



Plasenta Yerleşim ve İnvazyon Anomalisi Olan Hastalarda Acil ve Elektif Sezaryenin Fetomaternal Sonuçlara Etkisi

The Effect of Emergency and Elective Cesarean Section on Fetomaternal Results in Patients with Placent Placement and Invasion Anomaly

  Emin Levent Aksoy¹,  Ali Turhan Çağlar²

¹ Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sakarya, Türkiye

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ORCID ID: Emin Levent Aksoy: <https://orcid.org/0000-0002-4862-1231>, Ali Turhan Çağlar: <https://orcid.org/0000-0002-7022-3029>

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Emin Levent Aksoy, e-posta / e-mail: eminleventaksoy@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 28-03-2023

Kabul Tarihi / Accepted: 12-06-2023

Yayın Tarihi / Online Published: 30-08-2023

Aksoy E.L., Çağlar A.T. The effect of emergency and elective cesarean section on fetomaternal results in patients with placenta placement and invasion anomaly. J Biotechnol and Strategic Health Res. 2023;7(2):89-96

Özet

Amaç Plasenta previa; plasentanın alt uterin segmente yerleşip internal osu kısmen veya tamamen kapatması durumudur. Planlı sezaryene alınan plasenta previa ve plasenta akreata spektrumu (PAS) şüphesi olan hastalarda daha iyi fetomaternal sonuçlar elde edilmektedir. Çalışmamızda acil ve elektif sezaryene alınan hasta gruplarını fetomaternal sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem Çalışmamıza Ocak 2011 - Aralık 2015 tarihleri arasında hastanemizde plasenta previa ve PAS tanısıyla sezaryene alınan 236 hasta dâhil edildi. Hastaların demografik verileri, jinekolojik ve obstetrik öyküleri, laboratuvar parametreleri, kan ürünü transfüzyon miktarı, vakanın alınma şekli (acil/elektif), gelişen intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, kullanılan ek cerrahi yöntemler, histerektomi varlığı, doğum haftası ve ağırlığı, yenidoğan APGAR skoru, yoğun bakım ihtiyacı, yatış süresi ve gelişen komplikasyon verilerine ulaşıldı. Hastalar acil ve elektif olmak üzere iki gruba ayrılarak fetomaternal verileri karşılaştırıldı.

Bulgular Hastalar vakaya alınma şekillerine göre karşılaştırıldığında intraoperatif komplikasyon, peripartum histerektomi, ek cerrahi yöntem kullanımı, invazyon anomalisi, postoperatif 6. saat hemoglobin değerleri arasında bir fark bulunmadı. Fakat acil alınan grupta postoperatif yatış süresi, transfüzyon ihtiyacı daha fazla iken, 2. saat hemoglobin (Hgb) düzeyi daha düşük bulundu. Acil alınan gruptaki yenidoğanlarda, doğum ağırlığı ve APGAR skoru daha düşük iken, yoğun bakım ihtiyacı, yatış süresi ve komplikasyon oranının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Sonuç Hastalar multidisipliner yaklaşımın sunulabileceği, kan bankası ünitesi, erişkin yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi yeterli olan tersiyer merkezlere sevk edilmelidir. Olguların elektif olarak operasyona alınmasının fetomaternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında veya önlenmesinde önemli bir etkidir.

Anahtar Kelimeler Acil, plasenta akreata spektrumu, plasenta previa, sezaryen

Abstract

Aim Placenta previa is the situation where the placenta settles in the lower uterine segment and partially or completely covers the internal os. Better fetomaternal results are obtained in patients with suspected placenta previa and placenta accreta spectrum (PAS) undergoing planned cesarean section. In our study, we aimed to compare the fetomaternal outcomes of patient groups who underwent emergency and elective cesarean section.

Material and Method Our study included 236 patients who underwent cesarean section with the diagnosis of placenta previa and PAS in our hospital between January 2011 and December 2015. Demographic data of patients, gynecological and obstetric histories, laboratory parameters, amount of blood product transfusion, method of taking the case (emergency/elective), developing intraoperative and postoperative complications, additional surgical methods used, presence of hysterectomy, gestational week and weight, newborn APGAR score the data on the need for intensive care, length of hospital stay and complications were obtained. The patients were divided into two groups as emergency and elective, and fetomaternal data were compared.

