

Plasenta Perkreta: Olgu Sunumu

Ender Yumru, Murat Bozkurt, Faruk Özdemir, Tahsin Ayanoglu, Pınar Tuzlalı

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Plasenta perkreta olgusunun gözden geçirilmesi.

Olgu: Üçüncü trimesterde vaginal kanama ile başvuran ve plasenta previa tespit edilen bir olguda operasyon sırasında plasenta perkreta ve inkomplet rüptür nedeniyle subtotal histerektomi uygulandı. Operasyon sırasında akut hemoraji gözlemlendi. Sıvı replasman tedavisi ve kan transfüzyonu uygulandı.

Sonuç: Patoloji sonucu plasenta perkreta olarak gelen plasenta previası olan olgularda plasenta yapışma anomalileri akılda tutularak operasyona girilmelidir.

Anahtar kelimeler: Plasenta perkreta, Plasenta anomalileri, Histerektomi.

PLACENTA PERCRETA: A CASE REPORT

Aim: To review a case of placenta percreta.

Case: A case of placenta previa related vaginal bleeding on third trimester was operated and in the operation placenta percreta and an uncompleted rupture was seen and then a subtotal hysterectomy was applied. During the operation an acute hemorrhage was seen. Fluid therapy and blood transfusion was administered. The pathologic examination revealed that it was a placenta percreta.

Conclusion: In the cases of placenta previa, one must remember the possibility of abnormality of placental adherence.

Keywords: Placenta percreta, Abnormality of placenta, Hysterectomy.

Giriş

Plasenta yapışma anomalileri nadir olmalarına rağmen gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde spontan uterin rüptüre yol açarak masif intraabdominal kanamaya yol açabilirler. Obstetrik acillerden olup hızlı tanı ve tedavi gerektirirler. Plasenta kreta desidua bazalisin bölgesel ya da yaygın yetersizliği ile karakterize bir durumdur.¹ Üç tipi vardır: villusların myometriyuma yapıştığı, ancak içine invaze olmadığı plasenta akkreta vera, villusların myometriyumun içine girdiği plasenta inkreta ve plasenta-

nın myometriyumu tümü ile geçerek serozaya kadar ulaştığı plasenta perkreta.²

Olgu

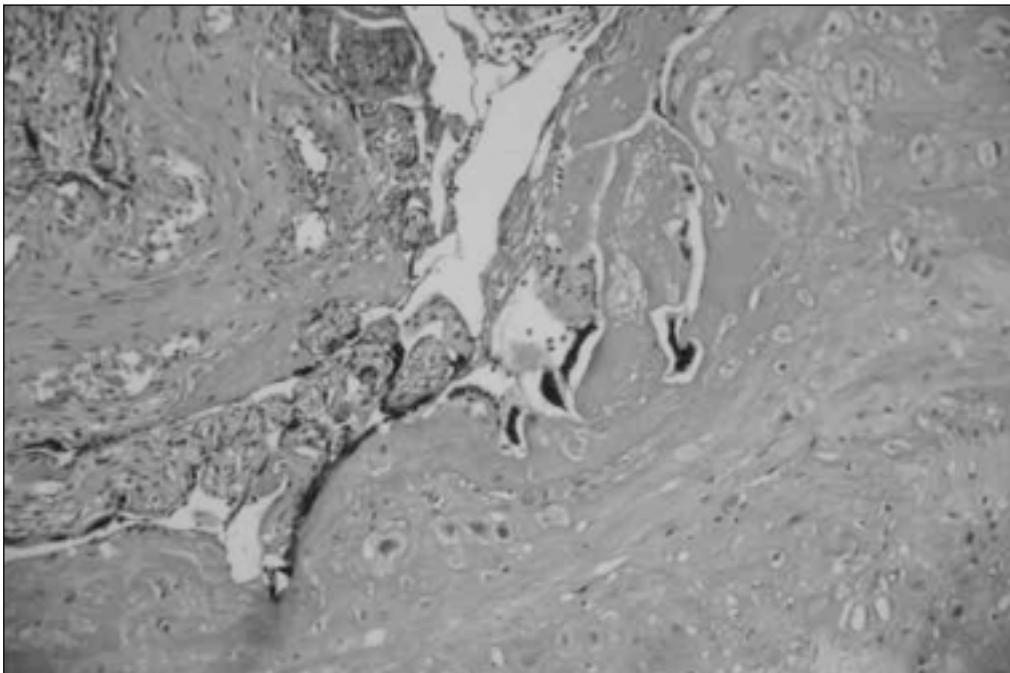
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 20.03.2003 tarihinde 391 numaralı protokol ile başvuran F.H 38 yaşında G7 P6 A0 C0 idi. Beş normal spontan doğum yapmış olan hastaya dört yıl önce makat prezentasyonu ve fetal distres endikasyonu ile sezaryen operasyonu uygulanmıştı. Vaginal ka-

