

انفكاك المشيمة الباكر عوامل الخطورة والتدبير في مستشفى التوليد وأمرض النساء الجامعي بدمشق

منار حاج علي *

هيثم عباسي **

بشار الكردي ***

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يظل انفكاك المشيمة سبباً رئيسياً للمراضة والوفيات الوالدية والفترة المحيطة بالولادة في البلدان النامية. لا يُعرف سوى القليل عن عبء انفكاك المشيمة في سوريا. هدف البحث لاستكشاف الخصائص والنتائج السريرية لانفكاك المشيمة.

مواد البحث وطرقه: تم جمع 150 حالة انفكاك مشيمة من مستشفى التوليد الجامعي، دمشق، سوريا بين عامي 2018 و2020. أجريت دراسة بأثر رجعي بين كانون الثاني 2020 - كانون الثاني 2021 لاستكشاف عوامل الخطر لانفكاك المشيمة، الخصائص السريرية، والنتائج الوالدية والجنينية.

النتائج: يمثل النزف المهبلي (79.3%) وألم البطن (62.7%) الأعراض التقليدية لانفكاك المشيمة الباكر. تشمل عوامل الخطر لانفكاك المشيمة بشكل أساسي ما قبل الإرجاج (40%)، سوابق انفكاك مشيمة باكر (34%)، الولادة القيصرية السابقة (19.3%)، وانبثاق الأغشية الباكر (12%).

تم إجراء العملية القيصرية الإسعافية في 114 حالة (76%) من حالات انفكاك المشيمة الباكر. لم تكن هناك حالات وفيات والدية، لكن كانت المراضة الوالدية كبيرة، حيث عانت 26% من المريضات من نزف خلاص، 20.7% من تخثر منتشر داخل الأوعية، و19.3% احتاجوا نقل دم.

تشمل النتائج الجنينية السلبية المرتبطة بانفكاك المشيمة انخفاض الوزن عند الولادة (44%)، الموت داخل الرحم (28.7%)، الولادة البكرة (24.7%)، وانخفاض درجة مشعر أبغار (أقل من 7) في الدقيقة الخامسة (22%).

الاستنتاج: إن انفكاك المشيمة هو اختلاط حملي مهدد للحياة ويتوافق بنتائج والدية وجنينية سلبية إذا لم يتم تدبيره بشكل مناسب. لذلك، فإن التشخيص المبكر والتدابير الإنعاشية السريعة من شأنها أن تمنع الوفيات والمراضة الوالدية وفي الفترة المحيطة بالولادة على حدٍ سواء.

كلمات مفتاحية: انفكاك المشيمة، نزف الخلاص، ما قبل الإرجاج، نتيجة الحمل، عوامل الخطر.

* طالبة دراسات عليا - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

** دكتور - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

*** دكتور - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق - دمشق

Early Placenta Abruption Risk factors and management in the Maternity Hospital of Damascus University

Manar Haj Ali*

Haitham Abbasi**

Bashar Al Kurdi***

Abstract

Background & Aim: Placental abruption remains a major cause of maternal and perinatal morbidity and mortality in developing countries. Little is known about the burden of placental abruption in Syria. This study aimed to explore the clinical characteristics and outcomes of placental abruption.

Materials and Methods: A total of 150 placental abruption cases were collected from Maternity University Hospital, Damascus, Syria between 2018 and 2020. A retrospective study conducted between January 2020 – January 2021 to explore the risk factors for placental abruption, clinical characteristics, and maternal and fetal outcomes.

Results: Vaginal bleeding (79.3%) and abdominal pain (62.7%) comprise the classical symptoms of placental abruption.

Risk factors for placental abruption mainly include preeclampsia (40%), previous placental abruption (34%), previous cesarean section (19.3%), and premature rupture of membrane (12%). Emergency cesarean section was performed in 114 cases (76%) of placental abruption. There was no case of maternal death, but maternal morbidity was considerable, with 26% of postpartum hemorrhage, 20.7% of DIC, and 19.3% of blood transfusion. Adverse fetal outcomes associated with placental abruption include low birth weight (44%), intrauterine death (28.7%), preterm delivery (24.7%) and low Apgar score (below 7) at 5 min (22%).

Conclusion: Placental abruption is life threatening complication of pregnancy and it is associated with poor maternal and fetal outcome if not managed appropriately. Hence early diagnosis and prompt resuscitative measures would prevent both perinatal and maternal mortality and morbidity.

Keywords: Placental abruption, postpartum hemorrhage, pre-eclampsia, pregnancy outcome, risk factors

* M.D. Department of Obstetrics and Gynecology - Faculty of Medicine – Damascus University.

** PHD - Department of Obstetrics and Gynecology - Faculty of Medicine – Damascus University.

*** PHD - Department of Obstetrics and Gynecology - Faculty of Medicine – Damascus University.

المقدمة:

الحدوث الخاصة بعمر الحمل اختلافاً كبيراً اعتماداً على المسببات.⁷

إنَّ السبب المباشر لانفكاك المشيمة الباكر هو تمزق الأوعية الدموية الودية في الساقط القاعدي. نادراً ما ينشأ النزف من الأوعية المشيمة الجنينية. تظلُّ مسببات النزف في الساقط القاعدي تخمينيةً في معظم الحالات، بالرغم من البحوث السريرية والوبائية واسعة النطاق. يبدو أنَّ معظم حالات الانفكاك مرتبطةً بحدوث مرضية مزمنة في المشيمة. في هذه الحالات، تقوّد التشوهات في التطور المبكر للشرايين الحزونية إلى نخرٍ ساقطيٍّ، التهاب المشيمة وربما احتشاء، وفي النهاية تخرب وعائي ونزف.⁷ ترتبط نسبةً صغيرةً من جميع حالات الانفكاك بأحداث ميكانيكية مفاجئة كالرض البطني الكليل⁸ أو زوال الضغط الرحمي السريع كما هو الحال بعد ولادة التوأم الأول.

تمَّ تحديدُ مجموعةٍ من عوامل الخطر مثل زيادة عدد الولادات السابقة، تقدم عمر الأم، الوضع الاجتماعي - الاقتصادي المنخفض، تدخين السجائر، رض البطن، تعاطي الكحول أو المخدرات أثناء الحمل، ارتفاع ضغط الدم الودي، الاستسقاء الأمنيوسي، الحمل المتعدد، اضطرابات التخثر، وسوابق انفكاك مشيمة.

