذلك يقلل من نسبة المرافقة والاختلاطات المرافقة 5 أضعاف، وإن أهم هذه الخطوات:[96]

✓ موافقة المريضة:

تؤخذ موافقة المريضة بعد أن تناقش حالتها معها، وتصبح على دراية بمخاطر العمل الجراحي عامة، والمتعلقة بحالتها خاصة، كالنزف الصاعق، واحتمال الأذيات البولية، والأمعاء، ونقل الدم واختلاطاته، واحتمالية اللجوء لاستئصال الرحم، ويجب مناقشة ربط البوقين مع المريضة في حال عدم الحاجة لاستئصال الرحم، بالإضافة لشرح التدخلات المحتملة كالأشعة التداخلية.[90]

✓ المركز المتخصص والفريق متكامل الاختصاصات:

يجب أن يشمل المركز مصرفاً للدم قادراً على تأمين المشتقات الدموية كافة، وعناية مشددة، وحواضن للخدج، بالإضافة إلى طاقم طبي مكون من اختصاصيي توليد، وجراحة عامة، وخدج، وأشعة، وطاقم تخدير كامل، بالإضافة إلى جراح بولية وأوعية تحت الاستدعاء، ومن الأفضل وجود جراح ذي خبرة جيدة في جراحة الحوض (عزل الأنسجة حول الرحم، وخلف البريتوان).

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ويجب أن يجتمع هذا الفريق قبل موعد الولادة بأسبوعين، للتأكيد على اكتمال جميع التحضيرات ووضع خطة التدبير، إذ إنه في معظم الحالات يجب أخذ قرار حاسم حول طريقة التدبير قبل الجراحة، كقرار استئصال الرحم. [3, 97, 98]

✓ الموعد المسبق للولادة:

يجب أن يُحدّد موعد الولادة في الوقت الأمثل الذي تتوافر فيه جميع العناصر اللازمة البشرية والتقنية، وهي تتوافق مع خسارة دم أقل مقارنة بالولادة الإسعافية. [99]

✓ النزف ونقل الدم الكتلي:

يلجأ لنقل الدم في 90% من الحالات، أي بأكثر من 12 ضعفاً من الحاجة إليه في القيصرية المجرّاة لاستطبابات أخرى، وأكثر من 40% يحتجن لأكثر من 10 وحدات، وبالتالي يجب أن يكون نقل الدم موجهاً بحسب بروتوكول نقل الدم الكتلي. [100]

لا يمكن التنبؤ بحجم النزف قبل الولادة، وينصح بتحسين أرقام الخضاب قبل الجراحة.

✓ منتجات الدم:

عناصر الدم الواجب توافرها: كريات حمراء مركزة، وبلازما مجمدة طازجة، ورسابة قرية، وركيزة الفيرونوجين، وعوامل التخثر. [34]

إن التبرع الذاتي بالدم غير مفيد إجمالاً، لأن معظم المريضات سيحتجن كمية أكبر من التي يمكن أن يتبرعن بها قبل الولادة، ويمكن اللجوء إليه عند اللواتي يرفضن نقل الدم.

✓ الوقاية من الخثار:

من الضروري استخدام الجوارب الضاغطة قبل مباشرة العمل الجراحي إلى أن تستعيد المريضة نشاطها الفيزيائي، لأن الجراحة والنزف الغزير ونقل الدم جميعها عوامل تزيد من خطر الخثار، بالإضافة إلى إمكانية إعطاء تمييع وقائي بحسب عوامل الخطر لدى كل حالة. [90]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ الوقاية من الإنتان:

تعطى الصادات الوقائية خلال الساعة السابقة لمباشرة العمل الجراحي، وتعاد الجرعة إذا تجاوزت مدة

الجراحة 4 ساعات، أو إذا تجاوزت كمية النزف 1500 مل. [101, 102]

✓ الأدوية:

من الأدوية المستخدمة لتقليل النزف:

- المقبضات: تستخدم روتينياً عند حدوث نزف غزير، حتى يتوقف أو يتم الاستئصال.
- العوامل المرقئة: تستخدم بحسب رؤية الجراح، وإن استخدام العامل السابع المأشوب للسيطرة على النزف التوليدي قيد الدراسة حالياً.
- حمض الترآنكساميك: يفضل البدء به فور حدوث النزف الصريح، أو في حال حدوث نزف غزير، إذ إنه يشبط تدرك الفيبرين ويقلل من خطر الموت، ولكن فعاليته في تدبير النزف الناتج عن PAS وقائياً أو علاجياً غير محددة بعد. [3]

✓ خط وريدي:

يجب وضع قنطرتين وريديتين على الأقل (قياس 14) محيطياً ، ولا يقدم الفتح الروتيني للخط المركزي فائدة إضافية في معظم الحالات.

✓ قنطرة المثانة والقناطر الحالبية:

يجب أن تتوافر القناطر الحالبية وقنطرة فولي ثلاثية في حال الحاجة لتقييم سلامة السبيل البولي، وهو إجراء مفيد عند الحاجة لتسليخ المثانة، وفي حالات المشيمة المخترقة خاصة، في ضوء الاحتمال العالي

لاستئصال الرحم والاختلاطات البولية المرافقة لذلك عادة. [3, 103]

يترافق مع انخفاض أكبر من 60% في نسبة الأذيات البولية، ويترافق مع اختلاطات قليلة أهمها زيادة نسبة

الإنتان البولي، ورض السبيل البولي في أثناء الإدخال. [104]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ التداخلات الوقائية الوقائية للسيطرة على النزف:

وتتم عن طريق الأشعة التداخلية، إما عن طريق وضع القثاطر البالونية في الحرقفيين الباطنيين، أو تصميم الشريان الرحمي، أو الإجراءين معاً، ويعتمد الخيار على خبرة الجراح، والإمكانات المتاحة. لا يوصى به بشكل روتيني بسبب عدم إثبات فعاليته الوقائية في تخفيف النزف، بالإضافة إلى ترافقه باختلاطات، أشيعها ورم دموي مغنبي أو خلف البريتوان، وأخطرها الخثرات والصمات. [3, 105]

✓ يجب أن يتوافر مكان في العناية المشددة في حال الحاجة إليه.

✓ الوضعية:

توضع المريضة بوضعية نسائية، أو بوضعية تكون فيها الساقان ممدودتين ومتباعدتين، لتسهيل الوصول إلى المهبل والعنق في حال اللجوء للاستئصال الولادي، ولتسهيل تقدير كمية النزف المهبلية في أثناء الجراحة. [3]

✓ التخدير:

يتم التشاور بين الطبيب والمريضة لاختيار الطريقة الأنسب، يعد التخدير الناحي آمناً ويتوافق مع خطر أقل للنزف، ويتم تفضيله من قبل بعض المريضات، ويستخدم بنجاح في الولادات المخطط لها، ويمكن التحويل إلى التخدير العام إذا اقتضت الحاجة، إذ إنه مناسب أكثر في حال طول وصعوبة العمل الجراحي، ويؤمن استرخاء أفضل للعضلات والأمعاء. [106, 107]

2-5-2 العناية بعد الجراحة:

يجب أن يتوافر سرير في العناية المركزة في حال الحاجة إليه، إذ قد تحتاج هؤلاء السيدات إلى الدعم التنفسي الآلي بسبب وذمة الرئة الناتجة عن الإفراط في تعويض السوائل، أو الأذية الرئوية الحادة المرتبطة بالنقل.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

تتقل المريضات بعد الجراحة إلى العناية المشددة للمراقبة الحثيثة لمدة 24 ساعة على الأقل، إذ إنها تكون في

خطر مستمر لحدوث النزف، أو الخثار، أو قصور الكلية والقلب، وتتم المراقبة كالتالي:

- مراقبة مستمرة مع تسجيل للعلامات الحيوية والصادر البولي، والانتباه لتطور تخليط ذهني، أو زيادة في الألم البطني، بحثاً عن علامات النزف، الذي قد يكون ظاهرياً من المهبل أو المفجر، أو خفياً داخل البطن.
- مراقبة مستمرة للصادر البولي، لتقييم كمية السوائل الواجب تعويضها بدقة.
- تحاليل روتينية كالتعداد العام، لتقييم الحاجة لنقل الدم، أو تطور إنتان، أو تقييم الأهباء للنزف والخثار، بالإضافة إلى التحاليل المستتربة بحسب حالة كل مريضة.
- تغطية وقائية بالصادات لمدة 48 ساعة وريدياً، ثم فمويّاً.
- التشجيع على الحركة الباكرة، وإعطاء مضادات التخثر بعد 12 ساعة في حال الحاجة، بعد تقييم حالة المريضة وعوامل الخطر لديها.
- بالإضافة إلى التسكين الجيد.

وتنقل المريضة إلى الجناح بعد استقرار الحيوانات والحالة العامة لمدة 24 ساعة. [108]

2-5-3 التدبير الجراحي:

إن أساسيات التدبير هي ذاتها في المشيمة المنزاحة، وفي أنماط الPAS كافة، ولكن هناك تدابير إضافية

تختلف بحسب درجة الغزو، ويجب توقع حدوث الاختلاطات في جميع الحالات.

يجب تواجد جراح خبير، وعدة لاستئصال الرحم، بسبب احتمالية اللجوء إلى هذا الحل، وإن تقييم الحالة بدقة قبل

الجراحة يتيح فرصة للتحضير الكافي والتدبير الأمثل، رغم أن التشخيص الأكيد يوضع سريرياً في أثناء الجراحة

عند فشل انفصال المشيمة بعد ولادة الجنين، وتُحدد بناء على ذلك خطة العمل الجراحي.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

❖ وقبل ذكر خطوات العمل الجراحي، سنذكر التصنيف العياني والسريي والنسجي للـ PAS بحسب FIGO

[6]:2019

Grade 1: التصاق المشيمة الشاذ (الملتصقة):

- ✓ عيانياً: يكون سطح الرحم منتظماً، دون وجود غزو أو تبارز مشيمي، ولا يوجد توعية جديدة.
- ✓ سريياً: لا تتفصل المشيمة بعد تسريب المقبضات والشد اللطيف للحبل السري، وتؤدي محاولة الاستخلاص اليدوي للمشيمة إلى نزف غزير يتطلب تدخلاً جراحياً أو ميكانيكياً.
- ✓ نسيجياً: يلاحظ غياب الساقط بين النسيج الزغابي وعضلية الرحم، إذ ترتبط الزغابات مباشرة مع الطبقة العضلية السطحية.

Grade 2: اندخال المشيمة الشاذ (المندخلة):

- ✓ عيانياً: يكون سطح الرحم غير منتظم، ويوجد تبارز مشيمي لكن دون وجود غزو للمصلية، ويكون لون الرحم فوق المشيمة مائلاً للزرقة، ويلاحظ توعية جديدة مفرطة (يلاحظ أوعية كثيفة متشابكة متوازية من الأعلى للأسفل ضمن المصلية).
- ✓ سريياً: يؤدي الشد اللطيف للحبل السري إلى انخماص الرحم للداخل دون انفكاك المشيمة (علامة الغمزة).
- ✓ نسيجياً: يلاحظ وجود زغابات مشيمية ضمن الألياف العضلية، وضمن لمعة الأوعية الرحمية العميقة (الشعاعية والمقوسة).

Grade 3: اندخال المشيمة الشاذ (المختركة):

3A: الغزو محدود ضمن المصلية:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ عيانياً: يكون سطح الرحم غير منتظم، ويوجد غزو مشيمي عبر مصلية الرحم، لكن دون غزو

الأعضاء المجاورة، أي يوجد سطح تسليخ واضح.

✓ نسيجياً: يلاحظ وجود زغابات مشيمية ضمن مصلية الرحم.

3B: الغزو محدود ضمن المثانة:

✓ عيانياً: يغزو النسيج المشيمي المثانة فقط، ولا يوجد سطح تسليخ واضح.

✓ نسيجياً: تلاحظ الزغابات المشيمية مخترقة للمصلية وصولاً إلى جدار المثانة.

3C: غزو الأعضاء الحوضية:

✓ عيانياً: يغزو النسيج المشيمي الرباط العريض ويمتد ضمنه، أو ضمن جدار المهبل، أو الجدار الجانبي

للحوض، أو أي عضو مجاور، مع أو بدون المثانة.

✓ نسيجياً: تلاحظ الزغابات المشيمية مخترقة للمصلية، وممتدة نحو أعضاء وأنسجة الحوض.

❖ خطوات العمل الجراحي:

- المدخل: [3]

✓ شق جدار البطن: يُتخذ هذا القرار من قبل الجراح، بحسب موقع المشيمة ودرجة الغزو، والاختلاطات الواردة

والعمر الحولي. إذ يمكن إجراء شق معترض منخفض (فنتيل)، وهو يكشف النصف السفلي من الرحم، أو

شق ناصف إذا كانت المشيمة أمامية وممتدة إلى مستوى السرة، وهو يؤمن مساحة أوسع للرؤية والعمل،

ومن الممكن أيضاً إجراء شق Cherney أو Maylard.

✓ تسليخ المثانة: سيذكر لاحقاً.

✓ شق الرحم: أهم ما في هذه الخطوة أن يكون الشق بعيداً عن النسيج المشيمي، سواءً أكان كلاسيكياً أم على

القطعة السفلية، وذلك لتلافي أذية المشيمة والنزف الوالدي والوليدي الناتج عن ذلك.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

وعند حدوثه، وفي حال لم نستطع تجنب اختراق المشيمة، يجب توليد الجنين سريعاً، ولقط الحبل السري مباشرة.

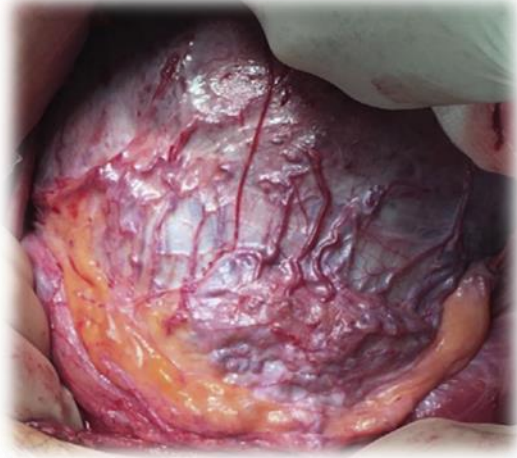
ويساعد إجراء التصوير الصدوي العقيم في أثناء الجراحة في اتخاذ هذا القرار، في حال توافره (كم عقيم + جل عقيم)، إذ إنه يمكننا من تحديد حواف المشيمة بدقة ليتم الشق الرحمي بعيداً عنها. وفي الحالات المترافقة مع ارتكاز معيب يكون من المناسب الشق على القطعة العلوية للتقليل من النزف المرافق.

➤ وتتم دراسة الحالة بعد فتح البطن وفق الترتيب الآتي: [3]

1- الملاحظة العيانية، وتحري علامات الاندخال في الرحم والحوض المذكورة سابقاً: التقب وعدم الانتظام في سطح الرحم، واللون الأزرق، واختراق النسيج المشيمي للسطح، والأوعية الشاذة في مكان الارتكاز.



الشكل (5) التقب.



الشكل (4) الأوعية الشاذة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



الشكل (6) الاختراق.

2- في حال عدم وجود العلامات السابقة، يتم شق الرحم واستخراج الجنين، ثم محاولة إجراء شد لطيف

للحبل السري، إذ يلاحظ في حالة الاندخال، أنه وبرغم وجود تقلصات رحمية تساعد على الانفصال،

يحدث انخماص في جزء من الجدار باتجاه جهة الشد (علامة الغمزة).

3- في حال عدم وجود العلامات السابقة، يجب البحث عن سطح تسليخ فاصل بين المشيمة والرحم،

بالفحص الإصبعي اللطيف الحذر.

- استخراج الجنين: بحاجة لخبرة الجراح لاستخراج الآمن، بسبب شيوع ترافق الشذوذات المشيمية مع

المجبيئات المعيبة.

- نمط انفكاك المشيمة وطرق التدبير:

- تسريب المقبضات: يوصى بذلك فقط في حالة انفكاك المشيمة العفوي الكامل، أو في حالة حدوث نزف،

دون الاستخدام الروتيني عند الشك بوجود PAS، لأن انقباض الرحم في حالة الاندخال البؤري قد يؤهب

لانفصالها محدثاً المزيد من النزف، الأمر الذي قد يدفع الجراح لاستخلاصها يدوياً، أو لأخذ قرار متسرع

بالاستئصال.[3]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

❖ ويلي ولادة الجنين مواجهة أحد الأنماط التالية من انفكك المشيمة، ويجب أن تترك للانفكك العفوي، دون محاولة تخليصها يدوياً في حالة الشك بوجود اندخال، لما يرافق ذلك من نزف غزير.

1- انفكك عفوي كامل دون نزف: تستكمل الجراحة روتينياً، ويراقب حدوث نزف بعدها.

2- انفكك عفوي كامل مع وجود بؤر نازفة مكان الارتكاز: يتم تدبيرها بعدة طرق:

الخطوة الأولى: إعطاء المقبضات الرحمية، وحمض الترانسساميك، والمناورات الحافظة للوقت.

- دوائياً: يعطى الأوكسيتوسين للسيطرة على النزف الغزير، وإذا لم يبدِ مفعولاً سريعاً، يمكن إعطاء مقبضات أخرى (ميترجين، بروتاغلاندين F2a) بالإضافة إلى حمض الترانسساميك، الذي يمكن أن يعطى بشكل وقائي أيضاً.

- التورنيكه: قد تكون مفيدة كحل مؤقت حتى تأخذ المقبضات مفعولها، أو في حين التحضير لتدخل جراحي إضافي، وهي -عادة- قنطرة بولية يتم ربطها بإحكام حول الرحم في أخفض نقطة ممكنة لإغلاق الأوعية الرحمية، ويمكن استخدام أكثر من واحدة بحسب الحاجة. [109]

الخطوة الثانية: إرقاء البؤر النازفة، إن وجدت:

- قطب إرقائية: إن ربط الأوعية ضمن العضلية في مكان ارتكاز المشيمة سيسطر على النزف البؤري لدى حالات PAS، ولدى اللواتي استجبن استجابة ضعيفة للمقبضات.

تقنية Affronti تتضمن إجراء 4-6 مربعات 2*2 سم في السرير المشيمي النازف، بخيط PG 0.1،

مختركة الساقط وممتدة ضمن العضلية، وتربط بإحكام لتغلق الأوعية، من اختلاطاتها حدوث التصاقات

داخل رحمية بنسبة بسيطة. [110]

- تطبيق مواد مرقنة فوق المنطقة النازة لتحفيز التخرثر: كالمرقنات المشتقة من الكولاجين والترومبين

والفيبرين. [111]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

- حقن الفازوبريسين في مكان النزف: وهو مقبض وعائي، يُحقن تحت البطانة في مكان الانغراس بعد إزالة

المشيمة، وهذا يؤدي إلى تقليل النزف، ويعزى هذا التأثير إلى وجود عدد كبير من مستقبلات الفازوبريسين

V1a في العضلات الملساء في القطعة السفلية.

يجب الانتباه إلى تجنب الحقن ضمن الأوعية لما له من تأثيرات قلبية وعائية خطيرة كاضطراب النظم

والإقفار وتوقف القلب.

ذكرت الدراسات أن الحقن الموضعي ضمن سرير المشيمة ل 4-5 وحدات ضمن 20 مل من المحلول

الملحي، بكمية 1 - 2 مل، أوقفت النزف خلال 90 ثانية، أو قللته بشكل واضح، ودون آثار جانبية. [112]

- استئصال المنطقة النازفة.

الخطوة الثالثة: ربط الأوعية الرحمية، والرحمية المبيضية (قطبة O'Leary). [113]

إن هذا الإجراء يقلل النزف الرحمي المنتشر، بتقليل ضغط الإرواء ضمن العضلية، وهو سريع التطبيق.

الخطوة الرابعة: الدك بالبالون/ الميشة ضمن الرحم، و/أو القطب الضاغطة:

إن الخطوة التالية في حال استمرار النزف هي إما وضع بالون ضاغط ضمن الرحم، وإما تطبيق القطب

الضاغطة، أو كلاهما، ويعتمد الخيار على المحاكمة السريرية ورغبة الجراح.

تكون بعض القطب الضاغطة أكثر فعالية في حالة العطالة، والنزف من القعر، في حين يكون البالون فعالاً

أكثر في النزف من القطعة السفلية.

يفضل وضع البالون أولاً، فهو إجراء سهل وسريع، وإن لم ينفع، يمكن إفراغه وأخذ قطب ضاغطة ثم نفخه

من جديد، أما في حال وضع القطب الضاغطة أولاً، فيجب أن تزال لوضع البالون.

الدك بالبالون: طريقة سريعة وفعالة في السيطرة على النزف للواتي لم يستجبن للمقبضات، أو القطب

الإرقائية، ويتم ملء البالون ب 50 ل 100 مل من المحلول الملحي قبل إغلاق الجرح، ثم يملأ لحدده

الأقصى بعد الإغلاق. [114, 115]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ القطب الضاغطة:

دراسات جديدة، وأنواع عديدة من القطب الضاغطة تُطبَّق حالياً:

- قطبة B-Lynch الشهيرة: والتي يتم الآن تجربة طرق معدلة مشتقة منها في مستوى القطعة السفلية، سواء بشكل قطب معترضة أو عمودية:

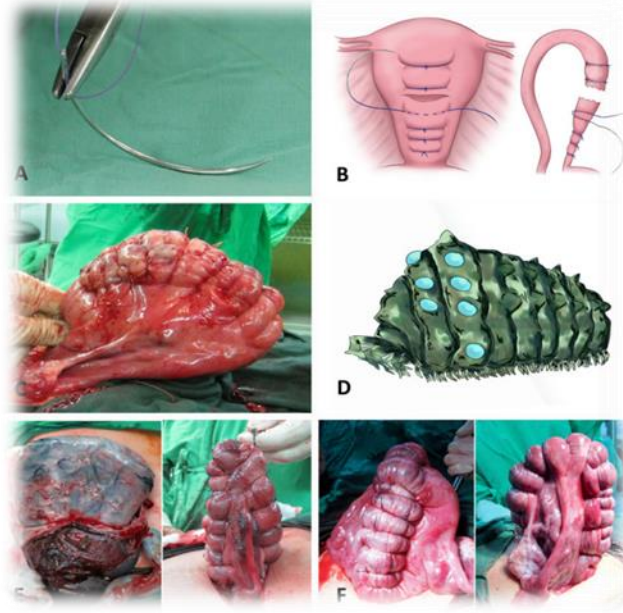
كالقطب العمودية المتوازية في مستوى القطعة السفلية، التي تضغط الجدارين الأمامي والخلفي، عبر الدخول من الجدار الأمامي إلى الخلفي، إما بكامل ثخانتها (دراسة Tanaka)، وإما بالعضلية فقط (دراسة

[117, 116].(HWE

- العنق: ذكرت بعض الدراسات منها El-Gelany et al 2015 الاستخدام الناجح لشفتي العنق كأداة للدك الطبيعي، عن طريق قلبه ضمن الرحم، وخياطة الشفة العلوية على الجدار الأمامي، والسفلية على الجدار الخلفي للقطعة السفلية النازفة.[118]

- "القوقعة" Nausicaa: يصف هذا المصطلح الشكل الناتج عن تطبيق نوع جديد من القطب الضاغطة، وهي تجرى للسيدة المستقرة في حال حدوث نزف غير غزير مكان الارتكاز، إذ يتم بعد تحديد مكان النزف، وبإبرة خاصة وخيط Vicryl، إجراء عدة قطب متوازية يبعد بعضها عن بعض 2سم، يتم فيها الدخول وحشي مكان النزف، من المصلية نحو الجوف، عبر كامل سماكة الجدار، والخروج من النقطة الأفقية المقابلة لمكان الدخول، ثم الربط بشكل محكم، وهكذا... وتتابع بعدها السيدة لمدة 6 أسابيع.[119]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



الشكل (7) طريقة القوقعة Nausicaa.

