

ABRUPTIO PLACENTAE OLGULARINDA BAZI KLİNİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ramazan DANSUK ¹, Bülent KARS ²

Abruptio placentae, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen fakat yol açtığı komplikasyonlar yönünden önemli bir klinik antitedir. Tüm antepartum kanamaların üçtebirinden ve perinatal mortalitenin önemli bir kısmından sorumludur. 118 vakalık serimizde anne ve bebekle ilgili komplikasyonları irdeledik. Yaş, parite ve hipertansiyonun abruptio placentae ile ilgisini ve bebek ağırlığı, gebelik haftasının, doğum şeklinin perinatal mortalite ile olan bağlantısını araştırdık
Anahtar Kelimeler: Abruptio Placentae, Perinatal Mortalite.

THE EVALUATION OF SOME CLINICAL SITUATIONS IN THE CASES OF ABRUPTIO PLACENTAE

Abruptio placentae, about which the exact mechanism is unknown, has a very important clinical entity by the complications it causes. It is responsible from one third of the antepartum bleedings. It is also responsible from the vast majority of the perinatal mortality. In these 118 cases, we searched for the maternal and fetal complications. We also searched the relation between age, parity and hypertension with abruptio placentae; and also searched the relation between neonatal weight, gestational weeks and the route of delivery with the perinatal mortality rate.
Keywords: Abruptio Placentae, Perinatal Mortality.

Abruptio placentae, uterusu normal implante olmuş plasentanın yerinden erken ayrılması olarak tanımlanır. Üçüncü trimester kanamalarının en önemli nedenlerinden biridir. Ortalama yüzyirmi doğumda bir (görülme sıklığı % 0.2 - % 2.4 arası) görülür¹⁻⁶. Etiyolojisi tam açıklığa kavuşmamakla birlikte ileri anne yaşı, multiparite, kötü beslenme, maternal hipertansiyon, sigara ve koryoamniyonit ile ilişkili olduğu söylenmektedir^{3,4,7-9}.

Tüm antepartum kanamaların üçte birinden sorumludur. Değişik şiddette vaginal kanamanın yanında, uterus bazal tonusunda artma veya tetani, fetal distres sözkonusu olabilir. Nadir olarak ta koagülasyon defektleri de birlikte olabilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde 1987-1988 yıllarında yaptırılan 23351 doğumda 118 Abruptio placentae tanısı koyuldu ve bu olgular prospektif olarak izlendi. Tanı konulurken aşağıdaki kriterler esas alındı.

A) Doğum öncesi:

- Vaginal kanama, uterusu bazal tonus artışı, fetal distres veya in utero fetus kaybı,
- Ultrason'da Plasenta previanın ekarte edilmesi
- Ultrason'da retroplasenter hematoma gösterilmesi

B) Doğum sonrası:

- Plasentada maternal yüze yapışık pıhtı
- Dekole alanın gözlenmesi.

Olgulara tanı koyulduktan sonra üç tip yaklaşım uygulandı;

1. Muayene ve değerlendirmede obstetrik nedenlerle sezaryen endikasyonu alanlar; karşılanmayacak derecede aşırı kanaması olanlar ve hastaneye gelişte fetal distres tespit edilenler hemen sezaryene alındı.

2. Bunun dışındaki tüm olgulara tıbbi induksiyon uygulandı. Annenin vital bulguları ve (eğer fetus sağ ise) fetus moniterize edildi.

3. İndüksiyon sırasında fetal distres gelişen ve aşırı kanaması olan bulgular acil olarak sezaryene alındı.

Olgular klinik tablolarına göre, hafif, orta ve ciddi form olmak üzere üç gruba ayrıldı;

Hafif form:

- ¼' den daha az decole olan
- Hafif kanama
- Canlı bebek
- Uterusta hafif hassasiyet

Orta form:

- ¼ - 2/3 arası decole alan
- 1000 cc.'ye varan prepartum kanama
- Uterusta hassasiyet
- Uterus bazal tonusunda artma
- Bebek canlı iyi durumda, fetal distreste veya in utero ex olabilir.

Ciddi form:

- 2/3' ten fazla decole olan
- Devamlı kontrakte uterus
- Aşırı vaginal kanama
- In utero ex bebek
- Fetus sağ ise mutlaka fetal distres

Tüm olguların yaş, parite dağılımı, perinatal mortalite ve maternal morbidite ve mortalite oranları analiz edildi.