Results When the patients were compared according to the way they were recruited, no difference was found between intraoperative complications, peripartum hysterectomy, use of additional surgical methods, invasion anomaly, and postoperative 6th hour hemoglobin values. However, while the postoperative hospital stay and the need for transfusion were higher in the emergency group, 2. hour hemoglobin (Hgb) level was found to be lower. While the birth weight and APGAR score were lower in the newborns in the emergency group, the need for intensive care, length of hospital stay and complication rates were found to be higher.

Conclusion Patients should be referred to tertiary centers where a multidisciplinary approach can be offered and blood bank units, adult intensive care units and neonatal intensive care units are sufficient.

Keywords Emergency, placenta accreta spectrum, placenta previa, cesarian

GİRİŞ

Plasenta previa ve PAS özellikle son yıllarda sezaryen doğum sayısının artması ile sık görülmektedir. Plasenta previa insidansı her 1000 doğumda 3,5 ila 4,6 arasında değişmektedir.¹ Altta yatan etyolojik neden kesin olarak bilinmemekle beraber yapılan çalışmalarda bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar önceki previa öyküsü, geçirilmiş sezaryen, multiparite, ileri anne yaşı, düşük doğum öyküsü, intrauterin cerrahi müdahale öyküsü, sigara kullanımı, çoğul gebelikler, infertilite tedavisi ve erkek fetüstür.²

Plasenta previa ile komplike olmuş gebeler sıklıkla 2. trimester sonu ya da 3. trimesterde görülen ağrısız vajinal kanama şikayeti ile hastaneye başvururlar.³⁻⁴ Bu nedenle 20. Gebelik haftasından sonra vajinal kanama şikayeti ile başvuran hastalara aşırı kanamalara neden olacağından USG ile plasenta previa tanısı dışlanmadan dijital muayene yapılmamalıdır. Plasenta previa aynı zamanda antepartum ve postpartum kanama, sezaryen ve sezaryen histerektomi, dissemine intravasküler koagülasyon (DİC), hipovolemik şok, preterm doğum, malprezantasyon, konjenital anomaliler, intrauterin gelişme geriliği (IUGR) gibi artmış fetomaternal morbitide ve mortalite ile ilişkilidir.³

Plasenta previa hastalarında görülen bir diğer komplikasyona yüksek mortalite ve morbitide riskine sahip PAS'dır. PAS ise plasenta akreata, plasenta inkreata ve plasenta perkreatayı kapsamaktadır. Artan sezaryen doğum oranları nedeniyle 750 doğumda 1 oranında görülmektedir.⁵⁻⁷

PAS için en önemli risk faktörü geçirilmiş sezaryen sonrası gelişen plasenta previadır. Diğer risk faktörleri arasında geçirilmiş uterin cerrahi, dilatasyon ve küretaj (D/C), sezaryen skar gebeliği, ileri anne yaşı ve endometrial defektler vardır.^{6,8}

Bu çalışmada plasenta previa ve PAS tanısıyla acil ve elektif olarak sezaryana alınan hastaların fetomaternal sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Başkanlığı Etik Kurulu onayı alındıktan sonra 01/01/2011 ve 31/12/2015 tarihleri arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi perinataloji kliniğinde plasenta previa ve/veya plasenta akreata ön tanısı ile sezaryene alınan 24 hafta ve 500 gram üzeri 400 gebelik retrospektif olarak incelendi. 164 hasta dosya ve otomasyon sisteminden sağlıklı bilgiye ulaşılamaması nedeniyle çalışma dışı bırakılarak çalışmaya 236 hasta dahil edildi.

Çalışmamızda ISTH (International Society of Trombosis and Haemostasis) skorlamasında 5 ve üzeri skor alan hastalar DİC olarak kabul edildi.

Çalışmada yer alan yaş, bebek ağırlığı, gebelik süresi vb. sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler ile bazı sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (ort±ss) ve ortanca (minimum-maksimum); normal dağılım göstermeyen ve kesikli değişkenler ortanca (minimum-maksimum) ile ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı (%) şeklinde gösterilmiştir.

Acil ve Elektif gruplarının sürekli veya kesikli değişkenler bakımından karşılaştırılması grupların dengesiz olmasına bağlı olarak Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Grupların kategorik değişkenler bakımından analizi Ki-kare (X²) testleri yardımıyla yapılmıştır.

