

Plasenta Previa Percreata Tanı ve Yönetimi: Olgu Sunumu

Placenta Previa Percreta Diagnosis and Management: Case Report

Cem Yaşar SANHAL, Aykan YÜCEL, Ayşe KIRBAŞ, Dilek UYGUR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

ÖZ

Plasenta perkrea, sezaryen ile doğum ve diğer uterin girişimlerdeki artış ile uyumlu olarak daha sık görülür hale gelmiştir. Gebelik esnasındaki doğru tanının hayati derecede önemi vardır. Uygun yönetilen hastalarda morbidite ve mortalite oranları daha düşüktür. Burada kliniğimize yönlendirilen bir plasenta perkrea olgusunun yönetimini sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Hemoraji, plasenta perkrea, histerektomi, transfüzyon

ABSTRACT

Placenta percreta becomes more common in line with the increase in cesarean section and other uterine interventions. Diagnosis during the pregnancy has vital importance. Patients with optimal management have lower rates of morbidity and mortality. We here describe the management of a placenta percreta case that was referred to our clinic.

Keywords: Hemorrhage, placenta percreta, hysterectomy, transfusion

Giriş

Plasental adezyon anormalliklerinin en az görülen alt tipi olan plasenta perkrea, plasentanın tüm uterus duvarı ve komşu organlara invazyonu ile karakterizedir. Son dönemlerde insidansı artmakla birlikte yaklaşık olarak 1/530 – 1/2500'dür (1). Anormal plasental implantasyon özellikle sezaryen ve küretaj gibi uterin girişimler sonrasında desidüabazalis ve Nitabuch tabakasında oluşan hasar sonucu oluşur. Ayrıca önceki sezaryen doğum ve plasenta previa birlikteliği plasenta perkrea olasılığını yaklaşık olarak 5 kat arttırmaktadır (2). Bu yayında preoperatif tanısını koyduğumuz plasenta previa parkrea olgusunun yönetimini bildirmektedir.

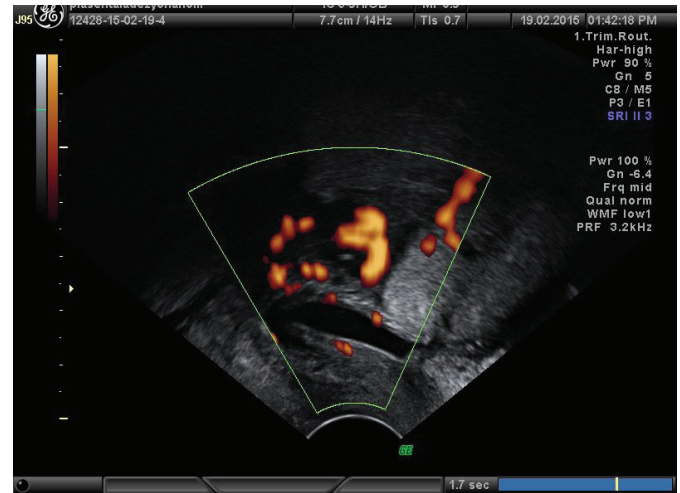
Olgu Sunumu

34 yaşında gravida 3 parite 2 yaşayan 2 tanılı hasta 36. gebelik hastasında kliniğimize plasenta previa tanısıyla sevk edilmiştir.

Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişlerinde 3. derece akraba evliliği ve daha önceki 2 doğumunun da sezaryen ile olması dışında özellik yoktu. İlk sezaryen doğumunun endikasyonu ilerlemeyen doğum eylemiydi.

Yaptığımız ultrasonografi muayenesinde ölçümleri yaklaşık olarak 36-37 gebelik haftası ile uyumlu olan canlı baş geliş bir fetus saptandı. Plasenta posterior anterior doğrultuydu, servikal internalosu tamamen kapatıyor ve önde utero-vezikalplikanın üzerine kadar uzanıyordu. Plasentanın içerisinde birçok lakun saptandı, Doppler incelemede hipervaskülarizasyon görüldü ve plasenta ile myometrium arasındaki sonolüsan alan net olarak izlenemiyordu (Resim 1).