BULGULAR

Olgu serimizde abruptio placentae görülme sıklığı %5'tir. Olguların 19'u (%16) hafif, 48'i (%41) orta, 51'i (%43) ise ciddi formdaydı. Olguların yaşa göre dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir. 31 yaş sonrası abruptio placentae görülme sıklığı belirgin olarak artmaktadır. 30 yaş öncesi onbinde 39 olan görülme sıklığı, 31-35 yaş arası onbinde 125, 36 yaş sonrası ise onbinde 221'e çıkmaktadır.

Pariteye göre değerlendirme yapıldığında iki ve daha az doğum yapmış olgularda görülme sıklığı onbinde 40'ken, daha önce ikiden fazla doğum yapmış olgularda ise onbinde 120'dir.

Tablo I. Olguların yaş gruplarına göre onbinde oranları

Yaş	Olgu Sayısı	Doğum Sayısı	Onbinde Oranı
20 ve altı	9	5846	29
21 - 25	36	10560	34
26 - 30	37	4828	76
31 - 35	20	1596	125
36 ve üstü	16	721	221
Toplam	118	23551	Ortalama 50

Son adet tarihine göre olguların dağılımı Tablo II'de, bebek ağırlıklarının doğum şekilleri ile olan dağılımı Tablo III'de gösterilmiştir. Olguların sezaryen endikasyonları ve olgu şiddet dağılımı Tablo IV'de gösterilmiştir.

Uygulanan yaklaşıma göre, perinatal mortalite dağılımında Tablo V'de; olguların şiddetine ve doğum şekline göre bebek prognozu Tablo VI'da gösterilmiştir.

Tablo II. Son adet tarihine göre olguların gebelik süreleri

Miad (Hafta)	Olgu Sayısı	%
24 ve altı	5	4,2
25 - 28	9	7,6
29 - 32	22	18,6
33 - 36	23	19,4
37 - 40	59	50,0
Toplam	118	100,0

Tablo III. Bebek ağırlıkları dağılım tablosu

Bebek Ağırlığı (Gr.)	Vajinal Doğum Sayısı	Abdominal Doğum Sayısı	Toplam Doğum	%
999 ve altı	6	3	9	7,5
1000-1499	2	5	7	5,8
1500-1999	4	21	25	20,8
2000-2499	8	12	20	16,6
2500-2999	7	21	28	23,3
3000 ve üzeri	12	19	31	25,8
Toplam	39	81	120	100,0

Tablo IV. Olgunun şiddetine göre sezaryen endikasyonlarının dağılımı

Olgunun Şiddeti	Endikasyonlar			
	Fetal Distress	Karşılanamayan Kanama	Tıbbi induksiyona cevapsızlık	Diğer
Hafif	7	-	-	6
Orta	16	7	-	3
Ciddi	1	36	2	1
Toplam	24	43	2	10

Tablo V. Uygulanan yaklaşıma göre bebek ölüm oranlarının dağılımı

Uygulanan Yaklaşım	Başvuruda in utero ex	Travayda ex	Neonatal devrede ex	Perinatal Mortalite
Vajinal doğum	19(%47,5)	2(%5)	4(%10)	25(%62,5)
CxS	38(%61,3)	-	5(%8)	43(%69,3)
Tıbbi induksiyon+CxS	6(%33,3)	-	-	6(%33,3)
Tüm CxS	44(%55)	-	5(%6,2)	49(%61,2)
Tüm doğumlar	63(%52,5)	2(%1,6)	9(%7,5)	74(%61,6)

TARTIŞMA

Abruptio placentae olguları perinatal mortalite, predispozan faktörler ve komplikasyonları yönünden incelendi. Literatürde kısa kordonun "abruptio placentae"ye yol açtığı ifade edilmişse de; olgularımızın hiçbirinde kısa kordona rastlanmadı^{8,10}. Daha önce iki veya daha az doğum yapmış olgularda parite önemli rol oynamazken, üç ve daha fazla doğum yapmış olgularda parite predispozan rol oynamaktadır. Yaş arttıkça da abruptio placentae görülme sıklığı da artmaktadır (Tablo I).

Abruptio placentae kongenital anomalilerle birlikte en önemli perinatal mortalite nedenlerinden biridir. Perinatal ölüm oranı çeşitli serilerde %19- 87 arasında değişmektedir^{1,5}. Bizim olgu serimizde ise %62'dir.

