

Плацента превия е едно от усложненията на бременността след 16 г.с. Тази плацентарна локализация се асоциира с риск от анте- и постнатална животозастрашаваща хеморагия.

Вродени аномалии, фетална смърт и изтичане на околоплодните води във втори триместър, на фона на плацента превия, представляват сериозно изпитание за прекъсване на бременността.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

# МЕДИКАМЕНТОЗНО ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТ ВЪВ ВТОРИ ТРИМЕСТЪР С ПЛАЦЕНТА ПРЕВИЯ ТОТАЛИС



д-р Мила  
Кайрякова, д-р  
Румяна Войнова,  
д-р Георги  
Стаменов, гм

МБАЛ за женско  
здраве "Надежда",  
гр. София

## КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ:

Представяме клиничен случай на 23-годишна бременна пациентка във втори триместър с тотална плацента превия, която постъпва за терапевтичен аборт поради анхидрамнион. Бременността е прекъсната по медикаментозен път, последван от инструментална ревизия на маточната кухина.

**ДИСКУСИЯ:** В литературата няма единно мнение за поведение при състояния като гореизложеното. Употребата на фетоцид значително намалява кръвозагубата при медикаментозно прекъсване

на бременност във втори триместър, усложнена с тотална плацента превия. Вагиналното раждане е предпочитаният път на родоразрешение.

## Въведение

Плацента превия е едно от усложненията на бременността, което се диагностицира след 16 г.с., когато вече оформената плацента достига до <2 см или покрива вътрешния отвор на цервикалния канал (тотална плацента превия)<sup>[1]</sup>. Рисковите фактори включват предхождано цезарово

сечение, възраст над 35 години, гинекологични операции и груги<sup>[2]</sup>. Честотата на цезаровото сечение в световен мащаб вече достига до 21%<sup>[3]</sup>. Това води до все по-често диагностициране на тази плацентарна локализация, което се асоциира с повишена майчина и фетална заболеваемост, антенатална и постнатална животозастрашаваща хеморагия<sup>[4]</sup>.

Анхидрамнион преди 24 г.с., поради изтекли околоплодни води, двустранна бъбречна агенезия и груги летални аномалии се свързват с лош неонатален изход, включващ пулмонална хипоплазия, спонтанен аборт

**Ключови думи:**  
втори триместър,  
плацента превия,  
анхидрамнион,  
медикаментозен  
аборт

и фетална смърт. Липсата на околоплодни води във втори тримес- тър, на фона на тотална плацента превия, създава редица трудности при прекъсването на бременността поради увеличавения риск от ексцесивно кървене. В литературата няма утвърден протокол за поведение. Употребата на фетоцид, като част от медикаментозното прекъсване, води до намаляване на кръвозагуба- та при диагностицирана плацента превия и плацента акрета. Изборът на цезарово сечение, като начин на рогоразрешение при плацента пре- вия и мъртъв плод, крие неоправда- но високи рискове за бъдещия фер- тилитет на пациентката.

Целта на тази статия е да споделим нашия опит в аналогична ситуация.

## Клиничен случай

Представяме ви клиничен случай на 23-годишна пациентка с първа спонтанно настъпила бременност, която е протекла нормално до мо- мента. Тя посещава клиниката по фетална медицина за второ мнение поради диагностициран анхидрамни- он и тотална плацента превия в гру- го лечебно заведение. Последната ѝ редовна менструация е била на 21 декември 2020 г.

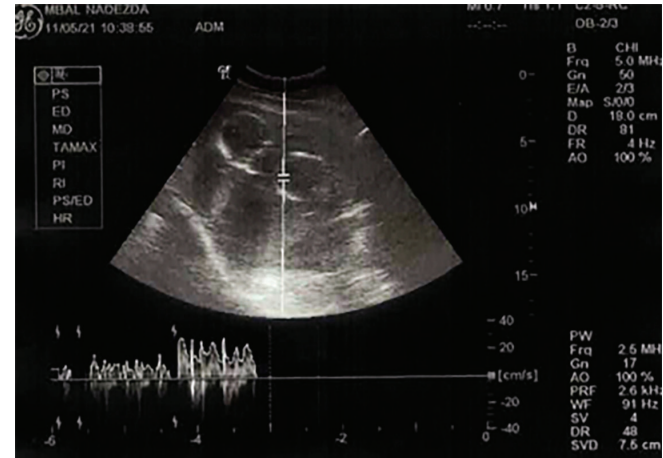
Пациентката няма анамнестични данни за претърпени гинекологични операции. Като придружаващи забо- лявания съобщава за артериална хипертония и анемия. Отрича да е забелязала изтичане на околоплодни води. При прегледа се установява, че плодът не отговаря на 20 +0 г.с., както би било, ако бременността се датира по последна редовна мен- струация, а на 18 +4 г.с. и се коригира по размерите на CRL, измерени по

