

Olgu Sunumu

Plasenta Previa Perkreta Olgusunda Fertilité Koruyucu Cerrahi

Orkun Çetin*, Numan Çim*, İsmet Alkış*, Ali Kolusarı*, Abdülaziz Gül*, Suat Orak**

Özet

Amaç: Fertilité koruyucu cerrahi yaklaşımı uygulanan plasenta previa perkreta olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: 29 yaşında, plasenta previa perkreta olgusu, 35. gebelik haftasında sezaryen ile doğurtuldu. Sezaryen sonrasında, plasenta ayrılmadan bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapıldı. Uterus ön duvarından segmental rezeksiyon sonrasında, uterus yerinde bırakılarak fertilité koruyucu cerrahi yapıldı.

Sonuç: Özellikle fertilité koruyucu cerrahi yapılacak plasenta perkreta olgularının dikkatli seçilmesi ve deneyimli bir operasyon ekibi tarafından, tersiyer bir merkezde planlanması uygun tedavi yaklaşımı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Plasenta previa perkreta, Hipogastrik arter ligasyonu, Fertilité koruyucu cerrahi

Plasenta previa, plasentanın internal os' a yakın yerleştiği bir plasenta implantasyon anomalisi olup insidansı %0.5 olarak bildirilmiştir. Plasenta previanın önemli komplikasyonlarından biri de duruma plasenta perkretanın eşlik etmesidir. Koryonik villuslar myometriuma tutunup tam invaze edememişse plasenta akreta vera (olguların %80'i), kısmen invaze etmişse plasenta inkreta (olguların %15'i), tam invaze etmiş ve serozaya yayılmış ise plasenta perkreta (olguların %5'i) adını alır (1). Günümüzde sezaryen sayısının artışına bağlı olarak plasenta perkreta insidansı artmaktadır (2). Plasenta previa ile birlikte plasenta perkreta maternal- perinatal morbidite ve mortalitesi yüksek olan, hayatı tehdit edecek ölçüde maternal kanamaya ve buna bağlı organ yetmezliğine ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir (3). Bu nedenle antenatal dönemde tanınması, operasyon zamanı, yeri ve tipinin önceden belirlenmesi maternal morbidite ve mortalitenin azalmasında önemli yere sahiptir.

Plasenta perkreta olgularında genellikle tedavi total histerektomi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada, fertilité koruyucu cerrahi yaklaşımı uygulanan plasenta previa perkreta olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

29 yaşında, gravida 3, paritesi 2 (sezaryen) ve son adet tarihine 34 hafta gebeliği olan hasta plasenta previa tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Hastanın yapılan ultrasonografik muayenesinde plasentanın ön duvar yerleşimli olduğu ve myometriuma yakın bölgesinde çok sayıda lakünler gözlemlendi. Mesane ve uterus ayrımı net olarak seçilemiyordu. Ultrason bulguları sonucunda plasenta previa perkreta tanısı konuldu. Tanı, yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRI) mesane duvarına invazyonun görülmesi ile doğrulandı (Resim 1). Hastanın 35. gebelik haftası bitiminde sezaryeni planlandı. Hastaneye yatırılarak klinik takibe alındı. Operasyon öncesinde 'double J' kateterizasyonu ve 4 ünite eritrosit süspanasyonu hazırlığı yapıldı.

Epidural anestezi altında, geniş Phannenstiel insizyonla batına girildi. Eksplorasyonda plasentanın uterus alt segment ön duvarda serozaya kadar ilerlediği ve mesaneyi invaze ettiği izlendi. Uterusa Kerr insizyon hattının yaklaşık 3-4 cm üzerinden transvers insizyonla girilerek (plasentanın olmadığı yerden) makat gelişi, 1. dakika Apgar skoru 5, 5. dakika Apgar skoru 7 olan, 2800 gr, erkek bebek doğurtuldu.

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van, Türkiye

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye

Sorumlu Yazar: Dr. Orkun Çetin

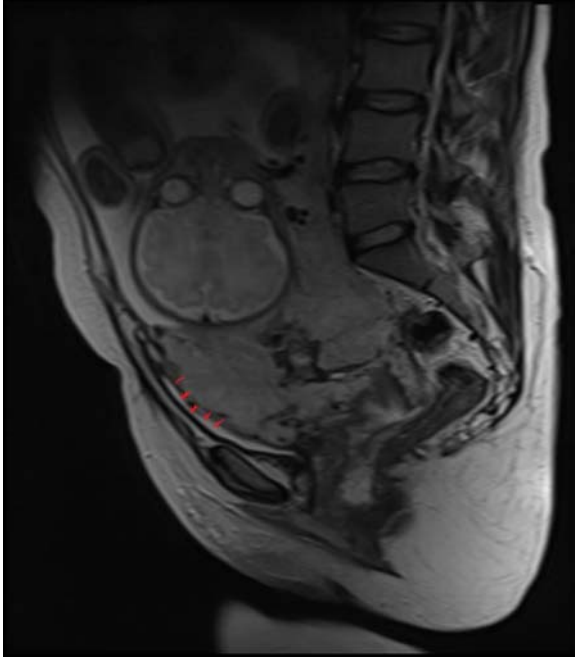
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 65080 Van Türkiye

Tel: 0 532 5910205

E- mail: drorkuncetin34@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 21.04.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 25.07.2014



Resim 1. Plasenta previa perkreta olgusunun operasyon öncesi Manyetik Rezonans görüntüsü. Kırmızı oklar plasentanın mesaneye invazyon alanını göstermektedir.