Tablo VI. Olguların şiddetine göre bebek prognozu

Olgunun Şiddeti	Olgu Sayısı	Hastaneye Başvuran Canlı Bebek Sayısı	Travayda ex olan bebek Sayısı	Neonatal Devrede ex Olan Bebek Sayısı	Yaşayan Bebek Sayısı	Yaşayan Bebek Yüzdesi
Vaginal Doğumlar						
Hafif	6	6	-	2	4	66
Orta	22	15	2	2	11	50
Ciddi	11	0	-	-	0	0
CxS						
Hafif	8	8	-	1	7	87
Orta	18	13	-	2	11	61
Ciddi	35	2	-	2	0	0
Tıbbi İndüksiyon + CxS						
Hafif	5	5	-	-	5	100
Orta	8	7	-	-	7	87
Ciddi	5	-	-	-	0	0
Genel Toplam						
Hafif	19	19	-	3	16	84
Orta	48	35	2	4	29	60
Ciddi	51	2	-	2	0	0
Toplam	118	56	2	9	45	38

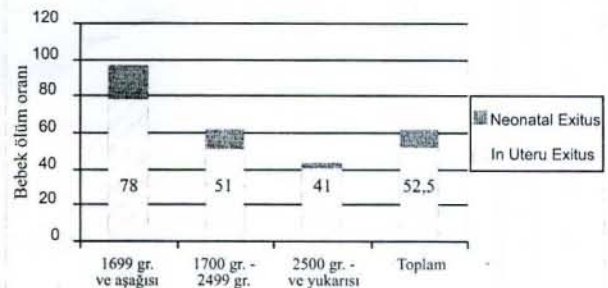
Tablo VI'daki verilere baktığımızda ciddi form gösteren olguların sadece ikisinde hastaneye başvuruda fetuslar sağ olup, bu iki bebekte ciddi fetal distres söz konusuydu. Bu iki bebek sezaryen ile doğurtulmuş ve asfiktik olduğu görülmüş ve neonatal devrede kaybedilmişlerdir. Böylece ciddi formlarda perinatal mortalite %100 olarak tespit edilmiştir. Orta derecedeki olgularda ise; hastaneye başvuruda %28, travay esnasında %4, neonatal devrede %8 olmak üzere; bebeklerin %40'ı (48 bebeğin 19'u) kaybedilmiştir. Hafif formda ise fetusların başvuruda hepsi sağ olup, 3'ü (%16) neonatal devrede kaybedilmiştir. Görüldüğü gibi klinik tablonun ciddiyeti perinatal mortalite üzerinde direkt olarak etkilidir.

Çeşitli serilerde hastaneye başvuruda in utero ex oranı %25 dolaylarındayken bizim olgu serimizde bu oran %53'tür⁶. Bu da olguların bize oldukça geç ve ağır klinik tablo başvurdıklarını göstermektedir. Bebek ağırlıklarına göre perinatal mortalite Şekil 1'de görülmektedir. Buna göre klinik tablo erken gebelik haftalarında geliştiğinde hem in utero ex oranı artmakta hem de neonatal devrede ölüm oranı artmaktadır¹¹.

Bebek hastaneye sağ olarak ulaştığında çeşitli olgu serilerinde vaginal yolla doğurulanlarda hem travay esnasında in utero ex, hemde neonatal devrede kaybın, sezaryenle doğum yapanlara göre daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Bu nedenle bebeği hastaneye sağ olarak gelen hastalarda doğum şekli olarak sezaryenin tercih edilmesinin perinatal mortaliteyi düşüreceği söylenmiştir^{11,12}.

Zeynep Kamil hastanesinde günün koşullarında 1700 gr. altında doğacağı tahmin edilen bebeklerde; bebek canlı doğsa bile neonatal devrede kaybedildiği tespit edildiğinden, anneye daha az travmatik olan vaginal doğumun tercih edilmesi sonucuna varılmıştır (Şekil 1). Ağırlık 1700 gr. ve yukarısı olacağı tahmin edilen bebeklerde ise, intrauterin asfiksini neonatal devrede kaybı artıracığı düşünüldüğünden, bu hastalar vaginal doğuma bırakıldığında çok sıkı fetal monitorizasyon gerekmektedir. Bu tip hastaları direkt sezaryene almak daha iyi bir yaklaşım olacaktır. Niswander kendi serisinde bu tahmini ağırlıktaki cut off değeri 1500 gr. olarak teklif etmiştir¹³.

