

Masif hematürili gebede plasenta perkreta: Olgu sunumu

Hacer Uyanıkoğlu¹, Kenan Gengeç¹, Güler Çakmak¹, Halil Çiftçi²

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Özet

Amaç: Masif hematüri ile başvuran 21 haftalık gebede plasenta perkreta olgusunu literatür eşliğinde paylaşmak.

Olgu: Otuz iki yaşında, 5. gebeliği olan hasta hematüri şikayeti ile kliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde 4 tane sezaryen ile doğum dışında bir özellik yoktu. Ultrasonografisinde plasenta alt segmente yerleşik ve 21 hafta ile uyumlu canlı bir gebelik saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme ve sistoskopi planlandı fakat hastanın genel durumunda kötüleşme olması nedeniyle acil operasyona geçildi. Operasyonda mesane uterusu yapışık izlendi. Uterus fundusundan vertikal kesi ile canlı bir kız bebek doğurtuldu. Mesaneye invaziv damarların kanaması nedeniyle parsiyel sistektomi yapıldı. Uterus alt segmente parsiyel rezeksiyon uygulandı. Postoperatif 4. günde hastada mesane globu ve batına idrar kaçağı olması nedeniyle daha büyük numaralı sonda takılarak idrar drenajı sağlandı. Postoperatif 15. günde hasta taburcu edildi.

Sonuç: Plasenta perkretanın preoperatif tanısı ve multidisipliner yaklaşım, komplikasyonların başarılı bir şekilde yönetilmesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Hematüri, plasenta perkreta, gebe.

Abstract: Placenta percreta in pregnant woman with massive hematuria: a case report

Objective: To present a placenta percreta case in a pregnant woman with massive hematuria who admitted at 21 weeks of gestation.

Case: Thirty-two-year-old with hematuria who was pregnant for the fifth time referred to our clinic. There was no significant condition on her medical history except cesarean section for 4 times. In the ultrasonographic examination, the pregnancy consistent with 21 weeks where live placenta located on lower segment was identified. We planned magnetic resonance imaging and cystoscopy, but carried out emergency operation due to the worsening in the general condition of the patient. During the operation, we observed that bladder was attached to uterus. A living female baby was delivered through a vertical incision from fundus of uterus. We performed partial cystectomy due to the hemorrhage of invasive vessels. We also applied partial resection on the lower segment of uterus. On postoperative 4th day, we attached a bigger catheter for urinal drainage since the patient had bladder glob and urine leakage into abdomen. The patient was discharged on postoperative 15th day.

Conclusion: Preoperative diagnosis of placenta percreta and multidisciplinary approach are significant in terms of the successful management of complications.

Keywords: Hematuria, placenta percreta, pregnant woman.

Giriş

Plasenta perkreta (PP) plasenta previanın bir komplikasyonu olup invazyon anomalilerinin en ileri formudur.^[1] En önemli komplikasyonu doğum öncesi ve doğum sonrası olabilen ciddi vajinal kanamalardır. Bunun sonucunda gelişebilen komplikasyonlar dissemine in-

travasküler koagülasyon, erişkin respiratuar distress sendromu, böbrek yetmezliği, acil cerrahi girişim ve ölümdür.^[2] Derin anemiye neden olacak kadar masif hematüri gebelikte oldukça nadir olmakla birlikte %9.5 maternal morbidite ve %24 perinatal mortalite oranları ile potansiyel olarak hayatı tehdit edebilmektedir.^[3,4]

Yazışma adresi: Dr. Hacer Uyanıkoğlu, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa. e-posta: huoglu@hotmail.com

Geliş tarihi: 03 Ağustos 2016; **Kabul tarihi:** 29 Eylül 2016

Bu yazının atfı künyesi: Uyanıkoğlu H, Gengeç K, Çakmak G, Çiftçi H.

Placenta percreta in pregnant woman with massive hematuria: a case report.

Perinatal Journal 2016;24(3):170-173.

