

29

KÜLÖNLENYOMAT

A

Magyar Nőorvosok Lapja

C. FOLYÓIRATBÓL

A placenta tapadási rendellenességeinek változása a terhesség folyamán

TÓTH ZOLTÁN dr., ZILÁHI GÁBOR dr., KOMÁROMY BÉLA dr. LAMPÉ LÁSZLÓ dr.

Összefoglalás

A szerzők a DOTE Női Klinika Ultrahang Laboratóriumában 1977–1981 között vizsgált azon terhesek adatait dolgozták fel, akiknél a terhesség középső harmadában leánytapadási rendellenességet találtak. Elemezték a leányhelyzetének változását. Megállapították, hogy a 106 leánytapadási rendellenesség 71,70%-ában a leány a terhesség során az uterus fundusa felé vándoroltak. Ismertetik fenti terhesek ellátása során a Női Klinika gyakorlatát. Felhívják a figyelmet a terhesek ultrahang-szűrővizsgálatának jelentőségére, mely révén egyéb patológiás állapotok mellett ezen veszélyeztetettek is korán kiemelhetők.

A szülészeti gyakorlatban régi igény a leány méhen belüli elhelyezkedésének pontos megítélése, különösen ha a terhesség során vérzéses szövődmény lép fel, vagy ha a magzat előfekvő része terminusban nem mutat beilleszkedési tendenciát [9]. A prenatalis diagnosztika modern vizsgálómódszereinek (amniocentézis, amniofotográfia, fetoszkópia) kiterjedt alkalmazása ma már a terhesség második trimeszterében sem nélkülözheti a leány méhen belüli elhelyezkedésének pontos meghatározását [18, 23]. A korábban erre a célra felhasznált vizsgálómódszerek: az izotóp-placentográfia [16, 24], s a direkt és indirekt radiográfia [6, 22] a nemkívánt sugárhatás miatt ma már háttérbe szorultak [7, 19]. A termográfias módszerrel [12], valamint a termotrop tulajdonságú koleszterikus folyadékkristályokkal történő leánymeghatározások [7] sem feleltek meg annak az igénynek, hogy a leány széli részének elhelyezkedését, s annak a belső méhszájhoz való viszonyát pontosan kimutassák.

Az ultrahang-diagnosztika első szülészeti

alkalmazását [2] követően *Gottesfeld* és *mtsai* [5], majd *Kratochwill* [10], *Donald* [4] számoltak be arról, hogy ez az új vizsgálóeljárás minden eddigi módszernél megbízhatóbban, egyszerűbben alkalmazható a leány tapadásának pontos kimutatására. Az irodalomban azóta számos szerző bizonyította a módszer megbízhatóságát. A régebbi bistabil rendszerű készülékekkel 95%-os, a modernebb gray-scale technikával gyakorlatilag 100%-os bizonyossággal lokalizálható a leány [9, 21].

Az ultrahangvizsgálatok mind kiterjedtebb, s mind korábbi terhességi korban történő alkalmazása vezetett ahhoz a felismeréshez, hogy a középső trimeszterben jóval több, az uterus alsó szegmentumában tapadó leányt lehet kimutatni, mint az a terhesség utolsó trimeszterében jelentkező vérzések, vagy szüléskor a placenta praevia száma alapján a szülészeti gyakorlatban tapasztalható. *King* 1973-ban [8] közölte megfigyelését, miszerint a középső trimeszterben az uterus alsó szegmentumában elhelyezkedő leány a terhesség előrehaladtával az uterus fundusa felé „vándorolnak”. Ezt a „leánymigrációnak” elnevezett jelenséget azóta más szerzők is megerősítették [1, 9, 14, 15, 17, 20, 25, 26]. Ezen előzmények után a DOTE Női Klinika Ultrahang Laboratóriumában elemeztük, hogy a területünkhöz tartozó terhespopulációban hogyan változik az uterus alsó szegmentumában tapadó leány helyzete, milyen prognosztikai következtetés vonható le a középső trimeszteri leánytapadási rendellenességekből, mi a követendő leghelyesebb eljárás az ilyen rendellenességekkel szövődményes terhességek ellátásában.