يتميز الانفكاك ببدايةٍ حادةٍ، تطوّر سريعٍ، وخطرٍ مرتفعٍ على الأم والرضيع. على الرغم من أهميته السريرية، لا توجد اختبارات تشخيصية أو واسمات حيوية موثوقة للتنبؤ بحدوث انفكاك المشيمة أو الوقاية منه. تتطلب القدرة على توفير تدابير وقائية فعالة دراسةً لعوامل الخطر المحتملة، كذلك فإنَّ التقييم الدقيق للمريضة والعلاج المناسب مهمان للوقاية من النتائج السيئة المحتملة.

لذلك، كانت دراستنا هذه من أجل تحديد عوامل الخطر الأكثر ترافقاً مع انفكاك المشيمة لدى المريضات المراجعات

إنَّ الجنين الذي يتمتّع بصحةٍ جيدةٍ في تمام الحمل هو نتاجُ ثلاثة عوامل: أمٌ بصحةٍ جيدةٍ، جيناتٍ طبيعيةٍ، ومشيمةٌ جيدةٌ النمو والانغراس. المشيمة هي العضو الجنيني الذي يؤمّن الاتصال الفيزيولوجي بين المرأة الحامل والجنين¹

يشيرُ انفكاك المشيمة الباكر (premature placental abruption) إلى انفصال المشيمة الجزئي أو التام عن الرحم قبل ولادة الجنين. عادةً ما يقتصر التشخيص على حالات الحمل بعمر أكبر من 20 أسبوع حملي. الموجودات السريرية الرئيسية هي النزف المهلي وآلام البطن المصحوبة في كثيرٍ من الأحيان بتقلصات رحمية مفرطة التوتر، إيلا م رحمي، ونمط معدّل ضربات قلب جنيني غير مطمئن (FHR). إنَّ انفكاك المشيمة الباكر هو سببٌ مهمٌ لكلٍّ من المراضة والوفيات الودية والوليدية، حيثُ يكونُ معدّل وفيات الفترة ما حول الولادة أعلى بحوالي 20 ضعفاً مقارنةً بالحمل بدون انفكاك (12% مقابل 0.6%)، على التوالي)². تحدث غالبية وفيات الفترة ما حول الولادة (تصل إلى 77%) في الرحم، ترتبط الوفيات في فترة ما بعد الولادة بشكل أساسي بالولادة المبكرة³. ومع ذلك، يبدو أنَّ وفيات الفترة ما حول الولادة المرتبطة بالانفكاك آخذة في التناقص^[2].

يحدث انفكاك المشيمة في حوالي 1 من كل 100 إلى 120 حالة حمل⁴، يصنّف ثلثا الحالات على أنها شديدة بناءً على ما يرافقها من مراضة والدية، جنينية، ووليدية⁵. يبدو أنَّ الحدوث يتزايد في الولايات المتحدة، كندا، والعديد من دول الشمال⁴، ربما بسبب تزايد انتشار عوامل الخطر للاضطراب. في دراسةٍ شملت أكثر من 500 حالة انفكاك مشيمة مع ولادة حية، حدثت 60.4% من الحالات بتمام الحمل، 25.3% بين الأسبوعين 32 و36 من الحمل، وحدثت 14.3% قبل 32 أسبوع⁶ ومع ذلك، تختلف معدلات

أضابير المستشفى واشتمال حالات انفكاك المشيمة الباكر المقبولة في المستشفى في الفترة ما بين كانون الثاني 2018 وكانون الثاني 2020 والتي حققت معايير الدخول في الدراسة.

استند تشخيص انفكاك المشيمة الباكر على الفحص السريري والتصوير بالأشعة فوق الصوتية الذي يقوم بها الطبيب المعالج. تم الاستناد في وضع التشخيص على الأدلة عن خثرة خلف المشيمة مصحوبة بالأعراض السريرية المميزة مثل النزف المهبل، الألم البطني، مضمض البطن، تركز الرحم، أو تقلصات مفرطة التوتر.

تم توثيق المعلومات الديموغرافية، السريرية، المرضية، والتوليدية التالية:

العمر الوالدي عند القبول في المستشفى، تاريخ آخر دورة طمثية (وحساب العمر الحولي عند الولادة)، السوابق الحملية، السوابق الولادية، السوابق المرضية، السوابق الجراحية (بما في ذلك الولادة القيصرية)، العادات الشخصية (التدخين)، وعدد الأجنة في الحمل الحالي.

قمنا بتوثيق الأعراض والشكايات الرئيسية لدى مريضات انفكاك المشيمة الباكر:

الألم البطني، نزف ما بعد الولادة، تدمي السائل الأمنيوسي، النزف المهبل، العسرة الجنينية، وغيرها.
القصة الحملية:

ما قبل إرجاج، استسقاء سائل أمنيوسي، نقص سائل أمنيوسي، رض على البطن، انبثاق أغشية باكر، وغيرها
قمنا بتوثيق طريق الولادة لمريضات انفكاك المشيمة الباكر:

- ولادة مهبلية طبيعية.

- ولادة قيصرية.

النتائج التوليدية الوالدية:

نزف الخلاص: المعرف بأنه فقد دم مقدّر أن يكون أكثر من 500 مل من الجهاز التناسلي، خلال 24 ساعة من

لمستشفى الولادة الجامعي بدمشق، وكذلك تحديد النظار السريري، طرق التدبير، والنتائج الحولية والوليدية.

مواد البحث وطرقه:

تصميم الدراسة: دراسة وصفية راجعة (retrospective descriptive study).

مكان الدراسة: الهيئة العامة لمستشفى الولادة وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

زمن الدراسة: كانون الثاني 2020 - كانون الثاني 2021.

عينة الدراسة: السيدات اللاتي تم توليدهن في مستشفى الولادة الجامعي ووضع لهن تشخيص انفكاك مشيمة باكر بعمر حملي أكبر من 28 أسبوع. خلال الفترة ما بين 2018 و 2020.

معايير الإدخال Inclusion Criteria:

عمر حملي ≤ 28 أسبوع (مقدّر وفقاً لتاريخ آخر دورة طمثية). عمر الأم بين 20 - 40 سنة.

