

# جفت پر کرتا و اکرتا چیسٹ؟

مرجع:

uptodate2023

## مقدمه :

طیف جفت آکرتا (PAS) یک اصطلاح کلی است که برای توصیف تهاجم غیرطبیعی تروفوبلاست به میومتر و گاهی اوقات به یا فراتر از سروزا استفاده می شود. از نظر بالینی مهم است زیرا جفت خود به خود در هنگام زایمان جدا نمی شود و تلاش برای خروج دستی جفت منجر به خونریزی می شود که می تواند تهدید کننده زندگی باشد و معمولاً هیستریکتومی را ضروری می کند. تصور می شود که پاتورنز بیشتر موارد PAS ، تهاجم جفت به ناحیه ای از اندومتر معیوب ناشی از آسیب قبلی به محل اتصال آندومتر-میومتر است. مهمترین عامل خطر برای PAS جفت سرراهی پس از زایمان سزارین قبلی است.

این موضوع ویژگی های بالینی، تشخیص و پیامدهای بالقوه PAS را مورد بحث قرار خواهد داد.

**تعاریف PAS :** (که قبلا جفت چسبنده بیمارگونه یا جفت غیرطبیعی مهاجم نامیده می شد) یک اصطلاح گسترده است که به طور سنتی شامل سه زیرگروه است:

**جفت آکرتا (یا کرتا) :** نفوذ پرزهای جفت به میومتر (به جای دسیدوا) متصل می شوند.

**جفت اینکرتا :** پرزهای جفت به داخل میومتر نفوذ می کنند.

**جفت پرکرتا :** پرزهای جفت از طریق میومتر به سروز رحم یا اندام های مجاور نفوذ می کنند.

## شیوع :

در یک بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۱۹ که شامل ۷۰۰۱ مورد PAS در میان نزدیک به ۵/۸ میلیون تولد بود، شیوع کلی تلفیقی ۰/۱۷ درصد (محدوده ۰/۰۱ تا ۱/۱ درصد) بود. این به طور قابل توجهی بالاتر از شیوع ۰/۰۰۳ درصدی در ایالات متحده در دهه ۱۹۵۰ است. افزایش قابل توجه PAS که در دهه های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ آغاز شد و در سراسر جهان مشاهده شده است، به افزایش شیوع زایمان سزارین در دهه های اخیر نسبت داده می شود.

جفت آکرتا بسیار شایع تر از جفت اینکرتا و پرکرتا است. در همان مرور سیستماتیک، انواع و فراوانی جفت‌گذاری غیرطبیعی بود:

جفت آکرتا - ۶۳ درصد

● جفت اینکرتا - ۱۵ درصد

جفت پرکرتا - ۲۲ درصد

عوامل خطر: مهم ترین عامل خطر برای ایجاد PAS جفت سرراهی پس از زایمان سزارین قبلی است. در یک مطالعه آینده نگر شامل ۷۲۳ زن مبتلا به جفت سرراهی که تحت زایمان سزارین قرار گرفتند، فراوانی PAS با افزایش تعداد زایمان های سزارین به شرح زیر افزایش یافت :

● زمان سزارین اول (اولیه) ۳ درصد

● زایمان سزارین دوم ۱۱ درصد

● زمان سزارین سوم ۴۰ درصد

● سزارین چهارم ۶۱ درصد

● تولد سزارین پنجم یا بیشتر، ۶۷ درصد

در غیاب جفت سرراهی، فراوانی PAS در زنانی که تحت زایمان سزارین قرار می‌گیرند بسیار کمتر بود:

● زایمان سزارین اول (اولیه) ۰/۰۳ درصد

● زمان سزارین دوم ۰/۲ درصد

● زمان سزارین سوم ۰/۱ درصد

● تولد سزارین چهارم یا پنجم ۰/۸ درصد

● زایمان سزارین ششم یا بیشتر، ۴/۷ درصد

### عوارض با بیماری شدیدتر:

عوارض مرگ و میر مادری به ویژه با جفت پرکرتا بالاست (۸۶ در مقابل ۲۷ درصد با آکرتا). زایمان و هیستریکتومی اغلب پیچیده است زیرا ساختارهای آناتومیک خارج رحمی، از جمله عروق خونی در لگن، ممکن است به جفت چسبیده باشند. اگر قبل از زایمان به آکرتا و نه پرکرتا مشکوک شد، آمادگی قبل از عمل برای زایمان ممکن است ناکافی باشد. با این حال، علیرغم برنامه ریزی چند رشته ای، مدیریت در یک مرکز ارجاع، و سوء ظن قبل از زایمان پرکرتا، عوارض شدید مادری می تواند رخ دهد.

## عوارض نوزادی:

به نظر می رسد تولد زودرس و کوچک برای نوزادان در سن حاملگی در حاملگی هایی که با PAS عارضه دارند شایع تر باشد پیامد نوزادی به شدت با سن حاملگی در هنگام زایمان مرتبط است، اما به نظر نمی رسد که به طور قابل توجهی تحت تأثیر عمق تهاجم جفت (accrete) در مقابل (percreta) قرار گیرد.

## غربالگری و تشخیص زایمان :

غربالگری و تشخیص قبل از تولد مهم است تا بیمار بتواند در مورد ناهنجاری مشکوک جفت مشاوره شود و محل مناسب و برنامه ریزی برای زایمان تهیه شود. آماده سازی قبل از عمل، از جمله در دسترس بودن تخصص جراحی و رادیولوژی، اجزای خون برای انتقال خون، و تجهیزات مناسب، نتیجه را بهبود می بخشد.