

Ενδομητρίωση και Επιπωματικός Πλακούντας: Διείσδυση στην ουλή ή εστίες ενδομητρίωσης;

Καρασμάνη Χ.¹, Ψαρρής Α.¹, Θεοδωρά Μ.¹, Αντσακλής Π.¹, Σύνδος Μ.¹, Μπουργιώτη Χ.², Δασκαλάκης Γ.¹

¹Α' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

²Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Περίληψη

Ο επιπωματικός πλακούντας αποτελεί μια μαιευτική κατάσταση, η οποία απαντάται περίπου στο 0,5% όλων των κυήσεων. Ανήκει στο φάσμα των διαταραχών της θέσης πρόσφυσης, και αποτελεί αιτία σοβαρής μαιευτικής αιμορραγίας. Συχνά συνοδεύεται και από ανωμαλίες αναφορικά με το βάθος διήθησής του στο τοίχωμα της μήτρας. Παρουσιάζεται η περίπτωση διαχείρισης κύησης με επιπωματικό πλακούντα σε έδαφος γνωστής ενδομητρίωσης, με μαιευτικό ιστορικό δύο καισαρικών τομών. Η διάγνωση του επιπωματικού πλακούντα έγινε υπερηχογραφικά και επιβεβαιώθηκε με Μαγνητική Τομογραφία. Η τελευταία ανέδειξε εστίες ύποπτες για ενδομητρίωση τόσο στο κοιλιακό τοίχωμα όσο και στην περιοχή της ουλής της καισαρικής. Το εύρημα αυτό αποτέλεσε διαφοροδιαγνωστική πρόκληση, σχετικά με το εάν επρόκειτο για ενδομητρίωμα επί της ουλής της καισαρικής τομής ή τοπική εστία διείσδυσης του επιπωματικού πλακούντα επί αυτής. Διενεργήθηκε καισαρική τομή όπου, έγινε διατήρηση της μήτρας. Διεγχειρητικά, η αποκόλληση του πλακούντα ήταν ευχερής και διαπιστώθηκε ότι το εύρημα εν τέλει επρόκειτο ενδομητρωσικό ιστό επί της ουλής. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, η λεχωίδα και το νεογνό εξήλθαν την 5η μετεγχειρητική ημέρα. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού, επιχειρείται η σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση αντίστοιχων περιπτώσεων, κυρίως αναφορικά με τη διαγνωστική προσπέλαση αυτών. Κύρια πρόκληση, αποτελεί η εκτίμηση του βάθους διήθησης του πλακούντα, σε περιοχές όπου συνυπάρχουν ενδομητρίωματα.

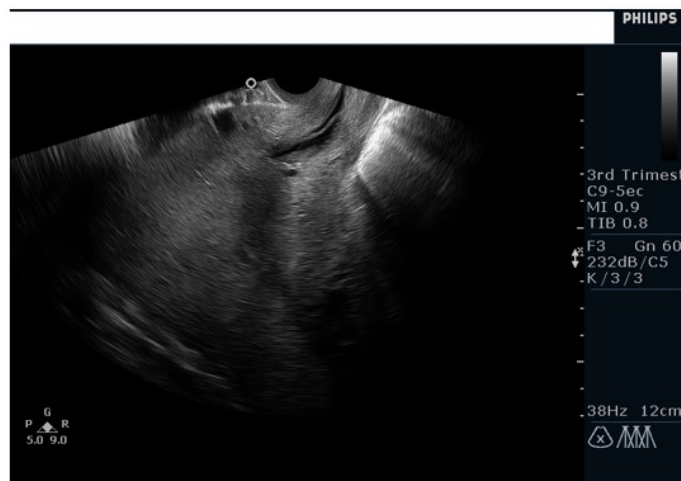
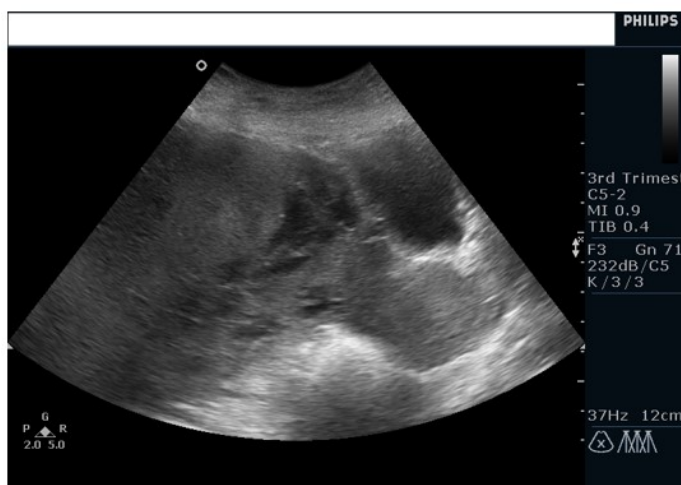
Εισαγωγή

