

Plasenta Previa Perkretanın Konservatif Yönetimi: İki Olgu Sunumu

Zehra Kurdoğlu, Ertan Adalı, Gülçin Ay

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

Özet

Amaç: Bu makalede, sezaryen ile fetüs doğurtulduktan sonra plasentaları yerinde bırakılan ve postoperatif dönemde metotreksat uygulanarak başarılı bir şekilde takip ve tedavileri yapılan plasenta previa perkretalı olguların tartışılması amaçlandı.

Olgu: Daha önceki doğumlarının da sezaryenle olması nedeniyle acil şartlarda operasyona alınan her 2 olgu da doğum eyleminin başlaması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Intraoperatif plasenta perkreta tespit edilen bu hastalarda plasentanın çıkarılması, morbiditeyi artırabileceğinden plasentalar uterin kavite içinde bırakıldı. Konservatif metotreksat tedavisi ile takibe alınan hastalar, postoperatif serum beta human koryonik gonodotropin (hCG) düzeyleri, ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile takip edildi. Tedavi ile serum betahCG düzeylerinde, plasentanın boyut ve vaskülarizasyonunda belirgin azalma izlendi.

Sonuç: Plasenta perkreta, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan gebeliğin oldukça önemli komplikasyonlarından biridir. Morbiditeyi azaltmak ve fertilitiyi korumak amacıyla konservatif tedavi öncelikle düşünülebilir.

Anahtar Sözcükler: Plasenta previa perkreta, konservatif tedavi, metotreksat.

The conservative management of placenta previa percreta: presentation of two cases

Objective: In this case report, we aimed to discuss two cases with placenta previa percreta who were managed and treated successfully by being applied methotrexate in the postoperative period.

Methods: Both of the two cases who were undergone operation immediately due to previous cesarean deliveries applied to our clinic as onset of labors. The placentas were left in uterus due to fertility desires of women who were diagnosed placenta percreta in surgery. The patients who were managed with conservative therapy were followed up by serum human chorionic gonadotrophin (hCG) levels, ultrasonography and magnetic resonance imaging. After therapy, decrease of serum hCG levels, vascularisation and size of the placenta were observed.

Conclusion: Placenta percreta which cause serious morbidity and mortality is one of the most important complications of pregnancy. To decrease morbidity and preserve fertility, conservative treatment may be thought firstly.

Keywords: Placenta previa percreta, conservative treatment, methotrexate.

Giriş

Plasenta previa; plasentanın internal servikal osu kısmen ya da tamamen kapatması olarak tanımlanır. Obstetrik kanamaların önemli bir nedeni olup yaklaşık yılda 1,000 doğumda %4.8 oranında görülmektedir.^[1] Plasenta previa; akreata, inkreta ve perkreta gibi plasentasyon anomalileri ile komplike olduğunda morbidite ve mortalite riski

artmaktadır. Cerrahi doğum sayısının artışına bağlı olarak plasenta previa perkreta insidansı her geçen gün artmaktadır.^[2]

Plasenta kreta (anormal plasentasyon), desidua bazalisin bölgesel ya da yaygın yetersizliği ile karakterize bir durumdur. Villusların myometriyuma yüzeysel tutunduğu ancak invaze olmadığı plasenta akreata, miyometriyuma invaze olduğu plasenta

inkreta ve plasentanın myometriyumunu tümü ile geçerek serozaya kadar ulaştığı placenta perkreta olmak üzere 3 tipi vardır.^[3,4]

Placenta perkreta, uterusun serozal tabakasını invaze etmesi ve komşu pelvik organları da invaze etme potansiyaline sahip olması nedeniyle en şiddetli formudur. Sezaryen histerektomi genellikle hayatı tehdit eden kanama kontrolü için gereklidir. Hemodinamik olarak stabil olan seçilmiş hastalarda konservatif tedavi uygulanabilir. Böylece hastanın fertilesinin korunması yanında morbidite ve kan transfüzyon miktarı da azaltılmış olacaktır.^[5]

