

Sepsiszentgyörgyi Megyei Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály (vezető: dr. Papp István), csíkszeredai Megyei Kórház, Kóronctani-Kórszövettani Osztály (vezető: Kelemen József, az orvostudományok doktora)

## PLACENTA INCRETA OKOZTA SPONTÁN MÉHREPEDÉS

*Sebestyén G., Kelemen J., Papp I.*

A szülészeti legdrámaibb körképeinek egyike a terhes méh megrepedése. A körkép leggyakrabban szülés alatt fordul elő, de a terhesség bármely fejlődési szakaszában jelentkezhet. Az utóbbi két-három évtizedben gyakorisága lényegesen csökkent és egyre ritkábban fordul elő. A bukaresti Polizu Klinika adatai szerint gyakorisága  $0,15\%$  (1). Ennek  $78,5\%$ -a szülés közben következett be, míg a többi a terhesség ideje alatt. Okai között első helyen a heges méh szerepel. Amíg a szülés közben történő repedés egyre ritkább lesz napjainkban, körképe jól ismert, okai és elősegítő tényezői tisztázottak, a terhesség ideje alatt bekövetkezett ún. spontán méhrepedések kórokait nem lehet minden esetben kimutatni, előre nem láthatók, megelőzésük rendszerint lehetetlen. A spontán méhrepedések zöme a terhesség utolsó harmadában következik be. A terhesség első két harmadában történő méhrepedések viszont szakirodalmi ritkaságnak számítanak, a közölt esetek számszerűen nyilvántartottak.

A számunkra hozzáférhető szakirodalom adatai szerint a körkép el-

ső leírása *Duparquetól* származik 1850-ben. Ettől kezdve 1969-ig 150 esetet közöltek (13). A hazai szakirodalomban is jelentek meg ezzel a témával foglalkozó közlemények: *Spirea* és mtsai. VI. hónapos (14), *Antonescu* és mtsai. VIII. hónapos (3), *Tamás* és mtsai. VI. hónapos (15) terhes méh spontán repedéséről számolnak be.

A terhesség első felében fellépő, spontán méhrepedésnek számos oka lehet. Legtöbb szerző a heges méhet említi a méh konzervatív műtéteit követően, de leírnak kórként endometriozist, a méh fejlődési rendellenességeit, nekrotizált myomat, mola-terhességet, külső traumát, valamint az esetek kb. ötödrészében a lepény tapadási rendellenességeit (placenta accreta, -increta, -percreta és -transcreta) és végül ismeretlen etiológiájú méhrepedést is (15, 5, 11, 9). A közölt esetek egy részében a tulajdonképpeni körök mellett szerepel egy közvetlen kiváltó ok is, többnyire a terhesség eltávolítását célzó méhösszehúzó szerek adagolása, a méhszáj tágitásával vagy a nélkül, elhalt magzat vagy a magzati burok korai megrepedése miatt (7, 15). Mola-terhesség és chorionepitheoma ritkán okozhat spontán méhrepedést, mivel a kórkép természeténél fogva, majdnem minden esetben a terhesség korai szakaszában beavatkozásra kerül sor.

A spontán méhrepedés tünettana általában megegyezik a mástermészetű méhrepedés tünettanával. Előfordul viszont az ún. tünetmentes méhrepedés is. Ezen közlemények közül kiemelkedik *Margareta Schwartz* esete, amikor a IV. hónapos terhes méh megrepedése után a hasüregbe kilökődött pete újratapadt és a terhesség végig fejlődött (17).

Közleményünk célja egy, a terhesség korai szakaszában (14 hét) bekövetkezett spontán méhrepedés ismertetése, amelynek oka a lepény tapadási rendellenessége, nevezetesen placenta increta volt. Francia szerzők szerint 1976-ig mindössze 30 hasonló esetet írtak le a világirodalomban (11).

#### Esetünk ismertetése

T. D. 29 éves falusi háziasszonyt 1982. október 8-án reggel 9 óra 30 perckor vettük fel osztályunkra (kórszámlap 2234/17768) poliklinikai beutaló diagnózis alapján: 14 hetes terhesség, abortus incipiens, minimális vérzés.

