

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E
położnictwo

Łożysko przerośnięte – poważne powikłanie położnicze pomimo prawidłowej diagnozy – opis przypadku

Placenta percreta – a severe obstetric complication despite correct diagnosis – a case report

Karolina Gruca-Stryjak, Mariola Ropacka-Lesiak, Grzegorz Bręborowicz

Klinika Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny, Poznań, Polska

Streszczenie

Praca analizuje przypadek ciężarnej, która przebyła uprzednio 2 cięcia cesarskie. Została przyjęta do szpitala z powodu krwawienia z dróg rodnych. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono łożysko pokrywające w całości ujście wewnętrzne. Łożysko charakteryzowało się nieco niejednorodną echogenicznością z widocznymi obszarami hipoechogenicznymi o nieregularnym obrysie oraz zatartej granicy pomiędzy łożyskiem a szyjką macicy. Na granicy łożyska, szyjki i pęcherza widoczna była bogata waskularyzacja. Kolejno wykonana cystoskopia wykazała silne przekrwienie okolicy cewki moczowej. Na ścianie tylnej pęcherza moczowego uwidoczniono nieznacznie wzmożony rysunek naczyniowy, co jednoznacznie nie pozwalało na potwierdzenie lub wykluczenie wrastania łożyska w ścianę pęcherza moczowego.

W 38 t.c. zaplanowano elektywne cięcie cesarskie. Zaproponowano wykonanie cięcia w sposób klasyczny z pozostawieniem łożyska w jamie macicy. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono znacznie poszerzony rysunek naczyń w okolicy rozdętego dolnego odcinka oraz znaczną waskularyzację w okolicy pęcherza moczowego. Wykonano nacięcie macicy w dniu z przejściem na tylną ścianę. Urodzono płód płci żeńskiej o masie 2950g Ap 10,10. Następnie podwiązano pępowinę szwami niewchłanianymi i włożono ją do jamy macicy. Jednakże z uwagi na pojawienie się utrzymującego się obfitego krwawienia z dróg rodnych w ciągu kilkunastominutowej obserwacji od zakończenia cięcia cesarskiego zdecydowano o wykonaniu histerektomii położniczej. W trakcie relaparotomii po stronie prawej po zsunięciu załamka pęcherzowo-macicznego uwidoczniono fragmenty łożyska. W trakcie operacji doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego oraz lewego moczowodu. Po usunięciu macicy założono szew kąpiuchowy na pęcherz moczowy. Po przybyciu urologa zespolono moczowód lewy koniec do końca na cewniku pigtaila. W 3 godzinie operacji doszło do zatrzymania krążenia w obrazie migotania komór. Rozpoczęta niezwłoczna resuscytacja z dwukrotną defibrylacją pozwoliła na przywrócenie prawidłowej czynności układu krążenia.

Adres do korespondencji:

Mariola Ropacka-Lesiak
Klinika Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny
60-535 Poznań, ul. Polna 33, tel. 61 84-19-283
mariolaropacka@poczta.onet.pl

Otrzymano: 30.08.2014
Zaakceptowano do druku: 30.10.2014

Karolina Gruca-Stryjak et al. Łożysko przerośnięte – poważne powikłanie położnicze pomimo prawidłowej diagnozy – opis przypadku.

Ocena całkowitej utraty krwi w trakcie operacji wynosiła 3000 - 4000 ml. W trakcie operacji przetoczono 10j. masy erytrocytarnej, 7j. świeżo mrożonego osocza, 4j. krioprecypitatu. W trakcie pobytu na oddziale położniczym kontynuowano antybiotykoterapię oraz leczenie p/zakrzepowe. W kolejnych dobach połogu wystąpiła poliuria, której towarzyszyły zaburzenia elektrolitowe w surowicy i moczu. W leczeniu zastosowano wazopresynę, wyrównanie poziomu elektrolitów. W 10 dobie połogu usunięto cewnik moczowy, uzyskano wyraźną poprawę i stabilizację funkcji nerek oraz stanu zdrowia położnicy. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym w 19 dobie połogu została zwolniona do domu.

Wzrastający odsetek cięć cesarskich może być przyczyną w przyszłości wzrastającej liczby przypadków nieprawidłowej placentacji. Nieprawidłowa placentacja jest jednym z najpoważniejszych czynników ryzyka wystąpienia poważnych powikłań położniczych, w tym masywnego krwotoku okołoporodowego, który może prowadzić do zaburzeń perfuzji narządowej z zatrzymaniem akcji serca włącznie. Dlatego też, tak ważna jest prenatalna diagnostyka i rozpoznanie zaburzeń placentacji przed porodem, tak aby w odpowiedni sposób zaplanować termin, miejsce, sposób porodu, zapewnić dostępność wysoce wykwalifikowanych specjalistów z zakresu położnictwa i anestezjologii, jak i przygotować odpowiednią ilość preparatów krwiopochodnych i krwiozastępczych.