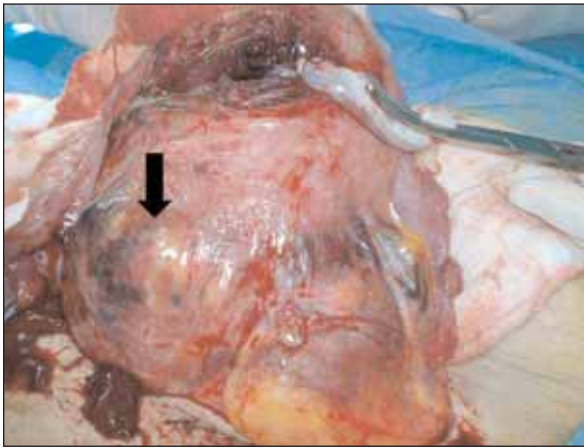
Bu olgu sunumunda, sezaryen ile fetüs doğurduktan sonra plasentanın yerinde bırakıldığı, postoperatif dönemde metotreksat uygulanan ve başarılı bir şekilde takip ve tedavisi yapılan placenta previa perkretalı iki olguyu tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Olgu 1

36 yaşında, g3 p2 y2, daha önceki her 2 doğumu da sezaryenle olan hasta ağrılarının başlaması ve vajinal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde, fetal biyometrik ölçümleri 36. gebelik haftası ile uyumlu tek canlı fetüs ve total placenta previa tespit edildi. Aktif vajinal kanaması ve kontraksiyonları olan hasta bu bulgularla acil operasyona alındı. Eksplorasyonda uterus alt segmentte seroza ve mesaneyi invaze eden yapı izlenerek placenta perkreta düşünüldü (Resim 1). Uterusun 1/3 üst kıs-

mından transvers insizyon ile girilerek makat prezentasyonlu, 2500 g, 1. dakika Apgar skoru 7 olan kız bebek doğurtuldu. İntraoperatif hemodinamik durumu stabil olan hastaya konservatif tedavi için postoperatif metotreksat tedavisi verilmesi kararlaştırıldı. Bebek doğurduktan sonra göbek kordonu kesilerek plasentaya yakın yerden bağlandı ve placenta uterin kavitede bırakıldı (Resim 2). Hastanın postoperatif dönemde vajinal kanama olasılığı nedeniyle postoperatif 1. saat 15 dakikada bir, daha sonra 30 dakikada bir ve postoperatif 3. saatten sonra ilk 24 saat boyunca saatlik vajinal kanama takibi yapıldı. Postoperatif 1, 3, 5 ve 7. günlerde 50 mg/gün metotreksat ve postoperatif 2, 4, 6, 8. günlerde 0.1 mg/kg/gün folik asit verildi. Hastaya 2 hafta süreyle ampicilin-sulbaktam (2 g/gün, 2 x1g) ve metronidazol (1,500 mg/gün, 3x500 mg) intravenöz (i.v.) tedavileri uygulandı. Hasta postoperatif dönemde haftalık serum β -hCG düzeyi, ultrasonografi ve aylık manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile takip edildi. Postoperatif dönemde, hCG düzeyleri sırasıyla 1. gün 9,258 mIU/ml, 1. hafta 3,398 mIU/ml, 2. hafta 1,068 mIU/ml, 1. ayın sonunda 18 mIU/ml ve 2. ayın sonunda 4 mIU/ml olarak tespit edildi. Operasyondan sonra progresif olarak azalan β -hCG düzeyleri postoperatif 3. ayda 1.2 mIU/ml olarak saptandı. Yapılan ultrasonografik incelemelerde plasentanın boyut ve vaskülarizasyonunda belirgin azalma olduğu izlendi. Postoperatif 4. gün ultrasonografisinde placenta boyutları 112x80x56 mm boyutlarındayken 1 ay sonraki ultrasonografide 94x55x25 mm olarak ölçüldü.



Resim 1. Placenta perkretanın mesaneye invazyonu siyah okla gösterilmiştir.