Η ενδομητρίωση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία λειτουργικού ενδομητρικού ιστού εκτός της μήτρας (1). Συνήθεις θέσεις εντόπισης αποτελούν οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η ουροδόχος κύστη, η περιτοναϊκή κοιλότητα, οι εντερικές έλικες και σπανιότερα οι πνεύμονες. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είναι περίπου 5-15 %. Ο επιπωματικός πλακούντας, ανήκει στο φάσμα των διαταραχών της θέσης πρόσφυσης. Ο επιπολασμός του στις τελειόμηνες κύησεις φαίνεται να είναι περίπου 1 στις 200 κύησεις (2). Επιπλέον, όταν συνυπάρχει επιπλοκή με ανωμαλία στο βάθος διεσόδου του πλακούντα, η χειρουργική νοσηρότητα και θνησιμότητα αυξάνεται σημαντικά (3). Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι η ενδομητρίωση σχετίζεται σταθερά με υψηλότερο επιπολασμό επιπωματικού πλακούντα (3), τόσο λόγω δομικών ανωμαλιών στο ίδιο το μυομήτριο, όσο και λόγω αυξημένου επιπολασμού των μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής στον πληθυσμό αυτό και λόγω της αύξησης των τραυματικών επιφανειών (ουλή στο μυομήτριο μετά από αφαίρεση ενδομητριωσικών εστιών) (4). Στην παρούσα εργασία θα γίνει περιγραφή ενός περιστατικού διεκπεραίωσης τοκετού δια καισαρικής τομής, σε έγκυο με επιπωματικό πλακούντα σε έδαφος γνωστής ενδομητρίωσης.

Περιγραφή περίπτωσης

Τριτοτόκος έγκυος γυναίκα με φυσική σύλληψη, 25 ετών, με δύο καισαρικές τομές στο ιστορικό της, υπεβλήθη σε καισαρική τομή κατά την 34η εβδομάδα κύησης λόγω επιπωματικού πλακούντα. Κατά τη διάρκεια της κύησης παρουσίαζε διαλείπουσα σταγονοειδή κολπική αιμόρροια. Η έγκυος είχε γνωστό ιστορικό ενδομητρίωσης, με ασταθή εμμηνορρυσιακό κύκλο και μηννορραγίες. Από το ατομικό αναμνηστικό της, μετά την πρώτη καισαρική τομή, είχε υποβληθεί σε λαπαροσκοπική αφαίρεση εστιών ενδομητρίωσης από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η διάγνωση του επιπωματικού πλακούντα ετέθη αρχικά υπερηχογραφικά και επιβεβαιώθηκε με Μαγνητική Τομογραφία Κάτω Κοιλίας. Από τα απεικονιστικά ευρήματα, αναδείχθηκε πλακούντας αναπτυσσόμενος κυρίως στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας, καλύπτοντας όμως πλήρως το έσω τραχηλικό στόμιο και επεκτεινόμενος προσθίως μέχρι την ουλή της προηγηθείσας καισαρικής τομής. Ο πλακούς εμφάνιζε ετερογένεια του παρεγχύματος με αυξημένη αγγείωση στο αριστερό πλάγιο και στο κατώτερο τριτημόριο του σώματος της μήτρας. Παράλληλα, εντοπίστηκαν αλλοιώσεις με συμπαγή χαρακτηριστικά διαμέτρου 4,2cm και 1,4cm εντός του αριστερού ορθού κοιλιακού στο ύψος του ομφαλού και 1,6cm στην αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα, στο επίπεδο της χειρουργικής ουλής. Από την υπερηχογραφική εκτίμηση του πλακούντα παρατηρήθηκε εστιακή απώλεια της «διαυγούς ζώνης», λέπτυνση του μυομητρίου στο επίπεδο της ουλής της παλαιάς καισαρικής τομής, διάχυτη αιματική ροή και πλακουντιακές λίμνες, ευρήματα συμβατά με πιθανή διεσόδου στο σημείο της παλαιάς ουλής της καισαρικής (Εικόνες 1,2). Η έγκυος υπεβλήθη σε καισαρική τομή κατά την 34η εβδομάδα. Γεννήθηκε ένα ζων άρρεν έμβρυο και ακολούθησε