**Słowa kluczowe: łożysko przerośnięte / krwotok poporodowy / histerektomia położnicza /
/ nagle zatrzymanie krążenia / niewydolność nerek /**

Abstract

This paper presents a case of a pregnant woman with a history of two cesarean sections. The patient was admitted to the hospital because of vaginal bleeding. The ultrasound revealed a placenta covering the internal os. The placenta was characterized by heterogeneous echogenicity, with visible irregular hypoechogenic areas and blurred border between the placenta and the cervix. Rich vascularity was observed on the border of the placenta, urethra and the urinary bladder. Cystoscopy showed severe congestion around the urethra. On the back wall of the bladder a slightly increased vascularity was seen, which did not allow to confirm or exclude placental ingrowth in the urinary bladder.

At 38 weeks, the patient was scheduled for an elective cesarean section. A classic perpendicular incision and leaving the placenta in the uterine cavity were proposed.

After opening the abdomen, a strong vascularization in the region of lower part of the uterus and the urinary bladder was seen. Uterine incision in the fundus and the posterior wall was performed. A female fetus (weight: 2950g, Apgar: 10,10) was born. Then, the umbilical cord was ligated with non-absorbable suture and inserted back into the uterus. However, due to the presence of abundant and persistent vaginal bleeding during the next few minutes, conversion to obstetric hysterectomy was required. During relaparotomy, fragments of the placenta appeared on the right side after sliding the urinary bladder. The bladder and the left ureter were damaged during surgery. The urinary bladder was sewn after removal of the uterus. Next, the urologist anastomosed end-to-end the left ureter on the pigtail catheter. In the third hour of operation, cardiac arrest was caused by ventricular fibrillation. Immediate resuscitation with defibrillation allowed to restore normal function of the cardiovascular system. Total blood loss during the operation was 3000-4000 ml. During surgery, 10 units of packed RBCs, 7 units of fresh frozen plasma, and 4 units of cryoprecipitate were transfused. The patient received antibiotics and anticoagulation therapy. Polyuria was diagnosed in the following days of puerperium, accompanied by electrolyte disturbances in serum and urine. The patient was treated with vasopressin and the electrolyte disturbances were corrected. On day 10 postpartum, the urinary catheter was removed, and clear, significant improvement and stabilization of renal function and patient health were obtained. The patient was discharged from the hospital on day 19 of the puerperium.

In summary, it is clear that the steadily increasing rate of cesarean deliveries may result in the future in an increased number of abnormal placentation cases. Abnormal placentation is one of the most important risk factors of severe obstetric complications, including perinatal massive hemorrhage, which can lead to abnormal organ perfusion with cardiac arrest. Therefore, prenatal diagnosis and identification of abnormal placentation are vital in order to plan adequately the date, place, and mode of delivery, as well as to ensure the availability of highly qualified specialists in the field of obstetrics and anesthesia, and organize sufficient amount of blood products and blood substitutes.

**Key words: placenta percreta / postpartum hemorrhage / obstetrical hysterectomy /
/ cardiac arrest / renal failure /**

Karolina Gruca-Stryjak et al. Łożysko przerosnięte – poważne powikłanie położnicze pomimo prawidłowej diagnozy – opis przypadku.

Co roku na świecie umiera około jednego miliona kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. W Polsce w ostatnim dziesięcioleciu liczba zgonów matek osiągnęła średni poziom europejski tzn. około 10 zgonów na 100000 żywych urodzeń. Do najczęstszych przyczyn bezpośrednich należą: krwotoki (połowę stanowią powikłania łożyskowe), zakażenia (w tym wstrząs i poronienie septyczne) oraz zatory i powikłania nadciśnienia tętniczego. Do przyczyn pośrednich zaliczamy choroby zakrzepowozatorowe oraz choroby serca [1].