Resim 1: Plasental Doppler incelemede lakun görünümü



Aynı hafta içerisinde elektif şartlarda sezaryen ile doğum yaptırılan hastanın operasyonu, genel anestezi altında göbek altı median kesi ile başladı. Katlar geçildikten sonra yapılan gözlemede plasenta perkrea hali gözlemlendi (Resim 2). Plasental kesiden kaçınmak amacıyla uterusu klasik vertikal kesi yapıldı. Bir adet canlı 3410 gr erkek bebek ayaklarından çekilerek doğurtuldu. Mevcut hasta özellikleri ve plasenta perkrea hali düşünüldükçe histerektomi kararı alındı. Bilateralround, ovari proprium, uterin arter ve kardinal ligamanlar tutularak, kesilerek ve bağlanarak histerektomi işlemi tamamlandı (Resim 3). Vajinal kaf oluşturuldu. Mesane kontrolü esnasında posterior duvarda 3 adet tam kat defekt izlendi. Usulüne uygun mesane onarımı yapıldı. Hastaya intraoperatif 5 Ü eritrosit süspansiyonu, 4 adet taze donmuş plazma (TDP) ve 2 gr fibrinojen

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Cem Yaşar SANHAL

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Talatpaşa Caddesi,

06230 Samanpazarı, ANKARA

Telefon/Phone : 0505 911 37 01

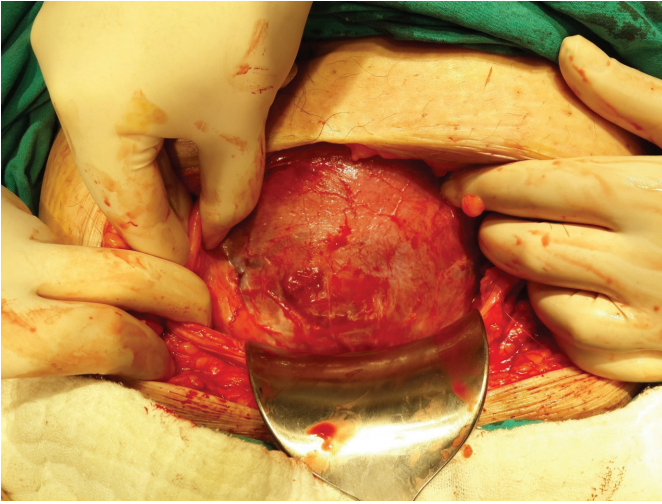
E-mail:cemsanhal@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received:27/03/82015

Kabul Tarihi/ Accepted: 30/05/2015

replasmanı yapıldı. Post operatif takibinde vital bulguları ve kan – biokimyasal parametreleri stabil olan (Tablo 1) hasta serviste ikili antibiyoterapi ile takip edildi. Sezaryen sonrası 7. günde sondası çekilen hasta önerilerle taburcu edildi.

Resim 2: İntraoperatif plasenta perkratea görünümü



Resim 3: Histerektomi materyalinin gross görünümü



Tablo 1. Operasyon öncesi ve sonrasında laboratuvar bulguları

	Önce	Post op 0.saat	Post op 2.saat	Post op 6.saat	Post op 48.saat
Hgb (g/dl)	11.2	11.3	10.7	10.9	9.5
Hct (%)	31	32.1	30.4	31.3	28.2
Trombosit (x1000/ μ L)	126	131	134	138	156
Fibrinojen (mg/dl)	417	221	207	261	486
Kreatinin (mg/dL)	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5
Sodyum (mEq/L)	132	138	136	134	137
Potasyum(mEq/L)	3.8	3.6	3.5	3.4	3.2
Klor (mEq/L)	110	112	109	112	112

Tartışma

Plasental adezyon anormalliklerinin tanısı olası komplikasyonları nedeniyle ileri derecede önemlidir. Özellikle uterin girişimi olan her hasta plasenta-miyometrium ilişkisi açısından detaylı olarak incelenmelidir. Ultrasonografik incelemede plasental lakünlerin varlığı, miyometriumun incelmış olması, plasenta ve miyometrium arasındaki sonulüsan alanın kaybı ve mesane ile miyometrium arasındaki anormallikler plasental invazyon fazlalığı ile ilişkilendirilmiştir (3). Son dönemlerde manyetik rezonans incelemesi de bazı yazarlar tarafından kullanılmaktadır (4). Olgumuzda ultrasonografi ile saptadığımız plasental lakünler, hipervaskülarizasyon ve plasental miyometrial alan kaybı bizi öncelikli olarak plasenta perkratea tanısına yönlendirmiştir. Ayrıca son dönem de yayınlanan bir araştırmada, bahsettiğimiz özelliklerin (miyometrial kalınlık kaybı, plasental-miyometrial alan kaybı ve yaygınlığı, plasental lakünlerin yaygınlığı ve Doppler akımları) şiddetleri kullanılmış ve plasental adezyonun sadece varlığının değil, derecesinin de ultrasonografi ile belirlenebileceği bildirilmiştir (5). Biz de olgumuz için saptadığımız özelliklerin plasenta perkratea tanısı için yeterli olduğunu düşünerek manyetik rezonans görüntüleme yöntemini tercih etmedik.