Hemoglobin ve platelet ölçümlerinin zamana göre değişiminin gruplarda farklı olup olmadığı iki yönlü karma ANOVA ile incelenmiştir. Grup içi zamana göre farklılıklar değişkenin dağılımına bağlı olarak tekrarlı ölçümlerde ANOVA veya Friedman testi ile değerlendirilmiştir. Her bir zamanda gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı ve grafik çizimi için MS Office Excel 2019 kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamız 01.01.2011-31.12.2015 tarihleri arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi perinataloji kliniğinde plasenta previa tanısı ile sezaryene alınan 236 hasta üzerinde yapıldı. Hastalar sezaryene alınma şekillerine göre acil (n=71) ve elektif (n=165) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Hastaların demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının 31,47 yıl olduğu hesaplanmıştır. En küçük yaş 18, en büyük yaş 42 olarak tespit edildi. Diğer demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

	N	Min-Maks	Ortalama±Standart sapma
Yaş	236	18-42	31,47±5,19
Gravida	236	1-11	3,18±1,77
Parite	236	0-10	1,44±1,40
Abortus	236	0-5	0,44±0,83
D/C	236	0-4	0,28±0,60
C/S	236	0-4	0,66±0,89

Hastaların %9,7'sinin (n=23) sigara içtiği ve 4 hastada geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen haricinde) olduğu tespit edildi. İncelenen 236 hastanın 23'ünün sigara içtiği tespit edildi. Sigara kullanan hastaların 16'sında invazyon anomalisi yok iken, 7 hastada invazyon olduğu tespit edildi. Sigara kullanımı ve invazyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,012).

Acil ve elektif gruplarında sırasıyla 5 (%7,1) ve 12 (%7,3) annede intraoperatif komplikasyon geliştiği; 15 (%21,1) ve 30 (%18,2) anneye peripartum histerektomi yapıldığı; 29 (%40,8) ve 64 (%38,8) annede bakri, hemostatik suture

vb. ek cerrahi yöntem kullanıldığı belirlenmiştir (Tablo 2). İntraoperatif komplikasyon varlığı, histerektomi durumu ve ek cerrahi yöntem kullanımı bakımından grupların benzer olduğu görülmüştür (p>0,05). İnvazyon anomalisi bakımından gruplar incelendiğinde acil grubunda 2 annede (%2,9) akreata, 1 annede (% 1,4) inkreata ve 5 annede (% 7,2) perkreata olduğu belirlenmiştir. Elektif grubunda ise ilgili anomalilerin gözlemlendiği hasta sayısı sırasıyla 7 (%4,3), 6 (%3,7) ve 8 (%4,9)'dir. İnvazyon anomalisi bakımından da grupların benzer olduğu tespit edilmiştir (p=0,649).

Tablo 2. Acil ve elektif grubun maternal intraoperatif komplikasyon, yönetim invazyon anomalisi bakımından karşılaştırması

	Acil Grup n (%)	Elektif Grup n (%)	Test İstatistiği	P
İntraoperatif komplikasyon varlığı	-	-	0,000	1,000
Yok	66 (92,9)	153 (92,7)	-	-
Var	5 (7,1)	12 (7,3)	-	-
Histerektomi	-	-	0,121	0,728
Yok	56 (78,9)	135 (81,8)	-	-
Var	15 (21,1)	30 (18,2)	-	-
Ek cerrahi yöntem	-	-	0,088	0,767
Yok	42 (59,2)	101 (61,2)	-	-
Var	29 (40,8)	64 (38,8)	-	-
Bakri balon	-	-	0,295	0,587
Yok	48 (67,6)	119 (72,1)	-	-
Var	23 (32,4)	46 (27,9)	-	-
Hemostatik sütür	-	-	1,410	0,235
Yok	65 (91,5)	140 (84,8)	-	-
Var	6 (8,5)	25 (15,2)	-	-
Hipogastrik arter ligasyonu	-	-	-	0,219
Yok	65 (91,5)	158 (95,8)	-	-
Var	6 (8,5)	7 (4,2)	-	-
Uterin arter ligasyonu	-	-	-	0,638
Yok	69 (97,2)	162 (98,2)	-	-
Var	2 (2,8)	3 (1,8)	-	-
İnvazyon anomalisi	-	-	1,646	0,649
Yok	63 (88,5)	144 (87,1)	-	-
Akreatta	2 (2,9)	7 (4,3)	-	-
İnkreatta	1 (1,4)	6 (3,7)	-	-
Perkreatta	5 (7,2)	8 (4,9)	-	-