Krwotok okołoporodowy jest przyczyną zgonów około 150 000 kobiet na całym świecie. Niestety pomimo znacznego rozwoju medycyny nadal obserwuje się stały jego wzrost szczególnie w krajach rozwijających się [2]. Ten trend wzrostowy może być spowodowany: bardziej zaawansowanym wiekiem ciężarnej, ciążą wielopłodową oraz wzrastającym odsetkiem cięć cesarskich. W ciągu ostatniego dziesięciolecia częstość wykonywanych cięć cesarskich wzrasta z takich powodów jak: ciąża wielopłodowa, stan po leczeniu niepłodności, w tym po zapłodnieniu in vitro, zmniejszającego się odsetka porodów drogą pochwową w położeniu miednicowym oraz porodów fizjologicznych po przebytym cięciu cesarskim. Menacker i wsp w swojej 5 letniej obserwacji zauważyli, że aż 90% kobiet po uprzednim cięciu cesarskim nie podejmowało próby porodu drogami natury [3]. Powtórne cięcie cesarskie jest istotnym czynnikiem ryzyka nieprawidłowego zagnieżdżenia łożyska w kolejnej ciąży [4].

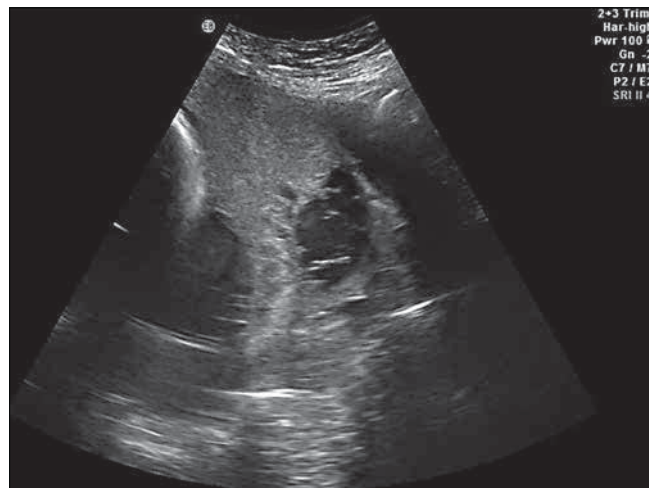
Rozpoznanie łożyska przoduującego jest wskazówką do rozszerzenia diagnostyki w kierunku nieprawidłowego zagnieżdżenia łożyska w obrębie ściany macicy. W zależności od głębokości penetracji kosmków w obrębie ściany macicy wyróżniamy następujące zaburzenia placentacji: *placenta accreta*, *increta* oraz *percreta* [5]. W tej ostatniej postaci istnieje możliwość penetracji do narządów sąsiednich np. pęcherza moczowego [2, 4-5]. U pacjentek z rozpoznaniem łożyskiem centralnie przoduującym po uprzednich cięciach cesarskich powikłania te występują z częstością ocenianą na ok. 3% po jednym cięciu cesarskim, 11% po dwóch, 40% po trzech, 61% po czterech i 67% po większej liczbie cięć cesarskich [6]. Jest ono skorelowane z wysokim ryzykiem wystąpienia krwotoku poporodowego z uwagi na słabą możliwość obkurczenia dolnego odcinka macicy po porodzie. Często konieczne jest wykonanie histerektomii położniczej w celu ratowania życia pacjentki [2, 4].

Celem pracy jest przedstawienie procesu diagnostyczno-leczniczego u pacjentki z łożyskiem centralnie przoduującym przerastającym mięśniówkę macicy, u której początkowo podjęto próbę postępowania zachowawczego, a następnie na skutek masywnego krwawienia wykonano histerektomię okołoporodową, w przebiegu której doszło do poważnych powikłań zagrażających życiu pacjentki.

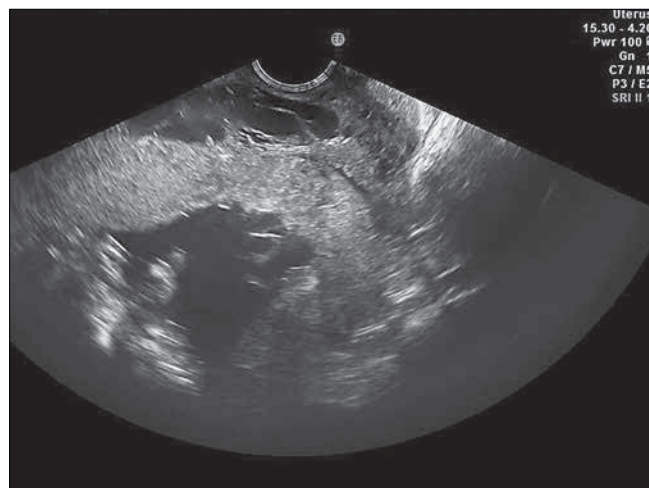
Opis przypadku

Pacjentka lat 32 w ciąży III tygodniu 27 została przekazana ze szpitala powiatowego z powodu krwawienia z dróg rodnych w przebiegu łożyska centralnie przoduującego.