ومن الجدير بالذكر أن القطب الضاغطة قد تفشل نتيجة وجود التروية الإضافية في القطعة السفلية من الأوعية العنقية، والمهبلية، والمثانية السفلية.

من الممكن إذا لم يجد الدك بالبالون نفعاً، أن يتم إفراغه، وإجراء قطب ضاغطة ثم إغلاق جرح الرحم، وإعادة الرحم للحوض، ثم إعادة نفخ البالون، ليتم تطبيق ضغط من الخارج والداخل على العضلية.

يجب الانتباه إلى لون العضلية، وعدم الإفراط في تعبئة البالون لئلا يحدث شحوب ونقص تروية في أماكن القطب الضاغطة، الأمر الذي قد يؤدي لتمزق أو نخر في الرحم.[120]

وفي حال استمرار النزف، وفشل الإجراءات السابقة في التحكم به، يتم اللجوء إلى ربط الشريان الحرقفي الباطن، لكنه بحاجة ليد خبيرة، قليلاً للاختلاطات المرافقة لذلك.

كما يوجد وسائل مؤقتة كالضغط على الأوعية الكبيرة، كالأبهر البطني والحرقفي الأصلي، فيخف التدفق الدموي باتجاه الحوض، وهذا يتيح للجراحين فرصة أكبر للسيطرة ضمن ساحة الجراحة، ويمنح المخدرين الوقت اللازم للإنعاش بالسوائل والدم.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

في حال تطبيق هذا الإجراء يجب أن يؤخذ بالحسبان احتمال حدوث إقفار وختارات قاصية، ويجب استشارة جراحة الأوعية.

ويبقى استئصال الرحم هو الحل الأخير في حال فشل جميع التدابير الأخرى، أو في حال وجود نزف مهدد للحياة وعدم استقرار بحالة المريضة، ويجب اللجوء إليه قبل أن يحصل نقص كبير في الحجم والتروية.

3- انفكاك عفوي جزئي: تتم إزالة الجزء المنفك، وإذا حدث نزف مكانه يدبر كما سبق، أما الأجزاء

الملتصقة فيوجد عدة خيارات لتدبيرها:

✓ يمكن أن تترك مكانها، لكن يترافق ذلك مع خطر كبير للنزف اللاحق، ويجب أن تكون المريضة

تحت المراقبة المستمرة لتدبيره.

✓ استئصالها بتنظير باطن الرحم.[121]

✓ التجريف بالممص والمجرفة.

✓ بالإضافة إلى المرقنات، أو تصميم الأوعية الحرقفية، أو الدك ببالون/ميشة.

✓ وفي حال عدم توافر ما سبق، أو فشله، يتم اللجوء عادة إما إلى الاستئصال الجزئي، أو الكلي،

خاصة إذا كانت منطقة الاندخال كبيرة وصعبة الترميم، وستذكر خيارات الاستئصال الجزئي فيما

يلي.

4- عدم انفكاك المشيمة: لا يجوز محاولة تخليصها يدوياً لما يرافق ذلك من نزف غزير، وخطر

أعلى للإنتان، واعتلال التخثر، والحاجة لاستئصال الرحم، ويتم تدبير عدم الانفكاك بأحد

الخيارين التاليين:

أ- إبقاء المشيمة في مكانها Leaving placenta in situ، وستذكر بعد قليل ضمن طرق المعالجة

المحافظة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ب- استئصال الرحم الولادي:

أجري الاستئصال الولادي بنجاح أول مرة في عام 1871م، وفي عام 1950م أصبح إجراءً انتخابياً

(للتعقيم مثلاً)، أما اليوم فهو يجرى فقط كإجراء منقذ للحياة. [122]

تعد الPAS حالياً السبب الأول لاستئصال الرحم الولادي حول العالم، إذ إنها تشكل 38% من

الأسباب، وتوصي دراسة أجريت عام 2020 باتتبع الخطوات التالية في حالات PAS المؤكدة

مسبقاً أو في أثناء الجراحة، للتقليل من خسارة الدم قدر الإمكان: [123]

✓ المدخل وشق الرحم: يفضل إجراء شق ناصف للجلد لتأمين ساحة أوسع ورؤية أفضل، ثم شق الرحم عمودياً باتجاه القعر بعيداً عن موضع المشيمة، وبعد استخراج الجنين ينصح بإغلاق الجرح على طبقة واحدة.

✓ ربط الأوعية وقطع التروية: عن طريق ربط الرباط المدور والشریان المبيضي في الجهتين، إما بالطرق التقليدية، أو المختر، ويفضل رفع الرحم نحو الأعلى يدوياً، لأنه أقل إحداثاً للنزف من الشد الجائر بالأدوات.

✓ التسليخ خلف البريتوان: يتم التسليخ وصولاً إلى الأربطة الأساسية، والمساحة جانب الرحم، وجدار الحوض أنسي عضلة البسواس، بهدف الوصول إلى الأوعية الحرقفية (الحرقفي الباطن وتفرعاته الأمامية)، وعزل الحالب بجوار الرباط الأساسي تجنباً لأذيته.

يحتاج ربط الشريانين الحرقفيين إلى 20 دقيقة، ويتم ذلك بشكل مباشر أو عن طريق عروة، يمكن شدّها في حال حدوث نزف غزير، على بعد 3-5 سم بعيداً عن تفرع الانقسام الخلفي، لتفادي ربط الحزمة الوعائية الخلفية، ويجب الحذر لتجنب أذية الوريد الحرقفي الظاهر المجاور.

فائدة هذا الإجراء في تقليل النزف مؤقتة، ولا تتجاوز 20 دقيقة، لذلك لا يجب القيام به باكراً، قبل

تسليخ المثانة مثلاً، أو قبل ربط الرحميين.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ تسليخ المثانة: يتطلب تسليخ المثانة في حالات الPAS الحذر والتأني والخبرة، بسبب خطورة

النزف الغزير الناتج عن التوعية المفرطة، وهو أكثر إجراء يستهلك وقتاً (30-60 دقيقة).

من الأفضل إجراؤه قبل شق الرحم، إذ تكون ساحة العمل الجراحي مساعدة أكثر، ويتم من الوحشي إلى الأنسي بعد ملء المثانة بـ 200 مل من زرق الميتين لإيضاح حدودها، ويستمر التسليخ حتى الوصول إلى مستوى الوصل العنقي المهبلي.

وينصح بالتسليخ بواسطة المخثر الكهربائي "ثنائي القطب"، إذ إنه يؤدي إلى إرقاء الأوعية بالتزامن مع التسليخ، ويجب أن تكون هذه الطريقة هي المعيار الذهبي للتسليخ، ومفضلة على المخثر أحادي القطب، الذي قد يؤدي للأوعية. [124]

ومن الجدير بالذكر أن هذه الأوعية حديثة التشكل لا تحوي على الطبقة العضلية الوسطى، لذلك قد يكون من الصعب السيطرة عليها سواء بالقطب الإرقائية أو المخثر.

✓ بضع المهبل: يتم تحديد قبة المهبل وزاويتها، والقص بشكل محيطي عند الوصل العنقي المهبلي، ثم إمساك الحواف الأمامية والخلفية بالملاقط وخياطتها.

✓ ويوصى بالاستئصال التام عادة، خاصة في حال الغزو المشيمي للعنق، ويجرى الاستئصال تحت التام في حال عدم وجود ارتكاز مشيمي على العنق، وعدم وجود نزف منه، أو عدم إمكانية الوصول إلى العنق بسبب الالتصاقات أو قلة خبرة الجراح.

ولا يوجد دليل يثبت تفوق الاستئصال تحت التام على التام بالنسبة للاختلاطات، على العكس، فهو يترافق مع مخاطر أكبر، لذلك يتم اختيار الطريقة بشكل فردي بما يناسب كل حالة.

قد يكون تحت التام أسرع، إلا أن التام قد يُستطب للسيطرة على النزف من القطعة السفلية والعنق،

وقد أثبت عدد من الدراسات أنه لا فرق في المراضة ومدة الجراحة بين هذين الإجرائين. [3]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ يجب تحري سلامة السبيل البولي قبل إغلاق البطن لدى جميع المريضات، بالإضافة إلى ضرورة

التواصل المستمر والباكر مع فريق التخدير، منذ بداية الجراحة.

✓ في حال استمرار النزف الحوضي بعد استئصال الرحم يجب ربط الشريانين الحرقبيين، مع ذلك

الحوض بالشانات العقيمة، والتغطية بالصادات واسعة الطيف.

✓ ويوصى بأن يكون خيار التدبير آني التنفيذ، سواء كان جراحياً (استئصال تام/جزئي)، أو محافظاً

(ترك المشيمة)، إذ لا يوجد فائدة من تأجيله والقيام باستئصال رحم متأخر، بل إن مخاطره تفوق

فوائده لدى المريضة المستقرة.[3]

✓ تؤكد كل من FIGO و SMFM و ACOG على ضرورة إجراء الاستئصال مباشرة في حال التوقع

الكبير لوجود PAS، دون محاولة تخليص المشيمة لما يرافق ذلك من نزف غزير، وأثبتت الدراسات

أن ذلك يترافق مع معدلات مراضة أقل.

- وإن الاختلاطات الجراحية المرافقة للاستئصال تكون أعلى في حال كان الاستطباب هو الالتصاق المشيمي

أو الارتكاز المعيب، خاصة في حال امتداد الغزو للأعضاء الحوضية ذات التروية المرتفعة في الحمل، كما

أن معدل الوفيات الناتجة عنه هي 5.2 لكل 100 استئصال، وهي أعلى في الطبقات ذات الدخل

المنخفض والموارد القليلة، وهناك دراسة راجعة ل15 عاماً أظهرت أن نسبة الوفيات الوالدية الناتجة عنه قد

تصل إلى 12.5% والأذيات البولية 7.5%، كما أن ربط الأوعية قبل استخراج المشيمة يقلل من حجم

النزف الحاصل.[125]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-5-4 اختلاطات العمل الجراحي في حالات الPAS:

- 1- النزف الصاعق: قد يؤدي إلى متلازمة شيهان، أو قصور كلوي حاد/ نخر أنبوبي، أو اعتلال تخثر منتشر.
- 2- أذية السبيل البولي: أذية باكرة: أشيعها : المثانة 43%، والحالب 15% إما في مستوى البرزخ في أثناء ربط الشريان الرحمي، أو عند جدار الحوض الجانبي، أو في أثناء خياطة الكم المهبلي وحشي القبة. وأذية متأخرة: نواسير بولية، أو تضيق الحالب، أو نقص سعة المثانة.
- 3- إجراء جراحة ثانية: إما لتدبير النزف، أو لرفع الدكات، أو لإصلاح الأنثيات.
- 4- أذية معوية، أو وعائية، أو خثارية، أو خراجات حوضية، أو إنتان الجرح.
- 5- الوفاة 7%. [126, 127]

2-6 المعالجة المحافظة.

تعرف المعالجة المحافظة للـ PAS على أنها جميع الإجراءات والخطط المتبعة بهدف تجنب استئصال الرحم الولادي وما يرافقه من مراضة واختلاطات.

2-6-1 الأهداف الرئيسية هي:

- تخفيف المراضة الولادية الشديدة المرتبطة بأمراضيات المشيمة، خاصة حجم الدم المفقود، وذلك بدوره يقلل خطر نقل الدم الكتلي، واعتلال التخثر، والأذيات الجراحية، ولا سيما أذيات المثانة والحالب وما ينتج عنها، كالنواسير المثانية الرحمية. [65]
- محاولة الحفاظ على الرحم والقدرة على الحمل اللاحق للمريضة، إذ إن القدرة على الإنجاب مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحالة الاجتماعية والنفسية الجيدة.
- أظهرت دراسة أجريت على 71 حالة أنه من الممكن القيام بالتدبير المحافظ حتى في حالة المشيمة المخترقة، باتباع خطة جراحية معينة تتضمن ربط الفرع الأمامي للحرقفي الباطن في الجهتين قبل استخلاص المشيمة، وترافقت بنسبة نجاح 90% في الحفاظ على الرحم، والسيطرة على النزف. [128]
- يترافق التدبير المحافظ عن طريق الاستئصال الجزئي باختلاطات باكرة أقل (أول 24 ساعة)، مقارنة بالاستئصال التام، أو ترك المشيمة في مكانها. [129]

2-6-2 وذكرت الدراسات عدة أنواع للمعالجة المحافظة: [65]

- المقاربة التوقعية، التخبرية (إبقاء المشيمة في مكانها).

- المقاربة "الاستخراجية" Extirpative.

- التدبير الجراحي المحافظ.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- إبقاء المشيمة في مكانها Leaving placenta in situ:

وهي إحدى طرق المعالجة المحافظة، ذكر هذا الإجراء لأول مرة في فرنسا عام 1993.

بعد ولادة الجنين، تتم محاولة استخراج المشيمة بالشد اللطيف للحبل، وفي حال عدم الانفصال يؤكد التشخيص، ويربط الحبل السري ويقطع من مكان دخوله، ثم يغلق جرح الرحم، وتترك المشيمة كاملة ضمنه حتى تُرثشف بشكل كلي، ويترافق هذا الخيار مع معدل أقل للنزف ضمن الجراحة ونقل الدم من الاستئصال الكلي أو الجزئي، ولكن مع معدل أعلى لكل من الإنتان والنزف المتأخر، نسبة نجاحه 60 - 90%، والنسبة المتبقية يجرى لهن استئصال لاحق بسبب النزف أو الإنتان.

يلجأ لهذا الخيار لدى السيدات الراغبات بالحفاظ على وظيفتهن الإنجابية، أو في حال أن الاستئصال يحمل مخاطر عالية، وهو يتطلب مدة طويلة من المراقبة والمتابعة، ويترافق مع احتمال 6% للمراضة الشديدة، ويجب إعلام السيدة بكل ذلك. [130]

يقترح أن تعطى هؤلاء السيدات الميتوتريكسات لتسريع ارتشاف المشيمة، إلا أنه لا يوجد دليل كاف يدعم فائدته في هذه الحالات، بالإضافة لآثاره الجانبية الخطيرة التي قد تصل للوفاة، ولا تنصح RCOG باستخدامه روتينياً. [3]

أما بالنسبة لتصميم الشرايين الحوضية المرافق، فهو يقي من نزف الخلاص الغزير، واللجوء لاستئصال الرحم الثانوي، إلا أن مخاطره تفوق محاسنه، ولا دليل على أنه يزيد فعالية هذا الإجراء، بل قد يؤدي إلى تنخر الرحم، ولذلك لا يوصى به. [3]

✓ وتتابع هؤلاء السيدات بعد الجراحة كالتالي: [130]

- تعطى الصادات وقائياً أول 5 أيام (أموكسيسيلين + كلافلانك أسيد) لإنقاص خطر الإنتان، رغم أن فعالية هذه الخطوة غير محددة بدقة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- أول 8 أيام يراقب ضمن المشفى كل من العلامات الحيوية، والنزف المهبلي، والألم الحوضي، ، ثم تخرّج في حالة الاستقرار وحسن الحالة العامة، مع إعلامها بضرورة متابعة المراقبة مرة كل أسبوع لمدة شهرين، ثم مرة كل شهر حتى تمام الارتشاف، وفي حال حدوث أية مستجدات (ارتفاع حرارة، ألم حوضي، نزف، مفرزات كريهة الرائحة).
 - وفي كل زيارة يتم: مراقبة الحيوانات وتحري النزف، وإجراء تحاليل مخبرية أهمها: تعداد البيض و CRP ومسحة مهبليّة، بالإضافة إلى التصوير الصدوي لمراقبة الحجم المتبقي ومقارنته في كل زيارة.
- لا يوجد دور للمتابعة بالرنين أو ال B-HCG.

وقد أظهرت دراسة راجعة في فرنسا نسبة نجاح تقارب 78%، وحدث الارتشاف التام العفوي خلال مدة وسطية تقارب 13 أسبوعاً. [131]

إن هذه المقاربة مغرية في حالات المشيمة المخترقة للأعضاء المجاورة، إذ إنها تجنب الاختلاطات والأذيات المرافقة للتدبير الجراحي.

ويرى الرافضون للمعالجة المحافظة أنها تزيد خطر النزف الغزير غير المتوقع أو الإنتان، الأمر الذي يستدعي إجراء جراحة عاجلة أخرى.

➤ اختلاطات هذا الإجراء: [132]

- قد تكون شديدة، إذ إن المريضة معرضة لخطر حدوث نزف غزير في أية لحظة، بالإضافة إلى النزف المزمن.
- الإنتان واختلاطاته: إنتان ضمن الرحم، أو خراجات مشيمية، أو إنتان الدم، أو صدمة إنتانية، وقد تفيد الصادات الوقائية في المرحلة الباكرة بعد الولادة مباشرة في التخفيف من خطرها وشدتها.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- خطر عالٍ لاستئصال الرحم المتأخر: 58% من الحالات التي تم استئصال الرحم اللاحق لديها، كان بعد 9 أشهر من الولادة.
- التهاب البريتوان، أو تنخر الرحم، أو النواسير، أو وذمة رئوية حادة، أو قصور كلوي حاد، أو خثار وريدي عميق، أو صمة رئوية.
- من نقاط ضعف هذا الإجراء أنه لا يوجد أي إثبات نسيجي على التشخيص.

➤ المقاربة الاستخراجية Extirpative:

إن مفهوم هذه المقاربة بسيط، ويهدف إلى تجنب بقاء أنسجة مشيمية في جوف الرحم، لأن هذه البقايا هي سبب شائع لنزف الخلاص، والاستخراج الكامل للمشيمة يقلل خطر هذا النزف.

هذا الإجراء يقوم على الاستخلاص اليدوي للمشيمة للحصول على رحم فارغ، لكن لسوء الحظ، في حالات الالتصاق الشاذ للمشيمة سينتج عن ذلك نزف غزير.

قارنت دراسة راجعة بين استخراج المشيمة أو إبقائها في حالات الالتصاق الشاذ، وأتت جميع النتائج في صالح إبقاء المشيمة وعدم محاولة استخلاصها، خاصة بالنسبة لحدوث اعتلال تخثر، أو إجراء استئصال رحم، أو حجم الدم المنقول.

وفي حال التخطيط لاستئصال الرحم عند الاشتباه بالPAS، وجد أن المراضة الوالدية الباكرا تكون أعلى في الحالات التي أُزيلت فيها المشيمة يدوياً، مقارنة بالحالات التي تُركت فيها المشيمة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ونتيجة لذلك، نصح عدد من الباحثين بتجنب هذا الإجراء عند التخطيط المسبق للاستئصال الولادي، إلا أن لذلك جانباً سلبياً، وهو احتمالية الإجراء غير الضروري وغير اللازم للاستئصال إذا لم تكن المريضة فعلاً لديها PAS.

ولذلك، فإن هذه المقاربة عبر الاستخراج اليدوي، يجب ألا تمارس إلا في حال كانت احتمالية PAS منخفضة.

لسوء الحظ، فإن الاستخراج اليدوي للمشيمة يطبق عادة في معظم الحالات غير المشخصة من المشيمة الملتصقة، لهذا ينصح البعض بأن النساء اللواتي لديهن اشتباه عالٍ بـ PAS يجب ألا يحاول استخراج مشيمتهن أبداً.

ويفضّل وينصح في حال تقرر إجراء استخلاص يدوي للمشيمة، أن يتم البدء بالتسليخ من الجدار الخلفي للرحم، ومن الجوانب، وصولاً إلى الأمام، لتقليل خطر النزف وحجمه من مكان الارتكاز/ الالتصاق.

أما اللواتي لديهن عوامل خطر، أو شك ضعيف بـ PAS، فيجب على الممارسين عند محاولة الاستخراج أن يتوقفوا في حال واجهوا صعوبات غير معتادة وغير متوقعة في أثناء ذلك، قبل حدوث النزف الغزير.

وهنا يطرح سؤال، هل يجب إجراء محاولة استخراج للمشيمة عن طريق الشد اللطيف للحبل السري في الحالات المشتبه بأنها PAS؟ [130]

المشكلة الأساسية في هذه المحاولة أنها ستؤدي إلى نزف غزير مع ما يرافقه من اختلاطات قد تصل لاستئصال الرحم، والفائدة الأساسية لها هي تجنب ترك المشيمة أو إجراء الاستئصال في حال عدم وجود PAS فعلياً، إذ إن نسبة الإيجابية الكاذبة للتشخيص الصدوي قبل الولادة قد تصل إلى 28%.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

بالإضافة إلى أنها تمكننا من استخراج الجزء غير الملتصق، في حال كان الالتصاق جزئياً، وهذا يقلل من حجم المشيمة المتبقي، وخطر الإنتان والنزف.

لذلك لا مانع من المحاولة عندما يكون التشخيص غير مؤكد.

➤ التدبير الجراحي المحافظ في حالات الالتصاق الشاذ البؤري، المحدود، الجزئي:

تنتج هذه الحالات عن الالتصاق الشاذ للمشيمة بالعضلية بشكل جزئي محدود، وتتحدد الخطورة هنا بعدد الفلق والفصوص المشيمية الملتصقة بشكل شاذ، وعمق هذا الالتصاق والغزو.

هناك جدل قائم حول وجود فروقات سريرية بسيطة بين حالات الالتصاق الكلي والجزئي، إذ إن النتائج النهائية جميعها متشابهة، ولكن مع ذلك، فإن هؤلاء السيدات مرشحات لإجراء التدابير الجراحية المحافظة على الرحم.

تشكل الموجودات الصدى في الحالات البؤرية تحدياً تشخيصياً وسريياً، وتدبيرها لا يزال غير محدد، وهناك عدة إستراتيجيات يُعمل بها، ونظراً لصعوبة التحديد الدقيق لعمق ودرجة الغزو المشيمي، لا بد من تدبير هذه الحالات أيضاً من قبل الفرق المتكاملة الاختصاصات، والمراكز المتخصصة المجهزة.

إن معظم هذه الحالات تشخص عند الولادة، حين تفشل تقلصات العضلة الرحمية في فصل المشيمة عفوياً عن الرحم، ورغم أن المحاولات اليدوية لخلق سطح تسليخ سينتج عنها نزف غزير، ويجب تجنب ذلك بالعموم، إلا أنه يعد وارداً في حال كان التشخيص غير معلوم من الأساس، أو في حال تشخيص الاندخال البؤري.