Uterin insizyon hattı kapatılmadan, bilateral hipogastrik arterler disseke edilerek 0 no' lu poliglaktin ile bağlandı. Plasenta invazyonunun olduğu mesane arka duvarı keskin disseksiyonla uterustan serbestleştirildi (Resim 2). Kanamanın olmaması üzerine plasenta elle halas edilerek çıkartıldı. Mesane ve plasentanın ayrılmasından sonra, kalan uterus ön duvarının ileri derecede

inceldiği gözlemlendi. (yaklaşık 1.5 mm) Bu alana segmental rezeksiyon yapıldı. (yaklaşık 2.5x5cm) Rezeke edilen alan 1 no' lu poliglaktin ile primer onarıldı. Plasentanın ayrılma bölgesinden kanama gözlenmemesi üzerine transvers uterin insizyon, 1 no' lu poliglaktin ile tek kat primer karşılıklı kapatıldı. Hastaya intraoperatif 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hasta postoperatif 3 gün erişkin yoğun bakım takibine alındı. Mesane kateteri 7 gün bırakılan hasta, postoperatif 8. gününde taburcu edildi.

Tartışma

Plasenta yapışma anomalisi (PYA) insidansı 1930' lu yıllarda 1/30000 iken, sezaryen oranlarının artmasına bağlı olarak 1/533'lere yükselmiştir. Dört ve üzerindeki sezaryenlerde plasenta akreta görülme sıklığı %67' lere ulaşmaktadır. PYA' nin en ciddi olan plasenta perkretanın risk faktörleri arasında ileri maternal yaş, multiparite, geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, myomektomi, küretaj) ve plasenta previa yer almaktadır (4). Olgumuzda da; plasenta previa, multiparite ve geçirilmiş sezaryen öyküsü plasenta perkreta gelişimi açısından risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

PYA olgularının yönetimindeki kilit nokta erken tanı ve sonrasında doğumun planlanmasıdır. PYA olgularında temel tanı aracı ultrasonografidir. Ultrasonografide en dikkat çeken bulgu geniş, düzensiz ve birden çok lakünlerin varlığıdır. Plasental lakünlerin PYA için duyarlılığı, 15.- 40. gebelik haftaları arasında



Resim 2. Plasenta previa perkreta olgusunun plasentanın ayrılmasından sonraki operasyon görüntüsü. Siyah ok: Sezaryen insizyon hattını göstermektedir. Mavi ok: Plasentanın insersiyon hattını göstermektedir.

görülmesi durumunda %79, pozitif öngörü değeri de %92 olarak bulunmuştur (5). Bir diğer bulgu da, myometriyumun retroplasental bölümünde ileri derecede incelmidir. Bölgesel myometrial kalınlığın 1 mm' nin altında olmasının PYA tanısı için duyarlılığı %93, pozitif öngörü değeri ise %73 olarak bulunmuştur. Renkli doppler ultrasonografide, lakünler içerisinde türbülant akım görülmesi, uterus eksenine dik ve plasenta-myometriyum veya komşu organlar doğrultusunda seyreden damarların varlığı farklı derecelerde PYA habercisi olabilir (6). Ultrasonografi PYA olgularının büyük bir kısmında tanı için yeterlidir. Yapılan çalışmalarda parametrial invazyonun belirlenmesinde MRI' nin daha üstün olduğu gösterilmiştir (7). Olgumuzda plasenta perkreta ve mesane invazyonu tanısı öncelikle ultrasonografi ile konulmuştur. Sonrasında yapılan MRI ile de tanı doğrulanmıştır.

Literatürde plasenta perkreta düşünülen olgularda; masif kan transfüzyonu ve multidisipliner yaklaşım için gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra, 35. gebelik haftasının bitiminde doğumun planlanması önerilmektedir (4). Alt segment ve lateral yerleşimli plasentalarda parametrial invazyon riski sebebiyle preop üreteral kateterizasyon önerilmektedir (8). Olgumuz da; gerekli preop transfüzyon hazırlığı ve 'double J' kateterizasyon yapılarak, 35. gebelik haftası bitiminde planlı sezaryene alınmıştır.

Plasenta perkretanın yönetiminde histerektomi ve konservatif tedavi olmak üzere iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Konservatif tedaviler özellikle fertilesini korumak isteyen genç olgularda uygulanabilecek alternatif yöntemlerdir (11). Çırpan ve ark.'nın (9) çalışmasında plasenta previa perkreta olgusuna bilateral hipogastrik arter ligasyonu sonrasında metotreksat vererek başarılı bir tedavi uyguladıklarını bildirmişlerdir. Olgumuzda plasental dokunun tamamen çıkarılması sebebiyle postoperatif metotreksat tedavisi yapılmamıştır.