Olgularımızın tamamı tanı konulduktan ya da hastaneye geldikten sonra yedi saat içinde doğurtulmuş veya gebelikleri sonlandırılmıştır. Maksimum izleme süresi yedi saat içinde, tıbbi induksiyon uygulanan hastaların hiçbirinde klinik koagolapati gelişmemiştir. Fakat hastane koşulları nedeniyle bu hastalarda fibrinojen ve fibrin yıkım ürünlerine bakılmadığından hastaların laboratuvar durumları ortaya çıkarılamamıştır.

**Şekil 1.** Bebek ağırlıklarına göre perinatal mortalite

Olgularda sezaryen endikasyonları gözden geçirildiğinde orta ve hafif formlarda belli başlı nedenin fetal distres, ciddi formda ise karşılanamayan kanama olduğu görülür (Tablo IV). Literatürdeki çeşitli olgu serilerine göre sezaryen endikasyonu daha yüksektir^{1,2,12,14}. Bunun bir nedeni de hastane koşullarında kan ve kan ürünlerini sağlamaktaki zorluk olmuştur.

Abruptio placentae olgularının hipertansiyon ile birlikteliği öteden beri bilinmektedir. Çeşitli serilerde %11-49 arasında değişen birliktelik, bizim serimizde %19 olmuştur^{4,7,15}. Maternal hipertansiyon gösteren olgularda normotensif olgulara göre perinatal mortalite daha yüksek bulunmuştur (%59 - %79, p<0,05). Abelella ve ark.'larının olgu serisinde ise hipertansiyonun birlikte olup olmamasının perinatal mortaliteyi etkilemediği bildirilmiştir⁷.

Kliniğimize 14 olgu (%11.1) şok tablosunda, 62 olgu (%53) in utero bebek kaybı ile başvurmuştur. Başvuru esnasındaki fetal kayıp oranı en yüksek serilerde bile %15, şok tablosu ise nadir olarak bildirilmiştir^{1,9,16}. Bu iki değer olguların kliniğe ne kadar geç geldiğinin bir göstergesi olmaktadır.

Sher, abruptio placentae olgularının %10'nunda koagülopati geliştiğini, bu oranın beşte birinde ise (tüm olguların %2'si) tedaviye cevap vermeyen kanamalar gözlendiğini bildirmiştir⁶. Bizim 4 olgumuzda (%3.3) tüketim koagülopatisi (DIC) gözlenmiştir. Bunlardan ikisi DIC ve şok tablosu ile kliniğe başvurmuş, kan ve volüm replasmanı ile birlikte acilen sezaryene alınmış, post operatuar dördüncü ile sekizinci saatte kardiyopulmoner yetmezlik tablosuyla kaybedilmişlerdir. Diğer olgular da sezaryene alınmış; birisinde renal yetmezlik gelişmiş, 36 gün hospitalize edilmek zorunda kalmış, ikincisinde ise hiçbir komplikasyon gelişmemiştir.

Renal yetmezlik gelişen 4 olgu vardır (%3.3). Çeşitli serilerde bu oran yaklaşık %1 olarak bildirilmiştir⁴. Bizim bu dört olgumuz 21 ile 36 gün arasında hospitalize edilerek şifa ile taburcu edilmiştir.

Maternal mortalite oranı %3'tür (4 olgu). İki olgu daha önce anlatılmıştı. Diğerleri ise şok tablosu ile kliniğe başvurmuş, acil sezaryene alınmış ve post operatuar dört ile sekizinci saatlerde kaybedilmişlerdir.

Bizim olgularımızda abruptio placentae görülme sıklığını, % 0.5 olarak tespit ettik.

118 olgu için, daha önce iki ve daha az doğum olmuşsa parite sayısının önem taşımadığını, üç ve daha fazla doğum olmuşsa parite yüksekliğinin predizpozan rol oynadığını saptadık.

Paritenin 0-2 arasında olduğu olgularda 36 yaş ve

üstünü hariç olarak tuttuğumuzda, yaş ve paritenin rol oynamadığını bulduk.

