

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δίλοβος πλακούντας με υμενώδη έκφυση ομφαλίου λώρου: περιγραφή περίπτωσης

Δ. Μητσάκου¹, Μ. Μπιτέλη², Χ. Καρδάση¹, Β. Μαρκάτου¹, Ι. Μπουρνούδη¹, Σ. Κουβελάς¹, Σ. Γκριτζέλη¹, Κ. Τζήμα¹, Μ. Ιωάννου², Καλαντζή¹

¹ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ² Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσία δίλοβου πλακούντα παρατηρείται στο 2-8% των πλακούντων και ορίζεται από την παρουσία δύο πλακούντων που διαχωρίζονται από μια μεμβράνη. Η υμενώδης έκφυση του ομφαλίου λώρου είναι μια κατάσταση που συμβαίνει στο 0,1% του συνόλου των κυήσεων και χαρακτηρίζεται από τον διαχωρισμό των αγγείων του ομφαλίου λώρου πριν την είσοδο αυτού στον πλακούντα. Η παρούσα εργασία αφορά μια κήση με δίλοβο πλακούντα και υμενώδη έκφυση του ομφαλίου λώρου αυτού σε δευτεροτόκο γυναίκα, 36+5 εβδομάδων που διαχειρίστηκε η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Λέξεις ευρετηρίου: υμενώδης έκφυση, ομφάλιος λώρος, δίλοβος πλακούντας

Δ. Μητσάκου, Μ. Μπιτέλη, Χ. Καρδάση, Β. Μαρκάτου, Ι. Μπουρνούδη, Σ. Κουβελάς, Σ. Γκριτζέλη, Κ. Τζήμα, Μ. Ιωάννου, Δ. Καλαντζή. Δίλοβος πλακούντας με υμενώδη έκφυση ομφαλίου λώρου: περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2023; 28(3): 431-437

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υμενώδης έκφυση του ομφαλίου λώρου και η παρουσία δίλοβου πλακούντα αποτελούν δύο ξεχωριστές καταστάσεις που παρατηρούνται σε μικρό ποσοστό κυήσεων και ακόμη πιο σπάνια μπορεί να συνυπάρχουν. Η βιβλιογραφία που υπάρχει μέχρι σήμερα είναι αρκετά περιορισμένη και υπάρχουν ελάχιστα καταγεγραμμένα περιστατικά κυήσεων με υμενώδη έκφυση του ομφαλίου λώρου σε δίλοβο πλακούντα. Τα περιστατικά αυτά αν και σπάνια, παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον λόγω των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν

στις κυήσεις αυτές. Η παρούσα εργασία αφορά μια τέτοια κήση με δίλοβο πλακούντα και υμενώδη έκφυση του ομφαλίου λώρου σε δευτεροτόκο γυναίκα, 36⁺⁵ εβδομάδων που προσήλθε ως επείγον περιστατικό στην Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Εγκυμονούσα 33 ετών, ΙΙ-τόκος με ηλικία κύησης 36⁺⁵ w προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών της Μαιευτικής Κλινικής του νοσοκομείου μας αιτιώμενη ωδίνες και κοιλιακή αιμόρροια, ενώ ανέφερε κνησμό σε άκρα και κορμό από 15ημέρου. Λαμβάνονται άμεσα τα ζωτικά σημεία της τα οποία ήταν εντός φυσιολογικών ορίων (Α.Π. 129/73 mmHg, παλμοί 73 bpm, SatO₂ 98%, θερμοκρασία 36,4°C) και διενεργείται υπερηχογραφικός έλεγχος από τον οποίο διαπιστώνεται ένα έμβρυο με θετική καρδιακή λειτουργία σε σχήμα κάθετο και κεφαλική προβολή, AFI στα 12 cm, πλακούντας οπίσθιος υψηλός grade II με υπερηχογραφικό σημείο πιθανής ανατομικής παραλλαγής δίλοβου και EFW 2500 gr (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα κατά την εισαγωγή.

Ακολούθησε μαιευτική εξέταση στην οποία παρατηρήθηκε κοιλιακή αιμόρροια δια του τραχηλικού στομίου και διαστολή πολυτόκου με άρρηκτο θυλάκιο. Η ασθενής τέθηκε σε συνεχές καρδιοτοκογράφημα στο

οποίο καταγράφηκαν ωδίνες κάθε 10 περίπου λεπτά και βασική γραμμή στις 140bpm με παρουσία επιταχύνσεων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο κατά την εισαγωγή παρατηρήθηκε τρανσαμινασαιμία και αύξηση χολικών οξέων (Πίνακας 1).