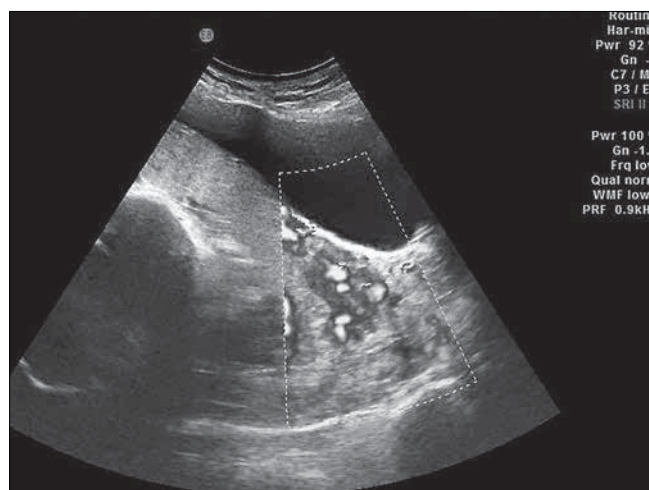
Ciężarna przeżyła uprzednio 2 cięcia cesarskie w 40 t.c. z powodu niewspółmierności porodowej oraz w 34 t.c. z powodu przedwczesnego oddzielenia łożyska. Po przyjęciu do szpitala stwierdzono krwawienie z ujścia wewnętrznego szyjki macicy. Długość szyjki macicy oceniono na 3 cm. Zapis KTG był w granicach normy.



Rycina 1. Niejednorodna echogeniczność łożyska centralnie przoduującego z widocznymi licznymi naczyniowymi lakunami między łożyskiem a ścianą macicy. (sonda brzuszna).



Rycina 2. Naczyniowe lakuny między łożyskiem a ścianą macicy, brak hipoechogenicznej warstwy reprezentującej fizjologiczną przestrzeń między łożyskiem a myometriem (sonda waginalna).



Rycina 3. Turbulentny przepływ krwi w przestrzeni maciczno-łożyskowej (sonda waginalna).

Karolina Gruca-Stryjak et al. Łożysko przerośnięte – poważne powikłanie położnicze pomimo prawidłowej diagnozy – opis przypadku.

W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono łożysko pokrywające w całości ujście wewnętrzne z centralnym przyczepem pępowiny. Łożysko charakteryzowało się nieco niejednorodną echogenicznością z widocznymi obszarami hipoechogennymi o nieregularnym obrysie oraz zatartej granicy pomiędzy łożyskiem a szyjką macicy (Rycina 1, 2). Na granicy łożyska, szyjki i pęcherza widoczna była bogata warskularyzacja (Rycina 3).

Kolejną wykonano cystoskopię, która wykazała silne przekrwienie okolicy cewki moczowej. Na ścianie tylnej pęcherza moczowego uwidoczniło się nieznacznie wzmożony rysunek naczyń, co jednoznacznie nie pozwalało na potwierdzenie lub wykluczenie wrastania łożyska w ścianę pęcherza moczowego.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niewielkiego stopnia niedokrwistość niewymagającą przetaczania preparatów krwiopochodnych. Pozostałe wyniki badań były prawidłowe. W 35 tygodniu ciąży pobrano posiew z pochwy. Nie wyhodowano paciorkowców beta-hemolizujących.

Zastosowano leczenie tokolityczne. Okresowo obserwowano niewielkie epizody plamienia/krwawienia z dróg rodnych. Powtórzono dawkę glikokortykosteroidów. W 38 t.c. zaplanowano elektywne cięcie cesarskie. Zaproponowano wykonanie cięcia w sposób klasyczny z pozostawieniem łożyska w jamie macicy.