ورغم أن استئصال الرحم هو الخيار العلاجي التقليدي الحتمي للمشيمة الملتصقة، إلا أن الممارسين أصبحوا يأخذون بالحسبان الخيارات العلاجية والجراحية الأقل جذرية، والمحافظة على الرحم، في حالات الاندخال البؤري، إذا كانت السيدة مستقرة وترغب في الحفاظ على خصوبتها.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

إذ يتم استخلاص المشيمة، وإجراء التداخلات اللازمة للحفاظ على الاستقرار الحيوي، وتجنب الاستئصال، وفي حال لم تعد المريضة مستقرة حيويًا في أي مرحلة من مراحل العلاج المحافظ، يتم اللجوء فوراً للاستئصال التام.

تُستخدم المقبضات للحفاظ على انقباض الرحم وتقليل النزف، إذ قد يحدث نزف غزير من سرير المشيمة بعد استخراجها، ويمكن تطبيق ضغط ضمن الرحم بالكوك أو البالون، كما أن استخدام القثاطر الوعائية مع البالون لتخفيف تدفق الدم إلى الرحم يعد إجراءً فعالاً وسريعاً وآمناً.

إن بعض التقنيات الجراحية قد تكون ذات نفع عندما يكون لدينا انفصال كامل للمشيمة باستثناء بؤرة ملتصقة، ولكنها سطحية، دون غزو للعضلية، كالتجريف الحاد لهذه البؤرة، إذ قد يساعد في انفصال المشيمة عنها، بالإضافة لإمكانية إجراء القطب الإرقائية في سرير المشيمة، أو الضاغطة، لإيقاف النزف.

ولكن التدبير الجراحي المحافظ يعتمد بشكل أساسي على استئصال البؤرة المندخلة، ثم إعادة ترميم الرحم.

وقد أثبتت التجارب والدراسات أنه إجراء ناجح لتدبير هذه الحالات، ويقلل من المراضة والوفيات المرافقة للاستئصال الكلي، إلا أنه لا يوجد دليل يدعم إجراءه روتينياً لجميع الحالات.

وإن الشروط المثلى لإجرائه هي مشيمة أمامية مندخلة في أقل من 50% من الجدار الأمامي للرحم، دون اختراق

للمثانة أو للعنق أو للأعضاء المجاورة. [3, 65, 130]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

❖ ويوجد عدة مقاربات جراحية للتدبير المحافظ:

- Triple P Procedure

ذكرت أول مرة من قبل Chandraharan في عام 2006، في دراسة شملت 4 حالات، نجحت

جميعها. [2]

- Perioperative placental localization : إذ يتم وقت الجراحة تحديد دقيق لتوضع المشيمة وحافتها العلوية بالإيكو البطني، وشق الرحم أعلاها بمسافة إصبعين، بشكل معترض ، واستخراج الجنين.
 - Pelvic devascularization : ثم قطع التروية عن طريق ربط الحرقفيين، أو الرحميين، أو التصميم بالقثطرة ذات البالون.
 - Placental and myometrial excision : ثم تستأصل البؤرة المندخلة (المشيمة مع جدار الرحم)، ويعاد تصنيع جدار الرحم وترميمه، ويشترط بقاء 2 سم على الأقل في الحافة السفلية لجرح الرحم فوق العنق.
- تعتمد نسبة حدوث الاختلاطات هنا على موقع المشيمة وعمق الغزو، وأظهرت دراسة حشدية مستقبلية، أنها خفضت معدل الاستئصال الولادي والنزف ومدة الاستشفاء.
- وفي حال كان الغزو ممتداً ضمن الجدار الخلفي للمثانة، يمكن ترك هذا النسيج دون تدخل لتجنب أذية المثانة. [3, 125, 130]

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- :One-step approach

تتضمن هذه الطريقة استخراج المشيمة واستئصال المنطقة التي غزتها في خطوة واحدة، ومن ثم إعادة الترميم.

الخطوات الرئيسة لهذا الإجراء هي:

- ✓ شق بطن ناصف أو فنشيتل.
- ✓ ربط وتخثير الأوعية الجديدة، وتسليخ النسيج المثاني عن الرحمي.
- ✓ شق الرحم على القطعة العلوية واستخراج الجنين.
- ✓ استئصال البؤر الاندخالية والنسج المتأثرة مع المشيمة كاملة في خطوة واحدة.
- ✓ إعادة ترميم الرحم على طبقتين.
- ✓ الإرقاء وإصلاح المثانة في حال الأذية.

قام Jaraquemada بدراسة هذا الإجراء ونتائجه لأول مرة في عام 2004، على 68 سيدة لديهن غزو مشيمي للأعضاء المجاورة، وقسموا إلى مجموعتين: الأولى : غزو للجدار الخلفي العلوي للمثانة 46 حالة، والثانية: غزو للجدار الخلفي السفلي للمثانة 22 حالة.[133]

استطاعوا الحفاظ على الرحم بنسبة 95% في المجموعة الأولى، و27% في الثانية.

وكانت استطبابات الاستئصالات الحاصلة هي إما ضياع مادي أكثر من 50%، أو اعتلال تخثر، أو إنتان، أو عدم استقرار حيوي.

والاختلاطات الحاصلة كانت معظمها في المجموعة الثانية، وهي: أذية حالب سفلية، أو ناسور مثاني، أو ورم دموي في قبة المهبل، أو إنتان رحم.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

وبعد متابعة 42 من المريضات اللواتي تم الحفاظ على أرحامهن: عاد الطمث خلال 3 ل 6 أشهر، و10 منهن حملن وولدن دون نكس للحالة.

إن نجاح هذه التجربة، وكثرة الدراسات التي بحثتها ستحدد جدارة هذا الإجراء وفعاليتها، وستسهم في زيادة المعطيات عنه، الأمر الذي سيسهل وضع توصيات خاصة به. [130]

2-6-3 المرشحات للمعالجة المحافظة بأشكالها:

- الراغبات بشدة في الحفاظ على القدرة الإنجابية، ويجب إعلامهن والشرح الموسع لهن عن الأخطار المرافقة، كالنزف والإنتان، والحاجة لجراحة ثانية واستئصال الرحم، وحتى الوفاة.
- عندما يكون الاستئصال مترافقاً مع خطورة كبيرة، واحتمال مرتفع للنزف، أو أذية الأعضاء المجاورة، والتي يمكن تجنبها بإبقاء المشيمة مكانها.
- عندما يكون استخراج المشيمة والاستئصال الجزئي ممكناً، في حالة الاندخال البؤري، أو المشيمة القعرية أو الخلفية، إذ إن احتمالية الحفاظ على الرحم أكبر في حالة المشيمة الخلفية أو القعرية، لأن النزف الحاصل في هذه الأماكن يمكن السيطرة عليه بشكل أفضل، سواء دوائياً، أو بالأشعة التداخلية، أو التدابير المحافظة. [125, 129, 134]

2-6-4 نتائج التدبير المحافظ، ونكسه:

تشير IS-AIP إلى أنه يمكن لهؤلاء السيدات أن يحملن مرة أخرى بنسبة 86-89%، ولكن بمعدل نكس 22-29%.

ولا دليل على وجود علاقة بين درجة الالتصاق أو طريقة التدبير المحافظ المتبعة مع نجاح معدل الحمل.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ونؤكد على ضرورة تدبير السيدة من قبل فريق مختص بتطبيق هذه التدابير المحافظة، في حال رغبتها بالحفاظ على

الرحم.[3]

وإذا اخترن الحمل مجدداً، يجب أن يكنّ واعيات تماماً لخطر النكس، وأن يتابعن بشكل باكر في الحمل اللاحق

لتسهيل التشخيص والتدبير.

وقد أظهرت إحدى الدراسات أن الحمل اللاحقة للسيدات اللواتي أجري لهن تدبير محافظ بالاستئصال الجزئي لديهن

نسب اختلاطات والدية ووليدية مشابهة لنسب القيصرية التقليدية.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

2-6-5 تدبير PAS في الحالات غير المشخصة مسبقاً:

تُكتشف بعض الحالات في أثناء العمل الجراحي، إما برؤية النسيج المشيمي الغازي، أو فرط التوعية الشاذ، أو التمدد البنفسجي اللون في القطعة السفلية.

ويشتبه بها بعد ولادة الطفل في حال عدم انفصال المشيمة، إذ يؤدي الشد اللطيف للحبل إلى انخماص جدار الرحم، أو في حال عدم إيجاد سطح تسليخ واضح بالفحص الإصبعي اللطيف، بين الرحم والمشيمة، وهذا مؤكد للتشخيص.

هناك ثلاث مقاربات للتدبير: [21]

- إذا كانت المريضة والجنين مستقرين، ولا يوجد نزف غزير، والموارد متوفرة، لكنها غير متاحة حالياً، يتم تغطية الرحم بشانات دافئة، وتأجيل متابعة الجراحة حتى توافر جميع العناصر والموارد اللازمة.
- إذا كانت المريضة والجنين مستقرين، ولا يوجد نزف غزير، لكن الموارد غير متوفرة محلياً، يُغلق جرح البطن، وتنقل المريضة على وجه السرعة إلى مركز رعاية مجهز.
- إذا كانت المريضة نازفة، أو هناك تألم جنيني، فإن أفضل تدبير هو توليد الجنين بشق بعيد عن مكان المشيمة، وتركها في مكانها، وإغلاق جرح الرحم حتى توافر الموارد اللازمة، ويجب أن تقدم لها الرعاية الأمثل في ضوء الموارد المتوفرة، وإذ لم تكن حدود المشيمة محددة بدقة، ولم يتوافر التصوير الصدوي، يمكن إجراء الشق على الوجه الخلفي أو القعر لتجنب أذيتها.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

الفصل الثالث

القسم العملي

3-1 منهج البحث:

3-1-1 خلفية البحث وهدفه:

تترافق حالات المشيمة الملتصقة PAS مع نسبة مرتفعة للمراضة والوفيات الولدية، ولا يزال استئصال الرحم الولادي هو حجر الأساس في تدبير هذه الحالات.

إلا أن ازدياد تواتر الحدوث لدى السيدات الصغيرات في السن في الآونة الأخيرة، والمترافق مع الإقبال الكبير على الولادة القيصرية دعا الباحثين والممارسين إلى البحث عن حلول بديلة أقل جذرية من الاستئصال الولادي، ومحاولة التدبير بشكل يمكننا من المحافظة على الرحم، وعدم خسارة المريضة لقدرتها الإنجابية، وما يرافق هذه الخسارة من أثر نفسي واجتماعي سلبي، فأجريت العديد من الدراسات حول العالم عن مدى فاعلية هذه الطرق المحافظة، منها ما أثبت نجاعته، ومنها ما يزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات والتجارب.

كما وُضعت توصيات عالمية بشأن اعتماد هذه التدابير في الحالات التي تسمح بذلك. وانطلاقاً من أن مشفى التوليد الجامعي بدمشق من أهم المراكز المتخصصة في القطر لتدبير هذه الحالات التوليدية المختلطة، كان لا بد لنا من مواكبة أحدث الدراسات والتوصيات، ومحاولة تطبيقها في ضوء الإمكانيات المتاحة، أملاً في تقديم أفضل ما يمكن للأم والجنين.

وأن تكون نتائج هذه التجربة، بإيجابياتها وسلبياتها، إضافة مفيدة لقاعدة المعطيات الخاصة بهذا الموضوع.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

ويهدف هذا البحث إلى دراسة نتائج التدبير الجذري والمحافظة لحالات الـ PAS ومقارنتها، في ضوء الدليل

الإرشادي الذي بُدئ العمل به منذ بداية العام 2021 في مشفى التوليد الجامعي، وتبيان نتائج تطبيق

التوصيات الحديثة على معدل الاختلاطات الجراحية، والاستئصالات الولادية، والمرضاة والوفيات.

3-1-2 المواد والطرائق والتصميم:

✓ مكان الدراسة:

الهيئة العامة لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في دمشق.

✓ تصميم الدراسة:

دراسة رقابية مستقبلية، في المدة بين تموز 2021 وتموز 2022.

✓ عينة الدراسة:

السيدات الحوامل اللواتي قُبلن في جناحي المخاض العام والخاص، وشُخِّصَ لهن مشيمة ملتصقة صدوياً

وسريرياً في أثناء الجراحة، مع مراعاة معايير الإدخال والاستبعاد.

✓ معايير الإدخال:

➤ عدم حدوث انفكاك عفوي للمشيمة بعد 20 دقيقة من خروج الجنين على الرغم من التدبير الفعال

(المقبضات والشد اللطيف).

➤ و/أو صعوبة الاستخراج اليدوي للمشيمة، وتوافقه مع حدوث نزف.

➤ و/أو حدوث نزف من موقع ارتكاز المشيمة على الرغم من التدبير الفعال، والانقباض الرحمي الجيد.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ معايير الاستبعاد:

➤ وجود أمراض دموية.

➤ وجود أغشية متمزقة.

✓ المدة الزمنية:

أُجريت الدراسة على مدار عام كامل من تاريخ موافقة مجلس جامعة دمشق على مخطط البحث.

✓ المعايير الأخلاقية:

أُخذت الموافقة المستنيرة من السيدات قبل الدخول في الدراسة، ولم يستخدم ما يشير إلى هوية المريضة ضمنها، وهي دراسة وصفية لا تتدخل في سير التدبير، ولا تحمل المريضة أية أعباء مادية إضافية.

3-1-3 طريقة الدراسة وجمع البيانات:

بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس القسم ومجلس الكلية ومجلس الجامعة والهيئة العامة للمشفى، أُجريت الدراسة بطريقة رقابية وصفية، إذ شملت الحوامل اللواتي قبلن في المشفى بحمول مختلطة مع PAS مشخص صدوياً أو سريرياً في أثناء الجراحة، في المدة بين تموز 2021 وتموز 2022، واللواتي حققن معايير الإدخال، وهن 59 حالة.

استجوبت المريضات بشكل تفصيلي وفق الاستمارة المرفقة، مع السوابق المرضية والتوليدية والنسائية، وأجري فحص سريري شامل وتقييم للنزف، مع التحاليل المخبرية اللازمة لحالة كل مريضة (خضاب وزمرة بشكل أساسي، مع وظائف كبد وكلية وتخثرات)، ثم أُجري تصوير صدوي لتحديد موقع المشيمة، والبحث عن العلامات الوصفية للـ PAS لدى السيدات عاليات الخطورة (سوابق قيصرية أو مشيمة منزاحة)، وفي

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الحالات التي لم يُشتبه بها قبل الولادة، وُضع التشخيص في أثناء الجراحة (بحسب تصنيف FIGO السريري لعام 2019).

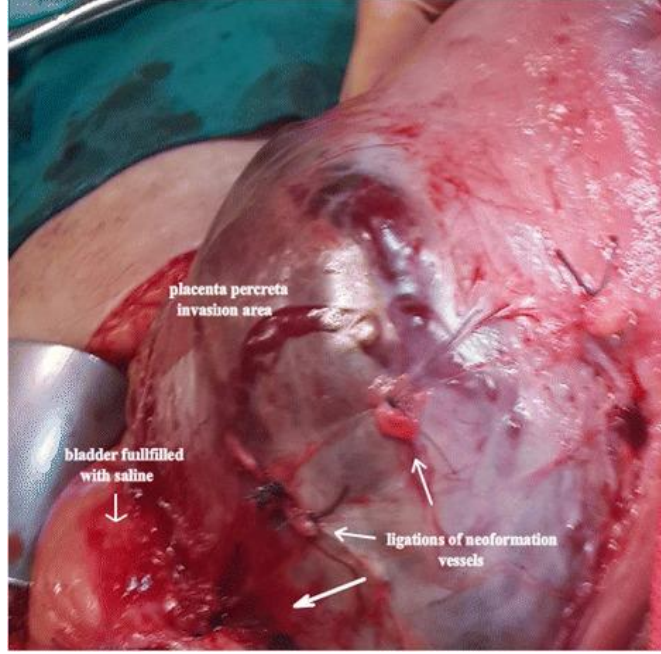
تمت متابعة كل مريضة على عدة مراحل، أولاً قبل العمل الجراحي من ناحية تقييم النزف لديها والحاجة لنقل الدم، وإمكانية تحسين قيمة الخضاب، وثانياً في أثناء العمل الجراحي من حيث خطة التدبير المتبعة، بدءاً من التخدير، وتوافر الفريق المتخصص (مشرف التوليد، ومشرف التخدير، وطبيب الأطفال، وأي اختصاص آخر في حال الحاجة له)، وتوافر مشتقات الدم، والأدوية اللازمة (صادات، ومقبضات)، والإجراءات الجراحية التي تم القيام بها والاختلاطات الحاصلة، بالإضافة إلى أخذ موافقة المريضة حول ما يمكن إجراؤه، والاختلاطات الواردة، وثالثاً المتابعة بعد العمل الجراحي، والتي شملت القبول ضمن العناية المشددة والحاجة لنقل الدم.

➤ بالنسبة للتدبير، تضمنت الخيارات الأساسية المتاحة لدينا:

- ✓ استئصالاً ولادياً مخططاً له.
- ✓ استئصالاً جزئياً لمكان الاندخال/ الارتكاز النازف.
- ✓ القطب الضاغطة والإرقائية والدك وربط الأوعية، كتدابير أولية أو ثانوية.
- ✓ محاولة استخلاص المشيمة، وإجراء استئصال ولادي في حال تطوّر نزف مهم.
- بدأ التخدير ناحياً في جميع الحالات، وتم تحويله إلى العام عند اللجوء للاستئصال الولادي.
- شُقَّ الجلد بحسب فينشتيل في جميع الحالات، وسلخت الطبقات وصولاً إلى جوف البطن.
- تسليخ المثانة: إما بالشكل التقليدي، أو بشكله الأمثل، إذ كان يتم بحذر وتأنٍ عن طريق ربط الأوعية الجسرية من الجانب الرحمي والمثاني، باستخدام المخثر أو الخيوط، واستمرار التسليخ

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

حتى حدود الوصل العنقي المهبطي، والأفضل إجراؤه قبل شق الرحم إذ تكون الساحة أوضح،
والبدء به من الوحشي إلى الأنسي، وبعد ملء المثانة بـ 200 مل من زرق الميثيلين، لتوضيح
حدودها ولملاحظة حدوث أية أذية في أثناء الجراحة.



الشكل (8) صورة تظهر ربط الأوعية حديثة التشكل بين الرحم والمثانة.

- وشق الرحم على القطعة العلوية (طولياً أو عرضياً) بعيداً عن مكان ارتكاز المشيمة في حال

كان التشخيص موضعاً قبل الجراحة، أو واضحاً بشكل عياني، وبشكل هلال في سفلي في

الحالات المتبقية.

الشق العلوي قد يخفي، أو يجعل من الصعب تدبير النقاط النازفة إذا كانت قريبة من العنق،

وقد يضطرنا لإجراء شق آخر لتحري مكان النزف أو الإندخال واستئصاله وترميمه، وهذا قد

يعرض الرحم للتمزق في الحمل المقبلة إذا تم التدبير بشكل محافظ، إلا أن الشق السفلي يحمل

خطراً مرتفعاً للنزف الغزير.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- تلى ذلك ولادة الطفل، وإعطاء المقبضات بشكل روتيني لجميع الحالات، واستخراج الرحم.

طرق انفكاك المشيمة التي واجهتنا، والتدابير التي اتُبعت:

كان لدينا عدة أنماط لانفكاك المشيمة، واختلفت طريقة التدبير تبعاً لكل نمط، واعتماداً على قرار الجراح المشرف:

أ- انفكاك عفوي مع حدوث نزف مكان الارتكاز (معيب أو نظامي):

دبرت هذه الحالة بعدة طرق: إما القطب الإرقائية في سرير المشيمة، و/أو الدك بميشة، و/أو ربط الرحمين، أو القطب الضاغطة (لينش)، أو تحديد السطح النازف بدقة واستئصاله وترميم الجدار، أو الاستئصال الولادي.

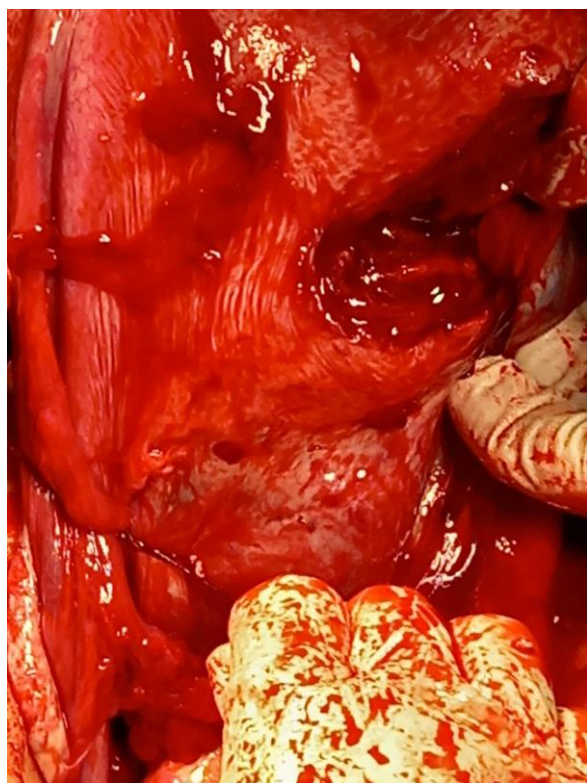
ب- انفكاك جزئي مع وجود بؤر اندخالية:

دبرت هذه الحالة إما بواسطة الاستئصال الجذري للرحم، أو الاستئصال الجزئي لمكان الاندخال باتباع الطريقة الآتية التي تتضمن تسليخ المثانة عن الرحم وربط الأوعية المتشكلة بينهما، وشق الرحم على القطعة العلوية أعلى من مكان الاندخال، ثم إزالة المشيمة والعضلية المصابة، وترميم الرحم على طبقتين، بالإضافة إلى الدك بميشة وربط الرحمين في أغلب الحالات.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الشكل (9)

صورة بعد استخراج الجنين، تظهر الشق العلوي للرحم، والتقيب الحاصل في مستوى القطعة السفلية.