ευχερής αποκόλληση του πλακούντα. Αναγνωρίστηκε ενδομητριωσική εστία επί της ουλής της προηγηθείσας καισαρικής τομής. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η λεχώδα μαζί με το νεογνό σε καλή γενική κατάσταση, εξήλθαν από την κλινική την 5η μετεγχειρητική ημέρα.



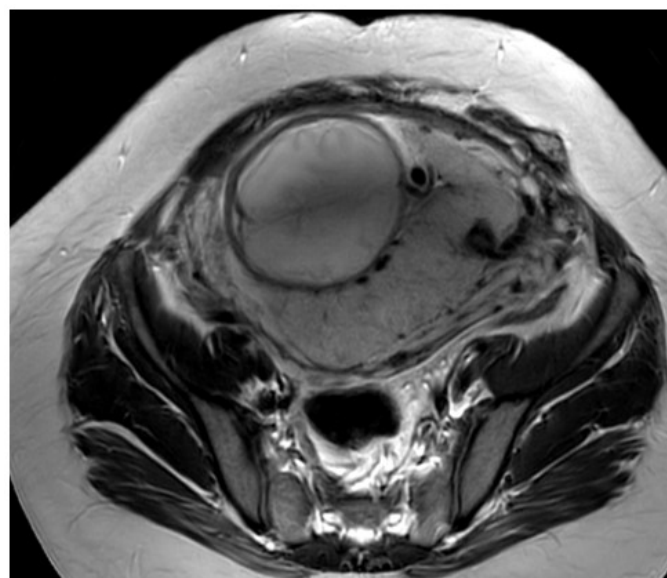
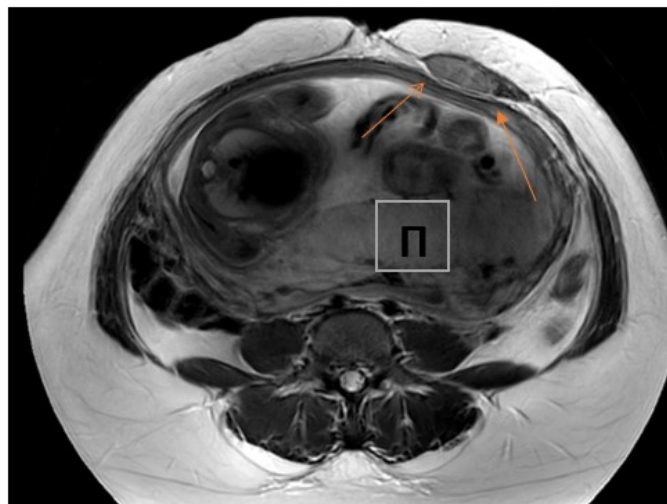
Εικόνα 1,2. Υπερηχογραφική απεικόνιση του επιπωματικού πλακούντα.

Συζήτηση

Η ενδομητρίωση είναι μια χρόνια νόσος που συχνά επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, με συμπτώματα όπως το έντονο καταμήνιο πυελικό άλγος, οι μηννορραγίες - μητρορραγίες, αλλά και η υπογονιμότητα. Είναι γεγονός, ότι η ενδομητρίωση αυξάνει την πιθανότητα επιπωματικού πλακούντα. Σε πρόσφατη αναδρομική μελέτη των Eider Gómez-Pereira et al, σημειώθηκε ότι λαμβάνοντας υπόψιν όλους τους τοκετούς, το ποσοστό επιπωματικού πλακούντα ήταν 1,35% στις γυναίκες με ενδομητρίωση έναντι 0,30% στις γυναίκες χωρίς ενδομητρίωση (5). Αρκετοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί γι' αυτό, όπως η ανώμαλη συστατικότητα του ενδομητρίου σε γυναίκες με ενδομητρίωση (6), τα αυξημένα ποσοστά εφαρμογής μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής (7) αλλά και οι χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υπόκεινται οι γυναίκες αυτές. Πώς όμως θα είμαστε σε θέση να διαφοροδιαγνώσουμε υπερηχογραφικά με αξιοπιστία, μια εστία ενδομητρίωσης από τον τοπικά διηθητικό πλακούντα, όταν οι δύο οντότητες είναι πιθανό να συνυπάρχουν; Η ιστολογική διάγνωση της