nama şikayeti ile başvuran hasta son adet tarihini hatırlamıyordu. Hastaya spekulum muayenesi uygulanarak aktif vaginal kanama gözlemlendi. Transabdominal ultrasonografide 37 gebelik haftası ile uyumlu tekil canlı fetüs ve total plasenta previa tespit edildi. Preoperatif hemoglobin 10 g/dL, hematokrit %29.8, beyaz küre sayısı 13.103, trombosit sayısı 304.103 idi. Arteriyel kan basıncı 140/55 mmHg idi. Nabız sayısı 92/dak. idi. Olgu bu bulgular ile acil olarak operasyona alındı. Eksplorasyonda plasenta, visseral periton altında inkomplet rüptür alanını tamamen kaplıyordu. Plasenta, 10 cm 7 cm boyutuyla mekik şeklinde eski insizyon hattına yapışık idi. 2950 gr, 49 cm, 1. dakika APGAR skoru 8 olan kız bebek doğurtuldu. Plasenta mümkün olduğu kadar kanama kontrol edilerek yapışma yüzeylerinden ayrılmaya çalışıldı. Plasentanın internal osu tamamen kapattığı gözlemlendi. Plasenta ayrılmadı. Artan kanama gözü önüne alınarak olguya subtotal histerektomi uygulandı. Operasyon esnasında bakılan hemoglobin 5.5 g/dL idi. İki ünite operasyon esnasında, iki ünite operasyon sonrası toplam dört ünite tam kan transfüzyonu yapılarak hemoglobin 9.1 g/dL'ye yükseltildi. Postoperatif beş gün antibiyoterapi uygulanan hasta altıncı gün şifa ile taburcu edildi.

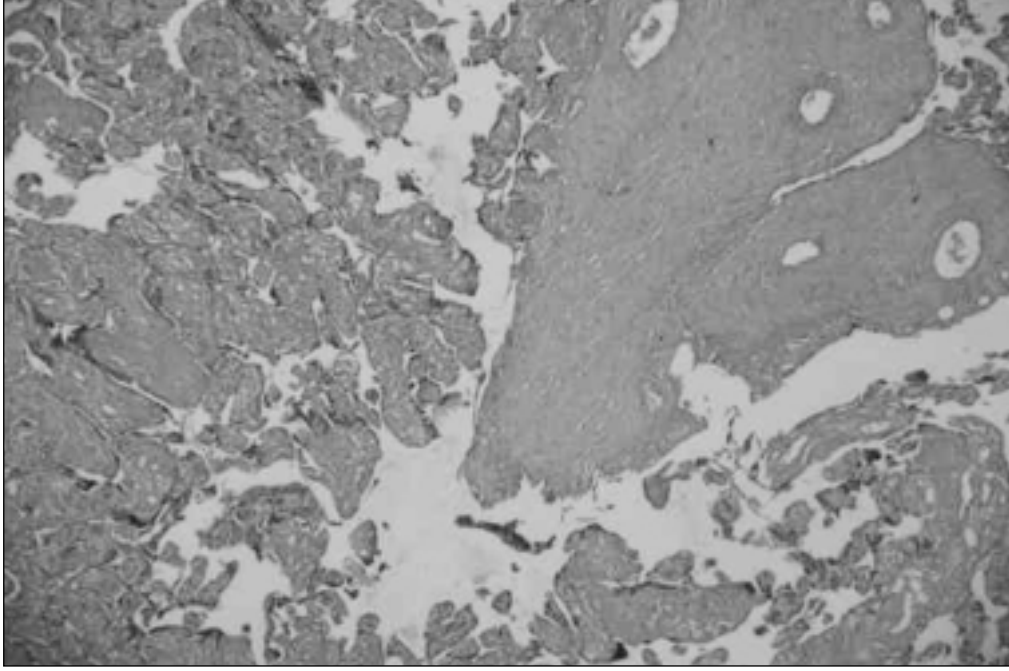
Tartışma

Plasenta akreta en hafif form olup olguların %60'ında bulunur. Plasenta perkreta olguların %20'sini oluşturur. Plasenta perkreta ise %20 oranında görülür ve en ileri formudur. Koryonik villuslar myometriuma tam kat penetrederler ve bazı olgularda çevre dokulara yayılmışlardır. Eski sezaryenlilerde, uterusunda diğer nedenlerle nedbe dokusu olanlarda, elle halas yapılanlarda ve yüksek pariteli gebelerde plasenta kreta sık görülür. Olguların %30'undan fazlasında birlikte plasenta previa da vardır.³ Bizim olgumuzda risk faktörlerinden ileri anne yaşı, yüksek doğum sayısı ve geçirilmiş sezaryen operasyonu mevcuttu. Ayrıca plasenta previa tespit edilmişti.

