

Plasenta Perkreta: Histerektomiyle Sonlanan Gebelik

Yaşam Kemal AKPAK¹, İsmet GÜN²

¹Sarıkamış Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kars

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Özet:

Desidua bazalisin hasarı veya olmaması sonucu plasentanın uterus duvarına patolojik yapışması olarak tanımlanan anormal plasantasyonun görülme sıklığı son zamanlarda artmaktadır. Plasenta perkreta, serozaya velveya diğer pelvik yapılara plasental invazyon ile oluşur. Bu klinik tablo yüksek maternal mortalite ve morbiditeye yol açan en ciddi plasental implantasyon anomalisidir. Bu hastalığın yönetiminde antenatal tanı ve cerrahi yaklaşım çok önem arz eder. Plasenta perkretası mevcut olan bir gebenin, tanı ve yönetimini literatüre katkıda bulunmak için vaka olarak sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: anormal plasantasyon, plasenta previa, plasenta perkreta, sezaryen doğum, postpartum histerektomi

Abstract:

Abnormal placentation is increasingly common which is defined as an pathological adherence of the placenta to the uterine wall which has a faulty or an absent decidua basalis. Placenta percreta represents placental invasion to the serosa and/or other pelvic structures. This clinical is the most serious placental implantation anomaly and causes high maternal morbidity and mortality rates. Antenatal diagnosis and surgical approach are very important for the management of this disease. We present the case of diagnosis and management pregnant patient with placenta percreta for making some contribution to the literature.

Keywords: abnormal placentation, placenta previa, placenta percreta, cesarean section, postpartum hysterectomy

GİRİŞ:

Plasental adezyon anomalileri, uterusun desidua tabakasındaki defekt sebebiyle trofoblastların patolojik penetrasyonu ile karakterizedir (1). Bu penetrasyon uterus serozasına kadar ulaşır hatta komşu organ yayılımı gösterirse, plasenta perkreta (PP) olarak adlandırılır (1). En önemli risk faktörlerinden biri uterin skarın bulunduğu plasenta previa vakalarıdır (2). Bu durumda sezaryen doğum ve geçirilmiş intrauterin işlem öyküsü risk açısından önem arz etmektedir (2). Sezaryen doğum ve intrauterin invaziv işlemlerin arttığı son yıllarda, anormal plasantasyon vakalarının görülme oranı binde 0.8'den, binde 3'e çıkmıştır (3). Ayrıca anne yaşı ve sigara içimide görülme sıklığını arttırmaktadır (2). Anormal plasental invazyonların kendi içlerindeki görülme yüzdeleri, plasenta akreta %81.6, plasenta inkreta %11.8, PP ise %6.6 oranındadır (4). PP tablosu nadir izlenmesine rağmen gebeliğin son dönemlerinde masif kanamayla ciddi morbiditelere yol açabilir. Böyle önemli bir klinik tablonun tanısını ve yönetimini bir vakayla vurgulamak istedik.

OLGU:

Hastamız 35 yaşında olup ikinci çocuğuna gebe kaldığı tarihten itibaren kliniğimizde takip olmaktadır. Bir önceki gebeliğinde de plasenta previa marjinalis tanısıyla takip edilme ve 35. gebelik haftasında vajina kanama sebebiyle acil sezaryen doğum öyküsü mevcuttu. Erken gebelik haftalarından itibaren

plasenta previa totalis hali izlendi. İlerleyen gebelik haftalarında bilhassa doppler ultrasonda plasentadan myometriuma uzanan damar görüntüleri ile geniş ve düzensiz plasental lükünler izlenmesi anormal plasental invazyonu düşündürdü. Hasta zaman zaman vajinal kanama şikayetleriyle hospitalize edilerek takip edildi. 32. gebelik haftasında aktif vajinal kanama şikayetiyle acil sezaryen doğuma alındı. Preoperatif yapılan ultrasonda anormal plasantasyonun serozal yüzeye ulaştığı ancak mesane gibi çevre dokulara invazyon göstermediği izlendi. Operasyona eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma bloke edilerek girildi.

Genel anestezi altında ve göbekaltı median kesi ile batına girildi (Resim 1).



Resim 1: Göbek altı median kesinin operasyon sonrası sütüre edilmesi

Uterus gözlendiğinde özellikle eski insizyon skarına uyan bölgede serozaya ulaşan plasantasyon izlendi (Resim 2,3). Plasentanın sadece serozaya ulaştığı, çevre dokulara invazyon

göstermediği izlendi. Uterusa özellikle eski insizyon skarından uzak fundal alandan transvers insizyonla girildi (Resim 4).