ενδομητρίωσης απαιτεί την παρουσία ενδομητρικών κυττάρων και στρώματος. Αυτό είναι εφικτό συνήθως μετά από λαπαροσκοπική εξαίρεση του ιστού και λήψη βιοψίας για παθολογοανατομική εξέτασή αυτού. Πριν από αυτό όμως, υπάρχουν απεικονιστικά ευρήματα μέσω υπερήχου και μαγνητικής τομογραφίας τα οποία συνηγορούν υπέρ της νόσου. Με το διακολπικό υπέρηχο, θα πρέπει να γίνεται συστηματική προσέγγιση των γυναικών στις οποίες υποπτευόμαστε εστίες ενδομητρίωσης. Σύμφωνα με την International Deep Endometriosis Analysis Group (IDEA) (8), τέσσερα σημεία πρέπει να ελέγχονται: (α) επισκόπηση της μήτρας και των εξαρτημάτων για σημεία αδενώσεως ή ενδομητρίωμα, (β) αναζήτηση σημείων διακολπικής ευαισθησίας κατά τις κινήσεις του ηχοβολέα καθώς και η κινητικότητα των ωθηκών, (γ) αξιολόγηση του Δουγλασειου χώρου για sliding sign, (δ) αξιολόγηση του οπισθίου και προσθίου διαμερίσματος για ενδομητρίωμα. Οι αλλοιώσεις που παρατηρούνται μπορεί να είναι κυστικές, πολυκυστικές, συμπαγείς ή μεικτές, παρουσιάζοντας μεγάλη ετερογένεια (9). Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να αναδείξει λεπτομερέστερα εικόνα οζιδίων ή μάζας, ή εικόνα ανώμαλης πάχυνσης τοιχωμάτων αναλόγως την εντόπιση του ενδομητρωσικού ιστού (10). Όσον αφορά στο διηθητικό πλακούντα, η μαγνητική τομογραφία συμπληρώνει διαγνωστικά τα ευρήματα του υπερήχου. Υπερηχογραφικά, οι παράμετροι που ελέγχονται και τάσσονται υπέρ του διηθητικού πλακούντα είναι η απώλεια της «διαυγούς ζώνης», η λέπτυνση του μυομητρίου, πολλαπλές ανώμαλες πλακουντιακές «λίμνες» με στροβιλώδη αιματική ροή, λέπτυνση του διαστήματος ανάμεσα σε μήτρα και ουροδόχο κύστη, εστιακή πάχυνση του πλακούντα με εικόνα μάζας που διηθεί γειτονικό όργανο, τυπικά την ουροδόχο κύστη (11). Με τη μαγνητική τομογραφία, αναζητούμε ετερογένεια στην ένταση του σήματος του πλακούντα, εικόνα διόγκωσης της μήτρας και ασαφιοποίηση των ορίων της, εστιακές διακοπές του τοιχώματός της, αλλά και ακριβέστερη εικόνα διήθησης παρακείμενων ιστών (11). Όταν οι δύο οντότητες συνυπάρχουν, είναι αρκετά δυσχερής η απεικονιστική διαφοροδιάγνωση ενός ενδομητρίωματος από μια εστιακή διήθηση του πλακούντα. Υπερηχογραφικά, τα ενδομητρίωματα που εδράζονται σε συμπαγή όργανα, έχουν συνήθως την εικόνα υποηχογενούς όζου καλά περιγεγραμμένου, ή υποηχογενούς μάζας με ακαθόριστα όρια και φτωχή αγγείωση στο Doppler (12). Από την άλλη, στην περίπτωση του διηθητικού πλακούντα, ασαφιοποιούνται τα όρια των ιστών στα σημεία διήθησης. Ο πλακούντας διηθεί παρακείμενες δομές δημιουργώντας μια οζώδη επιφάνεια, όπου συνήθως παρατηρούνται πλακουντιακές «λίμνες» και αυξημένη αγγείωση στο Doppler (13). Στη δική μας περίπτωση, τα υπερηχογραφικά κριτήρια συνηγορούσαν στην ύπαρξη διηθητικού πλακούντα, λόγω απώλειας της «διαυγούς ζώνης», λέπτυνσης του μυομητρίου και στροβιλώδους αιματική ροή μέσα στις πλακουντιακές λίμνες, ενώ απεικονιζόταν πιθανή εστιακή διήθηση της ουλής της καισαρικής. Η μαγνητική τομογραφία συμπληρωματικά, ανέδειξε αυξημένη πλακουντιακή αγγείωση αλλά και κάποιες συμπαγείς αλλοιώσεις, μία εκ των οποίων εντοπιζόταν επί της ουλής της καισαρικής τομής. Ο