معايير الاستبعاد Exclusion Criteria:

تم استبعاد المريضات اللواتي عانين من أسباب أخرى للنزف قبل الولادة مثل المشيمة المنزاحة وغيرها من الأسباب المشيمية. عدم توثيق العمر الحولي عند الولادة. العمر الحولي عند الولادة > 28 أسبوع أو ≤ 42 أسبوع حملي. العمر الوالدي > 20 سنة أو < 40 سنة فكانت عينة البحث النهائية مؤلفة من 150 سيّدة بتشخيص انفكاك مشيمة باكر.

طريقة الدراسة:

بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم الولادة وأمراض النساء، مجلس كلية الطب البشري، جامعة دمشق، والهيئة العامة لمستشفى الولادة وأمراض النساء الجامعي على استخدام موارد الهيئة، تمت العودة إلى

واحدة، لدى 30 سيدة (32.2%) سوابق ولادتين، ولدى 28 سيدة (30.1%) سوابق 3 ولادات أو أكثر. بلغ عدد مريضات انفكاك المشيمة الباكر المدخنات أثناء الحمل 35 سيدة (23.3%) وغير المدخنات أثناء الحمل 115 سيدة (76.7%). بلغ عدد مريضات انفكاك المشيمة الباكر مع حمل مفرد 141 سيدة (93%) وعدد المريضات مع حمل متعدّد 9 مريضات (6%). بلغ متوسط العمر الحولي 35.6 ± 4.9 أسبوع بمجال تراوح ما بين 28 - 41 أسبوع. يوضّح الجدول (1) الخصائص السريرية والتوليدية لمريضات انفكاك المشيمة الباكر في البحث.

الجدول (1): الخصائص السريرية والتوليدية لمريضات انفكاك

المشيمة الباكر في البحث

النسبة المئوية	العدد	الخصائص
		الفئة العمرية
11.3%	17	20 - 25 سنة
28.7%	43	26 - 30 سنة
39.3%	59	31 - 35 سنة
20.7%	31	36 - 40 سنة
		السوابق الولادية
38%	57	خروس
62%	93	ولود
		عدد الولادات السابقة لدى الولادات
37.7%	35	1
32.2%	30	2
30.1%	28	< 2
		التخين أثناء الحمل
23.3%	35	نعم
76.7%	115	لا
		عدد الأجنة
94%	141	حمل مفرد
6%	9	حمل متعدّد
		العمر الحولي
21.3%	32	28 - 33 أسبوع
32%	48	34 - 36 أسبوع
46.7%	70	37 - 41 أسبوع

الولادة، صدمة نقص حجم، التخثر المنتشر داخل الأوعية، استئصال الرحم، قصور كلوي حاد، خمج والدي، والحاجة لنقل الدم.

النتائج الجنينية والوليدية:

الإملاص: الموت الجنيني داخل الرحم بعمر 28 أسبوع حملي أو أكثر، موت الوليد: خلال 7 أيام من الولادة، ولادة باكرة: التي تحدث قبل 37 أسبوع من الحمل، مشعر أبغار في الدقيقة الخامسة، الحاجة إلى التنبيب ودخول الحاضنة، وزن الوليد: عُرّف انخفاض وزن الولادة بأنه وزن رضيع أقل من 2500 غ عند الولادة.

عملية تحليل البيانات Data processing and analysis:

أجري التحليل باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (النسخة 20) (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) وكذلك برنامج Excel 2010.

الإحصاء الوصفي (Description Statistical):

- للمتغيرات الفئوية:

قمنا بالاعتماد على التكرار، النسب المئوية والأشكال البيانية (Pie chart) و (Bar chart).

- للمتغيرات المتواصلة:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، المجال).

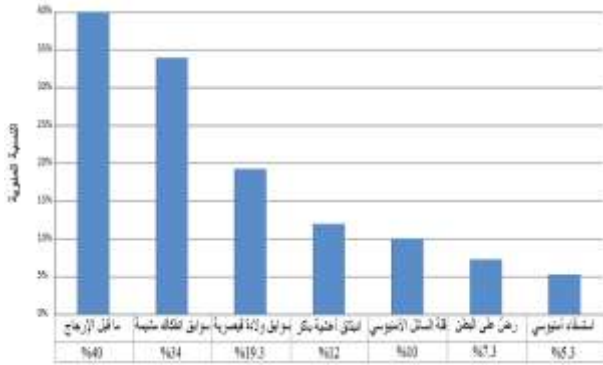
النتائج:

بلغ متوسط عمر مريضات انفكاك المشيمة الباكر في البحث 31.6 ± 4.2 سنة بمجال تراوح ما بين 20 - 40 سنة. كان 39.3% من المريضات ضمن الفئة العمرية 31 - 35 سنة. بلغ عدد السيدات الولادات 93 سيدة (62%)، وعدد الخروسات 57 سيدة (38%). من بين السيدات الولادات، كان لدى 35 سيدة (37.7%) سوابق ولادة

كان النزف المهبلي هو أشيع عرض للتظاهر لانفكاك المشيمة الباكر يليه الألم البطنية الموض البطني، نزوف الخلاص، العسرة الجنينية، والبيلة الدموية. يوضّح الجدول (2) والشكل (1) أشيع أعراض التظاهر لمريضات انفكاك المشيمة الباكر.

الجدول (3): عوامل الخطر لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

عوامل الخطر	العدد	النسبة المئوية
ما قبل الإجراج	60	%40
سوابق انفكاك مشيمة	51	%34
سوابق ولادة قيصرية	29	%19.3
انبتاق أعشية باكر	18	%12
قلة السائل الأمنيوسي	15	%10
رض على البطن	11	%7.3
استسقاء أمنيوسي	8	%5.3



الشكل (2): عوامل الخطر لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

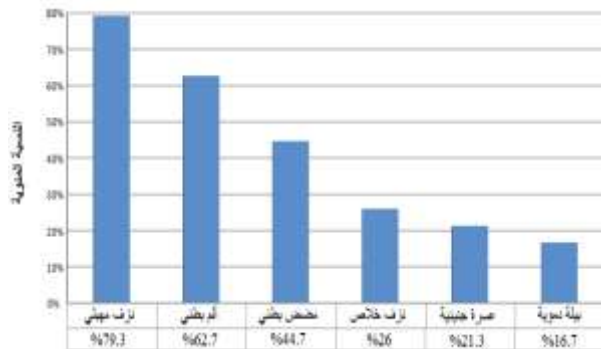
كان نزف الخلاص هو أشيع النتائج الولدية السلبية، يليه التخثر المنتشر داخل الأوعية. يوضّح الجدول (4) والشكل (3) النتائج الولدية لمريضات انفكاك المشيمة الباكر.