©2016 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:

www.perinataljournal.com/20160243004

doi:10.2399/prn.16.0243004

Karekod (Quick Response) Code:



Bu yazıda, erken gebelik haftasında vajinal kanaması olmaksızın ileri derecede mesane invazyonu nedeniyle masif hematüri saptanan bir PP olgusunu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Otuz iki yaşında, geçirilmiş 4 sezaryen ile doğumu olan bir hasta beşinci gebeliğinde idrarından kan gelmesi şikayeti ile acil servisten kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinde geçirilmiş 4 sezaryen dışında bir özelliği bulunmayan hastanın son adet tarihine göre 21 haftalık gebeliği vardı. Ultrasonografisinde (USG) 21 hafta ile uyumlu canlı bir gebelik saptandı. Bebekle ilgili bir anomali saptanmadı. USG'de plasenta alt segmente yerleşik ve Doppler ile mesane hattı boyunca damarlanma artışı izlendi (Şekil 1). USG'de mesane tabanında hematomla uyumlu görüntü izlendi. Hastanın geliş hemoglobini (Hgb) 7.6 g/dL, hematokriti (Hct) %22.5, trombositleri (Plt) 118.000/mcL, lökositleri ise 11.000/mcL idi. Hasta kliniğe başvurmadan önce bir hafta boyunca farklı hastanelerin üroloji kliniklerinde idrar yolu enfeksiyonu için tedavi almış ve son 2 gündür idrar yolundan aşırı kanaması olması üzerine kliniğimize sevk edilmişti. İdrar yolu dışında hastada vajinal kanama yoktu. USG ile servikal uzunluk 39 mm ölçüldü. Hastaya mesane sondası takıldı ve tek seferde 1300 cc hematürik idrar boşaltıldı. Perioperatif üroloji konsültasyonu istendi. Hastaya manyetik rezonans (MR) görüntüleme ve üroloji tarafından sistoskopi planlandı. Fakat hastanın genel durumunda kötüleşme olması üzerine (nabız: 125/dk, kan basıncı: 90/50 mmHg, Hgb: 5.6 g/dL, Hct: %19, Plt: 84.000/mcL) acil operasyon endikasyonu verildi. Hasta ve yakınlarına detaylı bilgi verilip yazılı onamları alındı. Kan transfüzyonu eşliğinde hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında



Şekil 1. Doppler USG'de invazyon bölgesinin izlenmesi.

Pfannenstiel insizyonla batına girildi. Gözlemede mesane uterus ön duvarına fiksle izlendi (Şekil 2). Uterus fundustan vertikal kesi ile APGAR'ı 0-2 olan 400 g ağırlığında canlı bir kız bebek doğurtuldu. Plasenta çıkarılmadan mesane disseke edilmeye çalışıldı. Uterustan mesaneye invaze olan ve kanayan damarlar tutulup bağlandı. Plasenta uterus ön duvardan aktif kanamaya başladı. İntraoperatif üroloji konsültasyonu istendi. Plasenta çıkarıldı ve ürolog ile birlikte mesane arka duvarı uterusun vajene kadar disseke edildi. Mesane arka yüze insizyon yapılarak mesane lümenindeki hematoma boşaltıldı, üreter orifisleri bulundu. Mesane arka yüzdeki büyük invaziv damarların aktif kanaması nedeniyle parsiyel sistektomi yapıldı (Şekil 3). Uterus alt segmente parsiyel rezeksiyon yapılarak kare sütürler atıldı. Uterus fundusu zet sütürlerle kapatıldı. Douglas boşluğuna dren yerleştirilerek operasyonun son verildi ve hasta yoğun bakım ünitesine alındı.

Hastaya perioperatif dönemde toplam 12 Ü eritrosit süspansiyonu ve 4 tane taze donmuş plazma verildi. Postoperatif 3. günde hasta yoğun bakımdan servise alındı. Dördüncü günde hastada CRP yüksekliği ile birlikte mesane globu ve batın içine idrar kaçağı olduğu saptandı (drenden alınan örnekte üre: 268 mg/dL, kreatinin: 18.3 mg/dL idi). Hastanın sondası daha büyük numaralı (20 Fr) foley sonda ile değiştirilerek ve mesane irrigasyonu yapılarak yeniden idrar drenajı sağlandı. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Postoperatif 7. günde drenden gelen seröz sıvıda üre ve kreatinin düzeyleri normal çıktı. Operasyon sonrası 15. günde çekilen sistogram sonucunda, mesane konturlarının düzenli olması ve mesaneden ekstrasvazyon olmaması üzerine hastanın sondası çekildi ve hasta taburcu edildi.