Histerektomi uzun süredir plasenta akreate ve diğer plasental adezyon anormalliklerinde primer tedavi seçeneği olarak belirtilmektedir (6). Plasental invazyon anomali intraoperatif olarak da teyid edilmiş bir hasta da, histerektomi öncelikli olarak plasentadan uzak bir alandan yapılmalıdır (7). Bizler bu hasta grubuna yaklaşırken, olgumuzda olduğu gibi, fundalyada üst anterioruterin duvara vertikal insizyon yapmaktayız. Sonrasında ise plasenta ekstraksiyonu yapmadan histerektomi işlemini tamamlamaktayız. Böylece bu hasta grubundaki, belki de en önemli mortalite ve morbidite sebebi olan plasentanın çıkarılması işleminden (8), uzak durmaktayız.

Preoperatif tanı ve üst düzey intraoperatif yönetime rağmen plasenta perkratea olgularının birçoğuna sıklıkla masif transfüzyon gerekmektedir. Biz de olgumuza sezaryen esnasında 5 ünite eritrosit süspansiyonu, 4 ünite TDP ve 2 gr fibrinojen verdik. Son dönem veriler yoğun hemorajisi olan hastalara 1:1 oranında verilen eritrosit süspansiyonu ve TDP'nin azalmış mortaliteye olanak sağladığını göstermektedir (9). Özellikle bu hastaların bir kısmına gerekecek trombosit takviyesini de gözden kaçırılmamalıdır. Azalmış fibrinojen de, dissemine intravasküler koagülasyona giden postpartum masif hemorajide sıklıkla görülmektedir. Yaklaşık olarak 2 litreden fazla kan kaybı olan hastalarda dilusyonel koagülopati görülmekte ve fibrinojen seviyesi 100 mg/dl'nin altına düşebilmektedir. Azalan fibrinojen seviyeleri için öncelikli olarak TDP verilebilir

ancak olgumuzda olduğu gibi masif hemorajisi olan gruba TDP içerisindeki fibrinojen miktarı yeterli olamayacağı için fibrinojen takviyesi yapılmalıdır.

Plasenta perkreat a tüm dünyada artan önemli bir sağlık problemidir. Yaygın olması sebebiyle kliniklerin kendi belirledikleri preoperatif ve intraoperatif bir çok ek yönetim seçeneği ve yardımcı araçları bulunmaktadır. Bu olgu sunumumuzda kliniğimize refere edilen bir plasenta previa perkreat a olgusunun yönetimini bildirdik. Perinatoloji kliniklerinin karşılaşacakları plasental adezyon anormalliklerin karşı belirleyecekleri algoritmalar, hasta mortalite ve morbidite-sinde 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;177:210-214.
2. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1458-61.
3. 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: 1135-40.
4. Lax A, Prince M, Mennitt KW, Schwebach JR, Budorick NE. The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion. *Magnetic Resonance Imaging* 2007; 25: 87-93.
5. Chalubinski KM, Pils S, Klein K, Seemann R, Speiser P, Langer M, Ott J. Prenatal sonography can predict degree of placental invasion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 518-524.
6. Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Placenta accreta. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77: 77-8.
7. Perez-Delboy A, Wright JD. Surgical management of placenta accreta: to leave or to move the placenta? *BJOG* 2014;121:163–170.
8. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG* 2009;116:648–54.
9. Holcomb JB, Zarzabal LA, Michalek JE, Kozar RA, Spinella PC, Perkins JG, Matijevic N, Dong JF, Pati S, Wade CE; Trauma Outcomes Group, Holcomb JB, Wade CE, Cotton BA, Kozar RA, Brasel KJ, Vercruyssen GA, MacLeod JB, Dutton RP, Hess JR, Duchesne JC, McSwain NE, Muskat PC, Johannigam JA, Cryer HM, Tillou A, Cohen MJ, Pittet JF, Knudson P, DeMoya MA, Schreiber MA, Tieu BH, Brundage SI, Napolitano LM, Brunsvold ME, Sihler KC, Beilman GJ, Peitzman AB, Zenati MS, Sperry JL, Alarcon LH, Croce MA, Minei JP, Steward RM, Cohn SM, Michalek JE, Bulger EM, Nunez TC, Ivatury RR, Meredith JW, Miller PR, Pomper GJ, Marin B. Increased platelet: RBC ratios are associated with improved survival after massive transfusion. *J Trauma* 2011;71:318–28.