Resim 2. Placenta içeride bırakıldıktan sonra uterusun sütüre edilmiş hali.

Postoperatif 3. ayda yapılan yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde plasental doku hacminde regresyon izlendiği rapor edildi.

Olgu 2

21 yaşında, g2 p1 y1, ilk doğumu sezaryen olan hasta doğum ağrılarının başlaması şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografik incelemesinde, 38. gebelik haftası ile uyumlu tek canlı fetus ve total plasenta previa tespit edildi. Aktif kontraksiyonları olan hasta bu bulgularla acil operasyona alındı. Plasentanın yerleşim yeri nedeniyle uterusun sol üst yan kısmından transvers insizyon ile uterusa girilerek baş prezentasyonlu, 3,700 g, 1. dakika Apgar skoru 5 olan erkek bebek doğurtuldu ve plasenta uterin kavitede bırakıldı. Hastanın postoperatif dönemdeki vajinal kanaması ilk 1 saatte 15 dakikada bir, 2. saatte 30 dakikada bir ve 3. saatten sonra 24 saat boyunca saatlik olarak takip edildi. Hasta ve hasta yakınlarına konservatif tedavi ile ilgili ayrıntılı bilgi verilerek onamları alındıktan sonra postoperatif 1, 3, 5 ve 7. günlerde 50 mg/gün metotreksat ve postoperatif 2, 4, 6, 8. günlerde 0.1 mg/kg/gün folik asit verildi. Postoperatif 1 hafta süreyle sefazolin (2 g/gün 2 x1g) ve metronidazol (1,500 mg/gün 3x500 mg) tedavisi uygulandı. Postoperatif 10. gününde taburcu edilen hastanın postoperatif 20. günde ateşinin 38°C ve lekelenme tarzında vajinal kanamasının olması nedeniyle hasta tekrar hospitalize edildi. Ateşinin düşmemesi ve vajinal kanamasının devam etmesi nedeniyle postoperatif 23. günde ameliyathane şartlarında plasenta dokusunun çıkarılması, aşırı kanama olması durumunda acil histerektomi yapılması kararı alınarak hasta ve hasta yakınlarına ayrıntılı bilgi verildi. Ameliyathane şartlarında yaklaşık 5x4 cm'lik rest plasenta dokusu kürete edilen hastanın takiplerinde ateşi ve kanaması olmadı. Postoperatif 29. günde bakılan β -hCG düzeyinin 1.2 mIU/ml tespit edilmesi üzerine hasta taburcu edildi.

Tartışma

Plasenta perkreta, sezaryen operasyonlarının insidansındaki artışa bağlı olarak insidansı günden güne artan ve hayatı tehdit eden bir durumdur.^[5] Risk faktörleri arasında geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, myomektomi) veya D&C, plasenta previa, maternal yaş, multiparite, Asherman Sendro-

mu, submuköz leiomyom sayılabilir. Morbiditeyi azaltmak açısından renkli Doppler ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ile erken ve doğru tanı koymak ve uygun yönetim oldukça önemlidir.^[6-9] Manyetik rezonans görüntülemenin sensitivitesi %80-88, spesifitesi %65-100 olarak bildirilmiştir.^[10] Ancak, bizim olgularımız antenatal takip-siz gebeler olup acil şartlarda sezaryene alındığı için preoperatif değerlendirmemiz mümkün olmadı. Manyetik rezonans görüntüleme, antepartum dönemde tanıyı desteklemede oldukça yararlı olup postoperatif süreçte uterin kavitede bırakılan plasentanın takibi daha ucuz bir yöntem olan ultrasonografi ile yapılabilir.