Anyag és módszer

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikáján az Ultrahang-diagnosztikai Laboratóriumban 1977–1981 között 17072 terhesen a terhesség legkülönbözőbb időszakában 48161 vizsgálatot végeztünk. A 15–28. terhességi héten vizsgáltak között 246 esetben észleltük, hogy a lepény az uterus alsó szegmentumában tapad.

A vizsgálatokat a Picker Echoview VI. bistabil compound készülékkel 2,5 MHz-es vizsgálófejjel, és/vagy a Picker LS 2000 gray scale multielement scannerrel, 3 MHz-es transzducerrel végeztük. A terhesek vizsgálata hanyattfekvő helyzetben a Donald [3] által ajánlott „telt húgyhólyag technikával” történt. Így jól ábrázolható a hüvely felső harmada, a cervix és a belső méhszáj. Először hosszanti irányban történt a pásztázás a symphysistől a méh fundusáig a középvonalban, majd attól jobbra és balra 1–2 cm-enként. Ezt követően haránt irányban pásztáztunk a symphysistől a fundusig, s határoztuk meg a lepény pontos helyzetét, s alsó szélének viszonyát a belső méhszájhoz. Bizonytalanság esetén a vizsgálatot üres hólyag mellett is megismételtük, hogy a telt húgyhólyag miatti alak- és helyzetváltozásból adódó tévedések lehetőségét kizárjuk. Az uterus alsó szegmentumán tapadó lepények különböző típusainak elkülönítésénél *Schlensker* [20] útmutatásait tartottuk irányadónak.

Mélyen tapadónak minősítettük a lepenyt, ha annak alsó széle a belső méhszáj mellett 5 cm távolságon belül helyezkedett el.

Placenta praevia marginalis volt a diagnózis, ha a lepény széle a méhszájat 0,5 cm távolságra megközelítette.

Placenta praevia partialis illetve *totalis* esetén a lepény a belső méhszájat részben, vagy teljesen elfedte, s ez utóbbi esetben a méhszáj mögött ráterjedt a másik oldalra is. Ha a terhesség alatt vérzéssel járó szövődmény lépett fel, a vizsgálatot több alka-

lommal is megismételtük, hogy a lepény helyzetének változását nyomon követhessük. A szülés előtti hónapban minden esetben a lepény végleges helyzetének tisztázása céljából ismételt ultrahangvizsgálatot végeztünk.

Retrospektív tanulmányban elemeztük a lepények helyzetének változását. A feldolgozás során csak azokat a terheseket vettük figyelembe, akik a 29. terhességi hét után a Női Klinikán szültek, s így adataik megbízhatóak, ellenőrizhetők voltak.

Eredmények

A terhesség 15–28. hete között észlelt lepenytapadási rendellenességgel szövődött 246 terhes közül 106 szülése zajlott a Női Klinikán.

A biztos terhességi korról rendelkezőkön a 28. terhességi hétig 176 esetben történt ultrahangvizsgálat. 16 esetben az utolsó menstruáció első napjától számított terhességi kor és az ultrahangvizsgálat során mért biparietális átmérő alapján számított terhességi kor lényeges eltérést mutatott. Ezen hagyományosan bizonytalan terminusúnak vett terheseken 19 esetben volt a II. trimeszterben ultrahangvizsgálat (*I. táblázat*).

A szülés előtti időszakban végzett ultrahangvizsgálatokat nem tüntettük fel.

A 28. terhességi hét előtt végzett ultrahangvizsgálat során 36 (33,96%) lepény mélyen tapadó, 26 (24,53%) placenta praevia marginalis, 10 (9,43%) placenta praevia partialis, 34 (32,08%) placenta praevia totalis elhelyezkedésűnek bizonyult. A 28. terhességi hétig és a szülések előtt elvégzett ultrahangvizsgálatok eredményét, valamint a szüléskor talált lepenyelhelyezkedések megoszlását a *II. táblázatban* foglaltuk össze.