Abruptio placentae, gebelikte ne kadar erken evrede gelişmişse; bebeklerin o denli fazla etkilendiğini, erken gebelik aylarındaki olgularda hem in utero ölüm, hem de neonatal ölümün yüksek olduğunu tespit ettik.

Vaka serimizde perinatal mortalite ortalama %61.6 olup, vaginal doğumlarda %62.5, sezaryenle olan doğumlarda % 61,2 olarak tespit edilmiştir.

Olgu serimizde 1700 gramın altındaki bebeklerde doğumun abdominal veya vaginal yollardan olmasının perinatal mortaliteyi değiştirmedikini tespit ettik. Bu nedenle 1700 gramın altında tahmin edilen bebeklerde, bebek başvuruda canlı olsa bile maternal bir kontraendikasyon yoksa, vaginal yolla doğum tercih edilmelidir.

1700 gramdan daha yüksek ağırlığa sahip olduğu tahmin edilen bebeklerde, başvuruda bebek sağ ise vaginal doğuma bırakmak beraberinde bir miktar perinatal mortalite riskini de beraberinde getirmektedir. Bu durumdaki olguların optimal takip koşulları ve acil sezaryen olanağı sağlanmadan vaginal doğuma bırakılmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

Vaginal yolla doğum yapan 39 olguda, ciddi bir postpartum kanama (bu vakada subtotal histerektomi yapılmıştır) dışında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Bu nedenle hastaneye başvuruda; bebekleri in utero ex olmuş olgularda annenin vital bulguları ve hematolojik durumu değerlendirilip; maternal bir kontraendikasyon yoksa, uygun grupta yeterli kan ve kan ürünleri sağlayarak, vital bulguların sıkı takibi ile tıbbi induksiyon denemesi anne morbiditesi yönünden tercih edilecek yol olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anne kaybı görülen 4 olgunun dördü de, kliniğe çok ağır klinik tablo içinde geç başvuran olgulardır. Yapılan tüm tedaviye rağmen düzelemeyen olgular başvuru sonrası dört ile sekiz saat içinde ex olmuşlardır.

KAYNAKLAR

1. Dyer I, Et al. Abruptio placentae : A ten year survey . Am J Obstet Gynecol, 1959, 77 : 1176.
2. Golditch IM, Boyce NE. Management of abruptio placentae. JAMA, 1970, 221: 288.
3. Goplerud CP. Bleeding in late pregnancy . Obstetrics and Gynecology. Edited by Danforth DN, Scott JR. Lippincott company Philedelphia, 1986, pp. 433-444.
4. Hibbard BM, Jeffcoate TNA. Abruptio placentae Obstet Gynecol, 1966, 27 :155.
5. Karegard M, Gennser G. Incidence and recurrence rate of abruptio placentae in Sweeden Obstet Gynecol, 1986, 67: 523.
6. Sher G. Arotational basis for the management of abruptio placentae J Reprod Med, 1978, 21: 213.
7. Abdella NT, et al. Relationship of hypertensive disease to

abruptio placentae. *Obstet Gynecol*, 1984, 63:365.

8. Burchell RC, Mengert WF. Etiology of premature separation of the normally implanted placenta. *Am J Obstet Gynecol*, 1987, 157:358.

9. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. *Williams Obstetrics* Appleton Century Crofts Norwalk, Connecticut, 1985, pp. 395-406.

10. Preucel RW, Lavin JP, Colman RW. Placental abruption and premature separation. Vol 2, *Gynecology and Obstetrics*. Edited by Sciarra JJ, Gerbie AB. Harper & Row, 1980.

11. Knab DR. Abruptio placentae: An assessment of the time and method of delivery. *Obstet Gynecol*, 1978, 128: 740.

12. Brame RG, et al. Maternal risk in abruption. *Obstet Gynecol*, 1968, 31: 224.

13. Niswander KR, Friedman EA, Hoover DB, Pietrowski H, Westphal MC. Fetal morbidity following potentially anoxic obstetric conditions. I. Abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol*, 1966, 15; 95(6): 838-45.

14. Naeye R, Harkness WL, Utts J. Abruptio placentae and perinatal death. *Am J Obstet Gynecol*, 1977, 128: 740.

15. Pritchard JA, et al. Clinical and laboratory studies on severe abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol*, 1967, 97: 681.

16. Handelman M, Fraser WD. A clinical analysis of abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol*, 1960, 80 :17.