Histerektomi plasenta perkretanın yönetiminde yıllardır uygulanan geleneksel bir tedavi şeklidir. Peripartum histerektomi esnasında, gebeliğe bağlı pelvik bölgede oluşan değişiklikler nedeniyle mesane, barsak, damar yaralanmaları, dissemine intravasküler koagülasyon ve genitoüriner fistül gibi durumlarla komplike olabilmektedir. Konservatif yaklaşım ise; lokal eksizyon- uterus onarımı, uterin- hipogastrik arter ligasyonu, selektif uterin arter embolizasyonu, uterin packing ve B- Lynch sütürü konulması şeklinde sıralanabilir. Proksimal pelvik damarlara müdahale bilateral uterin arter ligasyonu ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu şeklinde

yapılmaktadır. Bazı çalışmalarda, bu yöntemlerin damar anastomozları arasındaki kan akımının artmasına sebep olduğu ve bunun sonucunda kanamanın daha da arttığı bildirilmiştir (8). Olgumuzda ise; bilateral hipogastrik arter ligasyonu sonrasında plasentanın çıkartılması ve lokal eksizyon işlemi yapılmıştır. Lokal eksizyon bölgesinin ve sezaryen insizyon hattının onarımı esnasında kontrol edilemeyecek bir kanama ile karşılaşılmasıdır.

Plasenta perkreta olgularında histerektomi, mortalitesi %7' lere ulaşan bir girişimdir. Bir çalışmada olguların %38' ine 20 üniteden fazla eritrosit süspansiyonu takılmıştır. Olgumuzda intraoperatif 1 ünite eritrosit süspansiyonun transfüzyonu yapılmıştır. Sistotomi %6-21 arasındaki oranıyla en sık görülen komplikasyondur. Üreter hasarı olguların %2-5' inde görülür. Olguların %12-33'ünde reoperasyon, %7-13'ünde ise erişkin yoğun bakım ünitesi desteği gerekir (10). Olgumuzda, kan transfüzyonu ve 3 günlük erişkin yoğun bakım ihtiyacı haricinde komplikasyon görülmedi.

Plasenta previa perkreta için risk faktörü taşıyan gebelerin antenatal dönemde plasenta yapışma anomalileri açısından dikkatli değerlendirilmeleri gereklidir. Plasenta perkreta olgularında erken tanı, yeterli preoperatif hazırlık ve multidisipliner bir ekibin oluşturulması maternal morbidite ve mortalitenin engellenmesinde önemli etkenlerdir. Özellikle fertilitate koruyucu konservatif cerrahi yapılacak plasenta perkreta olgularının, iyi seçilmesi ve deneyimli bir operasyon ekibi tarafından, tersiyer bir merkezde planlanması uygun tedavi yaklaşımı olacaktır.

Fertility Sparing Surgery in Placenta Previa Percreta

Abstract

Aim: *The aim of the study is to present a case of placenta previa percreta with fertility sparing surgery.*

Case: *29 years old, a placenta previa percreta case, was delivered by cesarean section at 35th gestational week. Bilateral hypogastric artery ligation was performed before plasental separation. After segmental resection of the anterior wall of the uterus, fertility sparing surgery was performed by leaving the uterus intact.*

Conclusion: *Especially, fertility sparing surgery cases of placenta percreta will be selected carefully and planned by an experienced surgery team in a tertiary care center.*

Key words: *Placenta previa percreta, Hypogastric artery ligation, Fertility sparing surgery*

Kaynaklar

1. Hsu TY. Abnormal Invasive Placentation-Placenta Previa Increta And Percreta. Taiwan J Obstet Gynecol 2009; 48(1):1-2.
2. Chan BCP, Lam HSW, Yuen JHF, Lam TPW, Tso WK, Pun TC, et al. Conservative Management Of Placenta Previa With Accreta. Hong Kong Med J 2008; 14(6):479-484.
3. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta Previa: A 22-Year Analysis. Am J Obstet Gynecol 1999; 180(6):1432-1437.
4. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107(6):1226-1232.
5. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol 2006; 107(4):927-941
6. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. Obstet Gynecol Surv 1998; 53(8):509-517.
7. Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84(8):716-724.
8. Palacios-Jaraquemada JM. Diagnosis and management of placenta accreta. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22(6):1133-1148.
9. Çırpan T, Sanhal CY, Yücebilgin S, Özgener S. Conservative Management Of Placenta Previa Percreta By Leaving Placental Tissue In Situ With Arterial Ligation And Adjuvant Methotrexate Therapy. J Turkish-German Gynecol Assoc 2011; 12:127-129.
10. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 124(2):187-192.
11. Kurdoğlu Z, Adalı E, Ay G. Placenta Previa Perkretanın Konservatif Yönetimi: İki Olgu Sunumu. Perinatoloji Dergisi 2011; 19:145-148.