A beteg kórelőzménye nőgyógyászati szempontból jelentéktelen. Sohasem volt beteg. Menstruációja 12 éves korában jelentkezett, ciklusai normálisak: 28/4 nap, fájdalommentesek. Két szövődménymentes szülése volt, egészséges, érett újszülötteket hozott a világra. Fiziológiás gyermekágy mindkét szülés után. Abortusza nem volt.

Utolsó rendes havivérzése 1982. június 29-én kezdődött, 4 napig tartott. Terhességét minden panasz nélkül viselte, míg beutalása napján, éjszaka kb. 1 óra körül álmából éles hasi fájdalmakra riad fel. A fájdalom állandó, csekély intenzitásbeli változásokat mutat, éles, hirtő jellegű, fokozatosan erősödik és főleg az alhasra és kismedencére lokalizálódik. Autóbuszsal utazik faluról városunkba és a járóbeteg-rendelő szakvizsgálatán jelentkezik, ahonnan a fenti diagnózissal osztályunkra utalják.

Felvételekor szembetűnő a bőr és a nyálkahártyák sápadtsága, szenvedő arckifejezése. Vérnyomása 70/40 Hgmm, érverése 120/min., elnyomható, filiformis. Testhőmérséklete 36,5 C°.

A has igen fájdalmas, elődomborodó, sokkal jobban mint amennyire a terhesség korának megfelelne. A terhes méh, a hasi fájdalom és nem túl kifejezett izomvédekezés miatt nehezen körülírható. A méhfenék kb. 3 cm-rel a köldök alatt tapintható. Kopogtatással a hasüregben folyadék jelenlétére lehet következtetni. Erősebb izomvédekezés köldök alatt az alhason észlelhető.

**Nőgyógyászati vizsgálat:** lapoccal történő feltáráskor vérzést nem látunk. A méhnyak livid, multipara jellegű, kóros elváltozást nem mutat. A hátsó hüvelyboltozat kissé elődomborodik.

Belső vizsgálattal egy kb. 14—15 hetes, a fájdalom miatt nehezen körülhatárolható terhes méh tapintható. A portio megtartott, a hüvelyboltozatok igen fájdalmasak, a hátsó elődomborodik.

A fentiek alapján felvételi diagnózisunk: G. III., 14 hetes terhesség, akut has, belső vérzés, vérzések shock, valószínűleg méhrepedés.

Azonali véna-preparálás után Douglas-punkciót végzünk, amellyel sötét színű vért nyerünk, ami igazolja a belső vérzést. Azonnal laparotómiát végzünk általános altatásban. A has megnyitásakor (műtéti naplósám 177 1982. X. 8.) a szabad hasüregben kb. 1500 ml vért találunk, amelynek gyors eltávolítása után a kismencedékből előtűnik a 14 hetes terhességnek megfelelő nagyságú méh. A méhfenéken egyetlenetlen szélű, kb. 10×6 cm-es repedés látható, amelyen éppen kilökődőben van a teljesen ép pete, „in toto”, megtartott burokkal. Feltűnő a repedés széleinek egyenetlensége, erős elvékonyodása, valamint a kilökődőben lévő magzat felső pólusán (először kilökődött rész) az ép burokkal elhelyezkedő töredezett és szakadozott lepeny. A pete eltávolítása után másutt lepenyi részeket nem találtunk. A méh azonnal összehúzódott nagyságának kb. 1/3-ára, amint az az 1. és 2. ábrán látható. A méh összehúzódása nyomán a vérzés azonnal csökken, a repedés pedig egészében azt a benyomást kelti, mintha a méhfenék felrobbant volna (3. ábra). Hégszövetet vagy traumás sérülésre utaló jelet nem találunk. Azonnal felmerül a gyanú, hogy a repedést kiváltó tényező a méhlepény kóros tapadási viszonyaiban keresendő, vagyis a placenta accreta valamely formájával állunk szemben (placenta increta vagy percreta). Figyelembe véve a repedés kiterjedését, a valószínű kiváltó okot és azt a tényt, hogy a nőnek már két gyereke van, a méhet supravaginálisan amputáljuk. A hasfalat drénezés nélkül zárjuk.

A beteget a műtét után súlyos vérzések shock miatt a kórház intenzív terápiás osztályára helyezzük, ahol vért (750 ml), mikro- és makromolekuláris oldatokat, vitaminokat, analgetikumokat, valamint profilaktikusan antibiotikumot (Cloramfenicol 3×1,0 g) kap. E kezelés hatására a beteg állapota rohamosan javul. Két nap után a reanimáló osztályról visszahelyezzük osztályunkra; a műtéti seb a 7-ik napra per primam zárul és a műtét utáni 9-ik napon gyógyultan távozik.