Cięciem prostym w linii środkowej ciała warstwowo otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono znacznie poszerzony rysunek naczyń w okolicy rozдутego dolnego odcinka oraz znaczną warskularyzację w okolicy pęcherza moczowego. Wykonano nacięcie macicy w dnie z przejściem na tylną ścianę. Urodzono płód płci żeńskiej o masie 2950g Ap 10,10. Następnie podwiązano pępowinę szwami niewchłanianymi i włożono ją do jamy macicy. Nacięty mięsień macicy zeszyto dwuwarstwowo. Zamknięto jamę brzuszną. Jednakże z uwagi na narastanie obfitego krwawienia z dróg rodnych w ciągu kilkunastominutowej obserwacji od zakończenia cięcia cesarskiego zdecydowano o wykonaniu histerektomii położniczej. W trakcie relaparotomii stwierdzono, że dolny obkurczony odcinek macicy z pozostawionym łożyskiem stanowił 2/3 wielkości całej macicy. Po stronie prawej po zsunięciu załamka pęcherzowo-macicznego uwidoczniło się fragmenty łożyska. W trakcie operacji doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego oraz lewego moczowodu. Po usunięciu macicy założono szew kapciuchowy na pęcherz moczowy. Następnie zespolono moczowód lewy koniec do końca na cewniku pigtaila. W 3 godzinie operacji doszło do zatrzymania krążenia w obrazie migotania komór. Rozpoczęta niezwłoczna resuscytacja z dwukrotną defibrylacją pozwoliła na przywrócenie zatokowej czynności serca i krążenia krwi. Ocena całkowitej utraty krwi w trakcie operacji wynosiła 3500–4000 ml. W trakcie operacji przetoczono 10j. KKCz, 7j. FFP, 4j. KR, 1j. KKP. W trakcie kolejnych trzech dni w oddziale OIOM przetoczono dodatkowe 3j. KKCz.

W trakcie pobytu na oddziale położniczym kontynuowano antybiotykoterapię (Biofuroksym i Metronidazol), leczenie p/zakrzepowe (Clexane) oraz włączono Bromergon celem zahamowania laktacji. Z uwagi na zatrzymanie krążenia w trakcie operacji wykonano konsultację kardiologiczną, która nie wykazała zaburzeń kardiologicznych wymagających dodatkowej terapii. W kolejnych dobach położu wystąpiła poliuria (6 litrów moczu na dobę), której towarzyszyły zaburzenia elektrolitowe w surowicy i moczu. Obserwowano niskie stężenia potasu, wapnia i magnezu oraz białka całkowitego, natomiast podwyższone stężenia chloru i CRP. Włączono Tardyferon, Aspargin, Calcium oraz

Ciprofloksacynę oraz po konsultacji nefrologicznej wazopresynę (Minirin). W kontrolnym badaniu elektrolitów w moczu obserwowano hipopotasemię oraz hipochloremię. W trakcie leczenia wazopresyną okresowo ograniczono podaż płynów do 1,5 l/d. Wyrównano również niedobór białka przetaczając 20% albuminy i.v. W 10 dobie położu usunięto cewnik moczowy, uzyskano wyraźną poprawę i stabilizację funkcji nerek oraz stanu zdrowia położnicy. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym w 19 dobie położu została zwolniona do domu. Dwa tygodnie po opuszczeniu szpitala pacjentka konsultowana była przez urologa i usunięto cewnik pigtaila.

Dyskusja

Łożysko przyrośnięte (*placenta accreta*) określa nieprawidłową penetrację kosmków łożyskowych, które przechodzą przez warstwę endometrium dochodząc do warstwy mięśniowej. Łożysko wrośnięte (*placenta increta*) charakteryzuje się inwazją kosmków w obrębie warstwy mięśniowej, natomiast łożysko przerośnięte (*placenta percreta*) przerasta całą grubość mięśnia macicy aż do błony surowiczej z potencjalną możliwością naczyniowej inwazji do sąsiednich struktur.

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka jest przebyte cięcie cesarskie. Do innych czynników zwiększających ryzyko nieprawidłowej placentacji należą łyżeczowanie jamy macicy, histeroskopia operacyjna, myomektomia oraz ablacja endometrium [2, 4].

Dokładana etiologia na poziomie molekularnym nie została dotąd wyjaśniona, choć postuluje się, że może być ona związana z nieprawidłowościami w obrębie doczesnej podstawnej. W obrazie histologicznym charakterystyczny jest brak warstwy Nitabucha czyli warstwy fibryny stanowiącej granicę między błoną podstawną, a warstwą komórek trofoblastu. Uważa się, że w mechanizmie patofizjologicznym może brać udział nieprawidłowe stężenie tlenu w łożu tkankowym łożyska. Udowodniono, że blizna w obrębie mięśnia macicy, która jest obszarem słabo unaczynionym, a zatem również o niskim stężeniu tlenu, jest preferowanym miejscem implantacji zarodka [7]. Natomiast głębsza penetracja kosmków w łożysku wrośniętym i przerośniętym może być związana z rozejściem się istniejącej blizny [8].

