

Bir plasenta akreta olgusu

Placenta accreta: A case report

Alparslan BAKSU , Arzu ÖZKAN , Birgül AYAŞ - Nimet GÖKER

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Plasenta implantasyon bozuklukları plasenta akreta (%78), plasenta inkreta (%17) ve perkreta (%5) olarak üçe ayrılır. Plasenta akreta en sık görülen insersiyon anomalisidir. Son yıllarda sectio sezaryen ile doğum oranlarının artması plasenta akreta insidansında artışlara yol açmıştır. Risk faktörü taşıyan hastalarda akla getirilmeli, yoğun bakım koşullarının olduğu merkezlerde, gerekli preoperatif hazırlıklar yapılarak müdahale edilmelidir.
Anahtar Kelime: Plasenta akreta.

ABSTRACT

Disorders of placental implantation is divided into three as placenta accreta (78%), increta (17%) and percreta (5%). The most frequent insertion anomaly is placenta accreta. In recent years, the increase in cesarean section has caused an increase in the incidence of placenta accreta. It should be kept in mind in cases with risk factors and required preoperative precautions must be provided before intervention in centers with intensive care units.

Key Words: Placenta accreta

GİRİŞ

Plasenta implantasyon bozuklukları plasenta akreta (%78), inkreata (%17), perkreta (%5) olarak üçe ayrılır (1). Plasenta akreta, plasenta previanın en ciddi komplikasyonudur. Bu durum Nitabuch'un fibrinoid tabakası olarak bilinen sınırın trofoblastik invazyonu olarak tanımlanır. İnvazyon myometriyumun içerisine uzuyorsa plasenta inkreata, uterin serozaya, hatta mesane ve diğer pelvik yapılara uzaniyorsa plasenta perkreta adını alır. Plasenta implantasyon bozuklukları yaklaşık 1/2500-1/10.000 arasında değişmekte, ortalama 1/7000 doğumda bir görülmektedir (2).

Plasenta akreta oranları maternal yaş ve pariteyle birlikte artar, fakat en yüksek oranlar plasenta previa ve önceki uterin cerrahi ile birlikte görülür. Plasenta akreta, muhtemelen alt uterin segmentteki desidial yetmezlikten dolayı sıklıkla (vakaların % 50'sinden fazlasında) plasenta previa ile birlikte dir. Multiparite, geçirilmiş enfeksiyon,

uterin anomali, uterin skar ve önceki travmatik skar gibi desidua azalmasına yol açan durumlar parsiyel veya komplet insersiyon anomalilerine yol açabilir (2).

Bizim olgumuz iki kez sezaryen geçirmiş, 36 haftalık ağırlı gebe olarak başvuran ve plasenta previa marginalis tanısı koyduğumuz bir hasta idi. Plasenta akreta riski taşıyan bu olgumuzu literatür ışığında inceledik.

OLGU

Bayan A. Ö, 28 yaşında, Gravida 3 Para 2 Dilatasyon-Küretaj (D&C) 1, 8 yıllık evli, muhasebeci. Alt karın ve bel ağrısı yakınmaları ile kliniğimiz acil servisine başvurdu. Hikayesinde; bu şikayetlerinin aynı gün öğle saatlerinde başladığı öğrenildi. Sekiz yıllık evli olduğu, 11 yaşında akut eklem romatizması geçirdiği, 4 yıl penadur tedavisi kullandığı, 17 ve 19 yaşlarında iki kez ses tellerindeki nodüller nedeniyle ameliyat olduğu belirlendi. 8 yıl önce 22 haftalık erken membran rüptürü nedeniyle sectio CA ile doğurtulduğu, 900 gr.lık bebeğin 1 saat sonra öldüğü, 1 yıl sonra 33 haftalık gebe iken ağırlı

Yazışma Adresi:

Alparslan Baksu
Yenidoğan mah. Zambak sk. Çiftçi apt. A Blok Daire:3
Beşiktaş/İstanbul Tel:212-2368520 Fax:212-2591050

eski sectio nedeniyle 2. kez sectio olduğu, 1750 gr. doğan bebeğin 7 yaşında olduğu öğrenildi. Son adet tarihine göre 37 haftalık gebeliği olan hasta, bu gebeliğin başlangıcında hiperemezis gravidarum ve abortus imminens nedeniyle tedavi görmüş. Yirmibirinci gebelik haftasında erken doğum tehlikesi nedeniyle hospitalize edilmiş ve tedavi görmüştü.