الجدول (4): النتائج الولدية لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

النتائج الولدية	العدد	النسبة المئوية
نزف خلاص	39	%26
DIC	31	%20.7
حاجة لنقل الدم	29	%19.3
قصور كلوي حاد	21	%14
صدمة نزفية	13	%8.7
استئصال رحم	12	%8
خمج والدي	9	%6

الجدول (2): أعراض التظاهر السريري لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

عرض التظاهر	العدد	النسبة المئوية
النزف المهبلي	119	%79.3
الألم البطني	94	%62.7
موض بطني	67	%44.7
نزف خلاص	39	%26
عسرة جنينية	32	%21.3
بيلة دموية	25	%16.7



الشكل (1): أعراض التظاهر السريري لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

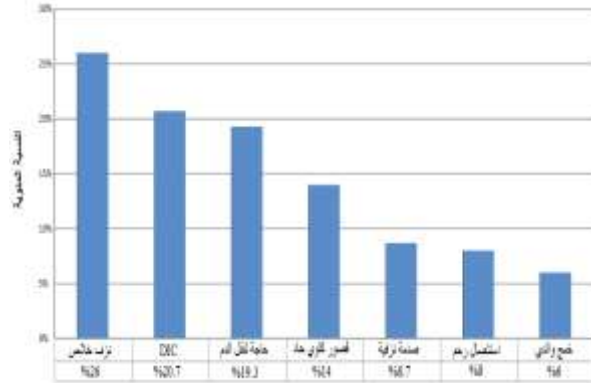
كان ما قبل الإجراج هو أشيع عوامل الخطر لانفكاك المشيمة الباكر في دراستنا، يوضّح الجدول (3) والشكل (2) عوامل الخطر لمريضات انفكاك المشيمة الباكر. تم إجراء عملية قيصرية إسعافية لدى 76% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر (114 مريضة)، بينما وضعت 24% (36 مريضة) منهنّ عبر الولادة المهبلية العفوية.

المناقشة:

يُعدُّ انفكاك المشيمة من الاختلاطات الخطيرة وأحد العوامل الرئيسية للنزف ما بعد الولادة في طب التوليد وأمراض النساء، إذا لم يتم التعرف عليه أو لم تتم السيطرة عليه، فسيكون كلُّ من الأم والرضيع في خطر. إنّ معدّل حدوث انفكاك المشيمة في جميع أنحاء العالم هو 1%⁴. فيما يبدو أنّ الحدوث يتزايد في الولايات المتحدة، كندا، والعديد من دول الشمال⁴، ربما بسبب تزايد انتشار عوامل الخطر للاضطراب. ومع ذلك، فقد أظهرت بعض التقارير في السنوات الأخيرة حدوث انخفاضٍ، ففي دراسة (Y. Li et al)⁹ في الصين عام 2019، وهي دراسة بأثر رجعي شملت 62 مريضة انفكاك مشيمة باكر بين عامي 2007 و2012، كان معدّل حدوث الانفكاك 0.29%. يمكن أن يُعزى هذا الانخفاض إلى النمو الاقتصادي السريع، تحسّن رعاية الحمل، تعزيز الوعي برعاية الصحة العامة، وتزايد عدد حالات الحمل التي تتلقى فحوصات منتظمة في المستشفيات. ومع ذلك، يتم تشخيص بعض الحالات الخفيفة من انفكاك المشيمة بشكلٍ خاطئٍ أو يتم تجاهلها. لذلك، هنالك حاجةٌ لدراسة عوامل الخطر المُحتملة لانفكاك المشيمة الباكر. كانت دراستنا هذه بأثر رجعيّ (retrospective) لحالات انفكاك المشيمة الباكر بين عامي 2018 و2020 المقبولة والمعالجة في مستشفى التوليد الجامعي بدمشق. شملت الدراسة 150 حالة حمل مختلط بانفكاك مشيمة باكر.

العمر الوالدي:

بلغ متوسط عمر مريضات انفكاك المشيمة الباكر $31.6 \pm$ 4.2 سنة بمجالٍ تراوح ما بين 20 - 40 سنة. كان 39.3% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر ضمن الفئة العمرية 31 - 35 سنة، وشكّلت المريضة في الفئة العمرية < 35 سنة 20.7%. في دراسة (Y. Li et al)⁹،



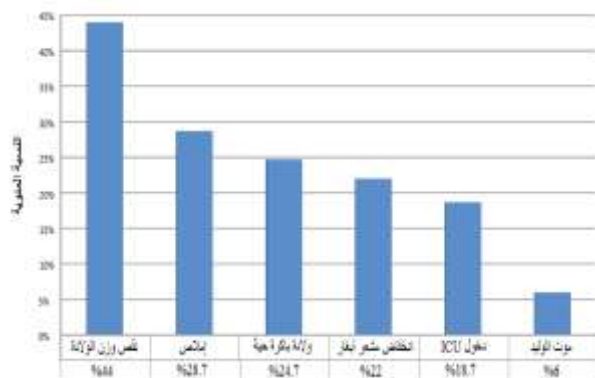
الشكل (3): النتائج الولادية لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

يوضّح الجدول (5) والشكل (4) النتائج الجنينية والوليدية لمريضات انفكاك المشيمة الباكر.

الجدول (5): النتائج الجنينية والوليدية لمريضات

انفكاك المشيمة الباكر

النسبة المئوية	العدد	النتائج الجنينية والوليدية
44%	66	نقص وزن ولادة
28.7%	43	إملاص
24.7%	37	ولادة باكرة حية
22%	33	مشعر أبعاد دقيقة 5 ≥ 7
18.7%	28	الحاجة إلى دخول NICU
6%	9	موت الوليد



الشكل (4): النتائج الجنينية والوليدية لمريضات انفكاك المشيمة الباكر

دراسة بأثرٍ راجعٍ في فلسطين المحتلة، شملت 1365 حالة انفكاك مشيمة باكر بين عامي 1988 - 2008، كان انفكاك المشيمة الباكر أكثر شيوعاً مع تقدّم عمر الأم بنسبة أرجحية 1.02 (فاصل ثقة 95%: 1.01 - 1.03، $P < 0.05$). في معظم الدراسات، تكون نسب الأرجحية للعمر والولادات السابقة منخفضة، وقد تكون الأهمية السريرية محدودة.