Z drugiej strony nieprawidłowa placentacja może być związana z nadmierną inwazją trofoblastu. Komórki trofoblastyczne dokonujące inwazji endometrium należą do komórek jednojądrzastych. Na skutek fuzji tych komórek powstają wielojądrzaste olbrzymie komórki, które uważa się za ich końcowe stadium w procesie różnicowania. W przypadku nieprawidłowej placentacji możemy znaleźć niewielką populację tych olbrzymich komórek, które potencjalnie reprezentują „nieprawidłowe, agresywne” łożysko [9].

Nieprawidłowa placentacja diagnozowana jest w trakcie badania ultrasonograficznego w drugim trymestrze ciąży. Klasyczny obraz ultrasonograficzny to łożysko centralnie przodujące lub zlokalizowane na ścianie przedniej zachodzące na bliznę w mięśniu macicy. Cechy charakterystyczne obrazu ultrasonograficznego to liczne naczyniowe lakuny między łożyskiem a ścianą macicy, brak hipoechogenicznej warstwy reprezentującej fizjologiczną przestrzeń między łożyskiem a myometrium, brak wykształconego dolnego odcinka macicy między pęcherzem moczowym i łożyskiem oraz turbulentny przepływ krwi w przestrzeni maciczno-łożyskowej [2, 4, 10].

Karolina Gruca-Stryjak et al. Łożysko przerośnięte – poważne powikłanie położnicze pomimo prawidłowej diagnozy – opis przypadku.

Badanie ultrasonograficzne jest relatywnie czułym narzędziem diagnostycznym w nieprawidłowej placentacji. Bardzo trudne jest jednak ultrasonograficzne różnicowanie między placenta accreta a placenta increta. Wymaga ono precyzyjnej wizualizacji w odpowiedniej płaszczyźnie i dokładnego pomiaru w milimetrach głębokości inwazji kosmków. Ta diagnostyka różnicowa jest możliwa do przeprowadzenia dzięki zastosowaniu rezonansu magnetycznego. Najbardziej charakterystycznym wykładnikiem placenta accreta w skanach MRI jest obecność ciemnego podłożyskowego pasma, licznych ognisk o heterogenicznej intensywności sygnału w obrębie łożyska, miejscowych uwypukleń powierzchni macicy, brak fizjologicznej przestrzeni między łożyskiem a ścianą macicy [11]. Bardzo pomocne może okazać się badanie cystoskopowe szczególnie w przypadku placenta percreta, kiedy łożysko przerasta ścianę pęcherza moczowego. To badanie umożliwia uwidocznienie naczyń krwionośnych pochodzących z łożyska, a niekiedy całych fragmentów łożyska na wewnętrznej powierzchni ściany pęcherza moczowego [4, 12].

Po rozpoznaniu łożyska nieprawidłowego zagnieżdżonego należy zaplanować dalsze postępowanie terapeutyczne w okresie ciąży, jak również ustalić optymalny czas i sposób jej zakończenia. W okresie ciąży w przypadku braku obfitego krwawienia zaleca się postępowanie wyczekujące mające na celu osiągnięcia jak największej dojrzałości płodu. Elektywne cięcie cesarskie powinno zostać zaplanowane po osiągnięciu maksymalnej dojrzałości przez płód. Sugeruje się, że w przypadku łożyska przerośniętego należy rozważyć zakończenie ciąży około 36 t.c., w przypadku wrastającego ok. 37-38 t.c.

Możliwe są następujące sposoby postępowania:

- 1) okołoporodowa histerektomia, szczególnie w przypadkach masywnego krwawienia z miejsca umiejscowienia łożyska na skutek „jatrogennego” oddzielenia łożyska,
- 2) poród płodu bez dotykania łożyska (nacięcie tylnej ściany macicy od dna w przypadkach, gdy łożysko jest wrośnięte w ścianę przednią) i pozostawienie łożyska *in utero*,
- 3) okołoporodowa histerektomia bez oddzielania i dotykania łożyska, po uprzednim wydobyciu dziecka, w przypadku gdy rozpoznanie zostanie postawione w czasie cięcia cesarskiego,
- 4) lokalna resekcja ściany macicy z wrośniętym łożyskiem i pozostawienie macicy,
- 5) lokalne wewnątrzmaciczne szwy „zetki” do utrzymania hemostazy w niewielkim obszarze „zajętym przez wrośnięte łożysko”,
- 6) obustronne balonowe okluzje tętnic biodrowych wewnętrznych przed elektywnym cięciem cesarskim lub embolizacja tętnic macicznych [4, 14-17].

