



PLASENTA PREVİA PERKREATA TANI VE YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Diagnosis and Management of Plasenta Previa Percreata: Case Report

Cem YENER, Cenk SAYIN, Işıl UZUN, Havva SÜTCÜ, Sinan ATEŞ, Füsün VAROL

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Perinatoloji Departmanı, Edirne, Türkiye.

Öz

Plasenta perkreat, sezaryen ile doğum ve diğer uterin girişimlerdeki artış ile beraber olarak son yıllarda daha yaygın görülür hale gelmiştir. Gebelik esnasındaki doğru tanının çok büyük önemi vardır. Doğru yönetilen hastalarda morbidite ve mortalite oranları daha düşüktür. Bu olgu sunumunda perinatoloji kliniğimize yönlendirilen bir plasenta perkreat olgusunun yönetimini sunmaktayız.

Anahtar kelimeler: Hemoraji, plasenta perkreat, histerektomi, mesane yaralanması, transfüzyon

Abstract

Placenta percreata becomes more common in the recent years with the increase of cesarean section and other uterine interventions. Diagnosis during pregnancy is very important. Patients with correct management have lower rates of morbidity and mortality. In this case we describe the management of a patient with placenta percreata that was referred to our perinatology clinic.

Key words: Hemorrhage, placenta percreata, hysterectomy, bladder injury, transfusion

GİRİŞ

Plasental adezyon anormalliklerinin içinde en az görülen alt tipi olan plasenta perkreat, plasentanın tüm uterus duvarı ve komşu organlara invazyonu ile karakterizedir. Son yıllarda görülme insidansı artmakla birlikte yaklaşık olarak 1/530 – 1/2500'dür¹. Geçmişte daha nadir görülen bu patolojik durum ile kadın doğum hekimleri günümüzde daha fazla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Anormal plasental implantasyon özellikle sezaryen ve küretaj gibi uterin girişimler sonrasında desidua bazalis ve Nitabuch tabakasında oluşan hasar sonucu oluşur. Ayrıca önceki sezaryen doğum ve plasenta previa birlikteliği plasenta perkreat olasılığını yaklaşık olarak 5 kat arttırmaktadır². Hastaların büyük kısmında kan transfüzyonu ihtiyacı olmaktadır. Hastaların üçte biri postop dönemde yoğun bakım ünitesine yatırılmaktadır³. Elektif olarak histerektomi olan hastalara göre acil peripartum sezaryen histerektomi olan hastalarda intraoperatif kan

kayı ve kan transfüzyonu gereksinimi daha fazladır. Masif kanama ve bunun sonucunda gelişebilen dissemine intravasküler koagülasyon, erişkin respiratuar distress sendromu, böbrek yetmezliği, planlanmamış cerrahi ve ölüm plasenta invazyon anomalilerinin en ciddi komplikasyonlarıdır. Bu yayında preoperatif tanısını koyduğumuz plasenta previa perkreat olgusunun yönetimini bildirmekteyiz.

OLGU SUNUMU

30 yaşında gravida 7, parite 4 (3 tane 8 aylık intrauterin excitus öyküsü) 1 abortus ve 1 D&C öyküsü mevcut olan hasta 22. gebelik haftasında kliniğimize plasenta previa ön tanısıyla sevk edilmiştir.

Hastanın özgeçmişinde Faktör 5 Leiden Homozigot, Plazminojen aktivatör inhibitör -1 (PAI-1) Heterozigot ve Faktör 13 Heterozigot mutasyonu mevcuttu. Daha önce 4 sezaryen ile doğum öyküsü vardı. Hastanın kilosu göz

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Cem YENER
Adres: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Perinatoloji Departmanı, Edirne-Türkiye.
E-posta: cemyener@trakya.edu.tr

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 29.05.2018
Date Accepted / Kabul Tarihi: 05.12.2018

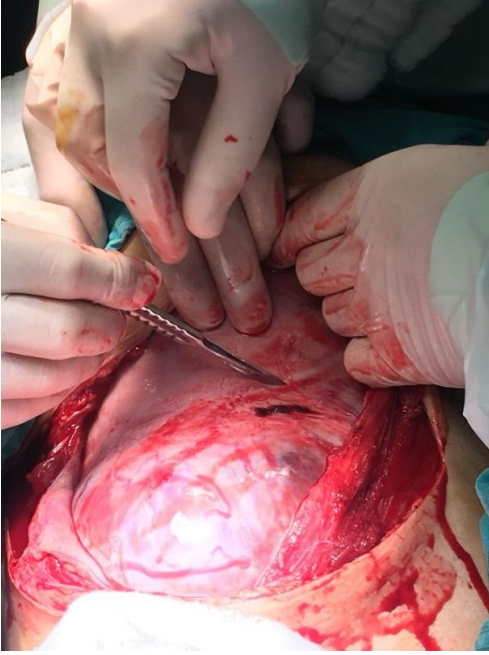
önüne alınarak doğumdan 24 saat önce kesilmek üzere hastaya 40 mg/gün düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı.