Tartışma

Plasenta yapışma anomalileri miyometriyal invazyonun derinliğine göre sınıflandırılmaktadır. Plasenta akreta ve inkretada villuslar miyometriuma kısmen invaze iken perkretada villuslar uterin serozaya kadar penetre olmuştur.^[5] PP'nın genel insidansı oldukça düşük olmasına rağmen, son yıllarda sezaryen ile doğum oranlarının artmasına paralel olarak önümüzdeki yıllarda insidansının artacağı tahmin edilmektedir.^[6]

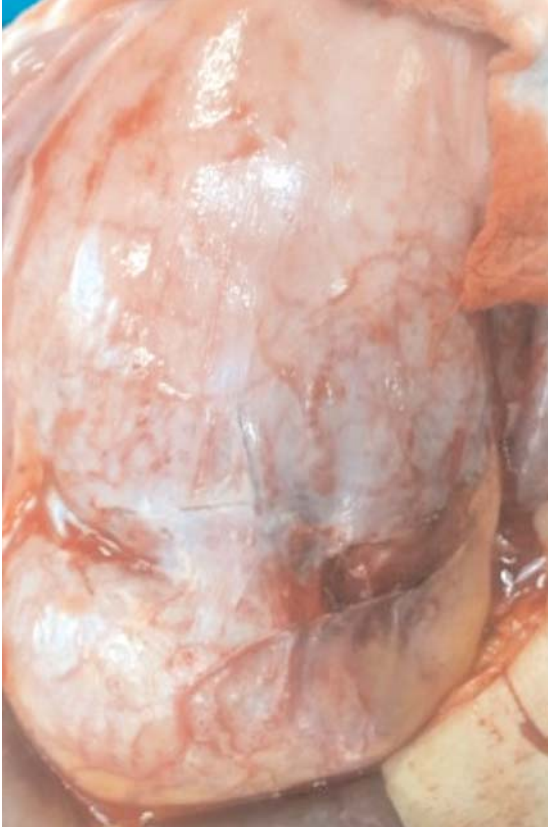
Plasenta perkretanın tanısında USG, MR ve sistoskopi önemli yer tutmaktadır.^[7] Plasenta yapışma anomalilerinin prenatal tanısı USG muayenesindeki karakteristik bulguların varlığı; plasental laküner boşluklar, mesane ve miyometrium arasındaki sınırdaki düzensizlik ve desidua

tabakasının kaybı ile konur. Doppler USG'de plasentadan çevre dokulara uzanan türbülant kan akımları gözlemlenmektedir. USG'nin tanıdaki sensitivite ve spesifitesi sırasıyla %80 ve %95'tir.^[7,8] Ultrason bulguları kesin olmadığında MR görüntüleme faydalı olabilir. MR görüntülemesinde plasenta ile miyometrium arasındaki desidua tabakasının kaybı saptanabilmektedir.^[7] Biz bu olgumuzda mesane invazyonunu daha iyi değerlendirmek için MR planladık fakat hastanın genel durumundaki kötüleşme nedeni ile yaptıramadık.

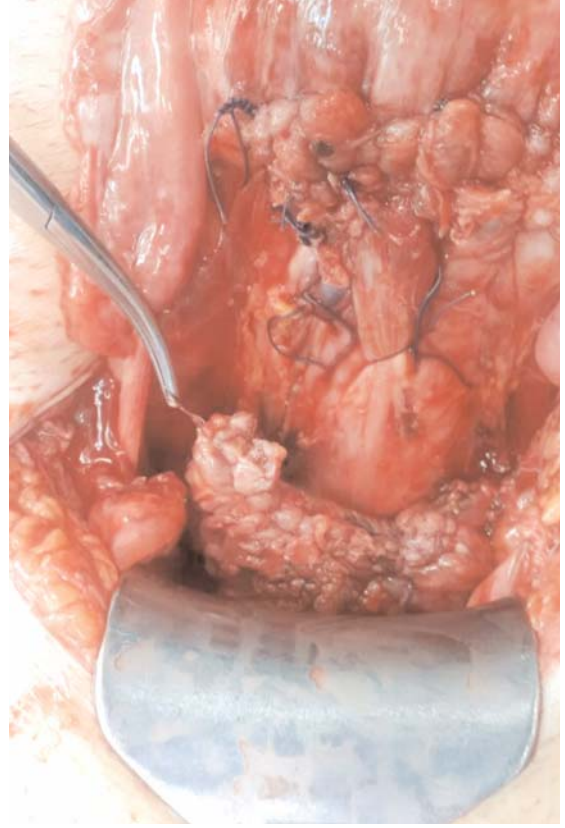
Mesane invazyonu ile beraber görülen PP çoğunlukla doğum esnasında fark edilmektedir. Makroskopik hematüri, mesane invazyonu görülen olguların sadece %25'inde rastlanan bir bulgudur.^[3] Sistoskopik muayenede genellikle mesane arka duvardan lümeneye doğru uzanan lezyon görülebilmektedir. Hematüri varlığında sistoskopi yapılması önerilmekle birlikte, bir literatür derlemesinde sistoskopi yapılan mesane invazyonlu 54 PP olgusunun 12 tanesinde tanı konulamadığı belirtilmiştir. Bunun ya-