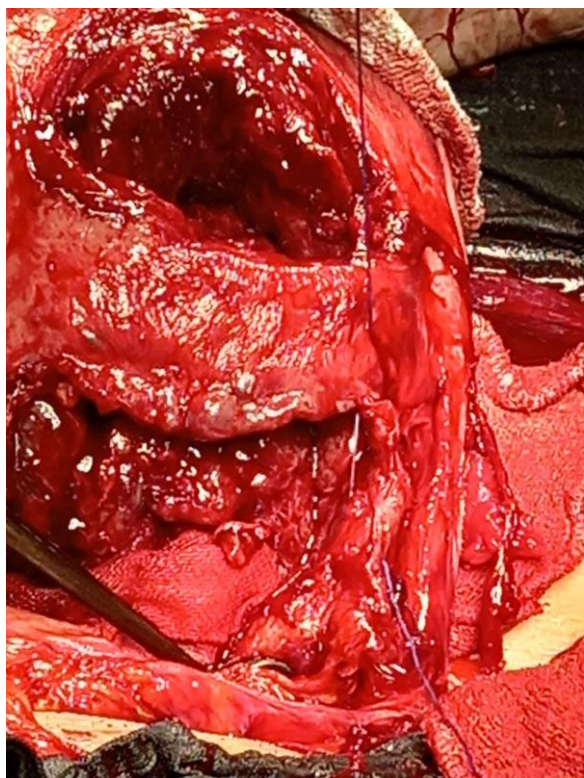
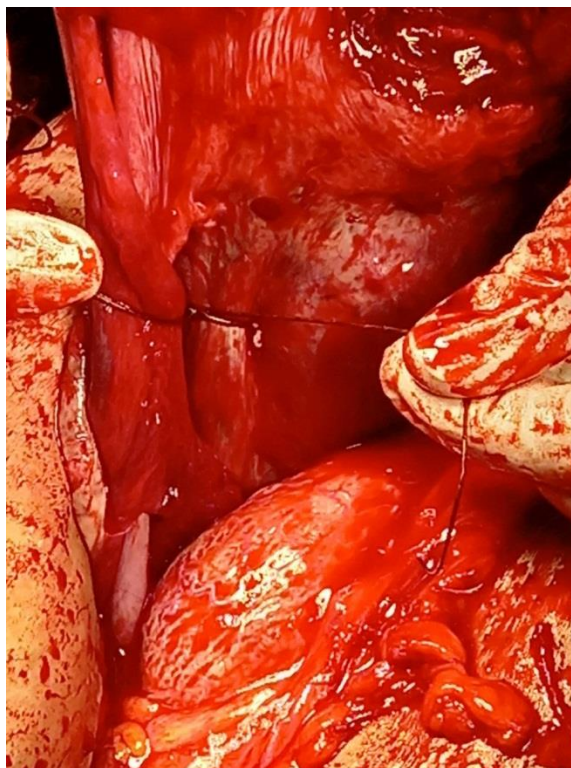
الشكل (10)

صورة تظهر مكان البؤرة الاندخالية، بعد إزالة المشيمة المنفكة جزئياً.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الشكل (11)

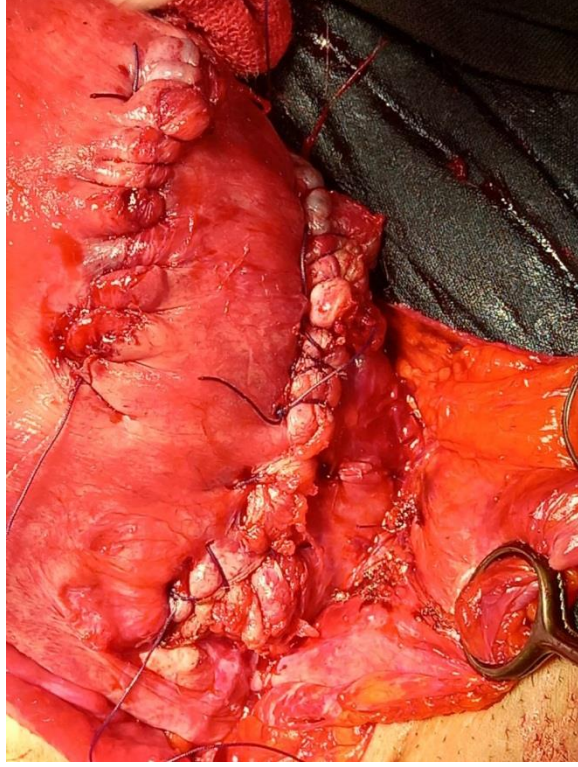
صورة تظهر ربط الشريان الرحمي بعد
إزالة المشيمة وقبل الاستئصال الجزئي
للبيورة المندخلة.



الشكل (12)

صورة تظهر شق الرحم الأساسي
لاستخراج الجنين، والشق الثاني الناتج عن
استئصال البيورة المندخلة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



الشكل (13)

صورة للرحم بعد الترميم.

ج- لم يحدث انفكاك، وتمت محاولة الاستخلاص يدوياً:

نتج عن ذلك نزف غزير في جميع الحالات ودبرت الحالة باستئصال الرحم الولادي.

د- لم يحدث انفكاك، دون إجراء محاولة استخلاص:

أجري هنا استئصال رحم ولادي مباشرة.

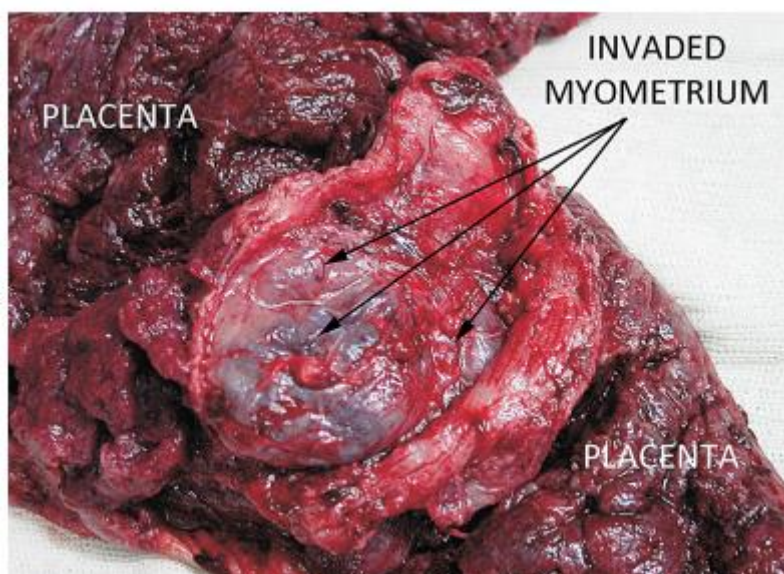
- لم تدبر أي مريضة بالمقاربة المحافظة بترك المشيمة مكانها.
- دبرت الاختلاطات التي حدثت من قبل الأطباء المختصين (بولية، عامة، أوعية).
- تم تعويض الدم المفقود بحسب توصيات طاقم التخدير المشرف.
- وضعت أغلب المريضات في جناح العناية المشددة للمراقبة لمدة متفاوتة بحسب حالة كل مريضة، بالإضافة إلى نقل الدم اللازم، وتخرجت المريضات بحالة عامة حسنة بأرقام خضاب 9 أو أكثر، وتوفيت حالتان.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

➤ اعتمدت دراستنا على التشخيص الصدوي، والسريري بشكل أساسي، وليس هناك دور للتشريح المرضي.

- لم تُدرَس جميع العينات المستأصلة جزئياً نسيجياً، إلا أن العينات التي دُرست أثبتت وجود اندخال مشيمي

بدرجتيه I وII.



الشكل (14) جزء من عضلية الرحم مع المشيمة المنذخلة به.

3-1-4 التحليل الإحصائي:

- معالجة وتحليل البيانات:

أدخلت البيانات من الاستمارات إلى قاعدة بيانات حاسوبية، وحللت باستخدام برنامج التحليل الإحصائي

.SPSS

استخلصت النتائج التي حصلنا عليها على شكل متوسط حسابي $\pm$ ، وانحراف معياري، ونسبة مئوية،

وتمت المقارنة بينها بالنسبة للمتغيرات الكمية.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

مع احتساب النتائج ذات أهمية إحصائية عند قيمة $P \text{ value} < 0.05$ بحسب الاختبارات الإحصائية التي

تم إجراؤها، وهي: Person Chi-Square للمتغيرات الاسمية، وIndependent Samples T-Test

للمقارنة بين المتوسطات الحسابية.

3-2 النتائج والمناقشة.

3-2-1 السؤال الإحصائي:

شملت العينة 59 حالة محققة لمعايير الإدخال، وتناولت الدراسة بشكل أساسي:

- ❖ حالة المريضة قبل الجراحة من ناحية النزف وتحسين قيمة الخضاب وموقع المشيمة وعلاقتها بالتدبير المتبع.
- ❖ علاقة التدبير المتبع بكل من خسارة الدم في أثناء الجراحة والاختلاطات الحاصلة والحاجة للعناية المشددة بعدها.

وهدفنا الدراسة الإحصائية بشكل أساسي إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ✓ كيف تمت مقارنة السيدات الصغيرات في السن، أي مقارنة التدبير المتبع بالنسبة لعمر الأم (بالذات بالنسبة للأعمار تحت 30 سنة).
- ✓ هل لعدد القيصرية والولادات السابقة تأثير على طريقة التدبير؟
- ✓ هل لوجود نزف قبل الجراحة APH بدرجاته المختلفة (خفيف، متوسط، غزير) تأثير على طريقة التدبير؟
- ✓ هل تحسين الخضاب ونقل الدم قبل الجراحة له تأثير على الحاجة لنقل دم أقل في أثناء الجراحة وبعدها؟
- ✓ هل أثر وضع المشيمة عيانياً على طريقة التدبير؟ (ملتصقة بدون علامات اندخال، مندخلة، مخترقة).
- ✓ هل أثرت طريقة انفكاك المشيمة على طريقة التدبير؟

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ مقارنة بين التدبير المتبع و كل مما يلي:

- كمية الدم المنقول في أثناء الجراحة.
- الاختلاطات الحاصلة ونوعها.
- الحاجة للعناية المشددة ومدة البقاء فيها.
- كمية الدم المنقول بعد الجراحة.

وذلك بهدف دراسة إمكانية تطبيق الحلول المحافظة الموصى بها حديثاً كبديل عن الاستئصال الولادي لأجل المحافظة على الخصوبة أولاً، وللتقليل من معدل المراضة والوفيات المرتفع المرتبط به ثانياً.

3-2-2 الدراسة الإحصائية:

❖ الإحصاء الوصفي والاستدلالي:

دُرس توزع المتغيرات في العينة ككل، وفي كل من مجموعة الاستئصال التام، والمحافظ، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين كل متغير والتدبير المتبع:

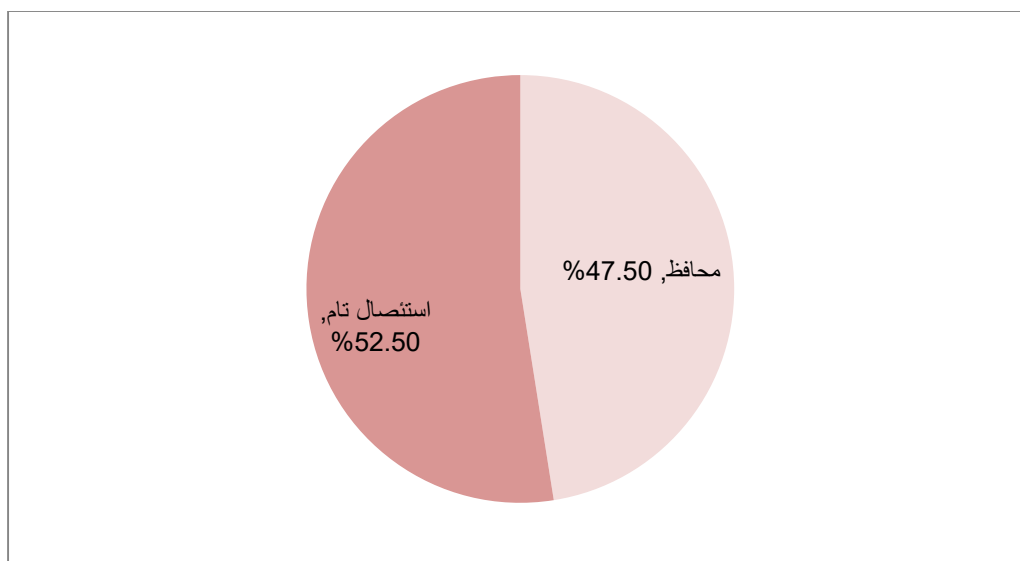
1- طريقة التدبير :

بلغ عدد حالات التدبير المحافظ 28 حالة بنسبة 47.5%، 26 منها دبرت بالاستئصال الجزئي، و2 بقطب لينش الضاغطة.

وعدد حالات الاستئصال التام 31 حالة بنسبة 52.5%.

وكان القرار يتم بناء على رؤية الجراح المشرف.

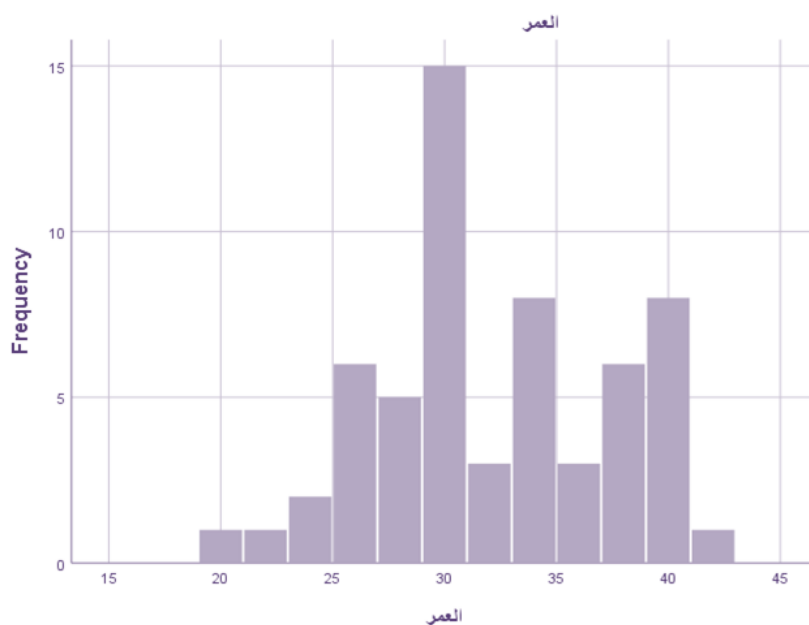
نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



المخطط (1) توزيع العينة بحسب التدبير المتبع.

2- عمر المريضات:

بلغ متوسط عمر المريضات 31.83 ± 5.21 سنة، وتراوحت الأعمار بين 20 و 41 سنة.



المخطط (2) توزيع العينة بحسب عمر المريضات.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ مقارنة التدبير المتبع بالنسبة لعمر الأم:

إن 67.7% من المريضات بعمر أقل من 35 عاماً، وهو العمر الذي يزداد بعده عادة حدوث PAS، وهذا يدل على ازدياد تواتر الحدوث لدى السيدات الصغيرات في السن.

وقد كانت نسبة التدبير المحافظ عند الأعمار الأصغر من 30 سنة (45%)، أصغر منها عند الفئات العمرية الأكبر (48.7%).

بينما كانت نسبة الاستئصال التام عند الأعمار الأصغر من 30 سنة (55%)، أكبر منها عند الفئات العمرية الأكبر (51.3%).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

الجدول (1) مقارنة التدبير المتبع بالنسبة لعمر الأم.

العمر / التدبير المتبع	محافظ	استئصال تام	المجموع
<30	9 (45%)	11 (55%)	20 (100%)
>=30	19 (48.7%)	20 (51.3%)	39 (100%)
المجموع	28 (47.5%)	31 (52.5%)	59 (100%)

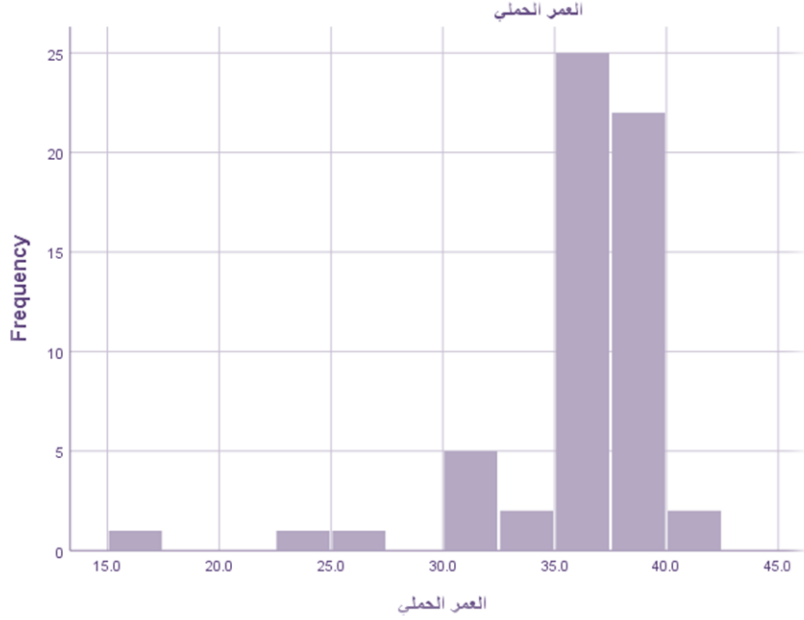
$$p\text{-value} = 0.787 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في التدبير المتبع بين الفئتين العمريتين، أي لا يوجد علاقة بين العمر والتدبير المتبع، ولكن الأهمية تكمن في أننا استطعنا الحفاظ على الرحم لدى 9 من أصل 20 سيدة بعمر أقل من 30 عاماً.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

3- العمر الحملي:

بلغ متوسط العمر الحملي 35.80 ± 4.01 أسبوعاً، وتراوحت الأعمار الحملية بين 16 و 40 أسبوعاً.



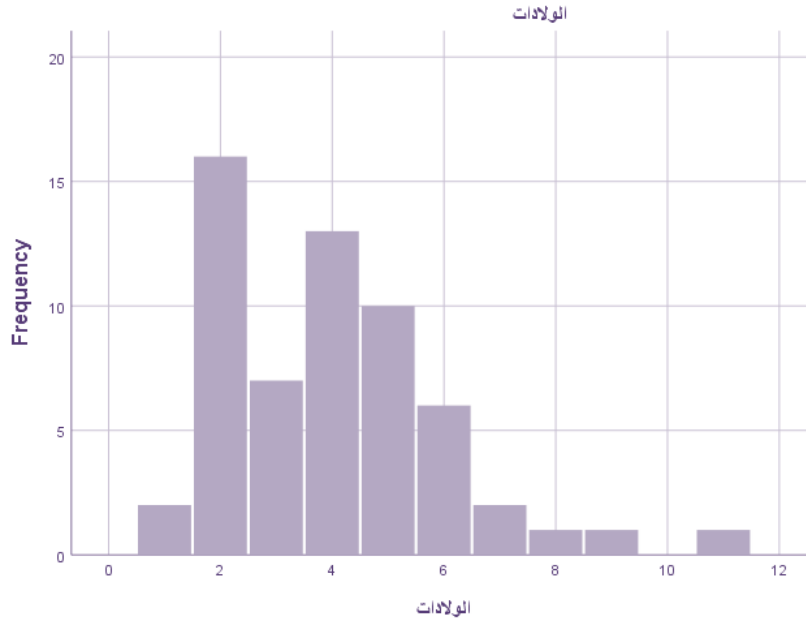
المخطط (3) توزع العينة بحسب العمر الحملي.

هنا لم نتمكن من الالتزام بالتوصيات من حيث إجراء جراحة باردة في الأسبوع 34-35، بسبب أن النسبة الأكبر من المريضات يراجعن لأول مرة بوقت متأخر، أو في حال حدوث نزف فعال غزير، وبالتالي لم نتمكن من تقييم النتائج الجنينية للولادة في الأسبوع 34-35.

4- عدد الولادات:

بلغ متوسط عدد الولادات 2 ± 3.98 ولادة، وتراوحت الأعداد بين 1 و 11 ولادة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



المخطط (4) توزيع العينة بحسب عدد الولادات.

➤ تأثير عدد الولادات السابقة على طريقة التدبير:

كان متوسط عدد الولادات في التدبير المحافظ (3.79) أصغر منه في الاستئصال التام (4.16).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test:

الجدول (2) تأثير عدد الولادات على طريقة التدبير.

طريقة التدبير	عدد العينة	المتوسط الحسابي لعدد الولادات	الانحراف المعياري
محافظ	28	3.79	1.66
استئصال تام	31	4.16	2.27

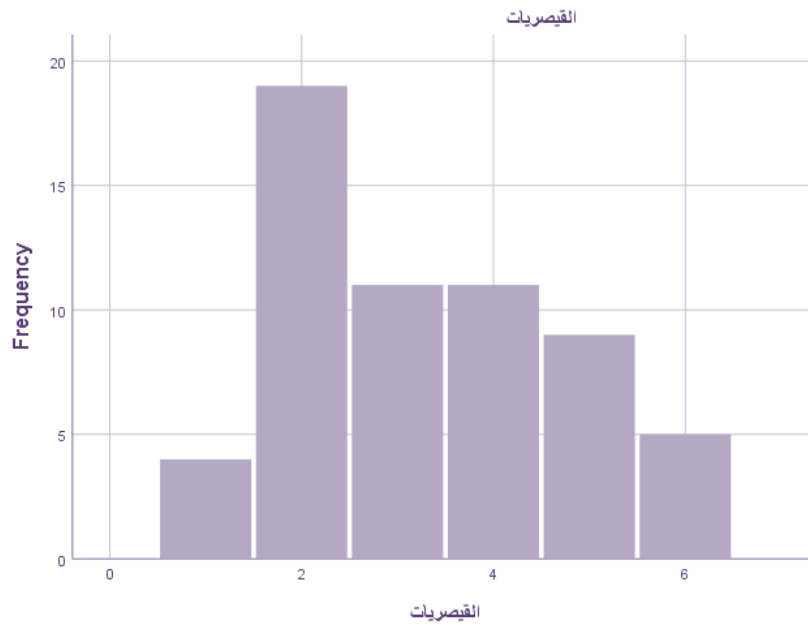
$$p\text{-value} = 0.475 > 0.05$$

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً بين الطريقتين في عدد الولادات، أي لا يوجد تأثير لعدد الولادات السابقة على طريقة التدبير المتبعة.

5- عدد القيصرية السابقة:

بلغ متوسط عدد الولادات القيصرية 1.45 ± 3.29 ولادة، وتراوح الأعداد بين 1 و 6 ولادات.



المخطط (5) توزع العينة بحسب عدد القيصرية السابقة.

➤ تأثير عدد القيصرية السابقة على طريقة التدبير:

كان متوسط عدد الولادات القيصرية في التدبير المحافظ (3.18)، أصغر منه في الاستئصال التام (3.39).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (3) تأثير عدد القيصرية السابقة على التدبير المتبع.

طريقة التدبير	عدد العينة	المتوسط الحسابي لعدد القيصرية	الانحراف المعياري
محافظ	28	3.18	1.42
استئصال تام	31	3.39	1.50

$$p\text{-value} = 0.586 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فرق مهم إحصائياً بين الطريقتين في عدد القيصرية، أي لا يوجد تأثير لعدد القيصرية السابقة على طريقة التدبير المتبعة.

6- مكان تواضع المشيمة على الإيكون:

كانت النسبة الأعلى في العينة ككل للتواضع الأمامي المركزي (57.6%)، ثم الخلفي المركزي (13.6%).

في التدبير المحافظ: كانت النسبة الأعلى للتواضع الأمامي المركزي (53.6%) ثم الأيسر المركزي (14.3%)، مع حالتين بأعمار حملية صغيرة كانت المشيمة فيها محيطة بالجنين.