A 36 mélyen tapadó lepény közül 6 helyzete változatlan maradt, 1 esetben a marginális tapadást tévesen ítéltük meg. A mélyen tapadó lepények 29 (80,56%) alkalommal a belső méhszájtól az uterus

I. táblázat

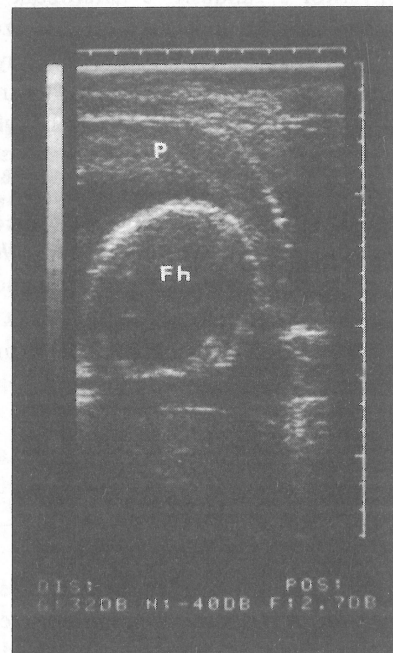
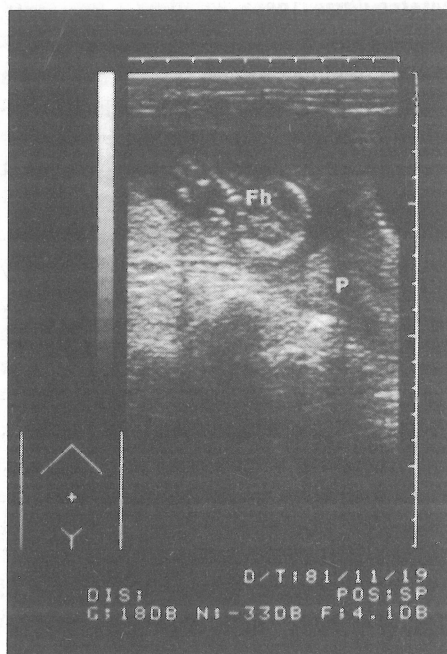
A középső trimeszterben végzett ultrahangvizsgálatok megoszlása a terhességi hetek szerint

Terhességi hetek	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Bizonytalan terminus
Vizsgálatok száma	11	7	3	9	5	10	9	7	7	7	12	22	23	25	19

II. táblázat

A lepények helyzetének változása a terhesség során (n = 106)

A placenta helyzete a 28. terhességi hétig	A placenta helyzete szüléskor				
	a felső szegmentum-ban	mélyen tapadó	placenta praevia		
			marginalis	partialis	totalis
Mélyen tapadó 36	29	6	1	—	—
Placenta praevia marginalis 26	20	3	3	—	—
Placenta praevia partialis 10	4	2	—	4	—
Placenta praevia totalis 34	12	3	2	1	16



1. a, b, ábra: Placenta praevia totalis a 15. terhességi héten (a), mely a 24. hétre az uterus magasabb szegmentuma felé vándorolt (b). (P = placenta, Fh = magzati koponya) *

fundusa felé távolodtak el. A 26 marginális placenta praevia csak 3 esetben maradt változatlan, 23 (88,46%) esetben szintén a felsőbb szegmentumok felé vándorolt.

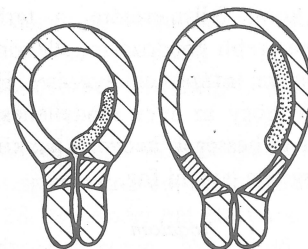
A 10 részleges placenta praeviából 4 helyzete nem változott, 6 (40%) az uterus magasabb régiójába került. A 34, kezdetben totális placenta praevia 16 esetben változatlan maradt, 1 részleges, 2 széli tapadású placenta praeviává alakult, míg 15 (44,12%) alkalommal ez a legkedvezőtlenebb forma is szülési akadályt, súlyos vérzéses szövődmenyt már nem okozó kedvező helyzetbe került (1 a, b ábra)