Plasenta kreta, aşırı kanamaya yol açabilir ve sıklıkla histerektomi gerektirir. Olguların % 14'ünde uterus rüptürü görülür.³ Olgumuzda da inkomplet rüptür gözlemlendi. Villusların, mesane gibi komşu organlara invazyonu nadir de olsa görülebilir. Plasenta akreta ve daha ileri tipleri olan inkreta ve perkreta daha ciddi maternal komplikasyonlara yol açtıkları için oldukça korkutucudurlar. Bazen yapılan abdominal histerektomi bile hastanın yaşamını kurtarmaya yetmemektedir.



Resim 1. Plasenta yapışma yerinden histopatolojik kesit.



Resim 2. Plasenta yapışma yerinden histopatolojik kesit.

Plasentanın os interni kısmen ya da tamamen kapaması olarak tanımlanan plasenta previa üçüncü trimester kanamalarının önemli bir sebebi olup, doğumların %12'inden daha azında görülür.⁴ İnvaziv plasentasyon ile plasenta previanın olguların üçte ikisinde beraber görüldüğü bildirilmiş ve bunların dörtte birinin daha önce sezaryen geçirdiği saptanmıştır.⁵

Plasenta perkreta tanısını antenatal olarak koymak zordur. Ultrasonografik olarak retroplasental myometriyumun normal hipoekoik zonunun kaybı, uterus serozası ile mesane arasındaki hiperekojenitenin incilmesi ve kesintiye uğraması komşu organlara özellikle de mesaneye invazyonu düşündürülen fokal egzofitik kitlenin varlığı tanıda yardımcı olabilir.⁶

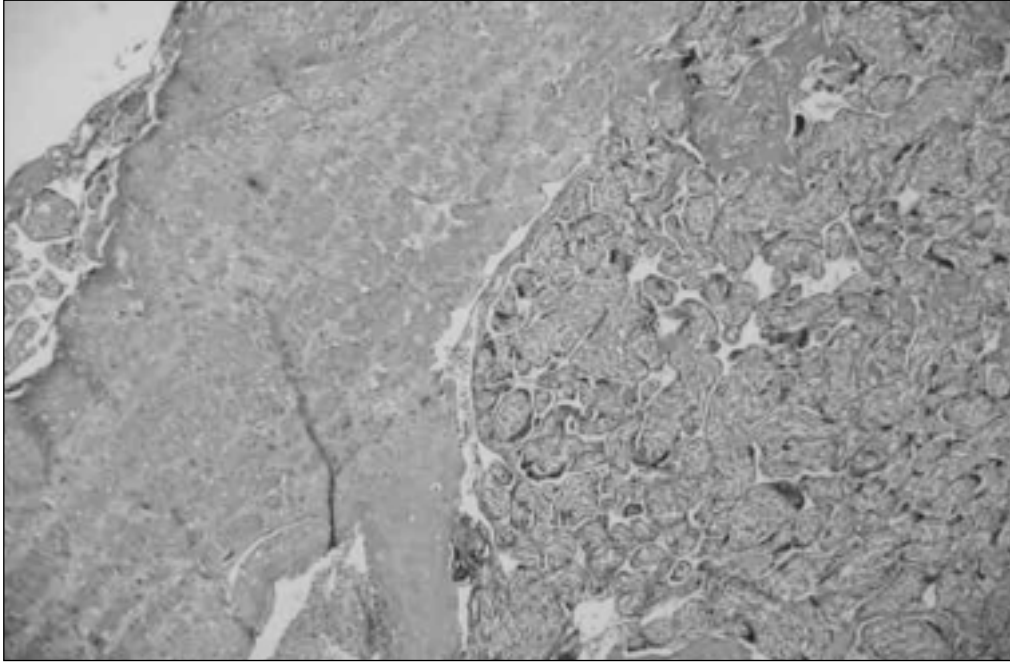
Bizim olgumuzda yine plasenta perkretayı düşündürebilecek vasküler lakünler mevcuttu.⁷

Magnetik rezonans görüntüleme plasentanın myometriuma invazyonunu gösterebilir fakat bu konuda deneyim sahibi kişilerce değerlendirilmelidir.⁷