A műtét során eltávolított méhet és petét szövettani vizsgálatra küldtük. A műtéti anyag kórszövettani vizsgálatához az egészben rögzített méh több területéből vettünk szövettanilag darabokat: a méhrepedés széléből, a méhfal sérülés melletti zónáiból, ahol mélyen tapadó placenta darabokat láttunk, az isthmus-corporis területéből és az endocervicális részből, valamint a petezsák felső pólusán található lepenyrészekből. A paraffinba ágyazott darabokból sorozat-metszeteket készítettünk és azokat hematoxilín-eozin, Van Gieson, Masson-féle hármastestéssel és a Kelemen-féle

rácsrostimpregnációs módszerrel vizsgáltuk (lásd a 39868—875 83 és 39754—755 83 sz. kórszövettani leleteket).

A méhfenék megrepedt területéből készült metszeteken a méhfal igen megvastagodott, a terhesség idejének megfelelően megnyúlt és rajtuk megszaporodott simaizomrostok láthatók. A méhfali erek lumene összeesett, üres, vértelen. Egyes erek körül mérsékelt nyiroksejtes beszűrődés látható. A fali repedés területében és annak közelében jól látható a placenta materna deciduális rétege, a choriális invázió és mélyen az izomrétegbe hatoló számos trofoblaszt elem. A decidua bazális nagyrésze a repedés területén elhalt, az itt még látható intervillózus ürökben enyhe limfocitás beszűrődés észlelhető.

A repedés külső rétegéhez közeli myometriumban a choriális invázió még kifejezettebb. Itt a méh izomrostjainak nagyrésze elhalt, különösebb gyulladáshoz beszűrődés nélkül. A trofoblaszt elemek a méhizomzat középső és külső rétegének határáig hatolnak. A méhtest-isthmus határán a nyálkahártya alatti izomrostok egy része elhalt, a középső és külső réteg szerkezete megtartott (4. és 5. ábra). *Kórszövettani dg.:* Placenta increta. Ruptura parietalis fundus uteri. Necrosis circumscripta myometrii.

### Megbeszélés

A placenta accreta ritka kórkép, nem téveszthető össze a placenta adhaerenssel, amelynél létezik egy bazális trofoblaszt réteg. Placenta accreta esetén a chorionbolyhok egyenesen a myometriumban tapadnak, ahol az izomrostokkal elkeverednek.

E kórkép első leírója 1568-ban Plater (id. 16). 1836-ban Simpson megkülönbözteti a tapadó (adhaerens) méhlepényt a placenta accretától. Szövettani leírása Berrytól származik nem sokkal később (id. 16).

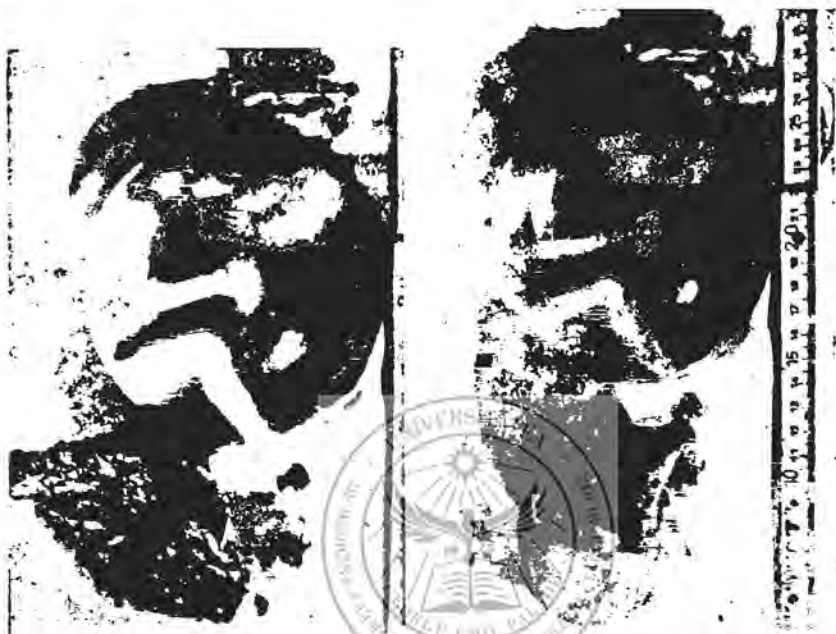
Gyakorisága a különböző statisztikák szerint igen eltérő: 1/6000—1/20 000 között mozog Európában és 1/2000 az Amerikai Egyesült Államokban. Az eltérő adatok a mikroszkopos vizsgálatok különbözőségének tulajdoníthatók.