nısına cerrahi esnasında sistotomi yapılmasının mesane veya üreteral tutulumun derecesini belirlemede yardımcı olabileceği bildirilmiştir.^[9] Biz yaptığımız obstetrik USG sonucunda hematürinin PP'ye bağlı olduğunu düşünüp mesane invazyonunu değerlendirmek amaçlı üroloji tarafından sistoskopi yapılmasını planladık fakat hastanın genel durumundaki kötüleşme nedeni ile uygulayamadık. Bununla beraber ameliyat esnasında sistotomi yaparak üreteral tutulumun olmadığını gördük. Mesane kubbesi ve arka yüzdeki derin invazyon alanlarını saptayıp sistektomi yaptık. Postoperatif 4. günde batına idrar kaçağı olmasının, düşük numaralı sondanın tıkanmasının yol açtığı mesane globuna bağlı olduğunu düşündük. Daha büyük numaralı (20 Fr) Foley sonda uygulayarak ve mesane irriye edilerek idrar drenajını tekrar sağladık.

Plasenta yapışma anomalileri peripartum histerektomilerin sık nedeni olduğundan preoperatif dönemde tanı konulması hastaya yeterli bilgi vermek ve klinik tablo ile ilişkili olabilecek masif kanama, morbidite ve



Şekil 2. Uterus ön duvarına fikse mesanenin görünümü.



Şekil 3. Mesane arka yüzünde parsiyel sistektomi yapılan bölge.

mortaliteyi azaltacak gerekli önlemleri almak açısından önemlidir.^[2] Literatürde masif hematüri ile gelen ve tanısı atlanan PP olgusu bildirilmiştir. Tanısı atlanan PP nedeniyle hastaya histerektomi ve parsiyel sistektomi uygulanmış ve hastada postoperatif dönemde hipovolemik şok (buna bağlı masif kan transfüzyonu gereksinimi) ve konvülsiyon atakları gözlenmiştir.^[10]

Plasenta perkreta olgularında masif kan transfüzyonu, enfeksiyon, perinatal ölüm, maternal ölüm, üreteral ligasyon veya fistül formasyonu ve spontan uterin ruptür gibi komplikasyonların görülme olasılığı oldukça yüksektir.^[10,11] Bu nedenle PP takibi kadın doğum, anesteziyoloji ve yoğun bakım, radyoloji, üroloji ve hematoloji bölümlerinin katıldığı bir ekip tarafından multidisipliner olarak yürütülmelidir.^[4,12]

Bizim olgumuzda operasyon öncesi PP tanısı konulması ve kadın doğum, üroloji, anestezi-yoğun bakım ve hematoloji birimleri ile birlikte hareket edilmesi histerektominin ve diğer majör komplikasyonların önlenmesinde etkili olmuştur.

Sonuç

Plasenta perkretanın preoperatif tanısı ve multidisipliner yaklaşım, perkretaya bağlı operasyon öncesi, esnası ve sonrasındaki komplikasyonları başarılı bir şekilde yönetme açısından oldukça önemlidir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Wehrum MJ, Buhimschi IA, Salafia C, Thung S, Bahtiyar MO, Werner EF, et al. Accreta complicating complete placenta previa is characterized by reduced systemic levels of vascular

endothelial growth factor and by epithelial-to-mesenchymal transition of the invasive trophoblast. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:411.e1-411.e11.

2. Glaze S, Ekwalanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008;111:732-8.
3. Takai N, Eto M, Sato F, Mimata H, Miyakawa I. Placenta percreta invading the urinary bladder. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:274-5.
4. Hunter T, Kleiman S, Swenerton JE, Peter EA, Campbell DC. Anaesthesia for caesarean hysterectomy in a patient with a preoperative diagnosis of placenta percreta with invasion of the urinary bladder. *Can J Anaesth* 1996;43:246-52.
5. Tantbiroj P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008;29:639-45.
6. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1458-61.
7. Yang JI, Lim YK, Kim HS, Chang KH, Lee JP, Ryu HS. Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;28:178-82.
8. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115:65-9.
9. Bakri YN, Sundin T. Cystotomy for placenta previa percreta with bladder invasion. *Urology* 1992;40:580.
10. Kuzgunbay B, Tarım E, Akın S, Erkanlı S, Güvel S. Placenta percreta with bladder invasion: a rare cause of hematuria in pregnancy. [Article in Turkish] *Turk J Urol* 2011;37:372-4.
11. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1632-8.
12. Parva M, Chamchad D, Keegan J, Gerson A, Horrow J. Placenta percreta with invasion of the bladder wall: management with a multi-disciplinary approach. *J Clin Anesth* 2010;22:209-12.