İlk ultrasonografi muayenesinde ölçümleri 22 gebelik hafta ile uyumlu olan canlı fetus saptandı. Plasenta anterior lokasyonda, servikal internal osu tamamen kapatıyor ve önde utero-vezikal plikanın üzerine kadar uzanıyordu. Plasentanın içerisinde birçok göllenme alanları saptandı (Resim 1). Plasental doppler incelemesinde de göllenme alanları tespit edildi. Doppler incelemede hipervaskülarizasyon görüldü ve plasenta ile myometriyum arasındaki sonolüsan alan net olarak izlenemiyordu. Hasta tüm riskler anlatılarak 2 hafta aralıklarla ultrasonografi kontrolüne çağrıldı. Gebelik süresince kanaması olmayan hastada 35. haftada elektif sezaryen ile doğuma karar verildi. Hastanın operasyonu, genel anestezi altında Pfannenstiel kesi ile başladı. Katlar geçildikten sonra yapılan gözlemede plasenta perkreata hali gözlendi (Resim 2). Plasental kesiden kaçınmak amacıyla uterusu üst transvers kesi yapıldı. Bir adet canlı 2285 gr 9-10 APGAR'lı kız bebek baş geliş doğurtuldu. Bebek doğurtulduktan sonra göbek kordonu kesilerek plasentaya yakın yerden bağlandı ve plasenta uterin kavitede bırakıldı (Resim 3). Histerektomiye geçildi. Mesane üzerinde yoğun damarlanma alanları ve plasenta invazyonu izlendi. Histerektomi sırasında mesane flebi oluşturulurken mesane superior posteriorunda 5 cm'lik tam kat defekt oluştu. Histerektomi tamamlandı, vajinal kaf oluşturuldu. Mesane trigona dikkat edilerek 3 kat kontinü sütür ile onarıldı. Mesane üzerindeki plasentanın invaze olduğu ve damarlanma artışı olan alanlarda kanama devam etti. Kanayan alanlara tek tek sütür atıldı. Kanama kontrolü sağlanamaması üzerine üroloji

konsultasyonu istendi. Kanayan alanlara damarları boğacak şekilde tek tek sütürler atıldı. Yanıt alınmaması üzerine kontinü sütürler ile damarlanma alanları sütüre edildi. Mesane üzerinde sızıntı şeklinde aktif kanamanın devam etmesi üzerine mesane serozası kanayan alanları tamponize edecek şekilde sütüre edildi. Sonrasında kanamanın durduğu izlendi. Her iki üreter normal gözlendi. Hastaya intraoperatif 12 Ünite eritrosit süspansiyonu, 7 adet taze donmuş plazma (TDP), 1 adet trombosit aferezi, 1 gr Fibrinojen çözeltisi Heamocomplettan, 10 mg K vitamin uygulandı. Perop hastaya fibrinojen replasmanı yapılmış olmasına rağmen postop fibrinojen değeri 142 mg/dL gelen, platelet değeri 25.000 olan hasta DİK (Dissemine İntravasküler Koagülasyon) tablosunda kabul edildi (Tablo 1). Postoperatif yoğun bakıma alınan hastaya yoğun bakımda 6 Ünite eritrosit süspansiyonu, 4 adet taze donmuş plazma, 2 adet trombosit aferezi ve 2 Ünite kriyopresipitat verildi. Hasta postop 2.gününde yoğun bakımdan servise alındı. 7 gün 3.Kuşak sefalosporin verilen hasta postop 10. gününde taburcu edildi. Hasta 5 gün sonra sondasının çekilmesi için tekrar kontrole çağrıldı. Hastanın 1 ay sonra yapılan sistoskopisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan ultrasonografide hastanın mesane kapasitesinin azaldığı saptandı.