التدخين:

في دراستنا، شكّلت مريضات انفكاك المشيمة الباكر المدخنات أثناء الحمل 23.3% من عينة البحث، والمريضات غير المدخنات 76.6%. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، كان 25.6% من مريضات انفكاك المشيمة مدخنات أثناء الحمل. إنّ التدخين هو أحد عوامل الخطر القليلة القابلة للتعديل لانفكاك المشيمة. يترافق التدخين بزيادةٍ بمقدار 2.5 ضعف في خطر حدوث انفكاك شديد كافي لينتج عنه موت الجنين ويزداد الخطر بنسبة 40% عن كل علبة يتمّ تدخينها يومياً¹⁴. ومع ذلك، لم يكن التدخين عامل خطر لانفكاك المشيمة كما هو الحال في دراسة (Pariente et al)¹³. يبدو أنّ الإقلاع عن التدخين قبل الحمل أو باكراً في الحمل يقلّل من خطر الانفكاك إلى مستوى غير المدخنات. تُكرّر أيضاً أنّ تدخين الأب هو عامل خطر لانفكاك المشيمة، ويضعف الخطر⁶. إنّ الآلية التي تكمن وراء العلاقة بين التدخين والانفكاك غير واضحة. إحدى الفرضيات هي أنّ التأثير المقبض الوعائي للتدخين يتسبّب في نقص تروية المشيمة، ما قد يؤدي إلى إقفار ساقطي، نخر، ونزف يؤدي إلى انفكاك المشيمة الباكر¹⁵.

عدد الأجنة:

بلغ عدد مريضات انفكاك المشيمة الباكر مع حملٍ مفردٍ 141 سيدة (93%) وعدد المريضات مع حملٍ متعدّدٍ 9

كان متوسط عمر مريضات انفكاك المشيمة الباكر 28 سنة وتراوحت الأعمار ما بين 20 - 43 سنة. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰ في فرنسا عام 2014، وهي دراسة بأثرٍ راجعٍ شملت 247 مريضة انفكاك المشيمة الباكر، كان متوسط عمر المريضات 30.3 ± 5.3 سنة. كان 20.7% منهنّ بعمر 35 سنة وما فوق. في دراسة (Mishra et al)¹¹ في الهند عام 2019، وهي دراسة بأثرٍ راجعٍ شملت 50 مريضة انفكاك مشيمة باكر، كان 40% منهنّ ضمن الفئة العمرية 30 - 35 سنة.

السوابق الولادية:

في دراستنا، شكّلت الولادات 62% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر، والخروسات 38%. من بين السيدات الولودات، كان 37.7% لديهنّ سوابق ولادة واحدة، 32.3% سوابق ولادتين، و30.1% سوابق 3 ولادات أو أكثر. في دراسة (Y. Li et al)⁹، كان 61.3% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر خروسات و38.7% ولودات. في دراسة (Mishra et al)¹¹، كان 15% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر خروسات و85% ولودات. من بين الولودات، كان 41.2% لديهنّ سوابق ولادة واحدة، 35.3% سوابق ولادتين، و23.5% سوابق 3 ولادات أو أكثر. يحدث انفكاك المشيمة بشكلٍ أكثر تواتراً عند النساء الأكبر سناً (≤ 35 سنة)، ولكن عادةً ما تُعزى هذه الزيادة إلى تعدّد الولادات (≤ 3 ثلاث ولادات) بغض النظر عن العمر. في دراسة (Krohn et al)¹²، لم تؤدي الولادات السابقة أو عمر الأم إلى زيادة خطر انفكاك المشيمة. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰ لم يكن العمر الوالدي عامل خطر مستقل لانفكاك المشيمة، في حين كان تعدّد الولادات السابقة (≤ 3 ولادات) عامل خطرٍ مستقل لانفكاك المشيمة الباكر (نسبة أرجحية 1.6، فاصل ثقة 95%: 1.1 - 2.4، $P < 0.05$). في دراسة (Pariente et al)¹³ عام 2011 وهي

التظاهر السريري لانفكاك المشيمة الباكر: يعتمد تشخيص انفكاك المشيمة على الأعراض السريرية مثل الألم البطني، النزف المهبل، ويتم تأكيد التشخيص عادةً عبر موجودات الأمواج فوق الصوتية والفحص النسيجي للمشيمة. يُشتبه في حدوث انفكاك المشيمة عند النساء الحوامل المصابات بنزف مهبل و/أو ألم في البطن، وقصة رض، وكذلك في حالات الولادة الباكرة غير المفسرة. في دراستنا، تظاهر 79.3% من المريضات بنزف مهبل، ووجد الألم البطني لدى 62.7%. تظاهر 26% من المريضات بنزوف خلاص، 21.3% بعسرة جنينية، و16.7% ببيلة دموية. في دراسة (Y. Li et al)⁹، تظاهر 68% من المريضات بألم بطني، 45% تدمي سائل أمنيوسي، 45% عسرة جنينية، 35% نزف مهبل، 26% نزف خلاص، و16% ببيلة دموية. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، تظاهر 81.9% من المريضات بنزف رحمي، 27.8% بألم بطني، ومعدّل قلب الجنين غير المطمئن لدى 64.8%. يعدّ الفحص بالأمواج فوق الصوتية مفيداً في المقام الأول لاستبعاد المشيمة المنزاحة أو الأوعية المنزاحة. تشمل العلامات الصدى الكلاسيكية الانفصال المحيطي للمشيمة أو زيادة سماكتها أكثر من 5-6 سم، بالترافق مع منطقة متغايرة الصدى اعتماداً على عمر الورم الدموي. في عام 2002 كانت دقة الأمواج فوق الصوتية المبلغ عنها في تشخيص انفكاك المشيمة أقل من 30%¹⁸. مع التطور السريع في تكنولوجيا الأمواج فوق الصوتية، ذكر Shinde et al أنّ دقة التصوير الصدى في التشخيص كانت 87.5% في عام 2016¹⁹.