Resim 2: Eski insizyon skarına uyan bölgede plasentasyon



Resim 3: Serozaya ulaşan plasenta dokusu



Resim 4: Skardan uzak alandan uterusa giriş (fundal insizyon), göbek kordonunun 2cm'den kısa bağlanarak plasentanın çıkarılmadan bırakılması.

Plasentaya hiç dokunulmadan bebek uterus dışına alındı. Göbek kordonu plasentaya yakın olacak şekilde 2 cm mesafeden bağlandı. Bebek 2100 g ağırlığında ve sağlıklıydı. Ardından histerektomiye geçildi. Öncelikle çevredeki variköz damarlar sırasıyla bağlanarak koterize edildi. Mesane disseksiyonuna özen gösterilerek vajene kadar indirildi. Uterin arter sütürleri uterus duvarı ve uterin venleri de içine alacak şekilde ayarlandı. Sütürler üretere zarar vermeyecek şekilde geniş ve proksimalden atıldı. Total histerektomi uygulanan hastanın batını kapatılırken peritonu kapatılmadı. Hastaya uygulanan teknik sayesinde beklenenden daha fazla bir kanama olmadı. Operasyon sırasında eritrosit transfüzyonu yapılmayan hastaya postoperatif birinci gün 2 ünite eritrosit transfüzyonu yapıl-

dı. Hasta postoperatif 3. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA:

PP vakalarında, ultrasonun tanı ve takipteki yeri çok önemlidir. Retroplasental normal hipoekojenik alanın azalması ve myometriyumun 1 mm'den az izlenmesi; plasentanın içerisinde birden çok, düzensiz vasküler lakünler izlenmesi ve bu lakünlerde türbülans akım tespit edilmesi; doppler ultrasonda damar yapılarının myometriyum içerisinde, mesane ve seroza komşuluğunda izlenmesi tanı koydurucudur (4). Bu parametrelerin tümünün görülmesinin %97 sensitivite, %92 spesifite ve %76 pozitif prediktif değeri mevcuttur (5). Manyetik rezonans görüntülemenin (MRI) etkinliği tartışmalıdır. Yayınlarda genel görüşün, tanı koyduruculuk açısından ultrasonun daha etkin, MRI'nin ise parametrial ve çevre dokuların incelenmesinde ultrasona yardımcı bir görüntüleme aracı olduğu yönündedir (6). Vakamızın tanı ve takip aşamalarında doppler ultrasondan yararlanılmıştır. Yukarıda sayılan kriterlerin hepsi tanı aşamasında izlenmiş ve takipte de çevre doku invazyonu yönünden doppler ultrason kullanılmıştır.

PP tanı hastalar tersiyer merkezlerde takip edilmelidirler. Yapılan bir çalışmada 103 plasentasyon anomalili hastada, derin plasental invazyon grubunda erken doğum oranı %64.7 olup ortalama doğum haftası 33+5 hafta, yüzeysel invazyon grubundaysa %52.3 oranında erken doğum, 35+2 hafta ortalama doğum haftası izlenmiştir (7). Her ne kadar term doğumu gören vakaları gösteren çalışmalar olsa da erken doğum açısından dikkatli olunmalıdır (8). Acil haller dışında doğumun planlanması PP vakalarında 35. gebelik haftasının bitimine yapılmalıdır (9). Operasyon öncesi gerekli klinikler ile iletişim içerisinde olunmalı, intraoperatif ortalama 2000-5000 ml kan kaybı olacağı akılda tutularak, eritrosit süpsansiyonu ve taze donmuş plazma hazır edilmelidir (8). Rejyonel anestezi uygulanabilir bir prosedür olsa da intraoperatif sıvı ile kan transfüzyonu gerekebileceği ve operasyon süresinin uzayabileceği göz önüne alınmalı; bu sebeplerden dolayı genel anestezi tercih edilmelidir (10). Aşağı yerleşimli plasentalarda eğer mesane ve parametrial invazyon düşünülüyorsa preoperatif üreteral kateterizasyon uygulanmalıdır (11). PP'nin kesin ve geleneksel tedavisi total histerektomidir. Konservatif tedavileri inceleyen ve öneren çalışmalar (12,13) olsa da annenin fertilité arzusu, vakanın aciliyeti, patolojinin derecesi, komplikasyonların ciddiyeti ve ekibin donanımı gibi faktörlerden dolayı histerektomi kaçınılmaz olmaktadır. Bizim vakamızda da yukarıda sayılan sebeplerden dolayı, histerektomi seçeneği uygulandı. Her ne kadar subtotal histerektomiyi daha uygun bulan çalışmalar (14) olsa da 981 acil postpartum histerektomi vakasının incelendiği derlemede,