Fizik muayenede tansiyon arteriyel:120/80, nabız:96, fundus 36 haftalık cesamette, alt kadranda Pfannenstiel insizyon skarı mevcuttu. Bimanuel vaginal tuşede kolumda dilatasyon 1 parmak, efasman cüzi, baş gelişi, seviye -2'de, poş (+), ÇKS(+) idi. Hb: 10.9 gr., Htc:% 32.7 idi. Obstetrik ultrasonografide fetal biyometri 36 hafta ile uyumlu idi. Plasenta uterus ön duvarına yerleşmiş olup, plasenta previa marginalis saptandı. Hastanın iki kez sezaryen geçirmiş olması ve plasenta previa marginalis halinin varlığı plasenta akreta olasılığını akla getirdi ve kanama olasılığına karşı gerekli transfüzyon hazırlıkları yapıldı. Son adet tarihine göre 37+4 haftalık gebeliği olan hastanın 2 saatlik takibinde ağrıların devam etmesi üzerine sectio CA ile doğurtulmasına karar verildi. Operasyonda Pfannenstiel insizyonla batına girildi. Mesane orta hatta reddedildi. Uterusa Kehr insizyonla girilerek 2350 gr., 42 cm., 8-10 apgarlı canlı bir kız bebek doğurtuldu. Plasentanın spontan ayrılması için 30 saniye kadar beklendi. Ayrılma gerçekleşmeyince elle halas yapılma girişimi denendi, fakat başarısız oldu. Plasentadan uterus ön duvarına yapışık olarak kotiledonların kaldığı gözlemlendi. Yoğun kanamayı durdurmak için elle masaj, IV ve perfüzyonla oksitosin uygulandı. Plasenta akreta tanısı konulan hastaya subtotal histerektomi yapılmasına karar verildi. Aşırı kanamayı bir ölçüde kontrol altına almak için aort kompresyonu uygulanırken, usülüne uygun subtotal histerektomi yapıldı. Peroperatuar olarak hastaya 1 ünite tam kan, 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Postop 1. gündeki Hb: 9.1, Htr: % 26.9 idi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hastanın 6. günde sütürleri alındı ve taburcu edildi.

Piyesin patolojisi plasenta akreta ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA

Plasenta akreta yaşamı tehdit eden bir gebelik komplikasyonudur. Plasenta previa ve eski sezaryenli hastalarda görülme sıklığı artmaktadır. Plasenta previa vakalarında, önceki bir sezaryen varlığında plasenta akreta riski % 10-25 iken, iki veya daha fazla sezaryen varlığında ise oran % 50'ye yükselir (2). Clark ve arkadaşlarının çalışmasında eski sezaryen ve plasenta previalı kadınlarda % 24 oranında plasenta akreta görüldüğü bildirilmektedir (2). Dört eski sezaryen geçirmiş kadınlarda bu oran % 67'ye çıkmaktadır (2). İnsidans yıllar içerisinde giderek artmaktadır. Kistner 1952'de plasenta previalı kadınlarda 2/1000 oranında plasenta akreta görüldüğünü bildirirken, Clark 1985'te 101/1000 oranını rapor etmişlerdir (2,3).