Η παρακολούθηση της κύησης γινόταν στα εξωτερικά ιατρεία Μαιευτικής Κλινικής περιφερειακού νοσοκομείου γειτονικής πόλης, στο οποίο η εγκυμονούσα είχε νοσηλευτεί προ 3 εβδομάδων και πάλι λόγω κοιλιακής αιμόρροιας, χωρίς ωστόσο να προσκομίζει ενημερωτικό σημείωμα από την νοσηλεία της. Κατά τον προγεννητικό εργαστηριακό έλεγχο είχε αρνητικό ιολογικό έλεγχο (HbsAg, anti-HCV, anti-HCV καθώς και RPR), αρνητική δοκιμασία δρεπάνωσης και ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, ενώ οι θυρεοειδικές ορμόνες ήταν φυσιολογικές και οι εξετάσεις για TO.R.C.H ήταν αρνητικές σε IgG και IgM, εκτός από τα IgG για Toxoplasma που ήταν θετικά. Είχε φυσιολογική καμπύλη σακχάρου και ελάμβανε φυλλικό οξύ, σίδηρο και ακετυλοσαλικυλικό οξύ των 100mg το οποίο και διέκοψε στις 33w.

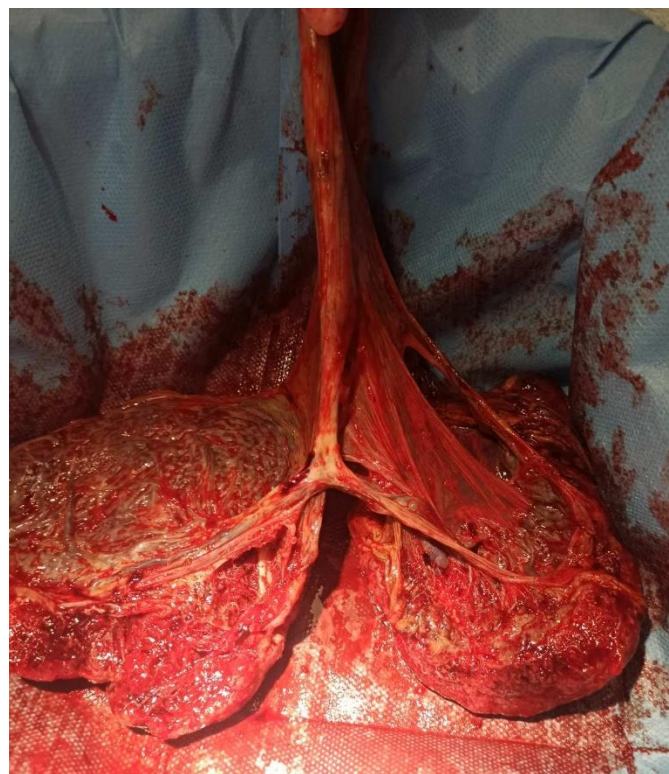
Από τον προγεννητικό υπερηχογραφικό έλεγχο δεν αναφερόταν κάποιο παθολογικό εύρημα τόσο στον έλεγχο του α' όσο και στον έλεγχο του β' επιπέδου, ωστόσο είχε γίνει σύσταση για λήψη ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Προσκόμισε υπερηχογράφημα ανάπτυξης από τις 33w με την ανάπτυξη του εμβρύου στη 23^η εκατοστιαία θέση και με φυσιολογικές αντιστάσεις στις ομφαλικές αρτηρίες, τη μέση εγκεφαλική αρτηρία, το φλεβώδη πόρο και τις μητριαίες αρτηρίες.

WBC	13.380	Cr	0.5	LDH	458
NEUT	76.7%	Ουρία	20	Na	139
HGB	12.8	SGPT	904	K	4.6
HCT	38.2	SGOT	539	APTT	30.3
PLT	181	Ουρικό οξύ	5.8	INR	1
GLU	62	Χολικά οξέα	21.1		

Πίνακας 1: Εργαστηριακός έλεγχος κατά την εισαγωγή.