Resim 1. Ultrasonda plasentanın tipik lakün görünümü



Resim 2. Intraoperatif plasenta perkreat a görünümü**Resim 3.** Histerektomi materyalinin makroskopik görünümü**Tablo 1.** Operasyon öncesi ve sonrasında laboratuvar bulguları

	Preoperatif	Postop 0. saat	Postop 6. saat	Postop 24. saat	Postop 48. saat
Hgb(g/dl)	9,1	13,1	8,2	10,2	11,2
Hct(%)	26,4	36,9	23,1	28,6	31,0
Trombosit	236x10 ³	25 x10 ³	134x10 ³	108x10 ³	139x10 ³
Fibrinojen (mg/dl)	410	142	210	182	592
Kreatinin (mg/dl)	0,4	0,2	0,3	0,4	0,4
Sodyum (mEq/L)	136	139	141	139	139
Potasyum (mEq/L)	4,6	4,4	3,8	4,2	4,5

TARTIŞMA

Plasental adezyon anormalliklerinin doğum öncesi tanısının konması olası komplikasyonları önleyebilmesi açısından ileri derecede önemlidir. Özellikle daha önceden uterin girişim hikayesi olan her hasta plasenta miyometrium ilişkisi açısından detaylı olarak incelenmelidir. Silver RM ve arkadaşları yaptıkları çalışmada daha önce 4 adet sezaryen ile doğum sayısı olan hastalarda plasenta akreata riskinin %67 olduğunu bildirmiştir⁴. Ultrasonografik incelemede plasentadaki göllenmelerin varlığı, miyometriumun incelmış olması, plasenta ve miyometrium arasındaki sonulüsan alanın kaybı ve mesane ile myometrium arasındaki anormallik plasental invazyon anormalliği ile ilişkilendirilmiştir⁵. Son dönemlerde manyetik rezonans incelemesi de kullanılmaktadır⁶. Olgumuzda ultrasonografi ile saptadığımız plasental lakünler, hipervaskülarizasyon ve plasental myometrial alan kaybı bizi öncelikli olarak plasenta perkreat a tanısına yönlendirmiştir. Chalubinski KM ve arkadaşları, plasental adezyonun sadece varlığının değil, derecesinin de ultrasonografi ile belirlenebileceğini bildirmiştir⁷. Bizim vakamızda da mesane ile uterus arasındaki sınırın düzensiz ve ince olması, villusların yüzeyel myometriuma yapıştığı ya da myometriumun invaze olduğu plasenta akreata ve inkreatadan ziyade villusların myometriumu tamamen penetre edip serozaya ulaştığı plasenta perkreat a olduğunu düşündürdü. Çoğu çalışmada MRI ile USG'nin birbirine benzer oranda tanı koydurucu olduğu bulunmuştur ve MRI yüksek maliyeti nedeniyle plasentanın net değerlendirilemediği posterior yerleşim veya çoğul gebelik olgularında önerilmektedir⁸. Biz de olgumuz için

saptadığımız özelliklerin plasenta perkreat a tanısı için yeterli olduğunu düşünerek manyetik rezonans görüntüleme yöntemini tercih etmedik. İnvaziv plasentasyonun antenatal tanısı önemlidir. Doğum öncesi tanı azalmış maternal hemorajik morbidite ile ilişkilidir. Warshak ve arkadaşları, bir kohort çalışmasında plasenta akreatalı 99 hastayı inceledi. Bu hastaların 62'sine doğum öncesi ve 37'sine intrapartum tanı konulmuştu. Prenatal tanı grubu daha az ünite eritrosit süspansiyonu (6.9'a kıyasla 4.7 ünite) almış ve daha düşük tahmini kan kaybına (2,344 cc'ye kıyasla 2,951 cc) sahipti⁹.

Histerektomi uzun süredir plasenta akreat a ve diğer plasental adezyon anormalliklerinde primer tedavi seçeneği olarak belirtilmektedir¹⁰. Ayrıca açıklanamayan maternal serum alfa-fetoprotein yükselmeleri plasenta akreat a ile ilişkili bulunmuştur¹¹. Olgumuzun tarama testleri mevcut değildi. Plasental invazyon anomalisi intraoperatif olarak da teyit edilmiş bir hastada, histerektomi öncelikli olarak plasentadan uzak bir alanda yapılmalıdır. Biz damarlanmanın az olduğu bölgeden transvers insizyon yaptık. Sonrasında ise plasenta ekstraksiyonu yapmadan histerektomi işlemini tamamladık. Böylece bu hasta grubundaki, belki de en önemli mortalite ve morbidite sebebi olan plasentanın çıkarılması işleminden uzak durduk¹². Preoperatif tanı ve üst düzey intraoperatif yönetime rağmen plasenta perkreat a olgularının birçoğuna sıklıkla masif transfüzyon gerekmektedir. Biz de olgumuza sezaryen esnasında 12 ünite eritrosit süspansiyonu, 7 ünite taze donmuş plazma verdik. Plasenta perkreat a olgularında mesane invazyonu gözleendiğinden operasyon öncesi ve operasyon sırasında multidisipliner çalışmak komplikasyon riskini azaltacaktır. Plasenta yapışma