W opisywanym przez nas przypadku podjęliśmy próbę postępowania zachowawczego polegającego na wykonaniu klasycznego cięcia cesarskiego z pozostawieniem popłodu w jamie macicy. Niestety postępowanie to nie powiodło się. Z powodu obfitego krwawienia z dróg rodnych po cięciu cesarskim konieczna była ponowna natychmiastowa relaparotomia i usunięcie macicy. Operacje usunięcia macicy w okresie okołoporodowym są wykonywane zazwyczaj w trakcie masywnego krwawienia, są zawsze trudne technicznie i związane z dużym ryzykiem wystąpienia powikłań. W prezentowanym przypadku doszło do jatrogennego uszkodzenia pęcherza moczowego i moczowodu.

W konsekwencji dużej śródoperacyjnej utraty krwi doszło do zatrzymania krążenia. Niezwłoczna resuscytacja doprowadziła do powrotu zatokowej czynności serca. Wskutek tych powikłań doszło do zaburzeń ukrwienia narządów obwodowych, w tym głównie nerek, czego konsekwencją była ostra przednerkowa niewydolność nerek rozpoznana w okresie połogu.

Ostra przednerkowa niewydolność nerek jest spowodowana nagłym upośledzeniem perfuzji nerek na skutek zmniejszenia efektywnej objętości krwi krążącej. Powoduje to odruchowe pobudzenie układu współczulnego prowadzące do skurczu tętnicy doprowadzającej, co dalej skutkuje zmniejszeniem dopływu krwi do kłębuszka nerkowego i spadkiem przesączania kłębuszkowego. Cewki nerkowe reagują zwiększeniem wchłaniania zwrotnego sodu i wody [18]. W prezentowanej sytuacji klinicznej ostra niewydolność nerek spowodowana była znaczną utratą krwi w przebiegu krwotoku porodowego. W okresie wstępnym, który trwał około 4 godzin na skutek utraty krwi doszło do zaburzenia przesączania kłębuszkowego. W pierwszych dobach pooperacyjnych występował skąpomocz z zaburzeniami równowagi elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, w kolejnych dobach w trakcie pobytu na oddziale położniczym rozpoznaliśmy poliurię, a po około 10 dniach od zadziałania czynnika sprawczego rozpoczął się okres zdrowienia z normalizacją parametrów nerkowych i ilości wydalanego moczu. Obecna kontrola, tj. 6 miesięcy od momentu porodu, nie wykazała odchyłań od stanu prawidłowego.

Podsumowując, należy stwierdzić, że wzrastający odsetek cięć cesarskich może być przyczyną w przyszłości wzrastającej liczby przypadków nieprawidłowej placentacji. Nieprawidłowa placentacja jest jednym z najpoważniejszych czynników ryzyka wystąpienia poważnych powikłań położniczych, w tym masywnego krwotoku okołoporodowego, który może prowadzić do zaburzeń perfuzji narządowej z zatrzymaniem akcji serca włącznie. Dlatego też, tak ważna jest prenatalna diagnostyka i rozpoznanie zaburzeń placentacji przed porodem, tak aby w odpowiedni sposób zaplanować termin, miejsce, sposób porodu, zapewnić dostępność wysoce wykwalifikowanych specjalistów z zakresu położnictwa i anestezjologii, jak i przygotować odpowiednią ilość preparatów krwiopochodnych i krwiozastępczych.

Ze względu na brak standardów postępowania klinicznego każda kwalifikacja do zachowawczego typu leczenia powinna być rozpatrywana bardzo rozważnie.

Oświadczenie autorów:

1. Karolina Gruca-Stryjak – zebranie materiału, przygotowanie manuskryptu, współautor tekstu pracy, korekta i aktualizacja literatury – autor zgłaszający i odpowiedzialny za manuskrypt.
2. Mariola Ropacka-Lesiak – autor koncepcji i założeń pracy, przygotowanie manuskryptu.
3. Grzegorz H. Bręborowicz – ostateczna weryfikacja i akceptacja manuskryptu.

Źródło finansowania:

Praca nie była finansowana przez żadną instytucję naukowo-badawczą, stowarzyszenie ani inny podmiot, autorzy nie otrzymali żadnego grantu.

Konflikt interesów:

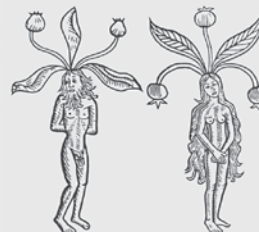
Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów oraz nie otrzymali żadnego wynagrodzenia związanego z powstawaniem pracy.