طريقة الولادة وإنهاء الحمل:

أصبحت وفيات الأمهات نادرة للغاية في البلدان المتقدمة. ومع ذلك، لا تزال هناك مراضة كبيرة مرتبطة بخطر النزف، ويرجع ذلك أساساً إلى تكوّن الورم الدموي نفسه،

مريضات (6%)⁹. في دراسة (Y. Li et al)⁹، كان 95.1% من حالات انفكاك المشيمة الباكر بحمل مفرد، و4.84% بحمل متعدّد. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، كان 94.7% من حالات انفكاك المشيمة الباكر بحمل مفرد، و5.3% بحمل متعدّد. يتضاعف خطر انفكاك المشيمة بنسبة ضعفين إلى ثلاثة أضعاف في حالة الحمل التوأمي مقارنةً بالحمل المفرد⁶، على الرغم من أنّ ذلك لم يظهر في جميع الدراسات¹⁶. مع تزايد عدد الأجنة، يزيد خطر انفكاك المشيمة، ولكن ينخفض معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة¹⁷.

العمر الحلمي:

في دراستنا، بلغ متوسط العمر الحلمي 4.9 ± 35.6 أسبوع بمجال تراوح ما بين 28 - 41 أسبوع. حدث انفكاك المشيمة الباكر بعمر حلمي ما بين 28 - 33 أسبوع لدى 21.3% من المريضات، بعمر حلمي ما بين 34 - 36 أسبوع لدى 32% من المريضات، وبالعمر حلمي ما بين 37 - 41 أسبوع لدى 46.7%. في دراسة (Y. Li et al)⁹، حدث الإجهاض المتأخر (أقل من 28 أسبوع حلمي) لدى 8.1% من مريضات انفكاك المشيمة، الولادة الباكرة (28 - 36 أسبوع حلمي) لدى 62.3%، والولادة بتمام الحمل (37-41 أسبوع حلمي) لدى 25.8%. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، كان متوسط العمر الحلمي لمريضات انفكاك المشيمة الباكر 4.4 ± 33.5 أسبوع. في دراسة (Pariente et al)¹³، حدث انفكاك المشيمة الباكر بعمر حلمي أصغر من 36 أسبوع لدى 56% من المريضات، بعمر حلمي ما بين 37 - 41 أسبوع لدى 42.2% من المريضات، وبالعمر حلمي أكبر من 42 أسبوع لدى 1.8%.

حيث وجد لدى 32.9% من المريضات، كذلك كان ما قبل الإرجاج (نسبة أرجحية 2.9) حيث تطوّر لدى 18.7%. في دراسة (Pariente et al)¹³، كانت اضطرابات التوتر الشرياني الحملية عامل خطر مستقل لانفكاك المشيمة (نسبة أرجحية 2.86) حيث تطوّرت لدى 15.3%.

في دراستنا، امتلك 34% من المريضات سوابق انفكاك مشيمة. من المعروف أنّ وجود انفكاك سابق هو أقوى عامل خطر للانفكاك، مع زيادة في خطر النكس بمقدار 10 - 15 ضعف²¹، وأعلى بمقدار 93 ضعفاً مقارنة بالنساء اللواتي ليس لديهن سوابق انفكاك. في دراسة (Macheku et al)²⁰، امتلك 43.7% من المريضات سوابق انفكاك مشيمة.

في دراستنا، امتلك 19.3% من المريضات سوابق ولادة قيصرية. في دراسة (Macheku et al)²⁰، امتلك 19.6% من المريضات سوابق انفكاك مشيمة مع نسبة أرجحية (1.5). في دراسة (Pariente et al)¹³، امتلك 19.4% من المريضات سوابق انفكاك مشيمة مع نسبة أرجحية (1.84). قد يُعزى ازدياد خطر انفكاك المشيمة بوجود سوابق ولادة قيصرية إلى تمزّق ندبة الولادة القيصرية السابقة.

في دراستنا، حدث انبثاق الأغشية الباكر لدى 12% من المريضات. في دراسة (Y. Li et al)⁹، حدث انبثاق الأغشية الباكر لدى 10% من المريضات. في دراسة (Pariente et al)¹³، حدث لدى 8.6% وزاد من خطر الانفكاك بنسبة أرجحية (1.29). في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، حدث لدى 22% وزاد من خطر الانفكاك بنسبة أرجحية (9.5). يطوّر 4 - 12% من مريضات انبثاق الأغشية الباكر قبل الأسبوع 37 من الحمل انفكاك مشيمة. يزيد الخطر مع انخفاض عمر الحمل عند تمزّق الغشاء. في بعض النساء المصابات بـ PROM، قد يؤدي الانخفاض المفاجئ في حجم الرحم إلى انفكاك المشيمة.

الذي غالباً ما يترافق بالتخثر المنتشر داخل الأوعية. يجب إجراء التدبير المبكر لهؤلاء المريضات، بمشاركة فريق العناية المركزة. يمكن تدبير انفكاك المشيمة الخفيف بالولادة المهبلية، في حين تُجرى العملية القيصرية في معظم حالات انفكاك المشيمة الشديد. يتم توجيه تدبير الولادة في انفكاك المشيمة بحيوية الجنين وحالة الأم. عندما يكون الجنين على قيد الحياة، ينبغي إجراء العملية القيصرية الإسعافية ما لم تكن الولادة المهبلية وشيكة. ومع ذلك، إذا تم تأكيد وفاة الجنين داخل الرحم، يفضل الولادة المهبلية، مع المراقبة السريرية والمخبرية الحثيثة.

في دراستنا، تم إجراء عملية قيصرية إسعافية لدى 76% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر، بينما وضعت 24% منهنّ عبر الولادة المهبلية العفوية. تم إجراء العملية القيصرية في دراسة (Y. Li et al)⁹ لدى 73% من المريضات، في دراسة (Boisramé et al)¹⁰ لدى 90.3%، في دراسة (Pariente et al)¹³ لدى 67.7%. في دراسة (Macheku et al)²⁰ في تنزانيا عام 2015، وهي دراسة بأثر رجعي شملت 112 مريضة انفكاك مشيمة باكر، أجريت الولادة القيصرية لدى 75.9% من المريضات.