Chou ve ark. plasenta previa inkreta/perkreta bulunan hastalarda üç boyutlu renkli Doppler sonografi ile alışılmadık uteroplasental vasküler ağ

tespit etmişlerdir. Neovaskülarizasyon olarak isimlendirilen bu durumun tanıda kullanılabileceğini rapor etmişlerdir.⁸

Zelop ve ark. üçüncü trimesterdeki yükselmiş MSAFP ile anormal plasental yapışma arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Plasenta yapışma anomalisi gösteren 11 hastaya histerektomi, kontrol grubu olarak seçtikleri plasenta previası olan fakat yapışma anomalisi göstermeyen 14 hastaya sezaryen operasyonu uygulamışlardır. Plasenta yapışma anomalisi gösteren 11 olgunun beşinde yükselmiş MSAFP tespit edilirken, kontrol grubundaki 14 hastada normal MSAFP bulmuşlardır.⁹ Yükselmiş serum kreatin kinaz tanıda faydalı olabilir.¹⁰ Asıl tanı patolojik olarak konular. Bizim olgumuzda makroskopik olarak serviksin sol üst yarısında yaklaşık 4 cm perforasyon ve plasenta previa tespit edildi. Mikroskopik patolojide plasental koryon villus yapılarının direkt olarak myometriuma invazyonu görülmüş olup, çevrelerinde desidua bazalis görülmemiştir. Ayrıca aralarında hyalinize kas dokusu odakları ve fibrin alanları izlenmiştir. Trofoblastik hücrelerin myometriumu tam kat penetre ettiği, perimetriuma ulaştığı görülmüştür.



Resim 3. Plasenta yapışma yerinden histopatolojik kesit.

Plasenta perkretanın tedavisi histerektomidir. Rabenda-Lacka ve ark. normal doğumların %0.021 sezaryen operasyonların %1.03'ünde histerektomi gerektiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada histerektomi endikasyonlarını %61.1 ile plasenta yapışma anomalileri, %13.8 uterin atoni, %11.1 ile uterin rüptür oluşturmaktaydı. En sık komplikasyon ikilisi %5.6 ile şok ve üriner yaralanmalardı. Maternal mortalite %2.8 olarak bulundu.¹¹

Hemodinamik olarak stabil olan plasenta perkreta olguları konservatif olarak metotreksat ile tedavi edilebilir.¹² Yine uterin arter embolizasyonu fertilitasını korumak isteyen olgularda giderek artan bir sıklıkta kullanılan bir yöntem haline gelmiştir.

Sonuç

Nadir olsa da, plasenta perkreta daha fazla kadına sezaryen operasyonu uygulanması sebebiyle giderek artmaktadır. Ultrasonografi yapılırken bu olgularda myometrium ile plasenta duvarı ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Kreatin kinaz ve maternal serum alfa-fetoprotein tanıya yönelmede diğer bulgulara destek olabilir. Fertilitasını tamamlamış hastalarda tedavi histerektomi iken çocuk isteyen

hastalarda uterin arter embolizasyonu veya operasyon sonrası yerinde bırakılan plasenta için metotreksat tedavisi uygun olabilir.

Kaynaklar

1. Fox H. Pathology of the placenta. Philadelphia. Saunders; 1978.
2. Fleischer. Obstetrik ve Jinekolojide Sonografi. A. Yüksel. 2000.
3. Fox H. General pathology of the placenta. In: Fox H, ed. Hainers and Taylor Obstetrical and Gynaecological Pathology. 3 rd ed. Edinburg: Churchill-Livingstone; 1987; 972-1000.
4. Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, et al. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1424.
5. Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: Changing clinical aspects and outcome. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 31.
6. Guy GP, Peisner DB, Timor-Tritsch IE. Ultrasonographic evaluation of uteroplacental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 723.
7. Lam G, Kuller J, Mc Mahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Investig* 2002; 9: 37-40.
8. Chou MM, Tseng JJ, Ho ES, Hwang JI. Three-dimensional color power Doppler imaging in the assessment of uteroplacental neovascularization in placenta previa increta/ percreta. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 515- 6.
9. Zelop C, Nadel A, Frigoletto FD Jr, Pauker S, Mac Millan M. Plasenta accreta/ percreta/ increta a cause of elevated ma-

- ternal serum alpha- fetoprotein. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 693- 4.
10. Ophir E, Tendler R, Odeh M, Khouri S, Oettinger M. Creatine kinase as a biochemical marker in diagnosis of placenta increta and percreta. *Am J Obstet Gynecol* 1999, 180: 1039-40.
 11. Rabenda-Lacka K, Wilezynski J, Radoch Z, Breborowicz GH. Obstetrical hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265: 89-90.
 12. Butt K, Gagnon A, Delilse MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 981-2.