Plasenta perkreta yönetimi için histerektomi ve konservatif tedavi olmak üzere iki strateji tanımlanmıştır. Geçmişte kanama kontrolünde genellikle histerektomiye ihtiyaç duyulurken, perkreta olgularında kanamayı kontrol etmekte tek başına histerektomi bazı olgularda başarısız kalabilmekte ve bu durum maternal morbidite ve mortalite artışına yol açabilmektedir. Buna karşın hemodinamik olarak stabil olan plasenta perkreta olguları konservatif olarak metotreksat ile tedavi edilebilir. Uterin arter embolizasyonu, fertilitatesini korumak isteyen olgularda uygulanabilecek diğer bir konservatif yöntemdir.^[11,12]

Tedaviye metotreksat eklenmesi ile ilgili olarak literatürde az sayıda çalışma bildirilmiştir. Bu çalışmalardan Heiskanen ve ark. plasenta perkretanın metotreksat ile konservatif tedavisinin, aktif kanaması olmayan hemodinamik olarak stabil hastalarda gelecekteki fertilitateyi korumada uygun bir tedavi yöntemi olduğunu bildirmişlerdir.^[13] Mussalli ve ark. mesane invazyonu olan plasenta perkretalı hastalarda, mesanenin vasküler invazyonunun hızla rezolüsyonunda metotreksatın önemli rol oynadığını vurgulamışlardır.^[14] Benzer şekilde Sonin de plasenta perkretalı bir olgunun metotreksat ile başarılı bir şekilde tedavi edildiğini bildirmiştir.^[15] Bu makalede sunulan her iki olguda da risk faktörü olarak, önceki sezaryen operasyonlarına ait uterin skar ve total plasenta previa hali mevcuttur. Her iki olgumuzda da plasenta yerinde bırakılarak metotreksat tedavisi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Konservatif yaklaşım ile histerektomiye bağlı gelişebilecek morbidite ve mortalite riski en aza inmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak plasenta perkreta, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan gebeliğin oldukça önemli komplikasyonlarından biri olup, pelvik organlara invazyon olduğu durumlarda morbiditeyi azaltmak ve fertilitiyi korumak için konservatif tedavi düşünülebilir.

Kaynaklar

1. Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1424-9.
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;14:479-84.
3. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:89-96.
4. Breen JL, Neubecker R, Gregori CA, Franklin JE. Placenta accreta, increta and percreta: a survey of 40 cases. *Obstet Gynecol* 1977;49:43-7.
5. Henrich W, Fuchs I, Ehrenstein T, Kjos S, Schmider A, Dudenhausen JW. Antenatal diagnosis of placenta percreta with planned in situ retention and methotrexate therapy in a woman infected with HIV. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:90-3.
6. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. *Radiology* 1997;205:773-6.
7. Rao AP, Bojahr H, Beski S, MacCallum PK, Renfrew I. Role of interventional radiology in the management of morbidly adherent placenta. *J Obstet Gynaecol* 2010;30:687-9.
8. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. The morbidly adherent placenta: an overview of management options. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89:1126-33.
9. Teo TH, Law YM, Tay KH, Tan BS, Cheah FK. Use of magnetic resonance imaging in evaluation of placental invasion. *Clin Radiol* 2009;64:511-6.
10. Elsayes KM, Trout AT, Friedkin AM, Liu PS, Bude RO, Platt JF, et al. Imaging of the placenta: a multimodality pictorial review. *Radiographics* 2009;29:1371-91.
11. Silver LE, Hobel CJ, Lagasse L, Luttrull JW, Platt LD. Placenta previa percreta with bladder involvement: new considerations and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:131-8.
12. Yumru E, Bozkurt M, Özdemir F, Ayanođlu T, Tuzlalı P. Placenta perkreta: olgu sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 2005;13: 44-8.
13. Heiskanen N, Kroger J, Kainulainen S, Heinonen S. Placenta percreta: methotrexate treatment and MRI findings. *Am J Perinatol* 2008;25:91-2.
14. Mussalli GM, Shah J, Berck DJ, Elimian A, Tejani N, Manning FA. Placenta accreta and methotrexate therapy: three case reports. *J Perinatol* 2000;20:331-4.
15. Sonin A. Nonoperative treatment of placenta percreta: value of MR imaging. *Am J Roentgenol* 2001;177:1301-3.