عوامل الخطر لانفكاك المشيمة الباكر:

في دراستنا، حدث ما قبل الإرجاج لدى 40% من حالات انفكاك المشيمة الباكر، ذكرت العديد من الدراسات السابقة العلاقة بين زيادة خطر حدوث انفكاك المشيمة وما قبل الإرجاج.

في دراسة (Y. Li et al)⁹، حدث ما قبل الإرجاج لدى 39% من المريضات. في دراسة (Mishra et al)¹¹، حدث ما قبل الإرجاج الشديد لدى 75% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر والإرجاج لدى 10%. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، كان ارتفاع التوتر الشرياني الحملية عامل خطر مستقل لحدوث الانفكاك (نسبة أرجحية 7.4)

واحتاجت 38.4% من مجمل المريضات إلى نقل الدم و/أو مشتقاته.

في دراسة (Mishra et al)¹¹، حدث نزف الخلاص لدى 30% من المريضات، التخثر المنتشر داخل الأوعية لدى 25%، تطوّر القصور الكلوي الحاد لدى 13%، دخلت 12% من المريضات في صدمة نقص حجم. في دراسة (Y. Li et al)⁹، حدث نزف الخلاص لدى 26% من المريضات، التخثر المنتشر داخل الأوعية لدى 6.5%، ودخلت 6.5% من المريضات في صدمة نقص حجم. يمكن أن يؤدي النزف الناجم عن انفكاك المشيمة إلى إصابة الأم بصدمة نقص الحجم. قد يتم التقليل من تقدير فقد الدم في انفكاك المشيمة بسبب صعوبة تحديد النزف الخفي ضمن عضلية الرحم. ثم يتم تفعيل شلال التخثر. عندما يكون انفكاك المشيمة شديداً بما يكفي للتسبب في موت الجنين، يزداد خطر DIC. قد يترافق أيضاً انفكاك المشيمة مع القصور الكلوي الحاد الناتج عن نقص الحجم أو DIC. في دراستنا، أجري استئصال الرحم الإسعافي لدى 8% من المريضات. أظهرت بعض الدراسات أن انفكاك المشيمة يزيد خطر استئصال الرحم الإسعافي بنسبة أرجحية 3.2⁶.

النتائج الجنينية والوليدية لانفكاك المشيمة الباكر:

في دراستنا، حدث الإملاص (ولادة الجنين ميتاً) لدى 28.7% من حالات انفكاك المشيمة، الولادة الحية البكرة لدى 24.7%، كان 44% من حديثي الولادة ناقصي الوزن، وتم تسجيل انخفاض مشعر أبغار في الدقيقة الخامسة لدى 22%، احتاج 18.7% من حديثي الولادة لدخول الحاضنة، وحدث الموت الوليدي لدى 6%.

في دراسة (Macheku et al)²⁰، كان نصف الولدان ناقصي الوزن عند الولادة وكان خطر إنجاب طفل ناقص الوزن ستة أضعاف مقارنة بالنساء غير المصابات بانفكاك

في المقابل، فإن النساء مع PROM مطوّل معرضات لخطر متزايد لانفكاك المشيمة إذا تجاوز الوقت من تمزق الغشاء إلى الولادة 24 ساعة. غالباً ما يترافق انبثاق الأغشية الباكر بخمج صاعد داخل الرحم. وقد أثبتت العديد من الدراسات الترافق بين التهاب المشيماء والسلى وانفكاك المشيمة⁶.

في دراستنا، تعرّضت 7.3% من المريضات لرضّ كليلى على البطن أثناء الحمل. في دراسة (Y. Li et al)⁹، حدث الرض البطنى لدى 6% من مريضات انفكاك المشيمة. تترافق الرضوض الوالدية الشديدة بزيادة مقدارها ستة أضعاف في خطر انفكاك المشيمة، ولكن يمكن حتى للرضوض الطفيفة أن تؤدى إلى الانفكاك²².

في دراستنا، وجدت اضطرابات السائل الأمنيوسي لدى 15.3% من المريضات (10% قلة سائل أمنيوسي، و5.3% استسقاء أمنيوسي). في دراسة (Y. Li et al)⁹، وجد الاستسقاء الأمنيوسي لدى 16% من مريضات انفكاك المشيمة. في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، وجد الاستسقاء الأمنيوسي لدى 1.4% من مريضات انفكاك المشيمة وقلة السائل الأمنيوسي لدى 16.4%.

النتائج الوالدية لانفكاك المشيمة الباكر:

في دراستنا، كان نزف الخلاص هو أشيع النتائج الوالدية السلبية (26% من المريضات)، يليه التخثر المنتشر داخل الأوعية لدى 20.7%، تطوّر القصور الكلوي الحاد لدى 14%، دخلت 8.7% من المريضات في صدمة نقص حجم، واحتاجت 19.3% من مجمل المريضات إلى نقل الدم و/أو مشتقاته. في دراسة (Macheku et al)²⁰، حدث نزف الخلاص لدى 8.9% من مريضات انفكاك المشيمة وزاد خطر النزف بمقدار 12 ضعفاً مقارنة بالنساء بدون انفكاك مشيمة. تطوّر القصور الكلوي الحاد لدى 1%

تظاهر 79.3% من المريضات بنزفٍ مهبلٍ، ووجد الألم البطني لدى 62.7%. تظاهر 26% من المريضات بنزوف خلاص، 21.3% بعسرة جنينية، و 16.7% ببيلة دموية.

تم إجراء عملية قيصرية إسعافية لدى 76% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر، بينما وضعت 24% منهن عبر الولادة المهبلية العفوية. كانت انتشار أشيع عوامل الخطر لانفكاك المشيمة الباكر كما يلي: ما قبل الإجراج (40%)، سوابق انفكاك مشيمة باكر (34%)، سوابق ولادة قيصرية (19.3%)، وانبثاق الأغشية الباكر (12%).