A legtöbb modern szerző különbséget tesz a placenta accreta különböző formái között, míg mások, főleg a klasszikusok gyűjtőfogalomként használják az accreta elnevezést annak összes formáira. Anatómiai alakjai a következők: 1. placenta accreta (a lepény az izomfalra tapad); 2. placenta increta (a chorionbolyhok mélyen az izomfalba hatolnak); 3. placenta percreta (a chorionbolyhok elérik a méhfal serosáját); 4. placenta transcreta (a chorionbolyhok átlépik a méhfal serosáját és a méhfalat teljesen széttroncsolják).

A placenta accreta etiológiája nem tisztázott. Gyakorisága placenta praevia esetén egyre fokozódik. Míg Martius szerint 100 placenta praeviára esik egy placenta accreta, addig 1968-ban Antonescu és mtsai. már 54 eset közül észlelt egyet. Legújabban ez az arány egyes közlemények szerint eléri az 1/25-öt (2,5).

Az esetek túlnyomó többségében a placenta accreta klinikailag néma marad a terhesség idejében és csupán a szülés lepenyi szakaszában válik manifesztté. A méhfalnak a choriális invázió fokához mért roncsolása miatt méhrepedés következhet be a terhesség bármely fejlődési szakaszában. Egyes szerzők szerint (16) a repedés az esetek 13%-ban fordul elő. Az esetek egy részében kiváltó tényezőként művi beavatkozás (méhszaj-

SEBESTYÉN G., KELEMEN J., PAPP I.: PLACENTA INCRETA OKOZTA  
SPONTÁN MÉHREPEDES



1. ábra

2. ábra



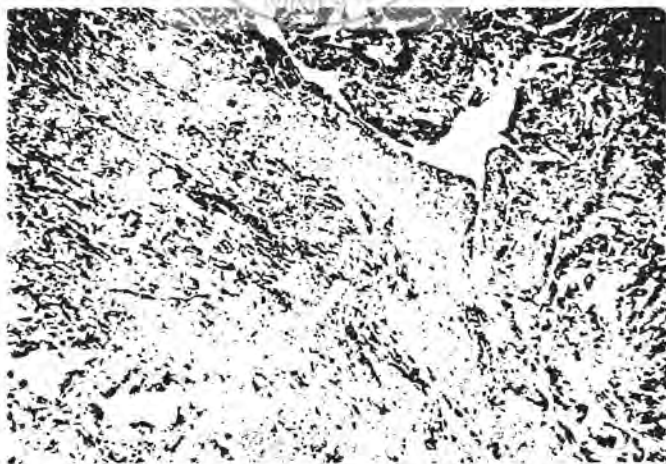
3. ábra

SEBESTYÉN G., KELEMEN J., PAPP I.: PLACENTA INCRETA OKOZTA  
SPONTÁN MÉHREPEDES



4. ábra: A méhtali szakadás területe. A choriális elemek mélyen az izomszövetbe hatolnak, a méhfal középső rétegéig. Diffúz nekrosis az izomrostok között, gyulladásos beszűrődés nélkül (Col. H.E.)

300 x



5. ábra: Részlet a méhtest parakavitáris rétegéből. A submucosus izomréteg rostjainak kiterjedt elhalása (Col. H.E.) 250 x

tágítás, hasi kompresszió), máskor trauma vagy méhösszehúzó szerek adagolása szerepel, de előfordulhat minden külső beavatkozás nélkül is, teljes fizikai nyugalmi állapotban, mint az esetünkben is történt.