Fokal plasenta akreta genellikle konservatif olarak eksizyon veya implantasyon bölgesinin sütüre edilmesi ile tedavi edilebilir(2). Histerektomi genellikle doğum sonrası tanı konulan vakalarda gerekir. Histerektomi ihtiyacı, ikinci trimester gebelik terminasyonu vakalarındaki plasenta akreta varlığında da doğabilir. Doğum öncesi plasenta perkreta tanısı nadiren alt uterin segmentte anormal damarlanmanın tespiti ile konulabilir. Renkli doppler sonografi ve MRI tanıyı kolaylaştırır (4). Maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için öncelikle plasenta previalı ve iki ve daha fazla sezaryen geçirmiş yüksek riskli hastalar iyi tetkik edilmeli, acil bir durum söz konusu değilse, operasyon yeterli kan desteği sağlanıncaya kadar ertelenmelidir.

Özellikle riskli vakaların renkli doppler ultrasonografisi ile incelenmesinde retroplasental hipoekoik alanın yokluğu ve geniş dilate damarların plasentadan myometriyuma uzanması plasenta akreta tanısını koydurucu bulgulardır. Kliniğimizde renkli doppler ultrasonografi olmadığı için hastamızda bu kriterleri saptayamadık.

Operasyon sırasında kanamayı geçici olarak kontrol altına alabilmek için aort kompresyonu uygulanmalıdır. Bizim vakamızda risk faktörü olarak mükerrer sezaryen ve D&C mevcuttu. Bu nedenle akla plasenta akreta olasılığı gelmiş,

gerekli hazırlıklar yapılarak hasta intraoperatif ve postoperatif ciddi bir komplikasyonla karşılaşmadan tedavi edilebilmiştir.

Plasenta akretalı hastalarda, iyi bir cerrahi ve yeterli hazırlığa rağmen bazen kanamaya veya amnios mayii embolisine bağlı kardiyovasküler kollapsla ölüm görülebilir (5). Normal doğum yapmış kadınlarda plasentanın ayrılmasının 30 sn.'den fazla sürdüğü veya elle plasenta halası gerektiren ve zorlanılan vakalarda plasenta akreta teşhisi akla gelmeli ve uygun tedbirler alınmalıdır. Fundal olarak implante olmuş anormal yapışık plasentalar çıkarılmaya çalışılırken uterin inversiyon oluşabilir. Plasentanın şiddetli yapıştığı vakalarda, çıkarmaya yönelik aşırı girişimlerden kaçınılmalıdır. Geniş lümenli bir iğne ile damar

yolu açılmalı ve intravenöz kristaloid infüzyonu başlanmalıdır. Daha sonra cerrahi için hazırlık yapılmalıdır.

Sonuç olarak insersiyon anomalisi olan plasentalarda tercih edilen tedavi histerektomidir. Konservatif tedavi, çocuk doğurmak isteyen genç hastalar için uygulanmalıdır. Plasentanın yerinde bırakılması gibi bir tedavi, enfeksiyon ve kanama gibi komplikasyonlara yol açtığından önerilmemektedir. Sezaryen operasyonu geçirmiş plasenta previalı hastalarda plasenta insersiyon anomalisi riski akla gelmeli, bu hastaların takip ve tedavisi yoğun bakım imkanlarının olduğu tam teşekküllü hastanelerde ve gerekli önlemler alarak yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gilstrap LC, Grant NF: Gynecologic Surgery For Obstetric Patients. Rock JA, Thompson JD (eds): Te Linde's Operative Gynecology, Eight Edition, Lippincott-Raven, Philedelphia, New York, 1997, 856-875.
2. Clark S L, Koonings P P, Phelan J P: Placenta previa/accreata and prior cesarean section. Obstet Gynecol, 66:89-92,1985.
3. Kistner R W, Hertig AT, Reid DE: Simultaneously occurring placenta previa and placenta accreta. Surg Gynecol Obstet, 94:141-143,1952.
4. Bakri Y N, Rifai A, Legart J: Placenta previa-percreata: Magnetic resonans imaging findings and methotrexate therapy after hysterectomi. Am J Obstet Gynecol, 169: 213-214, 1993.
5. Rashid A M, Moir C L, Butt J C: Sudden death following cesarean section for plasenta previa and accreta. Am J Forensic Med Pathol,15:32-35,1994.