Acil grubuna elektif grubuna göre daha fazla eritrosit süspansiyonu (ES) verildiği belirlenmiştir (p=0,021). Grupların taze donmuş plazma (TDP) ve fibrinojen bakımından benzer olduğu tespit edilmiştir (p>0,05). Gruplarda annelerin gebelik süresi ortalaması sırasıyla 231,79±24,28 gün ve 259,10±13,07 gün olarak elde edilmiştir. Acil grubunda

gebelik süresinin elektif grubuna göre daha kısa olduğu görülmüştür (p<0,001). Operasyon sonrası yatış süresi bakımından gruplar değerlendirildiğinde acil grubunun elektif grubuna göre hastanede daha uzun yattığı gözlenmiştir (p=0,015). Acil grubunda %16,9 (n=12) oranında DIC gelişimi olduğu ve bu oranın elektif grubundaki orandan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,028) (Tablo 3).

Tablo 3. Acil ve elektif grubun transfüzyon miktarı, gebelik süresi, postoperatif yatış süresi ve DIC gelişimi açısından karşılaştırılması

	Acil Grup	Elektif Grup	Test İstatistiği	P
Eritrosit (ort±s)	2,58±3,44	1,68±2,91	2,314	0,021
Ortanca (min-maks)	2 (0-16)	0 (0-16)	-	-
TDP (ort±s)	1,59±2,81	0,98±2,01	1,631	0,103
Ortanca (min-maks)	0 (0-12)	0 (0-14)	-	-
Fibrinojen (ort±s)	0,29±0,88	0,16±0,53	0,695	0,487
Ortanca (min-maks)	0 (0-4)	0 (0-3)	-	-
Gebelik süresi (ort±s)	231,79±24,28	259,10±13,07	8,813	<0,001
Ortanca (min-maks)	235 (175-287)	260 (191-286)	-	-
Postop yatış süresi (ort±s)	4,52±3,40	3,61±2,67	2,422	0,015
Ortanca (min-maks)	3 (2-18)	2 (2-14)	-	-
DIC gelişimi	-	-	4,805	0,028
Yok	62 (87,3)	158 (95,7)	-	-
Var	9 (12,7)	7 (4,3)	-	-

Hemoglobin, hematokrit ve plateletin zamana göre değişimlerinin gruplarda benzer olduğu belirlenmiştir. Acil grubunda operasyon öncesi, operasyonun 2. saati ve 6. sa-

atında ölçülen hemogloblin düzeyinin ortalaması sırasıyla 11,59±1,22, 9,85±1,74 ve 9,70±1,77 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4). Operasyonla beraber hemogloblin düzeyinde anlamlı bir düşüş olduğu (p<0,001); ancak 2 ve 6. saatler arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) görülmüştür.

Elektif grubunda operasyon öncesi, operasyonun 2. saati ve 6. saatinde ölçülen hemogloblin düzeyinin ortalaması sırasıyla 11,93±1,16, 10,40±1,6 ve 10,03±1,59 olarak elde edilmiştir (Tablo 4). Operasyonla beraber hemogloblin düzeyinin anlamlı bir şekilde azaldığı görülmüştür (p≤0,001).

	Acil Grup Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Elektif Grup Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Test İstatistiği	P
Hemogloblin	-	-	--	
Operasyon öncesi	11,59±1,221,2	11,93±1,16a,b	1,954	0,051
2.saat	9,85±1,741	10,40±1,61a,c	2,251	0,024
6.saat	9,70±1,772	10,03±1,59b,c	1,273	0,203
Test İstatistiği: p	74,976; <0,001	188,831; <0,001	-	-
Platelet (x1000)	-	-	-	-
Operasyon öncesi	219,0 (77,0-397,0)1,2	200,0 (80,0-397,0)a,b	1,189	0,234
2.saat	183,0 (59,0-434,0)1	182,0 (62,0-390,0)a	0,142	0,887
6.saat	182,0 (61,0-334,0)2	177,0 (61,0-398,0)b	0,420	0,675
Test İstatistiği: p	36,371; <0,001	102,501; <0,001	-	-

Acil ve elektif grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortancaları sırasıyla 2155 gr (min-maks: 680-4000) ve 3060 gr (min-maks: 710-4040) olarak hesaplanmıştır. Elektif grubunda doğan bebeklerin doğum ağırlığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Apgar 1 ve apgar 5 skorlarının elektif grubunda acil grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p<0,001).