A fentiek alapján elmondhatjuk, hogy esetünk szakirodalmi ritkaságnak számít a következők miatt:

— a spontán méhrepedés teljes fizikai nyugalmi állapotban, éjszaka, alvás közben következett be, külső kiváltó ok nélkül;

— a terhesség korai fejlődési szakaszában, a 14-ik terhességi héten észleltük;

— olyan etiológiai tényező okozta a repedést (placenta increta), amely önmagában is ritkaságnak számít, mert klinikailag a terhesség ideje alatti repedésen kívül csupán vetelés kapcsán nyilvánulhat meg;

— a placenta incretát előidéző ok nem volt kimutatható, az asszony teljes egészségnak örvendő, kóros nőgyógyászati előzményektől mentes egyén volt.

Kíváncos, hogy e ritka körkép létezéséről minden orvosnak tudomása legyen, mert vérzéses shockot idézhet elő külső vérzés megjelenése nélkül. Hasonló esetek elnézése vagy felületes elbírálása az anya halálát okozhatja. Felhívjuk a szülészek figyelmét a méhösszehúzószerek óvatos alkalmazására, valamint a terhes nőknél végzendő beavatkozások kiméletes és óvatos végrehajtására.

#### Irodalom

1. *Alessandrescu D.*: Biologia reproducerii, Editura Medicală, București, 1976. 677, 699; 2. *Antonescu I.*: Obst. și ginec. (1968), 16, 4. 325; 3. *Antonescu I., Ilisei L.*: Obst. și ginec. (1968), 16, 5. 439; 4. *Árgay I., Nemcskay T.*: Magyar Nőorvosok Lapja (1965), 28, 5. 296; 5. *Charvet F., Nelken S., Mastrallet A.*: Bull. de la Fed. de soc. de gyn. et obst. de langue Français (1964), 16, 5. 557; 6. *Cristen A., Zaharia M.*: Placenta în patologia materno-fetală, Editura Medicală, București, 1968. 187; 7. *Golab E., Holzner H.*: Zbl. für Gyn. (1966), 88, 9. 253; 8. *Javrouse J. M.*: Bull. de la Fed. de soc. de gyn. et obst. de langue Français (1965), 17, 2. 194; 9. *Lebret M. M., Levat M. F., Bavretan D., Magre J.*: Bull. de la Fed. de soc. de gyn. et obst. de langue Français (1969), 21, 5. 560; 10. *Menyász E.*: Practica urgențelor obstetricale, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1973, 118, 161; 11. *Palliez R., Delacour M., Mennier J. C.*: Bull. de la Fed. de soc. de gyn. et obst. de langue Français (1967), 19, 1, 32; 12. *Rusu O.*: Propedeutica ginecologică-obstetricală, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1975, II. köt., 307; 13. *Seguy M. B.*: Bull. de la Fed. de soc. de gyn. et obst. de langue Français (1969), 21, 2, 129; 14. *Spirea A., Alter I., Negreanu R.*: Obst. și ginec. (1955), 3, 3. 86; 15. *Tamás Z., Jakab K., Toró A.*: Magyar Nőorvosok Lapja (1974), 37, 2. 166; 16. *Teodorescu M., Georgescu L., Tudose N.*: Patologia placentei, Editura Facla, Timișoara, 1977, 90; 17. *Țurcaș A.*: Probleme integrante de obstetrică-ginecologie, IMF Cluj-Napoca, 1975, I. köt., 496; 18. *Zilahy Z., Kermer P., Horváth B.*: Magyar Nőorvosok Lapja (1965), 27, 4. 243.

A szerkesztőségbe érkezett: 1983. november 7.

G. Sebestyén, J. Kelemen, I. Papp

## SPONTANEOUS RUPTURE OF THE UTERUS CAUSED BY PLACENTA INCRETA

The authors present a rare case of spontaneous uterine rupture, at a primitive age of pregnancy, that of 14 weeks, caused by a rare obstetrical syndrome, placenta increta. The rareness of the case is stressed by the fact that the rupture occurred in a state of physical rest, by night, when the patient was sleeping and the extension force of the egg may be considered the least.

The other underlying fact is that the woman was young, healthy, lacking pathological gynaecological and obstetrical history.

Although there had been only 30 cases of this kind described in literature till 1967, the syndrome is very serious, and it may lead to early maternal death, especially due to the clinically mute aetiopathogenic cause (placenta increta), which cannot be noticed until the term of delivery (miscarriage/abortion) or until the spontaneous rupture.

The caused rupture is unpredictable, so it cannot be prevented — every physician must take its existence into account as a potential cause in the differential diagnosis of internal bleeding shock.

---