πλακούντας, ως επιπωματικός, κάλυπτε πλήρως το έσω τραχηλικό στόμιο όπως και την ουλή της προηγηθείσας καισαρικής τομής, δυσχεραίνοντας τη διάγνωσή μας, σχετικά με τον εάν πρόκειται για ένα ενδομητρίωμα ή εάν ο πλακούντας διηθεί τοπικά την ουλή της προηγηθείσας καισαρικής τομής, δημιουργώντας την εικόνα εξωφυτικής συμπαγούς μάζας. Διεγχειρητικά, η αποκόλληση του πλακούντα ήταν ευχερής, χωρίς εικόνα διείσδυσης.



Εικόνα 3,4: 24-ετών έγκυος στην 32η εβδομάδα κύησης (Α) Εγκάρσια T2 προσανατολισμού ακολουθία όπου απεικονίζεται μάζα μαλακών μοριών έντασης σήματος όμοιας του πλακουντικού παρεγχύματος (π) εντός του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός στο επίπεδο της άνω κοιλίας (βέλη) (Β) Εγκάρσια T2 προσανατολισμού ακολουθία της ίδιας ασθενούς, όπου απεικονίζεται και έτερη παρόμοιας φύσεως αλλοίωση εντός του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός στο επίπεδο της πυέλου (βέλος). Τα ευρήματα είναι συμβατά με έκτοπο ενδομητρικό ιστό με φαρταποίηση

Συμπεράσματα

Οι γυναίκες με ενδομητρίωση, είναι πιθανότερο να εμφανίσουν τόσο επιπωματικό όσο και διεισδυτικό πλακούντα κατά την κύηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (14). Όταν τα παραπάνω συνυπάρχουν, η τελική διάγνωση αποτελεί μια πρόκληση. Όπως είδαμε και στην περίπτωσή μας, τα απεικονιστικά ευρήματα

τόσο μέσω υπερήχου όσο και με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας μας, έδωσαν αρκετές πληροφορίες σχετικά με την ακριβή θέση του πλακούντα και των συμπαγών οζιδίων. Η αξιόπιστη διαφορική διάγνωση μεταξύ εστίας ενδομητρίωσης ή εστιακής διείσδυση του πλακούντα είναι υψίστης σημασίας για την ορθή διαχείριση του περιστατικού. Διεγχειρητικά ο διεισδυτικός πλακούντας μπορεί να συνοδεύεται από έντονη αιμορραγία η οποία αν δεν ελεγχθεί ίσως οδηγήσει σε μαιευτική υστερεκτομή. Αντιθέτως, η ύπαρξη ενδομητριοσικών εστιών απαιτεί προεγχειρητική χαρτογράφηση ώστε να αφαιρεθούν όλες οι ενδομητριοσικές εστίες διεγχειρητικά. Η εκτίμηση δύσκολων περιστατικών θα πρέπει να γίνεται σε κέντρα αναφοράς με εμπειρία στην υπερηχογραφική εκτίμηση και των δύο οντοτήτων, ενώ επικουρικά θα πρέπει να γίνεται μαγνητική τομογραφία από ακτινολόγους με γνώση των ιδιαιτεροτήτων του διεισδυτικού πλακούντα.

Endometriosis and Placenta Previa: Scar infiltration or endometriosis foci?