Acil ve elektif grubunda yenidoğan yoğun bakım (YDYB) ihtiyacı sırasıyla 51 (%70,8) ve 25 (%15,3) bebekte gözlen-

miştir. Acil grubunda YDYB ihtiyacının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (p<0,001).

Acil grubunda 3 bebek ex olmuştur. Elektif grubunda ise 2 bebek ex olmuştur. Acil ve elektif gruplarındaki bebeklerin yenidoğan ünitesinde yatış süresi ortancası sırasıyla 8 gün (min-maks:0-124) ve 0 gün (min-maks: 0-121) olarak belirlenmiştir. Acil grubunda doğan bebeklerin daha uzun süre yattığı belirlenmiştir (p<0,001).

Acil grubunda elektif grubuna göre daha fazla yenidoğan komplikasyonu ve yatış endikasyonu görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,001).

Gruplar yenidoğan komplikasyonu türleri bakımından incelendiğinde Gastrointestinal sistem (GİS ve anemi dışındaki komplikasyonların acil grubunda daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 5).

	Acil Grup Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Elektif Grup Ort±S Ortanca (Min-Maks)	Test İstatistiği	P
Doğum ağırlığı	2140,76±797,85	2954,36±510,83	-	-
	2155 (680-4000)	3060 (710-4040)	7,473	<0,001
Apgar 1	5,86±1,65	6,74±1,01	-	-
	7 (1-8)	7 (0-9)	5,414	<0,001
Apgar 5	8,04±1,39	8,81±1,08	-	-
	8,5 (3-10)	9 (0-10)	6,814	<0,001
Yoğun bakım ihtiyacı	-	-	67,778	<0,001
Yok	21 (29,2)	138 (84,7)	-	-
Var	51 (70,8)	25 (15,3)	-	-
Yoğun bakım yatış süresi	14,02±22,38	1,60±10,01	-	-
	8 (0-124)	0 (0-121)	8,568	<0,001
Komplikasyon	-	-	64,311	<0,001
Yok	23 (34,3)	142 (87,7)	-	-
Var	44 (65,7)	20 (12,3)	-	-

TARTIŞMA

Obstetrik kanamalar, tıbbi gelişmelere rağmen dünya genelinde tek başına en önemli maternal ölüm nedenidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki postpartum maternal ölümlerin yaklaşık yarısını obstetrik kanamalar oluşturur.⁹

Çalışmamızda, tersiyer bir merkez olan hastanemizde 01.01.2011-31.12.2015 tarihleri arasında plasenta previa ön tanısı ile doğumu gerçekleştirilen hastalarda anne ve yenidoğan verileri incelenerek sonuçlar değerlendirildi.

Tüm tıbbi gelişmelere rağmen obstetrik kanamalar maternal ölümlerin en önemli nedenidir. Ve yine plasenta yerleşim ve invazyon anomalileri antepartum kanamalar içinde önemli bir yer kaplamaktadır (%40). Başlıca risk faktörleri olan sezaryen doğum, geçirilmiş uterin cerrahi, ileri yaş gebelik, sigara içme, Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ve buna bağlı çoğul gebelik oranlarının artmasıyla birlikte hem anne hem de fetus için mortalite ve morbiditesi yüksek bu durumlarla karşılaşma riski her geçen gün artmaktadır.

Çalışmalarda geçirilmiş sezaryenlerle plasenta previa arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir.¹⁰ Bir çalışmada geçirilmiş 1 sezaryenle previa riskinin 2 kat arttığı, geçirilmiş 2 sezaryenle bu riskin 7 kat arttığı saptanmıştır.¹¹ Çalışmamızda da plasenta previası olan 236 hastanın 102'sinde (%43,3) 1-4 arasında değişen geçirilmiş sezaryen öyküsü olduğu saptandı.

Plasenta invazyon anomalileri (PİA) için en önemli risk faktörleri geçirilmiş sezaryen ve plasenta previadır.¹² Armstrong ve ark. 32 plasenta akreata olgusunun %78'inde geçirilmiş sezaryen öyküsü ve %88'inde ise plasenta previa olduğunu bildirmişlerdir.¹³ Bizim çalışmamızda intraoperatif klinik bulgular ve patoloji ile doğrulanmış plasenta invazyon anomalisi olan 29 hastadan 28'inde geçirilmiş sezaryen öyküsü bulunmaktadır (%96,7).