أما في مجموعة الاستئصال التام فكانت النسبة الأعلى للتواضع الأمامي المركزي (61.3%)، ثم الخلفي المركزي (19.4%)، وكان لدينا أربع حالات غير مترافقة بارتكاز معيب.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

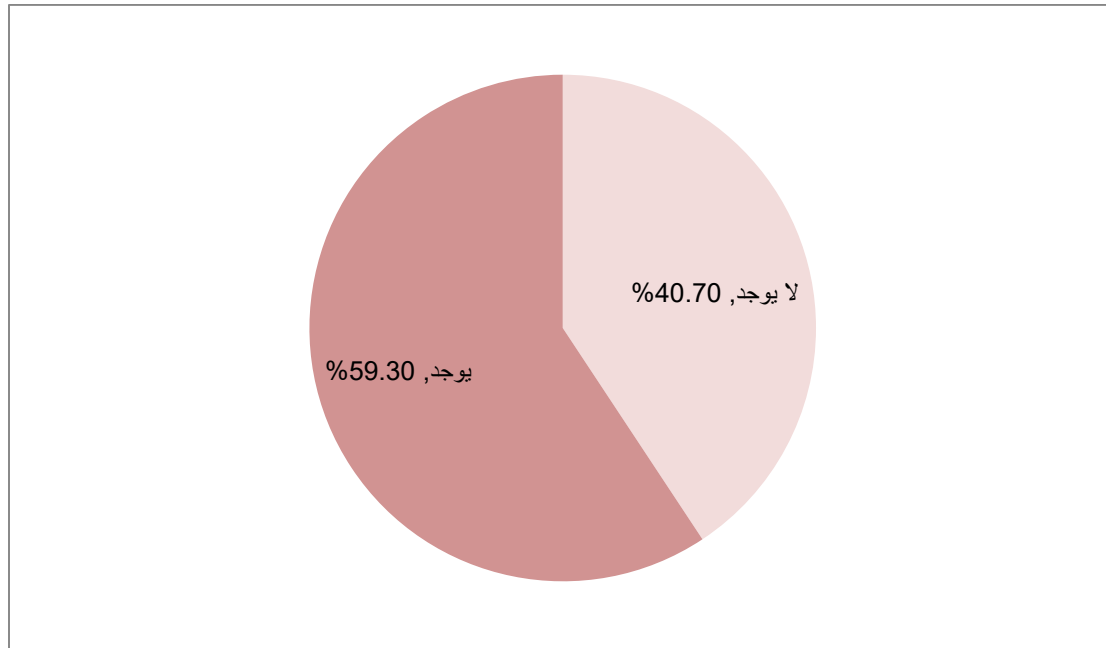
الجدول (4) توزع العينة بحسب مكان توضع المشيمة على الإيكو.

المجموع	الاستئصال التام		التدبير المحافظ		مكان توضع المشيمة على الإيكو
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
2	%0	0	%7.1	2	أمامية مرتكزة جزئياً
34	%61.3	19	%53.6	15	أمامية مع ارتكاز مركزي
1	%3.2	1	%0	0	أمامية واطئة
3	%3.2	1	%7.2	2	جدارية يمنى مركزية
4	%0	0	%14.3	4	جدارية يسرى مركزية
1	%0	0	%3.6	1	خلفية مرتكزة جزئياً
8	%19.4	6	%7.1	2	خلفية مركزية
4	%12.9	4	%0	0	غير مرتكزة
2	%0	0	%7.1	2	محيطية بالجنين
59	%100	31	%100	28	المجموع

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

7- نزف قبل الجراحة APH ودرجته:

بلغ عدد حالات وجود نزف قبل الجراحة 35 حالة بنسبة 59.3%، و 24 حالة بدون نزف بنسبة 40.7%.

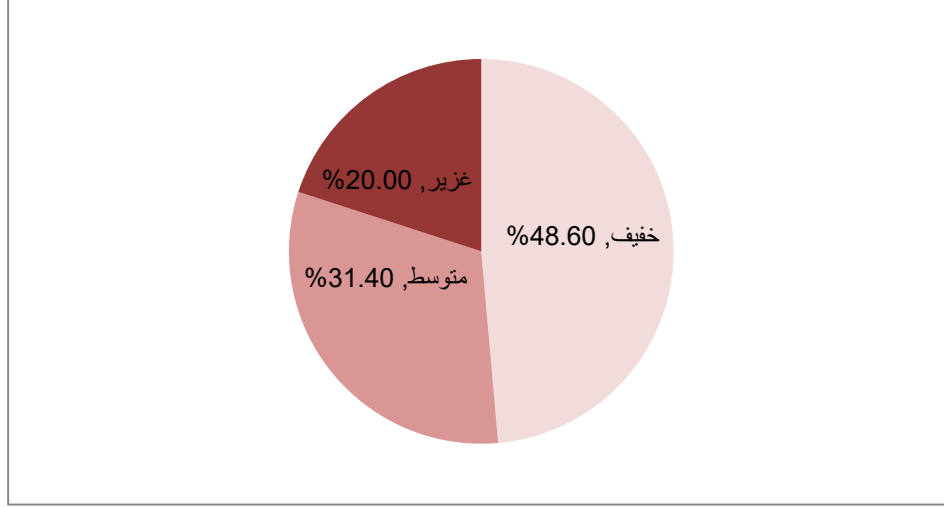


المخطط (6) توزع العينة بحسب وجود نزف قبل الجراحة.

توزعت حالات النزف هذه بحسب درجتها كما يلي:

كانت النسبة الأعلى للنزف الخفيف 17 حالة (48.6%)، يليها المتوسط 11 حالة (31.4%)، ثم الغزير 7 حالات (20%).

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



المخطط (7) توزع العينة بحسب كمية النزف قبل الجراحة.

➤ تأثير وجود نزف قبل الجراحة على طريقة التدبير:

كانت نسبة التدبير المحافظ عند وجود نزف قبل الجراحة 45.7%، أصغر منها عند عدم وجود نزف قبل الجراحة 50%.

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

الجدول (5) تأثير وجود نزف قبل الجراحة على طريقة التدبير.

المجموع	استئصال تام	محافظ	APH / التدبير المتبع
24 (100%)	12 (50%)	12 (50%)	لا يوجد
35 (100%)	19 (54.3%)	16 (45.7%)	يوجد
59 (100%)	31 (52.5%)	28 (47.5%)	المجموع

$$p\text{-value} = 0.746 > 0.05$$

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في التدبير المتبع بحسب وجود نزف قبل الجراحة، أي لا يوجد تأثير للنزف قبل الجراحة على التدبير المتبع.

➤ تأثير درجة النزف قبل الجراحة على طريقة التدبير:

كانت نسبة التدبير المحافظ في النزف الغزير (57.1%) أعلى من نسبة الاستئصال التام (42.9%).

بينما كانت نسبة الاستئصال التام أعلى من المحافظ في كل من النزف الخفيف (52.9% مقابل 47.1%)، والمتوسط (63.6% مقابل 36.4%).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

الجدول (6) تأثير درجة النزف قبل الجراحة على طريقة التدبير.

درجة APH / التدبير المتبع	محافظ	استئصال تام	المجموع
خفيف	8 (47.1%)	9 (52.9%)	17 (100%)
متوسط	4 (36.4%)	7 (63.6%)	11 (100%)
غزير	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (100%)
المجموع	16 (45.7%)	19 (54.3%)	35 (100%)

$$p\text{-value} = 0.748 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في التدبير المتبع بحسب درجة النزف قبل الجراحة، أي لا يوجد تأثير لدرجة النزف قبل الجراحة على التدبير المتبع.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

8- طريقة انفكاك المشيمة:

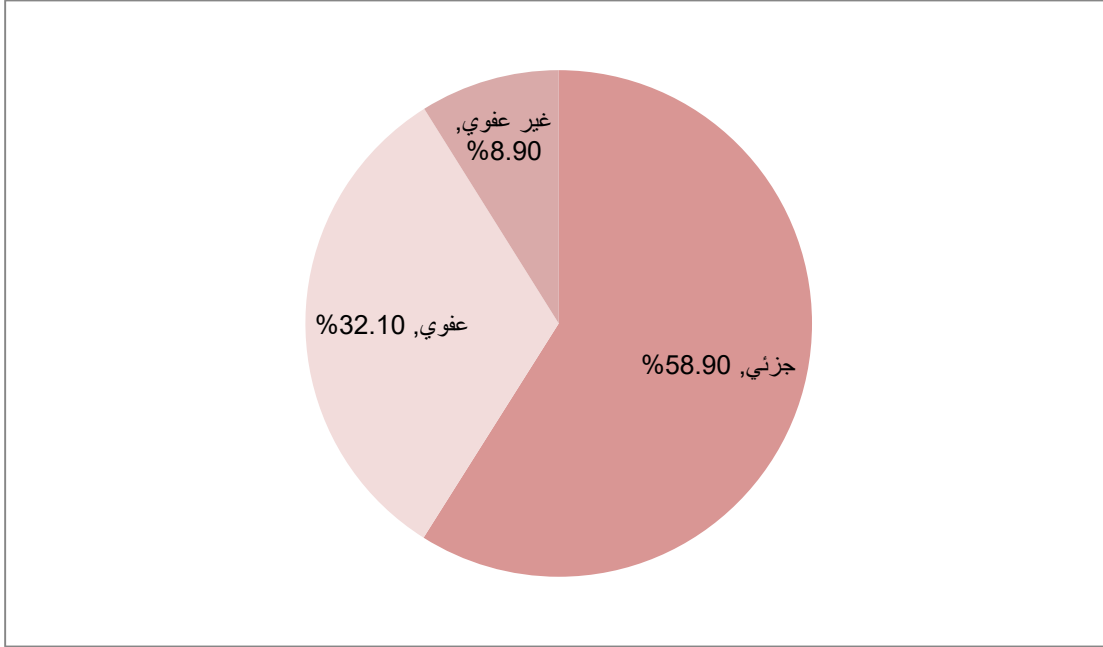
كان هناك 3 حالات لم تنفك فيها المشيمة بنسبة 5.1%.

أما الباقي وهم 56 حالة بنسبة 94.9%، انفكت وتوزعت كما يلي:

33 حالة انفكاك جزئي بنسبة 58.9%.

18 حالة انفكاك عفوي 32.1%.

5 حالات انفكاك غير عفوي بنسبة 8.9%.



المخطط (8) توزع العينة بحسب طريقة انفكاك المشيمة.

➤ تأثير طريقة انفكاك المشيمة على التدبير المتبع:

كانت نسبة التدبير المحافظ عند الانفكاك العفوي (66.7%)، أعلى من نسبة الاستئصال التام (33.3%).

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

بينما كانت نسبة الاستئصال التام أعلى من المحافظ في كل من الجزئي (51.5% مقابل 48.5%)، وغير العفوي (100% مقابل 0%).

هناك 3 حالات لم تنفك فيها المشيمة، ولم يحاول استخراجها يدوياً، ودبرت مباشرة بالاستئصال التام.

جميع الحالات التي تمت فيها محاولة استخلاص المشيمة يدوياً ترافقت مع نزف كبير، واستوصل فيها الرحم.

أما حالات الانفكاك العفوي المترافق مع نزف: دُبر ثلثها بالاستئصال التام، وثلثها بالتدابير المحافظة (10) بالاستئصال الجزئي، و2 قطب لينش الضاغطة).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

الجدول (7) تأثير طريقة انفكاك المشيمة على التدبير المتبع.

طريقة انفكاك المشيمة / التدبير المتبع	محافظ	استئصال تام	المجموع
جزئي	16 (%48.5)	17 (%51.5)	33 (%100)
عفوي	12 (%66.7)	6 (%33.3)	18 (%100)
غير عفوي	0 (%0)	5 (%100)	5 (%100)
المجموع	28 (%50)	28 (%50)	56 (%100)

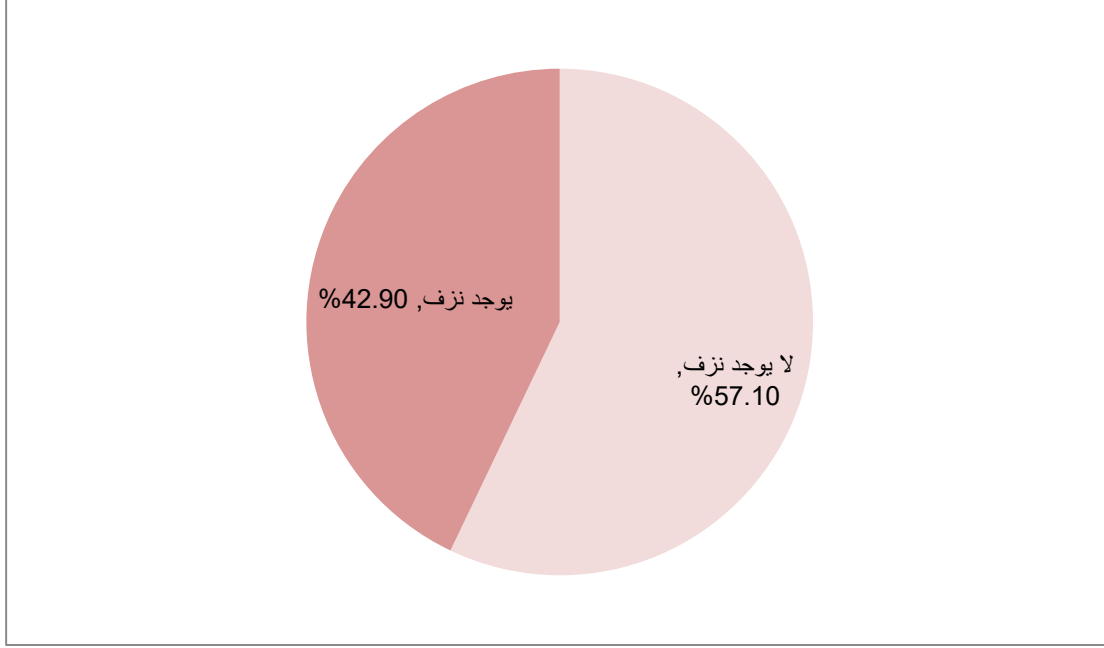
$$p\text{-value} = 0.023 < 0.05$$

وبالتالي يوجد فارق مهم إحصائياً في التدبير المتبع بحسب طريقة الانفكاك، أي يوجد تأثير لطريقة انفكاك المشيمة على التدبير المتبع.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

9- وجود نزف مع الانفكاك:

بلغ عدد حالات وجود نزف مع الانفكاك 24 حالة بنسبة 42.9%، و32 حالة بدون نزف مرافق بنسبة 57.1%.



المخطط (9) توزع العينة بحسب وجود نزف مرافق لانفكاك المشيمة.

وكانت جميع حالات الانفكاك العفوي وغير العفوي مترافقة مع حدوث نزف.

بينما ترافقت حالة واحدة فقط من الانفكاك الجزئي مع النزف.

➤ تأثير وجود نزف مرافق لانفكاك المشيمة على طريقة التدبير:

كانت نسبة التدبير المحافظ والاستئصال التام متساوية في حالتي وجود وعدم وجود نزف مرافق لانفكاك المشيمة (50%).

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في التدبير المتبع بحسب وجود نزف مرافق للانفكاك.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (8) تأثير وجود نزف مرافق لانفكاك المشيمة على طريقة التدبير.

نزف مرافق لانفكاك المشيمة / التدبير المتبع	محافظة	استئصال تام	المجموع
لا يوجد	16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
يوجد	12 (%50)	12 (%50)	24 (%100)
المجموع	28 (%50)	28 (%50)	56 (%100)

وبإجراء اختبار Pearson Chi-Square:

$$p\text{-value} = 1 > 0.05$$

أي لا يوجد تأثير للنزف المرافق لانفكاك المشيمة على التدبير المتبع.

10- نقل الدم قبل الجراحة وفي أثناءها وبعدها:

بلغ عدد الحالات التي احتاجت لنقل الدم قبل الجراحة 23 حالة بنسبة 39%.

وعدد حالات النقل في أثناء الجراحة 47 حالة بنسبة 79.7%.

وعدد حالات النقل بعد الجراحة 44 حالة بنسبة 74.6%.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (9) توزع العينة بحسب عدد الحالات التي احتاجت لنقل الدم.

الحاجة لنقل دم	العدد	النسبة
قبل الجراحة	23	39%
في أثناء الجراحة	47	79.7%
بعد الجراحة	44	74.6%

➤ توزع العينة بحسب عدد وحدات منتجات الدم المنقولة قبل الجراحة وفي أثناءها وبعدها:

بلغ متوسط عدد وحدات الدم المنقولة قبل الجراحة 1.49 ± 2.80 وحدة، وتراوح بين 0 و 15 وحدة.

بلغ متوسط عدد وحدات الدم المنقولة في أثناء الجراحة 5.51 ± 6.82 وحدة، وتراوح بين 0 و 37 وحدة.

بلغ متوسط عدد وحدات الدم المنقولة بعد الجراحة 3.27 ± 3.55 وحدة، وتراوح بين 0 و 14 وحدة.

الجدول (10) توزع العينة بحسب عدد وحدات منتجات الدم المنقولة قبل الجراحة وفي أثناءها وبعدها.

عدد وحدات الدم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة
قبل الجراحة	1.49	2.80	0	15
في أثناء الجراحة	5.51	6.82	0	37
بعد الجراحة	3.27	3.55	0	14

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ تحسين قيمة الخضاب قبل الجراحة وعلاقته بالنزف في أثناء الجراحة والحاجة لنقل الدم في أثناء الجراحة

وبعدها:

- كان متوسط نقل الدم في أثناء الجراحة للحالات التي تم تحسين قيمة الخضاب لديها وإجراء نقل دم قبل

الجراحة (4.17) أصغر منه عند عدم وجود نقل دم قبل الجراحة (6.36).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test:

الجدول (11) علاقة تحسين الخضاب ونقل الدم قبل الجراحة بتقليل الحاجة لنقل الدم في أثناء الجراحة.

نقل دم قبل الجراحة	عدد العينة	المتوسط الحسابي لعدد وحدات منتجات الدم المنقولة في أثناء الجراحة	الانحراف المعياري
لا	36	6.36	7.42
نعم	23	4.17	5.65

$$p\text{-value} = 0.232 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في كمية الدم المنقول في أثناء الجراحة تبعاً لوجود نقل دم قبل الجراحة، أي لا

يوجد تأثير لتحسين قيمة الخضاب ونقل الدم قبل الجراحة على تقليل الحاجة لنقل الدم في أثناء الجراحة.

أي نلاحظ أن نقل الدم وتحسين قيمة الخضاب ترافق مع معدل أقل للدم المنقول في أثناء الجراحة، لكن دون وجود

فارق مهم إحصائياً، ولكن تأتي أهمية هذه الخطوة من أن قدرة الجسم على المعاوضة تكون أعلى في حال حدوث

نزف ضمن الجراحة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

➤ دراسة تأثير نقل الدم قبل الجراحة على كمية الدم المنقول بعد الجراحة:

كان متوسط نقل الدم بعد الجراحة عند وجود نقل دم قبل الجراحة (3.13) أصغر منه عند عدم وجود نقل دم قبل الجراحة (3.36).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test:

الجدول (12) تأثير نقل الدم قبل الجراحة على كمية الدم المنقول بعد الجراحة.

نقل دم قبل الجراحة	عدد العينة	المتوسط الحسابي لعدد وحدات منتجات الدم المنقولة بعد الجراحة	الانحراف المعياري
لا	36	3.36	3.85
نعم	23	3.13	3.09

$$p\text{-value} = 0.810 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في كمية الدم المنقول بعد الجراحة تبعاً لوجود نقل دم قبل الجراحة، أي لا يوجد تأثير لتحسين قيمة الخضاب ونقل الدم قبل الجراحة على تقليل الحاجة لنقل الدم بعد الجراحة.

➤ دراسة العلاقة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول في أثناء الجراحة:

كان متوسط عدد وحدات الدم المنقولة في أثناء الجراحة في التدبير المحافظ (3.00)، أصغر منه في الاستئصال التام (7.77).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (13) العلاقة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول في أثناء الجراحة.

طريقة التدبير	عدد العينة	المتوسط الحسابي لعدد وحدات الدم المنقولة في أثناء الجراحة	الانحراف المعياري
محافظ	28	3.00	2.99
استئصال تام	31	7.77	8.40

$$p\text{-value} = 0.005 < 0.05$$

وبالتالي يوجد فارق مهم إحصائياً بين الطريقتين في عدد وحدات منتجات الدم المنقولة في أثناء الجراحة، أي يوجد علاقة مهمة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول في أثناء الجراحة، حيث تكون الكمية أقل في التدبير المحافظ مقارنة بالاستئصال التام.

➤ دراسة العلاقة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول بعد الجراحة:

كان متوسط عدد وحدات الدم المنقولة بعد الجراحة في التدبير المحافظ (2.96)، أصغر منه في تدبير الاستئصال التام (3.55).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Independent Samples T-test:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (14) العلاقة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول بعد الجراحة.

طريقة التدبير	عدد العينة	المتوسط الحسابي لعدد وحدات الدم المنقولة بعد الجراحة	الانحراف المعياري
محافظ	28	2.96	3.69
استئصال تام	31	3.55	3.45

$$p\text{-value} = 0.532 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً بين الطريقتين في عدد وحدات الدم المنقولة بعد الجراحة، أي لا يوجد علاقة مهمة بين طريقة التدبير وكمية الدم المنقول بعد الجراحة.

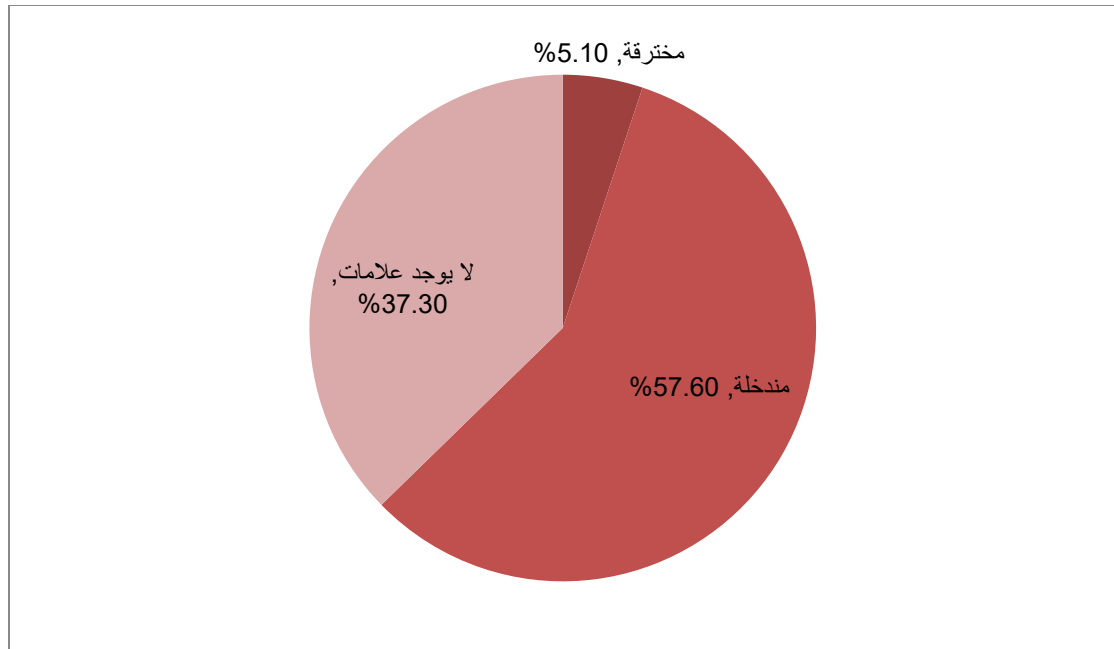
11- التشخيص السريري، ووضع المشيمة عيانياً:

بلغ عدد حالات المشيمة المخترقة 3 حالات بنسبة 5.1%.