Από το μαιευτικό ιστορικό, η εγκυμονούσα ανέφερε έναν φυσιολογικό τοκετό ενός τελειόμηνου νεογνού το 2011 με βάρος γέννησης 2800 gr και δεν είχε αυτόματες ή τεχνητές εκτρώσεις. Δεν παρουσίαζε αλλεργίες, δεν κάπνιζε και δεν ήταν χρήστρια εξαρτησιογόνων ουσιών. Είχε χειρουργηθεί με λαπαροτομία προ 2ετίας για αφαίρεση κυστικού μορφώματος αριστερής ωοθήκης, χωρίς ωστόσο να λάβει την ιστολογική απάντηση. Είχε εμβολιαστεί με δυο δόσεις για Covid-19.

Λόγω της κολπικής αιμόρροιας ακολούθησε επείγουσα καισαρική τομή με γέννηση ενός ζώντος θήλεος νεογνού με βάρος γέννησης 2.750gr. Το αμνιακό υγρό ήταν εντόνως κεχρωσμένο, ενώ ο πλακούντας που μακροσκοπικά έμοιαζε να αποτελείται από δύο ισομεγέθεις πλακούντες με υμενώδη έκφυση του ομφαλίου λώρου (Εικόνα 2) εστάλη προς ιστολογική εκτίμηση. Το νεογνό είχε μικρά αιμαγγειώματα στο ινίο και στην παρειά και το Apgar score του ήταν 8 στο 1^ο λεπτό και 9 στο 5^ο λεπτό.



Εικόνα 2. Ο πλακούντας αμέσως μετά την καισαρική τομή.

Η λεχώρα είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία με πλήρη υποχώρηση του κνημού. Διεξήχθη υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλίας όπου διαπιστώθηκε λασιώδες περιεχόμενο στη χοληδόχο κύστη, χωρίς λιθίαση ή πάχος του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης. Τα ενδοηπατικά και εξωηπατικά αγγεία περιεγράφηκαν χωρίς διάταση, ενώ

παρατηρήθηκαν 3 υπερηχογενή μορφώματα με το μεγαλύτερο διαμέτρου 1,3 εκ στο δεξιό λοβό του ήπατος, πιθανώς συμβατά με αιμαγγειώματα. Η λεχωίδα εξήλθε την 4^η μετεγχειρητική ημέρα με οδηγίες για συνέχιση αντιπηκτικής και αντιβιοτικής αγωγής, καθώς και λήψης σιδήρου. Έγινε σύσταση για εκτίμηση των ευρημάτων του υπερήχου στο ηπατολογικό ιατρείο του νοσοκομείου και επανεκτίμηση της ίδιας στα εξωτερικά ιατρεία της μαιευτικής κλινικής σε 40 ημέρες.

Λίγες ημέρες αργότερα παρελήφθη και το πόρισμα της ιστολογικής εκτίμησης του πλακούντα με επιβεβαίωση της υποψίας που είχε τεθεί. Κατά την μακροσκοπική περιγραφή του παρασκευάσματος (Εικόνες 3 και 4) παρατηρήθηκε δίλοβος πλακούντας βάρους 405 γρ. Οι διαστάσεις του πρώτου λοβού ήταν 9x10x2,5 εκ. και του δεύτερου λοβού 11x9x2,5 εκ. Αναγνωρίστηκε ακόμη ομφάλιος λώρος μήκους 21 εκ. ο οποίος διχαζόταν σε δύο επιμέρους κλάδους 5 εκ. και 3,5 εκ. αντίστοιχα. Κατά την επισκόπηση αναγνωρίστηκε επίσης υμένας βαθυέρυθρος, καστανόφαιης χροιάς σε συνέχεια με τους πλακούντες. Στον ομφάλιο λώρο και 19 εκ. από το χειρουργικό όριο παρατηρήθηκε υμενώδης έκφυση μέχρι το διχασμό. Στον πρώτο κλάδο (των 5 εκ.) αναγνωρίστηκε ρήξη του τοιχώματος σε έκταση 1,2 εκ. Ο κεντρικός ομφάλιος λώρος ήταν αποπλατυσμένος με κατά τόπους βαθυέρυθρες εστίες. Αναγνωρίστηκαν τρία αγγεία. Κατά τις διατομές και κατά μήκος του κεντρικού ομφάλιου λώρου παρατηρήθηκε ανισομεγέθης διεύρυνση των αγγείων με αιμορραγικό περιεχόμενο σε όλο το μήκος. Κατά τις διατομές του κάθε πλακούντα παρατηρήθηκαν λάχνες, ενώ το συνολικό μήκος