Geçirilmiş sezaryen öyküsü 1, 2, 3, 4, 5 olan olgularda pla-

sentada akreata sıklığı sırasıyla %15,6, % 23,5, % 29,4, % 33,3 ve % 50 olarak bildirilmiştir.¹⁴ Bizim çalışmamızda PAS olan hastaların %24'ünde 1 sezaryen, %76'sında ise 2 ya da daha fazla sezaryen öyküsü vardı.

Yapılan çalışmalarda ileri maternal yaş ile plasentasyon anomalileri arasında ilişki bulunmuştur. Tuzovic ve ark. yaptıkları bir çalışmada, 30 yaşından büyük kadınların plasenta previa gelişimi için 2,5 kat yüksek riskli olduğunu bulunmuştur.¹¹ Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak görmekteyiz.

Nullipar ve grandmultipar kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada plasenta previa riski nullipar kadınlarda 1000 gebelikte 2 iken, grand multipar kadınlarda 100 gebelikte 5 olarak bulunmuştur.¹⁵ Çalışmamızda da parite sayısına göre gruplandırıldığında previa sıklığının arttığını görmekteyiz.

Konservatif yönetim veya sezaryen histerektomi ile ilgili kesin bir karar preoperatif alınmalıdır. Postpartum sezaryen histerektomi, özellikle acil şartlarda yapıldığında çok riskli ve yüksek komplikasyon oranlarına sahip bir cerrahi işlemdir.¹⁶ Bu nedenle bu ameliyatların acil alınması yerine önceden planlanması maternal ve fetal iyilik hali açısından önem arz etmektedir.

Plasenta previa ve PİA konjenital anomali ve İUGR gibi fetüs etkileyen bazı komplikasyonlar ile ilişkilendirilmiştir.¹⁷ Fakat fetal mortalite ve morbiditenin ana nedeni hipoksi, anemi ya da gelişim kısıtlılığı yerine prematüredir.¹⁸ Çalışmamızda acil gruptaki bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları 2140 gr, elektif gruptakilerin ise 2954 gr bulunmuştur ($p < 0,001$).

Plasenta previa ve PİA gerek prematürite gerekse İUGR ve fetal anomalilerle ilişkili olmasından dolayı yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı normal popülasyona göre daha fazla olmaktadır.¹⁸ Kassem ve ark. tarafından 122 plasenta previalı gebe üzerinde yapılan 3 yıllık bir retrospektif derlemede

34 hafta altında yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının %100 (n=20/20), 34 ile 37 haftalar arasında %46 (n=18/39), 37 hafta üzerinde %7 (n=5/63) olduğunu bildirmiştir.¹⁹ Bizim çalışmamızda bu oranlar 34 hafta altında %80 (n=33/41), 34 ile 37 haftalar arasında %22 (n=23/103), 37 hafta üzerinde %17 (n=16/91) bulunmuştur. Acil gruptaki yenidoğanların %70,8'i (n=51/72), elektif gruptaki yenidoğanların %15,3'ü (n=25/165) yoğun bakım ihtiyacı duymuştur (p=<0,001). Yine her iki grup yenidoğan yoğun bakım yatış süreleri açısından karşılaştırıldığında acil grupta ortalama yatış süresi ortalama 14,02 gün iken elektif grupta 1,6 gündür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p=<0,001).

Çalışmamızda acil hasta grubunda maternal hemoglobin düşüşü, ES transfüzyon miktarı, DİC gelişimi, postoperatif maternal hastanede kalış süresi, yenidoğan APGAR skoru, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı ve süresi, yenidoğan komplikasyonları elektif gruba oranla daha fazla bulunmuştur. Türkiye'den Taşgöz ve ark. yapmış olduğu benzer bir çalışmada acil ve elektif sezaryen yapılan hastaların sonuçlarını karşılaştırmışlar ve acil alınan hastaların yenidoğan APGAR skorlarının düşük olduğu ve daha çok yoğun bakım ihtiyacı olduğunu bildirmişlerdir.²⁰

Her ne kadar çalışmamızdaki acil ve elektif sezaryene alınan gruplar arasında intraoperatif komplikasyon, histerektomi ve kullanılan ek cerrahi yöntem açısından bir fark izlenmese de acil grupta postoperatif hemoglobin düşüşü ve buna bağlı ES transfüzyon miktarı, DİC gelişimi ve postoperatif hastanede yatış süresi daha fazla bulunmuştur. Yine benzer şekilde Asıcıoğlu ve ark. yapmış olduğu çalışmada intraoperatif tahmin edilen kan kaybının daha fazla olduğu, acil doğum vakalarında transfüzyon ihtiyacının fazla olduğu, çevre organ hasarı ve histerektomi oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.²¹