Megbeszélés

Az uterus alsó szegmentumában implantálódott lepények a terhesség utolsó harmadában és a szüléskor mind az anya, mind a magzat életét veszélyeztető vérzést eredményezhetnek. Az anya életének megmentése érdekében olykor – tekintet nélkül a terhességi korra és a magzat érettségére – a császármetszés elvégzése halaszthatatlanná válik. Előfordul, hogy az anya élete csak a méh eltávolítása árán menthető meg. A korszerű szülészeti ellátás, a modern aneszteziológia és intenzív betegellátás ellenére az anyák halálának az esetek 15–25%-ában elvérzés az oka, melyek nagy része placenta praevia miatt következik be [13]. A non-invazív ultrahang-diagnosztika révén lehetővé vált a lepény méhenbelüli elhelyezkedésének pontosabb kimutatása, s a lepénytapadási rendellenességgel szövődött terhesek korai kiszűrése. A középső trimeszterben észlelt rendellenesség azonban nem definitív állapot. King [8] első megfigyelése óta tudjuk, hogy az uterus alsó szegmentumában tapadó lepények a terhesség során a méh felsőbb régiói felé vándorolnak. Ezt a megfigyelést azóta Meyenburg [15], Wexler és Gottesfeld [26], Ballas és mtsai [1], Pap és Fügedi [17] is megerősítették. Eseteinkben az alsó szegmentumon tapadó lepények 71,70%-ban a kedvezőbb, felsőbb régiók felé vándoroltak.

Winsberg [25] szerint a végleges diagnózis csak a terminus előtt két héttel végzett ultrahangvizsgálat alapján mondható ki. Pap és Fügedi [17] szerint a lepények helyzetének változása a terhesség 20–31. hete között történik. A későbbi időszakban a lepénymigráció ritkábban és sokkal kisebb mértékben fordul elő. A lepényvándorlás az esetek nagy részében panasz- és tünetmentesen zajlik le. Ballas és mtsai [1] fel is teszik a kérdést, hogy a középső trimeszterben észlelt tünetmentes placenta praeviát patológiának, vagy a normális terhesség egyik variánsának kell-e tekinteni.

Az alsó szegmentumban tapadó lepények vándorlása két hipotézissel magyarázható. Meyenburg [15] szerint az isthmus cervicis uteri 1 cm-es szakasza a terhesség 5–6. hónapjára mintegy 8 cm hosszúra táguul, és részt vesz a méhür alkotásában. Ezáltal a belső méhszáj területénél tapadó lepények alsó szélé is passzív módon 8 cm-rel feljebb kerülhet (2. ábra).



2. ábra. A lepény alsó szélének eltávolodása a belső méhszájtól az isthmus cervicis uteri tágulása következtében

Kratochwil [11], Young szóbeli közlése alapján elképzelhetőnek tartja, hogy a belső méhszáj területében tapadó lepényszélek egy része a terhesség során elhal, nem fejlődik tovább.

Gyakorlati szempontból igen fontos az a kérdés, hogy mi legyen azokkal a terhesekkel, akiket lepénytapadási rendellenesség miatt kiszűrték. Az irodalomban erre vonatkozóan nem egységes az állás-

pont. Kezdetben minden kiemelt terhest hospitalizáltak. Az esetek nagy részében a terhesség és a szülés zavartalanul zajlott le.

A DOTE Női Klinika gyakorlatában az az álláspontunk alakult ki, hogy csak a panaszokkal és klinikai tünetekkel járó terheseket fektetjük be az intézetbe. A panaszmentes terheseknek kímélő életmódot, pihenést javasolunk. Havonta elvégzett ultrahangvizsgálattal követjük a lepény helyzetének változását, a magzat növekedését. Amennyiben a 32. terhességi hét után a lepény még mindig a belső méhszáj területében foglal helyet, a gravidát intézetben obszerváljuk, ágynyugalommal és nyugtatókkal igyekszünk a 37–38. terhességi hetet elérni. Ha a lelet ekkor is változatlan, elektív császármetszést végzünk [13].

Jóllehet a lepenyek helyzete a belső méhszájhoz viszonyítva a terhesség során kedvezően változik, a középső trimeszteri placenta praevia esetén, veszélyeztetett csoportról van szó. Az ultrahang-szűrővizsgálatok kiterjedt alkalmazásával lehetőség van a terhesek ezen veszélyeztetettségének korai felismerésére, a terhesség alatti intenzívebb gondozásra, ellenőrzésre, szükség esetén intézeti elhelyezésre. Ezáltal remélhető, hogy az ilyen rendellenességgel szövődött terhességek kedvezőtlen kimenetele lényegesen javulni fog.