του ομφάλιου λώρου ήταν 21 εκ. Συγκεκριμένα, αναγνωρίστηκε πλακούντας 3^{ου} τριμήνου με εστίες ίνωσης και συμφόρησης των χοριακών λαχνών, εναποθέσεις ινικής ή οίδημα στον μεσολάχιο χώρο και εστιακά αλλοιώσεις χοριοαμνιονιτίδας. Παρατηρήθηκε επίσης υμενώδης έκφυση του ομφάλιου λώρου με παρουσία θρόμβου στην φλέβα.



Εικόνα 3. Ανατομικό παρασκεύασμα του πλακούντα. Παρατηρούνται οι δύο λοβοί του πλακούντα.



Εικόνα 4. Ανατομικό παρασκεύασμα του πλακούντα. Παρατηρείται η υμενώδης έκφυση του ομφάλιου λώρου.

ΣΧΟΛΙΟ

Ο δилоβος πλακούντας είναι ένας πλακούντας με δύο περίπου ίσου μεγέθους λοβούς που χωρίζονται από μια μεμβράνη. Εμφανίζεται στο 2% έως 8% των πλακούντων [1]. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ομφάλιος λώρος μπορεί να εισαχθεί είτε στον ένα λοβό, είτε ανάμεσα στους λοβούς [1]. Αν και δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμβρυϊκών ανωμαλιών, οι δилоβοι πλακούντες μπορεί να συσχετιστούν με αιμορραγία πρώτου τριμήνου, πολυϋδράμνιο, αποκόλληση του πλακούντα και κατακράτηση αυτού [1]. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2007 στα κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανάπτυξη του δилоβου πλακούντα περιλαμβάνονται η ηλικία της μητέρας μεγαλύτερη ή ίση με 35 έτη και το ιστορικό υπογονιμότητας και επίτευξης κύησης με εξωσωματική γονιμοποίηση [2]. Στην ίδια μελέτη τα ποσοστά μη καθησυχαστικού καρδιοτοκογραφήματος, προδρομικών αγγείων, αιμορραγίας μετά τον τοκετό και κατακράτησης πλακούντα ήταν σημαντικά αυξημένα στην ομάδα των κυήσεων με δилоβο πλακούντα σε σχέση με τις κυήσεις χωρίς παθολογία του πλακούντα [2]. Γι' αυτό και η προγεννητική διάγνωση αυτής της κατάστασης κρίνεται σημαντική προκειμένου να αποφευχθούν δυσμενείς εκβάσεις στην κύηση.

Η υμενώδης έκφυση του ομφάλιου λώρου ορίζεται ως η διακλάδωση (furcation) αυτού πριν από την είσοδό του στον πλακούντα και επηρεάζει το 0,16% των κυήσεων [3]. Το σημείο εισόδου βρίσκεται στο κέντρο του πλακούντα στο 75% των περιπτώσεων, όπως συνέβη και στην δική μας περίπτωση, αλλά μπορεί η έκφυση να είναι και έκκεντρη [3].