Karasmani C.¹, Psarris A.¹, Theodora M.¹, Antsaklis P.¹, Sindos M.¹, Mpourgioti C.², Daskalakis G.¹

¹1st Department of Obstetrics and Gynecology, University of Athens, Alexandra Hospital

²1st Department of Radiology, University of Athens, Aretaieio Hospital

Abstract

Placenta previa is an obstetric condition, which occurs in about 0.5% of all pregnancies. It belongs to the spectrum of adhesive position disorders, and is a cause of severe obstetric hemorrhage. It is often associated with abnormalities considering the depth of infiltration of the uterine wall. We report a rare case considering the management of a pregnancy with placenta previa and underlying endometriosis, with an obstetric history of two caesarean sections. The diagnosis of the placenta previa was initially made via ultrasound and was confirmed by MRI. The latter showed foci of endometriosis both in the abdominal wall and in the area of the previous caesarean scar. This finding was a differential diagnostic challenge as to whether it concerned an endometrioma on the caesarean scar or a local focus of infiltration of the placenta previa on it. A caesarean section was performed where the uterus was preserved. Intraoperatively, placental detachment was easy and the finding was ultimately considered to be endometrial tissue on the scar. The postoperative course was smooth, the puerpera and the neonate were discharged on postoperative day 5. In this paper, after the presentation of the case, a brief literature review of corresponding cases is attempted, mainly regarding the diagnostic approach. The main challenge, is the assessment of the depth of placental infiltration, in areas where endometriomas coexist.

Βιβλιογραφία

- Laganà AS, Garzon S, Götte M, Viganò P, Franchi M, Ghezzi F, et al. The Pathogenesis of Endometriosis: Molecular and Cell Biology Insights. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019 Nov 2 [cited 2023 Apr 22];20(22). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717614/>
- Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. *BJOG* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2023 Apr 22];126(1):e1–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30260097/>
- Matsuzaki S, Nagase Y, Ueda Y, Kakuda M, Maeda M, Matsuzaki S, et al. Placenta previa complicated with endometriosis: Contemporary clinical management, molecular mechanisms, and future research opportunities. *Biomedicine* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Apr 22];9(11). Available from: [/pmc/articles/PMC8614896/](https://pmc/articles/PMC8614896/)
- Berlac JF, Hartwell D, Skovlund CW, Langhoff-Roos J, Lidgaard Ø. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Apr 23];96(6):751–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13111>
- Gómez-Pereira E, Burgos J, Mendoza R, Pérez-Ruiz I, Olaso F, García D, et al. Endometriosis Increases the Risk of Placenta Previa in Both IVF Pregnancies and the General Obstetric Population. *Reproductive Sciences* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Apr 22];30(3):854–64. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s43032-022-01054-2>
- Bulletti C, Ziegler D De, Polli V, Del Ferro E, Palini S, Flamigni C. Characteristics of uterine contractility during menses in women with mild to moderate endometriosis. *Fertil Steril* [Internet]. 2002 [cited 2023 Apr 23];77(6):1156–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12057721/>
- Maggiore ULR, Ferrero S, Mangili G, Bergamini A, Inversetti A, Giorgione V, et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2023 Apr 23];22(1):70–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26450609/>
- Guerrero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone FPG, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2023 May 1];48(3):318–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349699/>
- Walsh JW, Taylor KJW, Rosenfield AT. Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis. *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 1979 [cited 2023 May 1];132(1):87–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/103411/>

10. Bazot M, Daraï E. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertil Steril* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2023 May 1];108(6):886–94. Available from: <http://www.fertstert.org/article/S0015028217319969/fulltext>
11. Maher MA, Abdelaziz A, Bazeed MF. Diagnostic accuracy of ultrasound and MRI in the prenatal diagnosis of placenta accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2023 May 1];92(9):1017–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12187>
12. Oliveira JGA de, Bonfada V, Zanella J de FP, Coser J. Transvaginal ultrasound in deep endometriosis: pictorial essay. *Radiol Bras* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 May 4];52(5):337. Available from: </pmc/articles/PMC6808616/>
13. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, Rao A, Carroll I, Barth R, et al. Prenatal Diagnosis of Placenta Accreta: Sonography or Magnetic Resonance Imaging? *J Ultrasound Med* [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2023 May 4];27(9):1275. Available from: </pmc/articles/PMC2743470/>
14. Matsuzaki S, Ueda Y, Nagase Y, Matsuzaki S, Kakuda M, Kakuda S, et al. Placenta Accreta Spectrum Disorder Complicated with Endometriosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomedicines* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 May 2];10(2):390. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9059/10/2/390/htm>