Irodalom

1. Ballas, S. és mtsai: Obstet. Gynecol. 54, 80 (1979). – 2. Donald, I. és mtsai: Brit. J. Radiol. 34, 539 (1961). – 3. Donald, I.: Amer. J. Obstet. Gynec. 93, 935 (1965). – 4. Donald, I.: J. Obstet. Gynecol. Brit. Cwlth. 75, 993 (1968). – 5. Gottesfeld, K. R. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 96, 538 (1966). – 6. Hodge, K. E.: Radiology 68, 637 (1957). – 7. Horváth Zs. és mtsai: Magy. Nőorv. L. 44, 391 (1982). – 8. King, D. L.: Radiology 109, 167 (1973). – 9. Komáromy B. és mtsai: Zbl. Gynäkol. 100, 568 (1978). – 10. Kratochwil, A.: Ultraschalldiagnostik in Geburtshilfe und Gynäkologie. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1968. – 11. Kratochwil, A.: Placentography. In: Handbook of clinical ultrasound. Ed. M. DeVlieger, J. M. Holmes, E. Karner, G. Kossoff, A. Kratochwil, R.

Kraus, J. Poujol, D. E. Strandness, John Wiley and Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, 1978. p. 175. – 12. Lampé L. és mtsai: Magy. Nőorv. L. 35, 193 (1972). – 13. Lampé L.: Szülészet Nőgyógyászat I-II-III. Medicina, Budapest, 1981. – 14. Meudt, R. és mtsai: Der tiefe Sitz der Placenta (Verlaufsstudie). In: Perinatal Medizin Ed. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1976. – 15. Meyenburg, M.: Geburtsh. Frauenheilk. 36, 715 (1976). – 16. Orosz-Tóth M. és mtsai: Orv. Hetil. 111, 1208 (1970). – 17. Pap G. és Fügedi L.: Zbl. Gynäkol. 102, 557 (1980). – 18. Papp Z.: Genetikai betegségek prénatális diagnosztikája. Medicina, Budapest, 1980. – 19. Peterson, E. N. és mtsai: Obstet. Gynecol. 37, 468 (1971). – 20. Schlensker, K. H.: Gynäkol. 9, 156 (1976). – 21. Spirt, B. A. és mtsai: Sonography of the placenta. In: The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology. Ed. R. C. Sanders, A. E. James, Appleton-Century-Crofts, New York, 1980. p. 231. – 22. Stewenson, C. J.: Amer. J. Obstet. Gynec. 58, 15 (1949). – 23. Tóth Z. és mtsai: Magy. Nőorv. L. 44, 365 (1981). – 24. Weinberg, A. és mtsai: Obstet. Gynecol. 9, 692 (1957). – 25. Winsberg, F.: Evaluation of the placenta by ultrasound. In: The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology. Ed. R. C. Sanders, A. E. James, Appleton-Century-Crofts, New York, 1980. p. 211. – 26. Wexler, P. és Gottesfeld, K. R. Obstet. Gynecol. 54, 231 (1979).

З. Тот, Г. Зилахи, Б. Комароми, Л. Лампэ: Изменения патологической локализации плаценты в процессе беременности

Авторы анализировали результаты ультразвуковых исследований, проведенных в 1977–1981 годах в УЗ лаборатории гинекологической клиники Дебреценского мединститута у беременных, у которых во II триместре диагностирована патологическая локализация прикрепления плаценты. Анализировали изменения локализации прикрепления плаценты. Определили, что в 71,7% случаев плацента изменила место прикрепления по направлению ко дну матки. Сообщают об опыте клиники по ведению таких беременных. Обращают внимание на значение профилактических ультразвуковых исследований беременных.

Tóth, Z., Zilahi, G., Komáromy, B., Lampé, L.: Changes in Placental Adherence Disturbances in the Course of Pregnancy

Disturbances of placental adherence in mid-trimester pregnancies were studied by the authors

at the Ultrasound Laboratory of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Debrecen University Medical School between 1977 and 1981. They analysed the changes in the position of the placenta and they concluded that in 71,70% of 106 cases of placental adherence disturbances, the placenta migrated towards the

uterus fundus during pregnancy. Their practice in pregnancy care at the Department is also described. Attention is called to the importance of ultrasound screening in pregnancy by the use of which – besides other pathological alterations – these disturbances can be detected at an early stage.

Közlésre elfogadva: 1982. okt. 29.