Çalışmamızın limitasyonları; tek merkezli olması, retrospektif verilere dayanması ve tahmini kan kaybı değerlendirilmemiş olması sayılabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak özellikle medikolegal sorunların arttığı günümüzde plasenta adezyon ve invazyon anomalisi düşünülen olgularda preoperatif hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve histerektomi dâhil tüm olası komplikasyonları içeren aydınlatılmış onamın alınması önemlidir.

Tüm bu fetomaternal komplikasyonları yönetmek için bu konuda tecrübeli bir ekip, erişkin ve yenidoğan yoğun bakımı ve kan bankası olan bir hastaneye ihtiyaç duyulur. Bu nedenle bu hastaların tersiyer merkezlere yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Etik Onay

Bu çalışmada Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Başkanlığı Etik Kurulu onayı alınmıştır (Karar No:6, Tarih:28/08/2015).

Yazar Katkıları

Konsept: E.L.A., A.T.Ç. Dizayn: E.L.A., A.T.Ç. Veri Toplama ve İşleme: E.L.A., A.T.Ç. Analiz ve Yorumlama: E.L.A., A.T.Ç. Literatür Tarama: E.L.A., A.T.Ç. Makale Yazımı: E.L.A., A.T.Ç.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek

Beyan edilecek mali destek yoktur.

Kaynaklar

1. Reddy UM, Abuhamad AZ, Levine D, et al. Fetal imaging: executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, and Society of Radiologists in Ultrasound Fetal Imaging workshop. *Obstet Gynecol* 2014; 123:1070.
2. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13(3):175-190.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):e259-e275. doi:10.1097/AOG.0000000000002983
4. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD001998.
5. Lam CM, Wong SF, Chow KM, et al. Women with placenta praevia and antepartum haemorrhage have a worse outcome than those who do not bleed before delivery. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20:27.
6. Love CD, Fernando KJ, Sargent L, et al. Major placenta praevia should not preclude out-patient management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117:24.
7. Rosen DM, Peek MJ. Do women with placenta praevia without antepartum haemorrhage require hospitalization? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994; 34:130.
8. Yoong W, Karavolos S, Damodaram M, et al. Observer accuracy and reproducibility of visual estimation of blood loss in obstetrics: how accurate and consistent are health-care professionals? *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281:207.
9. McCormick ML, Sanghvi HC, McIntosh N: Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77:267.
10. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet. Gynecol* 2002;99:976-80. 26.
11. Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case-control study. *Croat. Med J* 2003;44:728-33. 20.
12. Madazlı R. "Plasenta Yıpışma Anomalileri". *Plasenta*. Nobel Tıp, İstanbul, 2008, 23, ss. 329-336.
13. Armstrong CA, Harding S, Matthews T, Dickinson JE. Is placenta accreta catching up with us? *Aust New Zealand J Obstet and Gynaecol*, 44: 210-3.
14. Usta IM, Hobeika EM, Abu Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa/accreta: Risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol*, 193: 1045-9.
15. Lavery JP: Placenta previa. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:414.
16. Seago Dp, Roberts WE, Johnson VK, et al. Planned cesarean hysterectomy: A preferred alternative to separate operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1385-93.
17. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, et al. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284:47.
18. Salihu HM, Li Q, Rouse DJ, et al. Placenta previa: neonatal death and live births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1305.
19. Kassem GA, Alzahrani AK. Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: three years of experience with a two-consultant approach. *Int J Womens Health*. 2013;5:803-810. Published 2013 Nov 28. doi:10.2147/IJWH.S53865
20. Asıcıoğlu O, Şahbaz A, Güngördük K, Yıldırım G, Asıcıoğlu BB, Ülker M. Maternal and perinatal outcomes in women with placenta praevia and accreta in teaching hospitals in Western Turkey. *J Obstet Gynaecol* 2014;34:462-6.
21. Taşgöz FN, Yeniğül NN, Kender Ertürk N, Kırşan İleri E, Yaşa FN. Maternal and neonatal outcomes comparison between emergency and planned cesarean deliveries in women with placenta previa. *Eur Res J* 2022;8(3):359-367. DOI: 10.18621/eurj.994368