време на скрининга в първи тримес- тър. Потвърждава се анхидрамнион на плода при наличие на нормално из- глеждащи бъбреци, както и наличие на пълен пикочен мехур (Фиг. 1). Не се установяват данни за малфор- мации, доколкото е възможно да се прецени при липса на околоплодни води и силно намалена видимост. Визуализира се тотална плацента превия (Фиг. 2).

Параклиничните изследвания не по- казват отклонения.

С пациентката беше обсъден въз- можният неблагоприятен изход при анхидрамнион преди 24 г.с. и тя взе информирано решение да постъпи в болницата за терапевтично прекъс- ване на бременността. Предвид наличието на плацента превия и гестационната възраст, случаят се обсъди мултидисциплинарно и се предприе прекъсване на бремен- ността по медикаментозен път.

Извършен бе фетоцид с 5 ml KCl с цел повлияване върху фето-плацен- тарното кръвообращение, после- дван от прием на mifepristone. След 38 часа в загден влагалищен свод бе поставен misoprostol 800 µg. В ин- тервал от 3 часа пациентката прие втора доза misoprostol 400 µg сублингвално. Последва спонтанна експулсия на плод с тегло 210 g и признаци на мацерация, без видими външни аномалии. Плацентата се отдели видимо цяла (Фиг. 3 и 4). Из- върши се инструментална ревизия под ултразвуков контрол и оксито- цинова инфузия с цел превенция на постпартална хеморагия (Фиг. 5). Поради кървене от маточната ши- ка се наложиха две хемостатични лигатури на маточните кантове. Общата кръвозагуба бе изчислена на 400 ml. Контролният хемоглобин преди изписването беше 97 g/L.



фигура 1:

Ултразвуков преглед, демонстриращ жив плод и анхидрамнион



фигура 2:

Ултразвуков преглед, демонстриращ тотална плацента превия. Плацентата покрива изцяло вътрешния отвор на цервикалния канал

## Дискусия

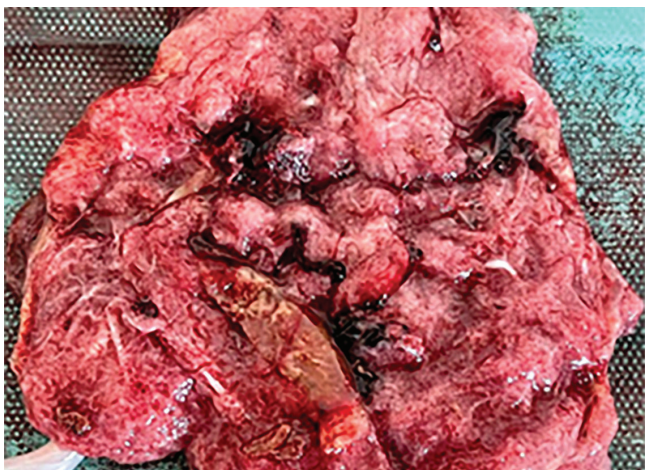
Според Здравния департамент на Англия и Уелс през 2009 г. едва 9% от абортите са реализирани след 13 г.с., а 1.5% след 20 г.с.<sup>[5]</sup>

Прекъсването на бременност с пла- цента превия тоталис във втори тримес- тър остава дискутабилен въпрос поради липса на утвърдени протоколи за поведение и риск от ексцесивно кървене, налагащо поня- кога спешна хистеректомия особе-



**Фигура 3:**

Ултразвуков преглед, демонстриращ локализацията на плацентата непосредствено след експулсията на плода. Плацентата е локализирана в долен маточен сегмент и влагалище



**Фигура 4:**

Макроскопски препарат на плацентата с размери 10/10 cm и пълна връв с централна инсерция и три съда



**Фигура 5:**

Ултразвуков преглед на матката след инструменталната ревизия. Липсват ехографски данни за задържани плацентарни части и плодни ципи

но в случаи на комбинация с плацентна акрета<sup>[6]</sup>.