anomalilerinde istenmeyen genitoüriner hasarlanma oranı %29'dur. Genitoüriner hasarlanmaların önlenmesi için çeşitli önlemler alınmaktadır. Bunların içerisinde ureterik stent veya kataterlerin preop yerleştirilmesinin faydalı olabileceği görülmüştür¹³. Kliniğimizde preoperatif dönemde rutin olarak uretere stent yerleştirmiyoruz. Operasyon sırasında gerekirse, transvezikal yoldan stent yerleştirme kararı verebiliyoruz. Plasenta invazyon anormalliklerinde multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Ürologlar ureter hasarlanmalarının önlenmesinde ve yaklaşık üç vakadan birisinde gerekli olan mesane ve ureterlerin rekonstrüktif cerrahisinde önemli rol oynamaktadırlar. Plasentanın mesaneye invazyonu sonucunda mesane yaralanmaları kaçınılmazdır^{14,15}. Tam kat mesane onarımı sonrası sondanın yaklaşık 10-15 gün çekilmemesi önerilmektedir. Plasenta perkreat a tüm dünyada artan önemli bir sağlık problemidir. Yaygın olması sebebiyle kliniklerin kendi belirledikleri preoperatif ve intraoperatif birçok ek yönetim seçeneği ve yardımcı araçları bulunmaktadır. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği doğumun zamanlamasının bireyselleştirilmesini önermektedir. 34. Gebelik haftası tamamlandıktan sonra, fetal akciğer matürasyon testleri yapılmaksızın elektif doğumun planlanmasını doğrulayan bir karar-analiz çalışması örnek gösterilmiştir^{16,17}. Plasenta yapışma anomalisi olan hastaların 34. haftadan sonra uygun klinik şartlarının sağlanarak sezaryen ile doğuma alınmasının maternal morbidite ve mortaliteyi azalttığından, bu gebelik haftasından önce hastaların uygun klinik şartların olduğu merkezlere gönderilmesi doğru bir yaklaşım olacaktır. Perinatoloji kliniklerinin karşılaştıkları plasental adezyon anormalliklerine karşı belirleyecekleri

algoritmalar, hasta mortalite ve morbiditesinde azalma ile sonuçlanması olasıdır.

Kaynaklar

1. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa – placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(1):210-4.
2. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1458-61.
3. Bailit JL, Grobman W, Rice MM. Morbidly Adherent Placenta Treatments and Outcomes. *Obstetrics and gynecology.* 2015;125(3):683-9.
4. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ. Maternal morbidity associated with multiple cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32.
5. Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, Lee W, Vetraino IM, Huang RR, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(4):1135-40.
6. Lax A, Prince M, Mennitt KW, Schwebach JR, Budorick NE. The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion. *Magn Reson Imaging.* 2007;25(1):87-93.
7. Chalubinski KM, Pils S, Klein K, Seemann R, Speiser P, Langer M, et al. Prenatal sonography can predict degree of placental invasion. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;42(5):518-24.
8. Belfort MA, Shamshirsaz AA, Fox KA. The diagnosis and management of morbidly adherent placenta. *Semin Perinatol.* 2018;42(1):49-58.
9. Warshak C, Ramos G, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Moore TR, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):65–9.
10. Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Placenta accreta. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77(1):77-8.
11. Kupfermanc MJ, Tamura RK, Wigton TR. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. *Obstet Gynecol.* 1993;82(2):266-9.
12. Perez-Delboy A, Wright JD. Surgical management of placenta accreta: to leave or remove the placenta. *BJOG.* 2014;121(2):163-9.
13. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG.* 2009;116(5):648-54.
14. Abbas F, Talati J, Wasti S. Placenta percreta with bladder invasion as a cause for life threatening hemorrhage. *J Urol.* 2000;164(4):1270-4.
15. Takai N., Eto M., Sato F. Placenta percreta invading the urinary bladder. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;271(3):274-5.
16. American College of Obstetricians and Gynecologist: Placenta accreta. ACOG Committee Opinion No.529. *Obstet Gynecol.* 2012;120:207-11.
17. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):835-42.