ترافق انفكاك المشيمة الباكر مع مرضيةٍ والديةٍ كبيرةٍ، حيث كان نزف الخلاص هو أشيع النتائج الولدية السلبية (26%)، يليه DIC (20.7%)، الحاجة لنقل الدم (19.3%)، القصور الكلوي الحاد (14%)، والصدمة النزفية (8.7%). ترافق انفكاك المشيمة الباكر مع مرضيةٍ ووفياتٍ جنينيةٍ ووليديةٍ كبيرةٍ، حيث كان 44% من حديثي الولادة ناقصي الوزن عند الولادة. حدث الإملاص لدى 28.7% من الحالات والموت الوليدي لدى 6%. حدثت الولادة الباكرة لدى 24.7%، عانى 22% من الولدان من انخفاض مشعر أبغار واحتاج 18.7% إلى دخول العناية المشددة الوليدية.

التوصيات:

إنّ الترافق الكبير بين انفكاك المشيمة الباكر والمرضة الولدية والمرضة والوفيات الجنينية والوليدية، يستدعي مزيداً من الاهتمام والانتباه إلى ضرورة التعرف والتشخيص الباكر لهذا الاضطراب والتدبير العاجل له. إنّ التخمين هو من عوامل الخطر القابلة للتعديل أثناء الحمل، لذلك نؤكد على ضرورة التوعية بهذا الشأن. نؤكد على ضرورة مراقبة وتشخيص حالات ما قبل الإجراج أثناء الحمل. نوصي بإجراء مزيدٍ من الدراسات بتصميمٍ مستقبلي (prospective) لدراسة أكثر عمقاً لعوامل الخطر والنتائج الحولية من خلال المقارنة مع مجموعةٍ من الشواهد.

المشيمة. يمكن تفسير ارتفاع خطر انخفاض الوزن عند الولادة من خلال تأثير الولادة الباكرة بسبب الإنهاء المبكر للحمل الناجم عن شدة انفكاك المشيمة أو تأثير تحدّد نمو الجنين داخل الرحم.

تمّ الإبلاغ عن العلاقة القوية بين مرضية ووفيات ما حول الولادة من جهةٍ وانفكاك المشيمة من جهةٍ أخرى في معظم الدراسات العالمية:

في دراسة (Macheku et al)²⁰، حدث الموت قبل الولادة لدى 56.3% من الحالات، وعانى 16.1% من حديثي الولادة من انخفاض مشعر أبغار، حدث موت الوليد لدى 4.5%.

في دراسة (Pariente et al)¹³ بلغت نسبة الوفيات حول الولادة 19.4%، عانى 21.6% من حديثي الولادة من انخفاض مشعر أبغار.

في دراسة (Y. Li et al)⁹، حدث الإملاص لدى 4.8% وموت الوليد لدى 1.6%.

في دراسة (Boisramé et al)¹⁰، حدث الموت داخل الرحم قبل الولادة لدى 12.3%، عانى 24.2% من حديثي الولادة من انخفاض مشعر أبغار، وحدث موت الوليد لدى 6.1%.

الاستنتاجات:

كان متوسط عمر مريضات انفكاك المشيمة الباكر 31.6 سنة، وحدث 60% من الحالات بعمر < 30 سنة.

شكّلت الولودات 62% من مريضات انفكاك المشيمة الباكر، والخروسات 38%. من بين السيدات الولودات، كان لدى 62.4% سوابق ولادتين أو أكثر.

كانت نسبة المدخنات في الدراسة 23.3%.

بلغت نسبة الحمل المتعدّد من مريضات انفكاك المشيمة الباكر 6%.

حدث انفكاك المشيمة الباكر بتمام الحمل لدى 46.7%، وحدث 52.3% من الحالات بعمر > 37 أسبوعٍ حملي.

References

1. Balakrishnan M, Virudachalam T. Placental thickness: a sonographic parameter for estimation of gestational age. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynaecol.* 2016;5(12):4377–81.
2. Tikkanen M, Luukkaala T, Gissler M, et al. Decreasing perinatal mortality in placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:298.
3. Aliyu MH, Salihu HM, Lynch O, et al. Placental abruption, offspring sex, and birth outcomes in a large cohort of mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25:248.
4. Ananth CV, Keyes KM, Hamilton A, et al. An international contrast of rates of placental abruption: an age-period-cohort analysis. *PLoS One* 2015; 10:e0125246.
5. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:272.e1.
6. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:140.
7. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, Smulian JC. Placental abruption in term and preterm gestations: evidence for heterogeneity in clinical pathways. *Obstet Gynecol* 2006; 107:785.
8. Melamed N, Aviram A, Silver M, et al. Pregnancy course and outcome following blunt trauma. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25:1612.
9. Yang Li, Yuan Tian, Ning Liu, Yang Chen, Fujun Wu. Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical Outcomes. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 58 (2019) 223e226.
10. Boisramé T, et al. Placental abruption: risk factors, management and maternal–fetal prognosis. Cohort study over 10 years. *Eur J Obstet Gynecol* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.05.026>
11. Mishra R et al. Abruptio placenta and its maternal and fetal outcome *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2019 Aug;8(8):3323-3326.
12. Krohn M, Voigt L, McKnight B, Daling JR, Starzyk P, Benedetti TJ. Correlates of placental abruption. *BJOG.* 1987;94:333–40.
13. Pariente et al. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, May 2011; 24(5): 698–702.
14. Kramer MS, Usher RH, Pollack R, et al. Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1997; 89:221.
15. Kaminsky LM, Ananth CV, Prasad V, et al. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:275.e1.
16. Kramer MS, Usher RH, Pollack R, Boyd M, Usher S. Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol.* 1997;89:221–6.
17. Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ, Kirby RS, Alexander GR. Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:198–203.
18. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002;21:837e40.
19. Shinde GR, Vaswani BP, Patange RP, et al. Diagnostic Performance of Ultrasonography for Detection of Abruptio and Its Clinical Correlation and Maternal and Foetal Outcome. *J Clin Diagn Res* 2016; 10:QC04.
20. Godwin S, Macheke, Rune Nathaniel Philemon, Olola Onoko, Pendo S. Mlay, Gileard Masenga, Joseph Obure and Michael Johnson Mahande. Frequency, risk factors and fetomaternal outcomes of abruptio placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:242.
21. Ananth CV, Savitz DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodologic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol* 1996; 88:309.
22. Cheng HT, Wang YC, Lo HC, et al. Trauma during pregnancy: a population-based analysis of maternal outcome. *World J Surg* 2012; 36:2767.