През 2000 г. *Sillender* публикува случай на вагинално раждане с плацентна превия в 21 г.с., с минимална кръвозагуба и без хирургични интервенции след прием на mifepristone и misoprostol<sup>[7]</sup>. Медикаментозното прекъсване на бременност в този гестационен срок се асоциира с добри резултати и при други автори<sup>[8-10]</sup>.

Вагиналното раждане в случаи на мъртви плодове във втори и трети триместър се асоциира с обща кръвозагуба <500 ml. Кръвозагубата при проведено цезарово сечение в 26 г.с. достига до 1900 ml<sup>[11]</sup>. Това определя вагиналното родоразрешение като относително по-безопасен и предпочитан път за прекратяване на бременността в този гестационен срок. В допълнение, ако шансовете за оцеляване на плода са минимални, цезаровото сечение не следва да е първи избор поради дълготраен риск от повторна плацентна превия, плацентна акрета, ектопична бременност и маточна руптура<sup>[12]</sup>.

Намаляването на кръвотока по време на нормално раждане чрез употребата на фетоцид е метод, който би могъл да намали риска от ексцесивна хеморагия, въпреки че има отложен ефект във времето<sup>[13]</sup>.

Според някои автори експектативно поведение до 4 седмици след диагностичиране на мъртъв плод не повишава риска от консумативна коагулопатия, а се асоциира с намалена кръвозагуба поради атрофия на плацентата и нарушена утеро-плацентарна перфузия, което дава възможност на частична резорбция на долния плацентарен ръб<sup>[14]</sup>. Недостатък е менталният стрес, на който е подложена пациентката за дългия

интервал от време в очакване на експулсия на мъртъв плод.

В заключение, индуцирането на медикаментозен аборт при случай на плацентна превия, след изключване на плацентна акрета във втори и трети триместър, употребата на фетоцид и вагиналното родоразрешение намаляват риска от животозастрашаваща хеморагия и скъсяват времето до експулсия на плода в сравнение с експектативния подход. ■

#### Книгопис:

1. Jauniaux ERM et al. Placenta previa and placenta accreta: diagnosis and management. *BJOG* 2019;126:e1-48.
2. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet gynecol* 1985;66:89-92.
3. WHO. (2021, June 16) Rising rates suggest increased numbers of medically unnecessary, potentially harmful procedures. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access-who>.
4. 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(6):1226-1232.
5. Department of Health. (2011, May) Abortion statistics, England and Wales: 2010. Retrieved from [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215584/dh\\_127202.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215584/dh_127202.pdf).
6. RashaamWK, Gates EJ, Jones J, Goldman B, Morris A, Lyman WD. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. *Obstet Gynecol* 1995;85(5, Pt 1):701-703.
7. Sillender M, Krishnamurthy S. Medical management of second trimester fetal death complicated by a complete placenta praevia. *J Obstet Gynaecol* 2000;20:537-8.
8. Cui T, Peng C, Zhang W, Peng B. Therapeutic termination of pregnancy with complete placenta praevia in the second and third trimesters. *Gynecol Pelvic Med* 2020;3:32.
9. Borrás A, Gómez O, Sanz M, Martínez JM, Puerto B. Feticide followed by mifepristone-misoprostol regimen for midtrimester termination of pregnancy in two cases of complete placenta previa. *Fetal Diagn Ther* 2010;28(2):114-116.
10. Ruano R, Dumez Y, Cabrol D, et al. Second- and thirdtrimester therapeutic terminations of pregnancy in cases with complete placenta previa—does feticide decrease postdelivery maternal hemorrhage? *Fetal Diagn Ther* 2004;19:475-8.
11. van der Ploeg JM, Schutte JM, Pelinck MJ, Huisjes AJ, van Roosmalen J, de Vries JI. Management of fetal death after 20 weeks of gestation complicated by placenta previa. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2007;20:267-269.
12. Feng XL, Wang Y, An L, et al. Cesarean section in the People's Republic of China: current perspectives. *Int J Womens Health* 2014;6:59-74.
13. Poret-Bazin H. Decrease of uteroplacental blood flow after feticide during second-trimester pregnancy termination with complete placenta previa: quantitative analysis using contrast-enhanced ultrasound imaging. *Placenta*. 2013 Nov;34(11):1113-5.
14. Management of fetal death complicated by placenta previa during the midtrimester.