Καθώς ο ομφάλιος λώρος διαχωρίζεται στα επιμέρους αγγεία του, αυτά επιπλέον ελεύθερα μέσα στο αμνιακό υγρό πριν από την είσοδό τους στον πλακούντα, περιβαλλόμενα από μία και μόνο αναδίπλωση του αμνίου [3]. Η υμενώδης έκφυση παρατηρείται συνήθως 1-4 cm πριν την είσοδο του ομφάλιου λώρου στον πλακούντα, αλλά μπορεί να απέχει έως και 18 cm από την επιφάνειά του πλακούντα σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, [3]. Βασικό χαρακτηριστικό της υμενώδους έκφυσης είναι η έλλειψη της τυπικής ελικοειδούς δομής καθώς και του υποστηρικτικού περιβλήματος της πηκτής του Wharton, του βλενωδούς συνδετικού ιστού που περιβάλλει υπό φυσιολογικές συνθήκες όλο το μήκος του ομφάλιου λώρου [3]. Εξαιτίας αυτών των ελλειμάτων, τα αγγεία είναι επιρρεπή σε αγγειακό τραυματισμό, συμπεριλαμβανομένης της θρόμβωσης, της συμπίεσης, της ρήξης και της αιμορραγίας, ενώ είναι ακόμη πιθανό και το ενδεχόμενο του ενδομήτριου εμβρυϊκού θανάτου [3]. Σε μερικές περιπτώσεις υμενώδους έκφυσης του ομφάλιου, τα πλακουντιακά αγγεία υπέρκεινται του τραχήλου, εβρισκόμενα μεταξύ τραχήλου και προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και στηρίζονται μόνο σε εμβρυϊκούς υμένες [3]. Τότε χαρακτηρίζονται ως προδρομικά αγγεία και είναι ευάλωτα όχι μόνο σε συμπίεση, που οδηγεί σε εμβρυϊκή υποξία, αλλά και σε τρώση, που μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυϊκή αιμορραγία. Αποτελεί ασυνήθη επιπλοκή, με τη συχνότητα να ανέρχεται σε 1 στις 5.200 κυήσεις, ενώ σε ένα 33% των περιπτώσεων συνυπάρχει και δилоβος πλακούντας [4]. Η υμενώδης έκφυση του ομφάλιου λώρου σχετίζεται επίσης και με άλλες εμβρυϊκές δυσπλασίες, καθώς και με περιορισμό της ενδομήτριας ανάπτυξης (IUGR) [3, 5]. Η

προγεννητική διάγνωση της υμενώδους έκφρασης του ομφαλίου είναι αρκετά

περιορισμένη και συνήθως η διάγνωση τίθεται μετά τον τοκετό [3].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kimberly M. Rathbun; Jason P. Hildebrand. Placenta Abnormalities. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022
2. Suzuki S, Igarashi M. Clinical significance of pregnancies with succenturiate lobes of placenta. Arch Gynecol Obstet. 2008;277(4):299-301.
3. Smith M, McCullum B. Furcate umbilical cord insertion with a bilobed placenta identified on prenatal ultrasonography. Australas J Ultrasound Med. 2022;25(2):98-102.
4. Pavalagantharajah S, Villani LA, D'Souza R. Vasa previa and associated risk factors: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020;2(3):100117.
5. Kosian P, Henrich W, Entezami M, Weichert A. Furcate insertion of the umbilical cord: pathological and clinical characteristics in 132 cases. Journal of Perinatal Medicine. 2020;48(8): 819-824.
6. Dabkowska S, Panek G, Bijok J, Ciebiera M, Roszkowski T. Ultrasound evaluation of a bilobed placenta with 'battledore cord insertion' - a report of an unusual case. Ginekol Pol. 2020;91(2):100.
7. Fujita Y, Yumoto Y, Kato K. Prenatal diagnosis of abnormal umbilical cord insertion: a rare case of furcate insertion. J Med Ultrason (2001). 2017;44(2):203-205.

CASE REPORT

Bilobed placenta with furcate umbilical cord insertion: a case report

D. Mitsakou¹, M. Mpiteli², Ch. Kardasi¹, B. Markatou¹, I. Bournoudi¹, S. Kouvelas¹, S. Gkritzeli¹, K. Tzima¹, M. Ioannou², D. Kalantzi¹

¹ Obstetrics and Gynecology Department, General Hospital of Larissa, Greece and ² Pathology Department, Medical School of Larissa, University of Thessaly, Greece

ABSTRACT

Bilobed placenta occurs in 2% to 8% of placentas and is characterized as a placenta with two roughly equal-sized lobes separated by a membrane. Furcate umbilical cord insertion is a rare obstetrical finding that happens approximately in 0.1% of all pregnancies and is defined by an umbilical cord which branches prior to contacting the placental surface. The present study is a case report of a bilobed placenta with furcate umbilical cord insertion in a woman on her second pregnancy at 36+5 weeks that was encountered at the Obstetrics and Gynecology Department of General Hospital of Larissa.

Keywords: bilobed placenta, furcate umbilical cord insertion

D. Mitsakou, M. Mpiteli, Ch. Kardasi, B. Markatou, I. Bournoudi, S. Kouvelas, S. Gkritzeli, K. Tzima, M. Ioannou, D. Kalantzi. Bilobed placenta with furcate umbilical cord insertion: a case report. *Scientific Chronicles* 2023; 28(3): 431-437