و34 حالة للمشيمة المندخلة بنسبة 57.6%.

و22 حالة التصاق دون علامات اندخال بنسبة 37.3%.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.



المخطط (10) توزع العينة بحسب التشخيص السريري.

➤ تأثير وضع المشيمة عياناً على طريقة التدبير:

كانت نسبة التدبير المحافظ عند عدم وجود علامات اندخال (54.5%)، أعلى من نسبة الاستئصال التام (45.5%).

بينما كانت نسبة الاستئصال التام أعلى من المحافظ في كل من حالات المشيمة المختلة (100% مقابل 0%)، والمندخلة (47.1% مقابل 52.9%).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (15) تأثير وضع المشيمة عياناً على طريقة التدبير.

وضع المشيمة عياناً / التدبير المتبع	محافظ	استئصال تام	المجموع
لا يوجد علامات	12 (%54.5)	10 (%45.5)	22 (%100)
مندخلة	16 (%47.1)	18 (%52.9)	34 (%100)
مخترقة	0 (%0)	3 (%100)	3 (%100)
المجموع	28 (%47.5)	31 (%52.5)	59 (%100)

$$p\text{-value} = 0.312 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في التدبير المتبع بحسب وضع المشيمة عياناً، أي لا يوجد تأثير لوضع المشيمة عياناً على التدبير المتبع.

12- التدابير الثانوية المرافقة للتدبير:

توزعت التدابير الثانوية بين مجموعتي التدبير المحافظ والاستئصال التام كما يلي:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (16) توزع التدابير الثانوية المجرة بين المجموعتين.

المجموع	التدبير المحافظ		الاستئصال التام		التدابير الثانوية
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
9	5	17.9%	4	12.9%	قطب إرقائية
14	11	39.3%	3	9.7%	ربط الرحميين
6	0	0%	6	19.4%	ربط الحرقفيين
12	10	35.7%	2	6.5%	الدك بميشة

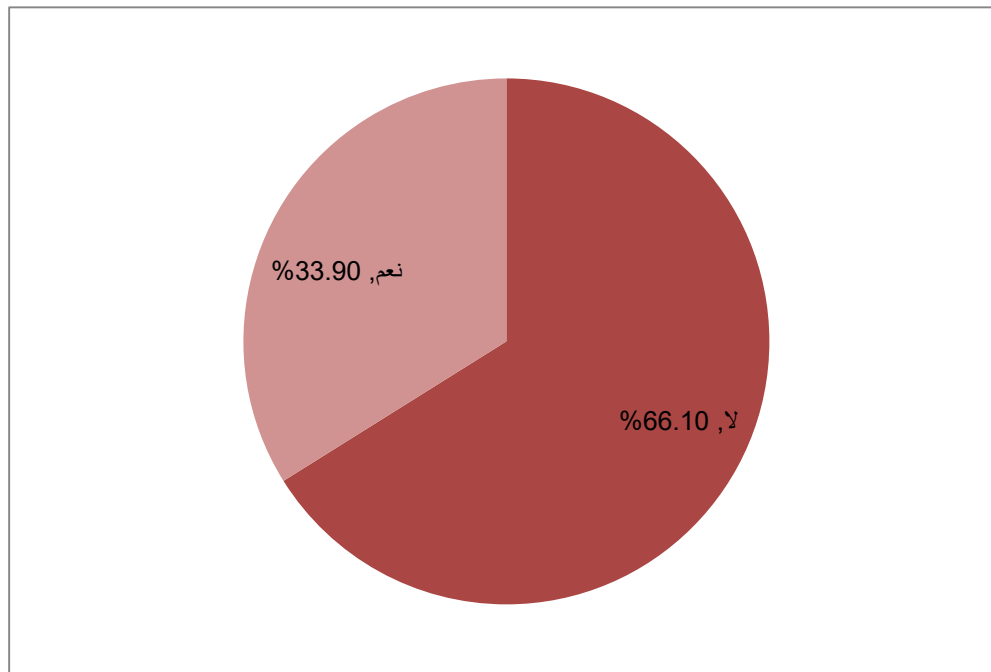
تم ربط الحرقفيين في 6 حالات من الاستئصال التام، وتم إجراء محاولات أولية للسيطرة على النزف سواء بالدك أو ربط الرحميين أو القطب الإرقائية، وعند فشلها تم اللجوء للاستئصال التام.

وتم ربط الرحميين في 12 حالة تدبير محافظ، وإجراء قطب إرقائية في 5 حالات، ووضع ميشة للدك في 10 حالات.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

13- الاختلاطات الحاصلة:

حدثت اختلاطات لدى 20 حالة بنسبة 33.9%، و 39 حالة دون اختلاطات بنسبة 66.1%.



المخطط (11) توزع العينة بحسب حدوث الاختلاطات.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

وتوزعت الاختلاطات لدى الحالات كما يلي:

الجدول (17) توزع الاختلاطات الحاصلة بين المجموعتين.

المجموع	استئصال تام		تدبير محافظ		الاختلاطات
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
1	%6.7	1	%0	0	توقف قلب + صدمة إنتانية + وفاة
1	%6.7	1	%0	0	ربط حالب
2	%6.7	1	%20	1	فتح ثانٍ
1	%6.7	1	%0	0	فتح ثانٍ + أوعية
1	%0	0	%20	1	فتح ثانٍ + مثانة + استئصال
1	%6.7	1	%0	0	فتح ثانٍ وثالث + مثانة + أوعية + اعتلال تخثر
1	%0	0	%20	1	فتح ثانٍ + استئصال
9	%46.7	7	%40	2	مثانة
1	%6.7	1	%0	0	مثانة + توقف قلب
1	%6.7	1	%0	0	مثانة + توقف قلب + وفاة
1	%6.7	1	%0	0	مثانة + زرع حالب
20	%100	15	%100	5	المجموع

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

كانت الأذية البولية هي الاختلاط الأشيع بنسبة 75% من الحالات، بنسبة 41.9% في مجموعة التام، و7% في مجموعة التدبير المحافظ (حالة تدبير جزئي، وحالة قطب ضاغطة).

احتاجت حالتان من التدبير المحافظ لإجراء جراحة ثانية واستئصال الرحم، وبالتالي يكون معدل نجاح التدبير المحافظ 92.8%.

حدثت صدمة إنتانية لدى حالة واحدة، واعتلال تخثر لدى حالة واحدة من مجموعة التام، وربط حالب لدى حالتين، وأذية وعائية لدى حالتين، وتعرضت ثلاث حالات لإعادة الفتح الجراحي، وحالة واحدة لجراحة ثالثة. وترافقت ثلاث حالات من الاستئصال التام مع توقف قلب، انتهت اثنتان منها بالوفاة، واستجابت الحالة الثالثة للإنعاش.

➤ بالعودة إلى أرشيف المشفى، وجدنا أن هناك وفاة واحدة سنوياً ووسطياً، لمریضة لديها PAS، إما في أثناء الجراحة، أو نتيجة لمضاعفاتها.

➤ العلاقة بين التدبير المتبع وحدوث اختلاطات:

كانت نسبة حدوث اختلاطات في التدبير المحافظ (17.9%) أصغر منها في الاستئصال التام (48.4%).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (18) العلاقة بين التدبير المتبع وحدوث اختلاطات.

التدبير المتبع / الاختلاطات	يوجد	لا يوجد	المجموع
محافظ	5 (17.9%)	23 (82.1%)	28 (100%)
استئصال تام	15 (48.4%)	16 (51.6%)	31 (100%)
المجموع	20 (33.9%)	39 (66.1%)	59 (100%)

$$p\text{-value} = 0.013 < 0.05$$

وبالتالي يوجد فارق مهم إحصائياً في الاختلاطات بحسب التدبير المتبع، أي يوجد تأثير مهم للتدبير المتبع على حدوث اختلاطات، إذ تزداد الاختلاطات عند الاستئصال التام مقارنة بالتدبير المحافظ.

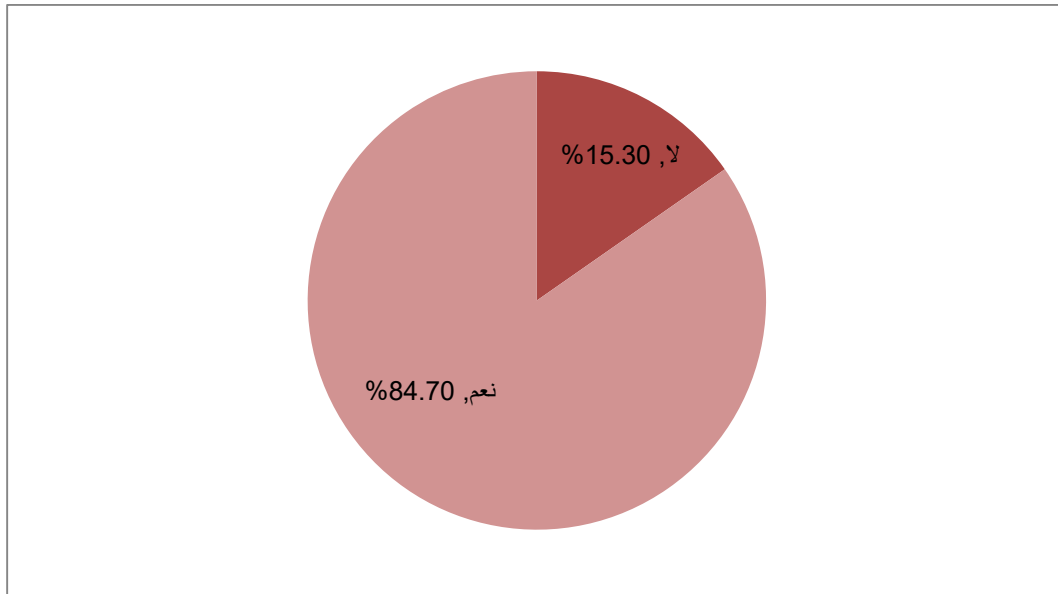
$$\text{Odd Ratio (with 95\% CI)} = 0.23 (0.07 - 0.77)$$

أي عند استخدام التدبير المحافظ ينقص رجحان حدوث اختلاطات 0.32 مرة مقارنة بتدبير الاستئصال التام، وبقيمة مهمة إحصائياً.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

14- القبول في العناية المشددة:

بلغ عدد حالات دخول العناية المشددة 50 حالة بنسبة 84.7%، و9 حالات لم تحتج لذلك بنسبة 15.3%.



المخطط (12) توزع العينة بحسب القبول في العناية المشددة.

38 حالة خضعت لمراقبة مشددة لعدة ساعات فقط، مع أو بدون نقل دم، بنسبة 76%، و12 حالة قبلت لمدة عدة أيام، واحتاجت لعناية مركزة فعلية، ومراقبة حيويات مشددة مستمرة، ووضع قنطرة وريد مركزي، مع نقل وتعويض منتجات الدم، وتعويض الشوارد (كالسيوم وبوتاسيوم) والبيكربونات، بالإضافة إلى المتابعة بالتحاليل اليومية، ومشاركة اختصاصات ثانية في تدبير الحالة (استشارات بولية، وداخلية، وعصبية، وإنتانية) بنسبة 24%.

➤ العلاقة بين التدبير المتبع والحاجة لدخول العناية:

كانت نسبة الحاجة لدخول العناية في مجموعة التدبير المحافظ (75%) أصغر منها في الاستئصال التام (93.5%).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (19) العلاقة بين التدبير المتبع والحاجة لدخول العناية.

التدبير المتبع / دخول العناية	نعم	لا	المجموع
محافظ	21 (%75)	7 (%25)	28 (%100)
استئصال تام	29 (%93.5)	2 (%6.5)	31 (%100)
المجموع	50 (%84.7)	9 (%15.3)	59 (%100)

$$p\text{-value} = 0.071 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في الحاجة لدخول العناية بحسب التدبير المتبع، أي لا يوجد تأثير مهم للتدبير المتبع على الحاجة إلى الدخول للعناية، وتأتي هذه النسب المرتفعة للقبول في العناية المشددة من أنه إجراء شبه روتيني في هذه الحالات.

ولكن تعد الحالات التي حدثت لديها اختلاطات أثناء الجراحة، أو نزف غزير، أو تعرضت لفتح جراحي ثانٍ، في كلتا المجموعتين، هي التي احتاجت فعلياً لخدمات العناية المشددة، والاستشفاء لمدة أطول فيها، وعددها 12 حالة، 3 حالات في مجموعة الاستئصال المحافظ، و9 حالات في مجموعة الاستئصال التام.

➤ العلاقة بين التدبير المتبع ومدة دخول العناية:

كانت نسبة البقاء لأيام في العناية في التدبير المحافظ (14.3%) أصغر منها في الاستئصال التام (31%).

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Pearson Chi-Square:

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

الجدول (20) العلاقة بين التدبير المتبع ومدة دخول العناية.

التدبير المتبع / مدة دخول العناية	ساعات	أيام	المجموع
محافظ	18 (%85.7)	3 (%14.3)	21 (%100)
استئصال تام	20 (%69)	9 (%31)	29 (%100)
المجموع	38 (%76)	12 (%24)	50 (%100)

$$p\text{-value} = 0.171 > 0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق مهم إحصائياً في مدة البقاء في العناية بحسب التدبير المتبع، أي لا يوجد تأثير مهم للتدبير المتبع على مدة البقاء في العناية.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

3-3 المقارنة مع الدراسات العالمية.

بعد أن تغيرت الحالة الوبائية للـ PAS حول العالم من حالة خطيرة نادراً ما تواجه الطبيب المولّد إلى اختلاط أكثر شيوعاً وتواتراً، شهدت خطة تدبير هذه الحالات تنوعاً كبيراً، فبعد أن كان استئصال الرحم هو الحل الوحيد، تم إيجاد واختبار حلول جديدة أقل جذرية، وتحفظ للمرأة قدرتها الإنجابية، من الاستئصال الجزئي لمكان الالتصاق، إلى القطب الضاغطة الإرقائية، أو إبقاء المشيمة في مكانها وتركها للانتشاف العفوي، أو استخدام الأشعة التداخلية لتصميم الأوعية لتخفيف النزف، أو تجريف البؤر الملتصقة أو استئصالها بتنظير باطن الرحم...

وبنتيجة البحث نجد عدداً كبيراً من الدراسات التي تناولت هذه التدابير الجديدة على اختلافها، ووثقت نتائج تطبيقها ونجاحها، سنذكر منها الأكثر شبهاً وقرباً من دراستنا من ناحية التدبير المتبع والمتغيرات المدروسة.

وبداية، نلخص النتائج التي حصلنا عليها كما يلي:

في العينة ككل، ودون وجود فروق مهمة إحصائياً بين المجموعتين:

متوسط العمر 31.8 سنة، ومتوسط العمر الحملي 35.8 أسبوعاً، ومتوسط عدد الولادات 3.98 ولادة، ومتوسط عدد القيصرية 3.29 قيصرية، وضع المشيمة عيانياً: 37.3% ملتصقة بدون علامات اندخال، 57.6% مندخلة، 5.1% مخترقة، ودون وجود فروق مهمة إحصائياً في كل من: وجود نزف قبل الجراحة، وكميته، أو وجود نزف مرافق للانفكاك، أو مكان توضع المشيمة، بالنسبة لطريقة التدبير المتبع، ولم يكن لتحسين قيمة الخضاب تأثير على تقليل الحاجة لنقل الدم في أثناء الجراحة أو بعدها، ولم يكن هناك علاقة بين التدبير المتبع والحاجة للقبول في العناية المشددة ومدته.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

في عينة الاستئصال التام وهي 31 حالة: كان متوسط عدد وحدات الدم المنقولة 7.7 وحدة، وحدثت الاختلاطات بنسبة 48%: أذية المثانة 35.4%، وأذية الحالب 6.4% أي مريضتين، وأذية الأوعية 6.4%، واعتلال التخثر 3.2% أي لدى مريضة واحدة، وصدمة إنتانية 3.2%، والوفاة 6.4%، والقبول في العناية المشددة 93%.

بالإضافة لَلجوء إلى الاستئصال التام بفارق مهم إحصائياً عند عدم الانفكاك العفوي للمشيمة، مقارنة بالاستئصال الجزئي، والذي تم تطبيقه بنسبة أكبر عند الانفكاك العفوي المترافق مع نزف، والنسبة متقاربة بين التدبيرين عند حدوث الانفكاك الجزئي.

في عينة التدبير المحافظ وهي 28 حالة، 26 منهن تم تدبيرهن بالاستئصال الجزئي، و2 بقطب لينش الضاغطة: كان متوسط عدد وحدات الدم المنقولة 3 وحدات، وحدثت الاختلاطات بنسبة 17.8%: أذية المثانة 7% أي لدى مريضتين، واحدة منهما في مجموعة الاستئصال الجزئي فقط، ولايوجد أذيات حالبية أو وعائية أو اعتلال تخثر أو إنتان أو حالات وفاة، وكانت الحاجة لإجراء فتح جراحي ثانٍ 7%، والقبول في العناية المشددة 75%.

✓ وإن جميع التوصيات الحديثة التي اتبعت قد أوصت بها IS-AIP بعد إجراء دراسة شاملة ومراجعة منهجية لكل الأبحاث المتعلقة بتدبير الPAS، وإن الدليل المتاح حول فعالية الاستئصال الجزئي ملتبس ببعض الانحياز في اختيار الحالات، ومجموعات المقارنة القليلة، وهذا يجعل تفسير المعطيات أمراً معقداً.

✓ لذلك توصي IS-AIP بأنه لا يوجد دليل يقول إن الإجراء "الروتيني" للاستئصال المحافظ يقلل من المراضة والوفيات الوالدية مقارنة بالتدابير الأخرى، ولذلك فإنه يعد خياراً منطقياً ومقبولاً في بعض الحالات المناسبة وليس جميعها، ويقلل من خسارة الدم ومن معدل المراضة والوفيات مقارنة بالاستئصال الولادي.

ومن الدراسات العالمية التي تناولت تدبير PAS بالشكل المحافظ أو التام، نذكر الآتي:

• الدراسة الأولى: [135]

The effectiveness of double incision technique in uterus preserving

.surgery for placenta percreta

دراسة راجعة في تركيا نشرت عام 2017، قام بها Polat et al، على 22 مريضة لديهن PAS، تمت معالجتهن بشكل محافظ عن طريق الاستئصال الجزئي، تم لدى 10 منهن إجراء شق رحمي واحد لاستخراج الجنين والمشيمة والاستئصال، ولدى 12 أجري شقان رحميان، ونتج عنها أن إجراء شقين رحميين يسمح باستخراج آمن للجنين دون إحداث أذية للمشيمة وإساءة للحالة.

أُجري شق ناصف للمريضات عاليات الخطورة، وفنشتيل للمنخفضات الخطورة، وسُلّخت المثانة بعد ملئها بـ 200 مل سيروم، وُبطت الأوعية قبل إخراج الجنين في مجموعة الشق الواحد، وبعده في مجموعة الشقين. في حال كانت المنطقة المتأثرة غير كبيرة، تم شق الرحم على الحد الأعلى للجزء المتأثر ثم إجراء استئصال على شكل اسفيني/ إهليلجي، وفي حال كانت مساحة الغزو كبيرة، تم شق الرحم على القطعة العلوية لاستخراج الجنين، ثم إجراء شق آخر لاستئصال المنطقة المصابة.

لم تُربط الأوعية الكبيرة في أية حالة، واستمر إعطاء المقبضات لمدة 24 ساعة، وأعطيت المميعات الوقائية لجميع الحالات 30 مغ/يوم.

أثبت التشريح المرضي للأجزاء المستأصلة أنها PAS، ولم يكن هناك اختلاطات بمجموعة الجرح الواحد. أما مجموعة الجرحين فقد كانت نسبة النجاح فيها 91%، وهناك مريضة أُجري لها عمل جراحي ثانٍ بسبب اضطراب بالحيويات ونزف داخل البطن، ناتج عن نزف خلف المثانة، وتم استئصال الرحم.

قامت فكرة إجراء الجرحين على عدة أهداف هي: استخراج آمن للجنين واختصار للوقت الضائع في أثناء تسليخ المثانة قبل الفتح، وأذية الدوران المشيمي الجنيني، وتقليل خسارة الدم الناتج عن الجرح القريب من منطقة الالتصاق، والانتقال السهل إلى الاستئصال إذا دعت الحاجة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

إلا أنه لم تُدرَس جودة العضلية في الحمل اللاحقة، بعد إجراء الشقين.

وكان متوسط العمر 29 سنة، ومتوسط عدد الولادات 3، والقيصريات 1.5، ومتوسط العمر الحولي 35

أسبوعاً، ووقت الجراحة 60-65 دقيقة، وعدد وحدات الدم المنقولة 2-3، ولم تقبل أي مريضة في جناح

العناية المشددة، ونسبة النجاح 100% في مجموعة الجرح الواحد، و91% في مجموعة الجرحين.

✓ إن التدبير المحافظ لدينا كان يتم بإجراء جرحين للرحم، بنسبة نجاح أعلى قليلاً 92.8%، وإجراء

فنشتيل لجميع الحالات، وكان تسليخ المثانة وربط الأوعية المتشكلة يُجرى قبل شق الرحم، وكان

متوسط العمر لدينا أعلى وهو 31.8 سنة، ومتوسط عدد الولادات والقيصريات أعلى 3.9، 3.2

على الترتيب، ومتوسط العمر الحولي أعلى 35.8 أسبوعاً، وكان عدد وحدات الدم المنقولة

مماثلاً تقريباً 3 وحدات، في حين قبلت 75% من المريضات في جناح العناية المشددة.

لم يتم تقدير وقت الجراحة في دراستنا، ولا إعطاء المقبضات المستمر لـ 24 ساعة، ولم تعط

المميعات لدينا وقائياً لأي حالة.

• الدراسة الثانية: [136]

Conservative stepwise surgical approach for management of placenta

previa accreta: A prospective case series study.

دراسة تقديمية نشرت عام 2021، قام بها M.Ghaleb et al، شملت 62 حالة مشيمة مزاحة ملتصقة بين

عامي 2018 و2019 في مشفى جامعة عين شمس، خضعت جميعها للتدبير المحافظ ذاته: شق فنشتيل،

وشق الرحم في مستوى أعلى من الحد العلوي للمشيمة، وربط الرحميين، واستئصال المنطقة الملتصقة،

وقطب في مستوى القطعة السفلية من الفوهة الباطنة إلى جرح الرحم وذلك بعد وضع قثطرة فولي في العنق

لضمان النفوذية.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

كانت نسبة النجاح في السيطرة على النزف والحفاظ على الرحم 80%، والأذية البولية 4.8%، والحمى النفاسية 8%.