Karolina Gruca-Stryjak et al. Łożysko przerosnięte – poważne powikłanie położnicze pomimo prawidłowej diagnozy – opis przypadku.

KOMUNIKAT

Piśmiennictwo

1. Stawomir Janas. Analiza jakości opieki perinatalnej w Polsce w latach 1996-2010. Promotor: Bręborowicz G.H. Rozprawa doktorska. Poznań 2011.
2. Reitman E, Devine P, Laifer-Narin, [et al.]. Case scenario: Perioperative Management of a Multigravida at 34-week Gestation Diagnosed with Abnormal Placentation. *Anesthesiology*. 2011, 115, 852-857.
3. Menacker F, MacDorman MF, Declercq E. Neonatal mortality risk for repeat cesarean compared to vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States: 1998-2000 birth cohorts. *Matern Child Healths J*. 2010, 14, 147-154.
4. Bręborowicz GH, Markwitz W, Ropacka-Lesiak M, [et al.]. Zachowawcze postępowanie w placenta previa praecoxa przerastającym ścianę pęcherza moczowego-opis przypadku. *Ginekol Pol*. 2010, 81, 865-869.
5. Bręborowicz G, Ropacka-Lesiak M. Different approaches to therapy of abnormal implantation of placenta. *Arch Perinat Med*. 2013, 19 (2), 67-72.
6. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, [et al.]. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network: Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006, 107, 1226-1232.
7. Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy : Overlooked costs of the rising cesarean section rate. *Clin Perinatol*. 2008, 35, 519-529.
8. Ophir E, Singer-Jordan J, Odeh M, [et al.]. Abnormal placental invasion: A novel approach to treatment case report and review. *Obstet Gynecol Surv*. 2009, 64, 811-22.
9. Bauer ST, Bonanno C. Abnormal placentation. *Semin Perinatol*. 2009, 33,88-96.
10. Woodring T, Klausner C, Bofill J, [et al.]. Prediction of placenta accreta by ultrasonography and color Doppler imaging. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010, (in press).
11. Placios JJM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accrete: Surgical correlation of new findings. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005, 84, 716-724.
12. Konijeti R, Rajfer J, Askari A. Placenta praecoxa and the urologist. *Rev Urol*. 2009, 11, 173-176.
13. Kwaśniewska A, Stupak A. Leczenie zachowawcze placenta increta – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*. 2010, 4, 262-265.
14. Abbas F, Talati J, Wasti S, [et.al.]. Placenta praecoxa with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol*. 2000, 164, 1270-1274.
15. Hays A, Worley K, Roberts S. Conservative management of placenta praecoxa: experiences in two cases. *Obstet Gynecol*. 2008, 112, 425-426.
16. Luo G, Perni S, Jean-Pierre C, [et al.]. Failure of conservative management of placenta praecoxa. *J Perinat Med*. 2005, 33, 564-568.
17. Timmermans S, van Hof A, Duvekot J. Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv*. 2007, 62, 529-339.
18. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Kraków: *Medycyna Praktyczna*. 2006, 1255-1280

**Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej
Oddział Wielkopolski****Sekcja Perinatologii
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego****Klinika Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu****XV Poznańskie Dni
Medycyny Perinatalnej****PRAKTYCZNE ASPEKTY
FARMAKOTERAPII
PODCZAS CIĄŻY****Poznań, 15-16 kwietnia 2016 r.****Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 37A****Komitet Organizacyjny
G.H. Bręborowicz, M. Ropacka-Lesiak, W. Markwitz****Główne tematy sympozjum**

- Zasady farmakoterapii podczas ciąży
- Farmakoterapia płodu
- Podstawy teratologii
- Transport łożyskowy leków
- Krwotok w okresie okołoporodowym
- Ciąża wielopłodowa
- PROM
- Poród przedwczesny
- Choroby matki wikłające przebieg ciąży
- Stosowanie witamin podczas ciąży
- Szczepienia podczas ciąży
- Podstawy terapii w okresie laktacji
- Znieczulenie podczas ciąży i porodu
- Ciąża po technikach wspomaganego rozrodu

**Termin rejestracji – 31 stycznia 2016 r.
Termin nadsyłania prac – 31 stycznia 2016 r.****Szczegóły dotyczące rejestracji
www.ptmp.com.pl****Sekretariat sympozjum
Klinika Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: (061) 65 99 283, (061) 65 99 652
faks: (061) 65 99 204
e-mail: sekretariat.kpig@gpsk.am.poznan.pl**