her iki histerektomi şeklinin komplikasyonlar ve cerrahi etkinlik yönünden birbirine üstünlüğü bulunamamıştır (15). Tam dilatasyonda serviksi ayırmak güç olmakla beraber uterin arterin beslediği servikal dallardan dolayı servikal güdükten abondan kanama olabilir (15). Vakamızda PP'nin invazyonu sebebiyle total histerektomi tercih edilmiştir. Mesane flebinin dikkatli uzaklaştırılması ve üreterlerin izolasyonu sayesinde üriner herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır. Çoğu vakada strateji intraoperatif şekillendiği için batına giriş insizyonu olarak göbek altı median kesi tercih edilmesi morbiditeleri azaltabilmektedir (16). Histerektomi planlanan hastada plasentaya hiç dokunulmadan kesilen kordon en yakın mesafeden bağlanır. Böylece kanama olasılığı azaltılmış olur (9). Histerektomi sırasında kanama kontrolü için bilateral hipogastrik ligasyonu veya bilateral uterin arter ligasyonu tercih edilmelidir. Uterin arter sütürlerinin uterus duvar ve venlerini de içine alacak geniş bir şekilde proksimalden atılması uygun olacaktır (17). PP olgularının operasyonları sonrası; %25 oranında reoperasyon, %77 oranında yoğun bakım ünitesi desteği, %67 oranında 10 üniteyi geçen eritrosit transfüzyonu gereksinimi, %7 oranında maternal mortalite ve %9 oranında perinatal mortalite olasılığı olduğu akılda tutulmalıdır (2,18).

Bu bilgiler ışığında, PP obstetrik acillerin en önemlilerindedir. Endikasyonsuz sezaryen doğumların artışına dikkat çekilmeli ve vajinal doğumun önemi vurgulanmalıdır. Erken tanı ile beraber iyi bir klinik ve antenatal yönetimin şart olduğu, her an karşılaşılabilecek bu tabloya obstetrisyenlerin hazırlıklı olması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR:

1. Jauniaux E, Jurkovic D. *Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. Placenta* 2012;33(4):244-51.
2. Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, et al. *Placenta previa-accrta: risk factors and complications. Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1045-9.
3. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32.
4. Wong HS, Cheung YK, Zuccollo J, et al. *Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accreta. J Clin Ultrasound* 2008;9:551-9.
5. Shih JC, Palacios Jaraquemada JM, Su YN, et al. *Role of three-dimensional power Doppler in the antenatal diagnosis of placenta accreta: comparison with gray-scale and color Doppler techniques. Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33:193-203.

6. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, et al. *Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. Obstet Gynecol* 2006;108:573-81.
7. Seet EL, Kay HH, Wu S, et al. *Placenta accreta: depth of invasion and neonatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med* 2012 Apr 23. [Epub ahead of print]
8. Angstmann T, Gard G, Harrington T, et al. *Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach. Am J Obstet Gynecol* 2010;202:38 e1-9.
9. Palacios-Jaraquemada JM. *Diagnosis and management of placenta accreta. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22(6):1133-48.
10. Kuczkowski KM. *A review of current anesthetic concerns and concepts for cesarean hysterectomy. Curr Opin Obstet Gynecol* 2011;23(6):401-7.
11. Eller AG, Porter TF, Soisson P, et al. *Optimal management strategies for placenta accreta. BJOG* 2009;116:648-54.
12. Barber JT Jr, Tressler TB, Willis GS, et al. *Arteriovenous malformation identification after conservative management of placenta percreta with uterine artery embolization and adjunctive therapy. Am J Obstet Gynecol* 2011;204(5): e4-8.
13. Soyler P, Morel O, Fargeaudou Y, et al. *Value of pelvic embolization in the management of severe postpartum hemorrhage due to placenta accreta, increta or percreta. Eur J Radiol* 2011;80(3): 729-35.
14. Rahman J, Al-Ali M, Qutub HO, et al. *Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review. J Obstet Gynaecol* 2008;28:69-72.
15. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. *Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. Obstet Gynecol* 2010;115(3):637-44.
16. Amsalem H, Kingdom JC, Farine D, et al. *Planned Caesarean hysterectomy versus "conserving" Caesarean section in patients with placenta accreta. J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(10):1005-10.
17. Palacios-Jaraquemada JM. *Efficacy of surgical techniques to control obstetric hemorrhage: analysis of 539 cases. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(9):1036-42.
18. Knight M, UKOSS. *Peripartum hysterectomy in the UK: Management and outcomes of the associated haemorrhage BJOG* 2007;114(11):1380-7.