✓ شملت دراستنا الحالات الملتصقة المنزاحة وغير المنزاحة، ولم يتضمن التدبير القطب الإرقائية في مستوى البرزخ أو وضع قنطرة فولي، وكانت نسبة النجاح لدينا 92.8%، والأذية البولية في مجموعة التدبير المحافظ 7%.

• الدراسة الثالثة: [137]

Uterine conservative–resective surgery for selected placenta accreta

spectrum cases: Surgical–vascular control methods.

دراسة حشدية راجعة نشرت عام 2022، قام بها Aryananda et al في أندونيسيا بين 2013-2020 في مشفى متخصص شملت 234 حالة PAS، قارنت استئصال الرحم التام مع ربط الأوعية الحرقفية (34 حالة)، مع الاستئصال الجزئي مع نمطين من ربط الأوعية (200 حالة) : إما ربط الأوعية الحرقفية، أو ربط الأوعية الرحمية، والمهبلية العلوية، والمثانية العلوية. كان معدل خسارة الدم أقل في المجموعة المحافظة، خاصة في مجموعة ربط الأوعية الثلاثة. بينما في مجموعة الاستئصال: كان معدل نقل الدم أعلى 35% مقارنة ب 2.5%، وخسارة الدم أكبر 70% مقارنة ب 34%، الاختلاطات أكثر 32% مقارنة ب 12.2%، و قبول ICU 32% مقارنة ب 1.5%.

وبناء على ذلك وجدوا أن الاستئصال الولادي لا يجب أن يكون التدبير الروتيني لجميع حالات PAS.

✓ ونتفق في دراستنا مع هذه النتائج عموماً، مع نسب أعلى لكل من الاختلاطات (48% مقابل 17.8)، والقبول في العناية (93% مقابل 75%)، إلا أننا لم ندرس معدل خسارة الدم، كما أن تدابيرنا لم تتضمن الإجراءات الوعائية كإجراء أساسي.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

• الدراسة الرابعة: [138]

222 Surgical and conservative management of placenta accreta spectrum disorders (PAS) and the role of mri: A single center experience.

دراسة نشرت عام 2022، قام بها Nicolaidou et al في مركز متخصص في اليونان، وثقت تدبير

حالات PAS لدى 85 مريضة بين 2016 و 2021.

متوسط العمر 33.6 سنة، ومتوسط العمر الحملي 35.2 أسبوعاً.

تم تشخيص جميع الحالات بالرنين، وإجراء شق فنشتيل للجميع، والتشخيص السريري لـ 76 حالة، 49 حالة

accreta و increta ، و 36 حالة percreta : 26 منهن مع غزو للمثانة، و 10 للنسيج حول الرحم.

اتبعت التدابير الجراحية المحافظة على الرحم لدى 48 مريضة: 33 حالة accreta و increta، و 15

حالة percreta.

تم نقل الدم للجميع، كانت خسارة الدم أعلى في مجموعة الـ percreta، و ICU للجميع لمدة 24 ساعة، لم

تحتج أي مريضة لإعادة الفتح الجراحي، ولا يوجد وفيات والدية ولا للولدان.

✓ متوسط العمر لدينا أقل وهو 31.8 سنة، والعمر الحملي أكثر وهو 35.8 أسبوعاً، وأجري أيضاً

فنشتيل لجميع الحالات، وشخصت جميعها سريرياً دون اللجوء للرنين، وتوزعت العينة لدينا كالتالي:

22 حالة accreta، و 34 حالة increta، و 3 حالات percreta مع غزو للمثانة فقط، ولم ندبر

أي حالة percreta بشكل محافظ، وتم نقل الدم في أثناء الجراحة لـ 47 حالة، وتم قبول معظم

الحالات أيضاً في العناية، واحتاجت 6 مريضات للفتح الجراحي ثانية، وتوفيت حالتان.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

• الدراسة الخامسة: [139]

Prenatal diagnosis and management of placenta accreta in a

Moroccan high-level maternity.

وهي دراسة وصفية راجعة نشرت عام 2022، قام بها Lamrissi et al ، تمتد بين عامي 2014 ل 2019، في مشفى كازابلانكا، تشمل 48 حالة، تم تدبير الحالات إما باستئصال الرحم أو بالمعالجة المحافظة. وهي من أحدث الدراسات، وأكثرها شبهاً بدراستنا من حيث المتغيرات المدروسة، مع اختلاف طريقة التدبير المحافظ المتبعة.

متوسط العمر 34.3 سنة، وكان التخدير: 56% عاماً، و14% ناحياً، و30% ناحياً ثم عاماً.

شق الجلد: ناصف 69%، وفنشتيل 31%.

شق الرحم: طولي 69%، وعرضي 31%.

التشخيص السريري: accreta 52%، increta 36%، percreta 12%.

نمط الانفكاك: استخلاص 41%، لم تنفك 59%.

استئصال الرحم 78%، واستئصال الرحم مع جزء من المثانة 2%، وإبقاء المشيمة 6%، ومقبضات فقط 41%،

وتصميم الأوعية 2%، وربط الحرقفي 31%.

أذية مثانة 10%، حالب 0%، نقل دم كتلي 20%، اعتلال تخثر 14%، قصور كلوي 20%، تحال 4%،

وذمة رئة حادة 4%، إقفار 2%، صمة 2%، استئصال لاحق 2%، إنتان 2%، وفاة 8% أي 4 حالات (3

حالات من مجموعة التام: صمة وصدمة نزفية بسبب تمزق رحم، و قصور أعضاء، وحالة من مجموعة التدبير

المحافظ بإبقاء المشيمة نتيجة صدمة إنتانية).

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

تم تقييم تأثير المعالجة الجذرية على المراضة الوالدية، وتبين أن إجراء استئصال ولادي في سياق تدبير PAS مترافق مع اختلاطات جدية: نقل دم كتلي 25-84%، وأذية ماثنة 20-29%، وأذية حالب 3-8%، ووفيات والدية 0.2-6%.

✓ أما نحن، فدراستنا مستقبلية، متوسط العمر فيها 31.8 سنة، والتخدير بدأ ناحياً في جميع الحالات، وتم تحويله إلى العام عند اللجوء للاستئصال الولادي، أي في 31 حالة. شق الجلد بحسب فنشتيل فقط في جميع الحالات، والتشخيص السريري كان accreta 37.3%، increta 57.6%، percreta 5.1%، نمط الانفكاك: جزئي بنسبة 58.9%، وعفوي 32.1%، وغير عفوي بنسبة 8.9%، و3 حالات لم تنفك بنسبة 5.1%، فكانت حالات accreta أشيع لديهم، و increta أشيع لدينا.

وكانت التدابير المتبعة لدينا: استئصال الرحم 52.5%، والاستئصال الجزئي المحافظ 47.5%، ولم يتم إبقاء المشيمة أو تصميم الأوعية لدى أي حالة، وتم ربط الحرقفيين لدى 6 مريضات فقط كتدبير ثانوي، في حين أنهم لم يتبعوا المقاربة بالاستئصال الجزئي في أية حالة. وكانت الاختلاطات في العينة ككل: أذية ماثنة بنسبة أكبر 23.7%، وأذية حالب بنسبة أكبر 3.3%، واعتلال تخثر أقل 1.6%، واستئصال لاحق أكثر 7.1%، وإنتان 1.6%، ومعدل وفيات أقل 3.3% أي حالتين، وكلتيهما في مجموعة الاستئصال التام.

وتزداد الاختلاطات الجراحية لدينا لأن جميع تدابيرنا جراحية، في حين تكثر لديهم الاختلاطات الداخلية بسبب اتباع مقاربة إبقاء المشيمة في مكانها.

أما الاختلاطات في مجموعة الاستئصال التام وحدها لدينا فكانت: أذية ماثنة 35.4%، وأذية حالب 6.4%، والوفيات الوالدية 6.4%.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

• الدراسة السادسة: [140]

Conservative Surgical Approach towards Placenta Accreta Spectrum

Disorders for Uterine Preservation.

دراسة تقديمية نشرت عام 2022، قام بها Siraj et al لمقارنة حالات ال PAS التي تم تدبيرها بشكل

محافظ، وبشكل جذري لدى 20 مريضة، في مشفى متخصص بسنغافورة بين 2019-2021.

وقامت هذه الدراسة على مبدأ جديد يدعم فكرة أن PAS ناتجة عن ترقق واندحاق في العضلية، وليس

عن التصاقٍ وغزوٍ شاذٍ، أي أن الزغابات تسلك سلوكاً طبيعياً ولكنه في مكان غير طبيعي وغير سليم،

الأمر الذي يمكنها من النمو عميقاً ضمن العضلية المترققة.

فكان التدبير المحافظ يتم بتخليص المشيمة يدوياً بدءاً من الجدار الخلفي والجوانب وصولاً إلى الأمام،

وتحديد مناطق الترقق والضعف العضلي وإرقاؤها ودعم العضلية الرحمية، لكن دون استئصالها.

في التدبير المحافظ كان عدد القيصرية السابقة أقل، ومعدل كتلة الجسم أقل، أما العمر الحولي وعمر

المريضة فكانا متماثلين.

وكان وقت الجراحة، وكمية الدم المفقود، والحاجة للنقل، أقل في المحافظ، لكن دون فروق مهمة

إحصائياً.

الأذية البولية كانت في مجموعة التدبير التام فقط (7% حالب، 15% مثانة).

ولم تفشل أية حالة تدبير محافظ.

✓ نتفق في دراستنا مع هذه الدراسة بما يخص أن الحاجة لنقل الدم أقل في المحافظ، وأن الأذيات

البولية أكثر في التام، إلا أن نسبة الأذية لدينا كانت أعلى، بالإضافة إلى وجود أذيات بولية في

مجموعة التدبير المحافظ، كما أننا لجأنا للاستئصال اللاحق لدى حالتين، ولم يكن لدينا فرق في

عدد القيصرية السابقة بين المجموعتين.

• الدراسة السابعة: [141]

A Novel Approach in Management of Placenta Accreta Spectrum

Disorders: A Single–Center Surgical Experience From Vietnam.

دراسة راجعة رقابية نشرت عام 2022، قام بها Thi Pham et al ، في مشفى في فيتنام شملت 65 مريضة شُخّصَ لهن PAS بين عامي 2017 و 2018، وتم تدبيرهن جميعاً بشكل محافظ عن طريق ربط قثطرة فولي حول العنق ثم إجراء الاستئصال الجزئي وترميم الرحم وربط الرحميين، بالإضافة إلى إجراء قطب B–Lynch العرضية فوق جرح الرحم.

متوسط العمر 32 سنة، ومتوسط العمر الحملي 35.4 أسبوعاً، نجحت المحافظة على الرحم بنسبة 94%، وقُدِّرَت خسارة الدم بـ 987 مل وهي أقل من 1500 مل وهي the cut-off point القيمة الحدية لخسارة الدم في الجراحة المحافظة، وقُدِّرَ نقل الدم بـ 2 وحدة وسطياً، وقارب وقت الجراحة 135 د، وكانت مدة الاستشفاء بعد الجراحة 5.79 يوماً، وحدثت الاختلاطات لدى 6 من 65 بنسبة 9% (إنتان، نزف)، وأُجري استئصالٌ لاحقٌ لدى 4 أي بنسبة 6.1%.

كانت الأذيات الحالبية بحدودها الدنيا بسبب الاستخدام الروتيني للقثاطر للحالات المشخصة قبل الجراحة.

وحدث نزف ضمن البطن وإعادة الفتح لدى مريضتين: حالة تم تدبيرها بالمرقنات ونقل الدم، وحالة بالاستئصال.

وحدثت إنتانات عقب الجراحة بنسبة 6% أي لدى 4 حالات: حالتان تم تدبيرهما بالصادات، وحالتان بالاستئصال.

لا يوجد حوادث خثارية بسبب الاستخدام الروتيني للمميعات LMWH بعد الجراحة.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

- ✓ لم يتضمن التدبير لدينا إجراء قطب لينش بشكل مرافق للاستئصال الجزئي، وإنما كان تدبيراً مستقلاً، ولم يتضمن ربط قنطرة فولبي لتخفيف التروية، ولا الاستخدام الروتيني للقناطر الحالبية أو للمميعات، ولم نقدر مدة الجراحة، ولا مدة الاستشفاء بعدها، ولا كمية خسارة الدم.
- متوسط العمر، والعمر الحولي، وعدد وحدات الدم المنقول، ونسبة النجاح مقارنة بيننا، إلا أن نسبة الاختلاطات لدينا أعلى 17.8%، والاستئصال اللاحق 7.1%.

الفصل الرابع

الخاتمة

ماذا أضافت هذه الدراسة؟

4-1 نقاط قوتها، ومحدداتها:

- إن هذه الدراسة أول دراسة تقديمية توثق هذا العدد من الحالات التي دُبرت بشكل محافظ عن طريق الاستئصال الجزئي في سوريا، وتقارن بينها وبين التدبير بالاستئصال التام، بالإضافة إلى توثيق الاختلاطات الحاصلة ومعدل حدوثها.
- عند مقارنة تدبيرنا وممارستنا بالتوصيات العالمية، نجد أننا ملتزمون بنسبة منها، وتحول دون الالتزام الكامل قلة الموارد والإمكانيات المتاحة لنا.
- تعد المقاربة عن طريق إبقاء المشيمة ضمن الرحم left in situ إحدى أهم الطرق المحافظة المتبعة حالياً، وأكثرها انتشاراً ودراسةً، إلا أنه لم يتم اتباع هذه الطريقة في تدبير أية حالة لدينا، بسبب صعوبة توفير وتحقيق الشروط اللازمة لتطبيقها، والتي تعتمد بشكل أساسي على تعاون المريضة والتزامها.
- كما أننا لم نلجأ للأشعة التداخلية في التدبير، بسبب عدم توافر الموارد اللازمة.

4-2 الاستنتاجات والخلاصة والتوصيات.

- ✓ وثقت هذه الدراسة نتائج طرق التدبير المختلفة المتبعة في المشفى في الفترة بين (2021-2022)، واختلاطات كل منها.
- ✓ وأظهرت أن اللجوء إلى التدبير المحافظ بالاستئصال الجزئي وترميم الرحم، عوضاً عن الاستئصال الولادي، في الحالات المرشحة لذلك، يترافق مع معدل أقل للاختلاطات الجراحية كافة، ولنسبة المراضة والوفيات، كما أنه يترافق مع نسبة نجاح عالية.
- ✓ التوصية الأساسية هي محاولة الوقاية منذ البداية، بترشيد إجراء القيصرية دون استئطاب حقيقي، خاصة لدى السيدات الراغبات في إنجاب عدد من الأطفال.
- ✓ وتوصية السيدات ذوات الخطورة العالية بالمتابعة المبكرة خلال الحمل من أجل وضع خطة التدبير، وتصحيح فقر الدم، واختيار مكان متخصص وتوقيت مناسب للولادة.
- ✓ التأكيد على متابعة هذه الحالات وتدبيرها في مركز رعاية ثالثي، حيث تتوفر جميع العناصر والمواد والكوادر اللازمة لتقديم الرعاية بالشكل الأمثل.
- ✓ تجنب محاولة الاستخلاص اليدوي للمشيمة في الحالات ذات الاشتباه العالي بوجود PAS، لما يرافق ذلك من نزف غزير، واختلاطات هامة.
- ✓ بالإضافة إلى التوصية بمواكبة التوصيات العالمية الحديثة والالتزام الدائم بها في سبيل تحقيق أفضل النتائج الوالدية والوليدية.
- ✓ ونقترح توسيع هذه الدراسة والتجربة، وتوثيق بقية الحالات التي تم تدبيرها بشكل محافظ، للحصول على نتائج أشمل وأدق وأكثر موثوقية وقوة، ومحاولة الوصول إلى مقارنة معيارية تقلل قدر الإمكان من المراضة والوفيات، وتحسن وتعزز من أداء المتدربين والمقيمين، لاكتساب خبرة أكبر للتعامل مع هذه الحالات متزايدة التواتر.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

✓ بالإضافة إلى دراسة ومتابعة النتائج البعيدة لهذا الإجراء من حيث عودة الطمث، وتشكل التصاقات داخل رحمية، وحصول الحمل اللاحق واختلاطاته.

✓ علّنا نصل - مع بقية الدراسات حول العالم- إلى دليل قوي، يجعل المقاربة المحافظة هي أيضاً حجر الأساس في التدبير إلى جانب الاستئصال الولادي، الأمر الذي يمكننا من التشجيع على تطبيق هذا التدبير على نطاق أوسع في الحالات التي تسمح بذلك، إذا توافرت الخبرة الكافية، خاصة لدى المريضات الصغيرات في السن.

المراجع:

1. Morlando, M. and S. Collins, *Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, Risks, and Management Strategies*. Int J Womens Health, 2020. **12**: p. 1033-1045.
2. Fox, K.A., et al., *Conservative management of morbidly adherent placenta: expert review*. Am J Obstet Gynecol, 2015. **213**(6): p. 755-60.
3. Collins, S.L., et al., *Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta*. Am J Obstet Gynecol, 2019. **220**(6): p. 511-526.
4. Allen, L., et al., *FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2018. **140**(3): p. 281-290.
5. Jauniaux, E., et al., *Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous invasiveness*. Am J Obstet Gynecol, 2016. **215**(6): p. 712-721.
6. Jauniaux, E., et al., *FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders*. Int J Gynaecol Obstet, 2019. **146**(1): p. 20-24.
7. Grönvall, M., et al., *Major or minor placenta previa: Does it make a difference?* Placenta, 2019. **85**: p. 9-14.
8. Jauniaux, E., et al., *Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis*. Am J Obstet Gynecol, 2019. **221**(3): p. 208-218.
9. Cresswell, J.A., et al., *Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis*. Trop Med Int Health, 2013. **18**(6): p. 712-24.
10. Jauniaux, E., et al., *Failure of placental detachment in accreta placentation is associated with excessive fibrinoid deposition at the utero-placental interface*. Am J Obstet Gynecol, 2022. **226**(2): p. 243.e1-243.e10.
11. Jauniaux, E., et al., *New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum*. Am J Obstet Gynecol, 2022. **227**(3): p. 384-391.
12. Jauniaux, E., et al., *Searching for placenta percreta: a prospective cohort and systematic review of case reports*. Am J Obstet Gynecol, 2022. **226**(6): p. 837.e1-837.e13.
13. Jauniaux, E., S. Collins, and G.J. Burton, *Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging*. Am J Obstet Gynecol, 2018. **218**(1): p. 75-87.
14. Liu, X., et al., *What we know about placenta accreta spectrum (PAS)*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2021. **259**: p. 81-89.
15. Faiz, A.S. and C.V. Ananth, *Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2003. **13**(3): p. 90-175.
16. Silver, R.M., et al., *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries*. Obstet Gynecol, 2006. **107**(6): p. 1226-32.
17. Kohn, J.R., et al., *Pregnancy after endometrial ablation: a systematic review*. Bjog, 2018. **125**(1): p. 453-3.
18. Eshkoli, T., et al., *Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births*. Am J Obstet Gynecol, 2013. **208**(3): p. 219.e1-7.
19. Kaser, D.J., et al., *Cryopreserved embryo transfer is an independent risk factor for placenta accreta*. Fertil Steril, 2015. **103**(5): p. 1176-84.e2.
20. Fitzpatrick, K.E., et al., *Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study*. PLoS One, 2012. **7**(12): p. e52893.

- .21 Silver, R.M. ,et al., *Center of excellence for placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol, 2015. **212**(5): p. 561-8.
- .22 Nageotte, M.P., *Always be vigilant for placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol, 2014. **211**(2): p. 87-8.
- .23 Long, S.Y., et al., *Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study*. Ther Clin Risk Manag, 2021. **17**: p. 31-38.
- .24 Timor-Tritsch, I.E., et al., *Cesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology*. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014. **43**(4): p. 383-95.
- .25 Pekar-Zlotin, M., et al., *Cesarean Scar Pregnancy and Morbidly Adherent Placenta: Different or Similar?* Isr Med Assoc J, 2017. **19**(3): p. 168-171.
- .26 Hung, T.H., et al., *Risk factors for placenta accreta*. Obstet Gynecol, 1999. **93**(4): p. 545-50.
- .27 Roberts, C.L., et al., *Trends and recurrence of placenta praevia: a population-based study*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2012. **52**(5): p. 483-6.
- .28 Provansal, M., et al., *Fertility and obstetric outcome after conservative management of placenta accreta*. Int J Gynaecol Obstet, 2010. **109**(2): p. 147-50.
- .29 Sentilhes, L., et al., *Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta*. Hum Reprod : (11)25 .2010 ,p. 2803-10.
- .30 Carusi, D.A., *The Placenta Accreta Spectrum: Epidemiology and Risk Factors*. Clin Obstet Gynecol, 2018. **61**(4): p. 733-742.
- .31 Hessami, K., et al., *Clinical Correlates of Placenta Accreta Spectrum Disorder Depending on the Presence or Absence of Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-analysis*. Obstet Gynecol, 2022. **140**(4): p. 599-606.
- .32 Marcellin, L., et al., *Placenta percreta is associated with more frequent severe maternal morbidity than placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol, 2018. **219**(2): p. 193.e1-193.e9.
- .33 Usta, I.M., et al., *Placenta previa-accreta: risk factors and complications*. Am J Obstet Gynecol, 2005. **193**(3 Pt 2): p. 1045-9.
- .34 Shamshirsaz, A.A., et al., *Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach*. Am J Obstet Gynecol, 2015. **212**(2): p. 218.e1-9.
- .35 van Beekhuizen, H.J., et al., *A multicenter observational survey of management strategies in 442 pregnancies with suspected placenta accreta spectrum*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2021. **100 Suppl 1**(Suppl 1): p. 12-20.
- .36 Gielchinsky, Y., et al., *Perinatal outcome of pregnancies complicated by placenta accreta*. Obstet Gynecol, 2004. **104**(3): p. 527-30.
- .37 Seet, E.L., et al., *Placenta accreta: depth of invasion and neonatal outcomes*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2012. **25**(10): p. 2042-5.
- .38 Carusi, D.A., et al., *Placenta Accreta Spectrum Without Placenta Previa*. Obstet Gynecol, 2020. **136**(3): p. 458-465.
- .39 Sinclair, S., et al., *Universal transvaginal cervical length screening during pregnancy increases the diagnostic incidence of low-lying placenta and placenta previa*. Am J Obstet Gynecol MFM, 2021. **3**(1): p. 100255.
- .40 Jansen, C., et al., *Which second trimester placenta previa remains a placenta previa in the third trimester: A prospective cohort study*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2020. **254**: p. 119-123.
- .41 Fan, D., et al., *The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLoS One, 2017. **12**(1): p. e0170194.
- .42 Ruiter, L., et al., *Predictors for Emergency Cesarean Delivery in Women with Placenta Previa*. Am J Perinatol, 2016. **33**(14): p. 1407-1414.

- .43 Robinson, A.J., et al., *Precise mid-trimester placenta localisation: does it predict adverse outcomes?* Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2012. **52**(2): p. 156-60.
- .44 Zaitoun, M.M., et al., *Does cervical length and the lower placental edge thickness measurement correlates with clinical outcome in cases of complete placenta previa?* Arch Gynecol Obstet, 2011. **284**(4): p. 867-73.
- .45 Kupferminc, M.J., et al., *Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein.* Obstet Gynecol, 1993. **82**(2): p. 266-9.
- .46 Shainker, S.A., et al., *Placenta accreta spectrum: biomarker discovery using plasma proteomics.* Am J Obstet Gynecol, 2020. **223**(3): p. 433.e1-433.e14.
- .47 Washecka, R. and A. Behling, *Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder: a case report and review of the literature.* Hawaii Med J, 2002. **61**(4): p. 66-9.
- .48 Giordano, R., et al., *Antepartum haemorrhage.* J Prenat Med, 2010. **4**(1): p. 12-6.
- .49 Buca, D., et al., *Influence of prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta on maternal outcome: systematic review and meta-analysis.* Ultrasound Obstet Gynecol, 2018. **52**(3): p. 304-309.
- .50 Thurn, L., et al., *Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries.* Bjog, 2016. **123**(8): p. 1348-55.
- .51 Melcer, Y., et al., *Impact of targeted scanning protocols on perinatal outcomes in pregnancies at risk of placenta accreta spectrum or vasa previa.* Am J Obstet Gynecol, 2018. **218**(4): p. 443.e1-443.e8.
- .52 Abinader, R.R., et al., *First-trimester ultrasound diagnostic features of placenta accreta spectrum in low-implantation pregnancy.* Ultrasound Obstet Gynecol, 2022. **59**(4): p. 457-464.
- .53 Happe, S.K., et al., *Prospective First-Trimester Ultrasound Imaging of Low Implantation and Placenta Accreta Spectrum.* J Ultrasound Med, 2020. **39**(10): p. 1907-1915.
- .54 Pagani, G., et al., *Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the severity of abnormally invasive placentation: a systematic review and meta-analysis.* Acta Obstet Gynecol Scand, 2018. **97**(1): p. 25-37.
- .55 Comstock, C.H., *Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review.* Ultrasound Obstet Gynecol, 2005. **26**(1): p. 89-96.
- .56 Kamankesh, R., et al., *Evaluation of the sensitivity and specificity of 2D and color Doppler sonography in the detection of placenta accreta in pregnant women.* J Family Med Prim Care, 2020. **9**(2): p. 1009-1012.
- .57 Chou, M.M., E.S. Ho, and Y.H. Lee, *Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound.* Ultrasound Obstet Gynecol, 2000. **15**(1): p. 28-35.
- .58 Berkley, E.M. and A.Z. Abuhamad, *Prenatal diagnosis of placenta accreta: is sonography all we need?* J Ultrasound Med, 2013. **32**(8): p. 1345-50.
- .59 Collins, S.L., et al., *Three-Dimensional Power Doppler Ultrasonography for Diagnosing Abnormally Invasive Placenta and Quantifying the Risk.* Obstet Gynecol, 2015. **126**(3): p. 645-653.
- .60 De Oliveira Carniello, M., et al., *Diagnosis of placenta accreta spectrum in high-risk women using ultrasonography or magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis.* Ultrasound Obstet Gynecol, 2022. **59**(4): p. 428-436.
- .61 Millischer, A.E., et al., *Magnetic resonance imaging for abnormally invasive placenta: the added value of intravenous gadolinium injection.* Bjog, 2017. **124**(1): p. 88-95.
- .62 Ray, J.G., et al., *Association Between MRI Exposure During Pregnancy and Fetal and Childhood Outcomes.* Jama, 2016. **316**(9): p. 952-61.

- .63 Jha, P., et al., *Society of Abdominal Radiology (SAR) and European Society of Urogenital Radiology (ESUR) joint consensus statement for MR imaging of placenta accreta spectrum disorders*. Eur Radiol, 2020. **30**(5): p. 2604-2615.
- .64 Bourgioti, C., et al., *MRI prognosticators for adverse maternal and neonatal clinical outcome in patients at high risk for placenta accreta spectrum (PAS) disorders*. J Magn Reson Imaging, 2019. **50**(2): p. 602-618.
- .65 Sentilhes, L., et al., *FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2018. **140**(3): p. 291-298.
- .66 Reddy, U.M., et al., *Fetal imaging: executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, and Society of Radiologists in Ultrasound Fetal Imaging workshop*. Obstet Gynecol, 2014. **123**(5): p. 1070-1082.
- .67 Quant, H.S., et al., *Transabdominal ultrasonography as a screening test for second-trimester placenta previa*. Obstet Gynecol, 2014. **123**(3): p. 628-633.
- .68 Timor-Tritsch, I.E. and R.A. Yunis, *Confirming the safety of transvaginal sonography in patients suspected of placenta previa*. Obstet Gynecol, 1993. **81**(5 (Pt 1)): p. 742-4.
- .69 Tuzovic, L., *Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome*. Int J Gynaecol Obstet, 2006. **93**(2): p. 110-7.
- .70 Dola, C.P., et al., *Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome?* Am J Perinatol, 2003. **20**(7): p. 353-60.
- .71 Simon, E.G., C.J. Fouche, and F. Perrotin, *Three-dimensional transvaginal sonography in third-trimester evaluation of placenta previa*. Ultrasound Obstet Gynecol, 2013. **41**(4): p. 465-8.
- .72 Warshak, C.R., et al., *Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta*. Obstet Gynecol, 2006. **108**(3 Pt 1): p. 573-81.
- .73 Palmer, K.T., et al., *Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis*. Occup Environ Med, 2013. **70**(4): p. 213-22.
- .74 Love, C.D., et al., *Major placenta praevia should not preclude out-patient management*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004. **117**(1): p. 24-9.
- .75 Gyamfi-Bannerman, C., *Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period*. Am J Obstet Gynecol, 2018. **218**(1): p. B2-b8.
- .76 *Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opinion, Number 831*. Obstet Gynecol, 2021. **138**(1): p. e35-e39.
- .77 Goodnough, L.T., et al., *How we treat: transfusion medicine support of obstetric services*. Transfusion, 2011. **51**(12): p. 2540-8.
- .78 Setyawan, N. and S. Permana, *Massive transfusion in cesarean section patients with placenta accreta: A case series*. Bali Journal of Anesthesiology, 2021. **5**(3): p. 191-194.
- .79 Gutierrez, G., H.D. Reines, and M.E. Wulf-Gutierrez, *Clinical review: hemorrhagic shock*. Crit Care, 2004. **8**(5): p. 373-81.
- .80 Wing, D.A., R.H. Paul, and L.K. Millar, *Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management*. Am J Obstet Gynecol, 1996. **175**(4 Pt 1): p. 806-11.
- .81 Shennan, A., et al., *FIGO good practice recommendations on magnesium sulfate administration for preterm fetal neuroprotection*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2021. **155**(1): p. 31-33.

- .82 Humbeck, C., et al., *Timing of antenatal steroid administration for imminent preterm birth: results of a prospective observational study in Germany*. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2022.
- .83 Droste, S. and K. Keil, *Expectant management of placenta previa: cost-benefit analysis of outpatient treatment*. Am J Obstet Gynecol, 1994. **170**(5 Pt 1): p. 1254-7.
- .84 Jansen, C., et al., *Vaginal delivery in women with a low-lying placenta: a systematic review and meta-analysis*. Bjog, 2019. **126**(9): p. 1118-1126.
- .85 ACOG practice bulletin. *Prevention of Rh D alloimmunization. Number 4, May 1999 (replaces educational bulletin Number 147, October 1990). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists*. American College of Obstetrics and Gynecology. Int J Gynaecol Obstet, 1999. **66**(1): p. 63-70.
- .86 Fung Kee Fung, K., et al., *Prevention of Rh alloimmunization*. J Obstet Gynaecol Can, 2003. **25**(9): p. 765-73.
- .87 Sharma, A., V. Suri, and I. Gupta, *Tocolytic therapy in conservative management of symptomatic placenta previa*. Int J Gynaecol Obstet, 2004. **84**(2): p. 109-13.
- .88 Verspyck, E., et al., *Maintenance nifedipine therapy for preterm symptomatic placenta previa: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial*. PLoS One, 2017. **12**(3): p. e0173717.
- .89 Goto, M., et al., *Placenta previa with early opening of the uterine isthmus is associated with high risk of bleeding during pregnancy, and massive haemorrhage during caesarean delivery*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2016. **201**: p. 7-11.
- .90 Jauniaux, E., et al., *Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a*. BJOG, 2019. **126**(1): p. e1-e48.
- .91 Stafford, I.A., et al., *Cervical Pessary versus Expectant Management for the Prevention of Delivery Prior to 36 Weeks in Women with Placenta Previa: A Randomized Controlled Trial*. AJP Rep, 2019. **9**(2): p. e160-e166.
- .92 Barinov, S.V., et al., *The role of cervical pessary and progesterone therapy in the phenomenon of placenta previa migration*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2020. **33**(6): p. 913-919.
- .93 *Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum*. Obstet Gynecol, 2018. **132**(6): p. e259-e275.
- .94 Shamshirsaz, A.A., et al., *Outcomes of Planned Compared With Urgent Deliveries Using a Multidisciplinary Team Approach for Morbidly Adherent Placenta*. Obstet Gynecol, 2018. **131**(2): p. 2.241-34.
- .95 Robinson, B.K. and W.A. Grobman, *Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta*. Obstet Gynecol, 2010. **116**(4): p. 835-842.
- .96 Belfort, M.A., *Placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol, 2010. **203**(5): p. 430-9.
- .97 Bartels, H.C., et al., *Association of Implementing a Multidisciplinary Team Approach in the Management of Morbidly Adherent Placenta With Maternal Morbidity and Mortality*. Obstet Gynecol, 2018. **132**(5): p. 1167-1176.
- .98 Schwickert, A., et al., *Association of peripartum management and high maternal blood loss at cesarean delivery for placenta accreta spectrum (PAS): A multinational database study*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2021. **100 Suppl 1**: p. 29-40.
- .99 Eller, A.G., et al., *Optimal management strategies for placenta accreta*. Bjog, 2009. **116**(5): p. 648-54.
- .100 Baba, Y., et al., *Anterior placentation as a risk factor for massive hemorrhage during cesarean section in patients with placenta previa*. J Obstet Gynaecol Res, 2014. **40**(5): p. 1243-8.
- .101 ACOG Practice Bulletin No. 195: *Prevention of Infection After Gynecologic Procedures*. Obstet Gynecol, 2018. **131**(6): p. e172-e189.

- .102 Committee on Practice, B.-O., *ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery*. Obstet Gynecol, 2018. **132**(3): p. e103-e119.
- .103 Erfani, H., et al., *Urologic morbidity associated with placenta accreta spectrum surgeries: single-center experience with a multidisciplinary team*. Am J Obstet Gynecol, 2022. **226**(2): p. 245.e1-245.e5.
- .104 Scaglione, M.A., et al., *Prophylactic Ureteral Stent Placement and Urinary Injury During Hysterectomy for Placenta Accreta Spectrum*. Obstet Gynecol, 2022. **140**(5): p. 806-811.
- .105 Bishop, S., et al., *Multiple complications following the use of prophylactic internal iliac artery balloon catheterisation in a patient with placenta percreta*. Int J Obstet Anesth, 2011. **20**(1): p. 70-3.
- .106 Lilker, S.J., et al., *Anesthetic considerations for placenta accreta*. Int J Obstet Anesth, 2011. **20**(4): p. 288-92.
- .107 Taylor, N.J. and R. Russell, *Anaesthesia for abnormally invasive placenta: a single-institution case series*. Int J Obstet Anesth, 2017. **30**: p. 10-15.
- .108 Dema, A., et al., *Management of PAS in Low-Resource Settings*. 2022. p. 161-183.
- .109 Deng, L., et al., *Tourniquet device for hemorrhage control during cesarean section of complete placenta previa pregnancies*. J Obstet Gynaecol Res, 2014. **40**(2): p. 399-404.
- .110 Arduini, M., et al., *B-Lynch suture, intrauterine balloon, and endouterine hemostatic suture for the management of postpartum hemorrhage due to placenta previa accreta*. Int J Gynaecol Obstet, 2010. **108**(3): p. 191-3.
- .111 Greenberg, J.A., et al., *Use of a Fibrin Sealant Patch at Cesarean for Conservative Management of Morbidly Adherent Placenta*. AJP Rep, 2018. **8**(4): p. e325-e327.
- .112 Kato, S., et al., *Local injection of vasopressin reduces the blood loss during cesarean section in placenta previa*. J Obstet Gynaecol Res, 2014. **40**(5): p. 1249-56.
- .113 O'Leary, J.A., *Uterine artery ligation in the control of postcesarean hemorrhage*. J Reprod Med, 1995. **40**(3): p. 189-93.
- .114 Yoong, W., et al., *Application of uterine compression suture in association with intrauterine balloon tamponade ('uterine sandwich') for postpartum hemorrhage*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2012. **91**(1): p. 147-151.
- .115 Arakaki, T., et al., *The routine use of prophylactic Bakri balloon tamponade contributes to blood loss control in major placenta previa*. Int J Gynaecol Obstet, 2021. **154**(3): p. 508-514.
- .116 Hwu, Y.-M., et al., *Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2005. **112**(10): p. 1420-1423.
- .117 Tanaka, T., et al., *Vertical compression sutures for control of postpartum hemorrhage from a placenta previa in cesarean section — To evaluate the usefulness of this technique*. Hypertension Research in Pregnancy, 2014. **2**(1): p. 21-25.
- .118 El Gelany, S.A., et al., *The cervix as a natural tamponade in postpartum hemorrhage caused by placenta previa and placenta previa accreta: a prospective study*. BMC Pregnancy Childbirth, 2015. **15**: p. 295.
- .119 Shih, J.-C., et al., *'Nausicaa' compression suture: a simple and effective alternative to hysterectomy in placenta accreta spectrum and other causes of severe postpartum haemorrhage*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2019. **126**(3): p. 412-417.
- .120 Matsubara, S., et al., *A novel 'uterine sandwich' for haemorrhage at caesarean section for placenta praevia*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2014. **54**(3): p. 283-6.
- .121 Legendre, G., et al., *Conservative management of placenta accreta: hysteroscopic resection of retained tissues*. J Minim Invasive Gynecol, 2014. **21**(5): p. 910-3.

- .122 Tsolakidis, D., D. Zouzoulas, and G. Pados, *Pregnancy-Related Hysterectomy for Peripartum Hemorrhage: A Literature Narrative Review of the Diagnosis, Management, and Techniques*. Biomed Res Int, 2021. **2021**: p. 9958073.
- .123 Kingdom, J.C., et al., *Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for placenta previa with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020*. Am J Obstet Gynecol, 2020. **223**(3): p. 322-329.
- .124 Raffaele Riccardi , E.G., Gabriele Saccone , and G.B. Cinzia Ferrara *Bladder dissection for cesarean hysterectomy in case of severe placenta percreta: tips and tricks*. perinatal journal, 2022. **30**(1).
- .125 Chandrharan, E., et al., *The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta*. Int J Gynaecol Obstet, 2012. **117**(2): p. 191-4.
- .126 Han, X., et al., *Association of Placenta Previa With Severe Maternal Morbidity Among Patients With Placenta Accreta Spectrum Disorder*. JAMA Netw Open, 2022. **5**(8): p. e2228002.
- .127 Fonseca, A. and D. Ayres de Campos, *Maternal morbidity and mortality due to placenta accreta spectrum disorders*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2021. **72**: p. 84-91.
- .128 Shabana, A., M. Fawzy, and W. Refaie, *Conservative management of placenta percreta: a stepwise approach*. Arch Gynecol Obstet, 2015. **291**(5): p. 993-8.
- .129 Clausen, C., L. Lönn, and J. Langhoff-Roos, *Management of placenta percreta: a review of published cases*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2014. **93**(2): p. 138-43.
- .130 Sentilhes, L., G. Kayem, and R.M. Silver, *Conservative Management of Placenta Accreta Spectrum*. Clin Obstet Gynecol, 2018. **61**(4): p. 783-794.
- .131 Sentilhes, L., et al., *Conservative management or cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum: the PACCRETA prospective study*. Am J Obstet Gynecol, 2022. **226**(6): p. 839.e1-839.e24.
- .132 Sentilhes, L., et al., *Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta*. Obstet Gynecol, 2010. **115**(3): p. 526-534.
- .133 Palacios Jaraquemada, J.M., et al., *Anterior placenta percreta: surgical approach, hemostasis and uterine repair*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2004. **83**(8): p. 738-44.
- .134 Teixidor Viñas, M., et al., *Prevention of postpartum hemorrhage and hysterectomy in patients with morbidly adherent placenta: a cohort study comparing outcomes before and after introduction of the Triple-P procedure*. Ultrasound Obstet Gynecol, 2015. **46**(3): p. 350-5.
- .135 Polat, I., et al., *The effectiveness of double incision technique in uterus preserving surgery for placenta percreta*. BMC Pregnancy Childbirth, 2017. **17**(1): p. 129.
- .136 Ghaleb, M.M., et al., *Conservative stepwise surgical approach for management of placenta previa accreta: A prospective case series study*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, :2)157 .2022p. 383-390.
- .137 Aryananda, R.A., et al., *Uterine conservative–resective surgery for selected placenta accreta spectrum cases: Surgical–vascular control methods*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2022. **101**(6): p. 639-648.
- .138 Nikolaidou, M., et al., *222 Surgical and conservative management of placenta accreta spectrum disorders (PAS) and the role of mri: A single center experience*. ejog, 2022. **270**: p. E76-E77.
- .139 Lamrissi, A., et al., *Prenatal diagnosis and management of placenta accreta in a Moroccan high-level maternity*. International Journal of Surgery Open, 2022. **43**: p. 100497.
- .140 Mohamed Siraj, S.H., K.H. Tan, and A.M. Wright, *Conservative surgical approach towards placenta accreta spectrum disorders for uterine preservation*. BMC Pregnancy Childbirth, 2023. **23**(1): p. 28.

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د.وارفة رومية.

- .141 Thi Pham, X.T., et al., *A Novel Approach in Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders: A Single-Center Surgical Experience From Vietnam*. 2022. 2022.

جامعة دمشق

رقم الحالة:

كلية الطب البشري

التاريخ: / / 202

قسم التوليد و أمراض النساء

الموافقة المستنيرة

عنوان الدراسة: نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق.

سيدتي:

● سوف أقوم بأخذ معلومات منك لملء الاستبيان الخاص بالدراسة، وسوف أتابع حالتك المرضية وطريقة تدبيرك.

● طبيعة الدراسة لا تحمل خطراً عليك، ولن تحمّلك أية أعباء مادية إضافية.

● هذه الدراسة تعود بفوائد عديدة لتحسين الخدمة المقدمة في المشفى للسيدات المراجعات.

● البيانات والنتائج التي سوف تظهر تتمتع بالسرية التامة، ولن يتم استخدام ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت.

● ستم الإجابة عن أي استفسار ترغبين فيه من قبل الباحث.

● يمكنك رفض الدخول بالدراسة أو الانسحاب منها بأي وقت دون أن يؤثر ذلك على نوعية الخدمة الصحية المقدمة، ولك

كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين في الإجابة عنه.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة.... وشكراً لك..

أقرُّ أنّ هذه الموافقة تمّت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً، والإجابة عن كل أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع.

اسم وتوقيع السيدة

الطبيبة الباحثة

وارفة رومية

نتائج تدبير حالات المشيمة الملتصقة بعد تطبيق الدليل الإرشادي المعتمد حديثاً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق. د. وارفة رومية.

استمارة الدراسة

الهوية: ○ اسم المريضة :	○ العمر :	○ رقم الإضابة	○ التاريخ
القصة التوليدية: ○ عدد الولادات السابقة : ○ طبيعية ○ قيصرية ○ قيصرية علوية سابقة. ○ قصة مشيمة منزاحة سابقة: نعم / لا إجراءات سابقة على الرحم : ○ تجريف ○ ورم ليفي ○ تشوهات رحمية ○ استخلاص مشيمة يدوي ○ التهاب بطانة			
قصة الحمل الحالي والتحضير للجراحة: ○ العمر الحمل وقت الجراحة : ○ طريقته: عفوي / IVF ○ حدوث نزف قبل الجراحة: لا يوجد خفيف متوسط ○ نقل مشتقات الدم قبل الجراحة: نعم / لا (عدد الوحدات)			
الموجودات الصدوية: ○ أمامية ○ خلفية ذات ارتكاز معيب : ○ Major ○ Minor			
موجودات الفتحة الجراحي العيانية: ○ مشيمة ملتصقة ○ ملتحمة ○ مختزقة			
مجريات العمل الجراحي: ○ نقل مشتقات الدم في أثناء الجراحة : نعم / لا (عدد الوحدات) ○ انفكاك المشيمة : جزئي / كلي عفوي / غير عفوي ○ قطب إرقائية ○ قطب ضاغطة ○ ربط رحميين ○ ربط حرقبيين ○ الدك بميشة ○ ترك المشيمة ○ استئصال مكان الالتصاق بشكل محافظ ○ استئصال تحت تام ○ استئصال تام ○ إجراءات أخرى			
الاختلاطات: ○ أذية بولية ○ أذية أمعاء ○ أذية وعائية ○ اعتلال تخثري ○ جراحة ثانية ○ وفاة			
الاستشفاء بعد الجراحة: ○ القبول في جناح العناية المشددة : نعم / لا (عدد الأيام) ○ نقل مشتقات الدم : نعم / لا (عدد الوحدات)			
النتائج عند الولادة: ○ وزن الولادة: ○ الحاجة إلى الإنعاش. ○ الحاجة إلى الحاضنة.			

Abstract

Background: PAS, Placenta Accreta Spectrum, is an umbrella term which describes abnormal placentation, where the placenta may be completely/partially adherent to or invading the myometrium. Recently, its incidence has increased more than 10 folds, due to the high cesarean sections rate, which encouraged researchers to find new management approaches to help controlling the bleeding and preserving the uterus, instead of the cesarean hysterectomy which was the definitive and only option.

Objective: The aim of this study is to research the different PAS management approaches in Obstetrics University Hospital according to the recent guidelines, and evaluate its safety and effectiveness compared to cs hysterectomy.

Materials and methods: Observational prospective study, which included 59 cases of clinically diagnosed PAS patients (FIGO2019) in maternity ward between July 2021– July 2022. We looked into preparing for surgery, the surgical managements, the complications in comparison with the different ways according to the recent guidelines.

Results: Conservative management has a high success rate 92.8%, lower complications rate, especially urinary track injuries, less blood transfusion, less ICU admission compared to cs hysterectomy.

Conclusion: In applicable cases, conservative management with resection and reconstruction of the uterus instead of cesarean hysterectomy has a high success rate, less complications, lower morbidity and mortality.

Keywords: PAS, cesarean hysterectomy, uterine preservation, conservative management, recent guidelines.

Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education
Damascus University
Faculty of Medicine
Department of Obstetrics and Gynecology



The Outcomes of Placenta Accreta Spectrum Management after Applying the Recent Guidelines at Obstetrics University Hospital in Damascus

A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the
degree of Master in Obstetrics and Gynecology

By

Warefa Wahab Roumieh

Supervised by

Prof. Bashar Al-Kurdi

2023