

DOI: 10.38136/jgon.752481

**Plasenta Dekolmanı İçin Risk Faktörleri, Maternal ve Perinatal Sonuçlar; Tek Merkezin 5 Yıllık Deneyimi**  
**Risk Factors, Maternal and Perinatal Results Concerning Placental Detachment; 5 Year-Experience of a Single Center**Gizem Berfin ULUUTKU<sup>1</sup>Başak ERGİN<sup>2</sup>İbrahim KALE<sup>2</sup>Rahime Nida ERGİN<sup>2</sup>

ID Orcid ID:0000-0001-6979-0854

ID Orcid ID:0000-0002-6411-2541

ID Orcid ID:0000-0001-7802-7199

ID Orcid ID:0000-0003-1805-2178

<sup>1</sup> Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye<sup>2</sup> Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye**ÖZ**

**Amaç:** Çalışmamızda plasenta dekolmanı için risk faktörlerini tespit etmek, doğum haftasına göre maternal ve perinatal sonuçlarını değerlendirmek.

**Gereçler ve Yöntem:** Ocak 2014 ve Ocak 2019 yılları arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki doğum kayıtları retrospektif olarak tarandı. 20. gebelik haftasından sonra sezaryene alınan ve klinik olarak plasenta dekolmanı tanısı alan 142 hasta değerlendirilmeye alındı. Bu vakaların plasenta dekolmanı tanısı operasyon esnasında retroplasental veya intraplasental hematoma izlenmesiyle konulmuştur. Çalışma tekil gebeliklerle planlandı ve 5 hasta çoğul gebelik nedeniyle çalışma dışı bırakılarak, toplam 137 hasta çalışmaya dahil edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan olguların %49,6'sının (n=68) hastaneye başvuru sebebi kanama, %28,5'inin (n=39) sancı, %10,9'unun (n=15) su gelişi, %0,7'sinin (n=1) düşme, %1,5'inin (n=2) miad aşımı, %3,6'sının (n=5) mide bulantısı, baş ağrısı olduğu gözlenirken %5,1'inin (n=7) sadece kontrol amaçlı başvurduğu gözlenmiştir. Olguların %31,4'ünde (n=43) kan ve kan ürünleri replasmanı uygulanmıştır. Bebeklerin %32,8'inde (n=45) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YDYBÜ) yatışı gerekmezken, %42,3'ünün (n=58) YDYBÜ yatışı sonrasında taburcu olduğu, %9,5'inin (n=13) YDYBÜ yatışı esnasında ex olduğu izlenmiştir. %15,3'ünün (n=21) ise intrauterin ex fetus (IUEF) olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Plasenta dekolmanı, hem maternal hem perinatal morbidite ve mortaliteyi aşikâr biçimde artırmaktadır. Literatürde daha önce yapılmış çalışmalardaki normal gebe popülasyonu ile kıyaslandığında çalışmamızdaki plasenta dekolmanı tanısı konulmuş olgularda hipertansif hastalıklar, intrauterin gelişme geriliği, proteinüri ve plasenta previanın anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Plasenta dekolmanına neden olan risk faktörlerinin bilinmesi, gebeliğin yönetiminde ve maternal-perinatal komplikasyonların azaltılmasında yarar sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Plasenta dekolmanı, risk faktörleri, perinatal sonuçlar, maternal sonuçlar

**ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the risk factors, maternal and perinatal outcome in cases with placental abruption and to determine frequent risk factors in placental abruption cases and decrease the risk of placental abruption with more detailed evaluations in emergency admissions and labor follow up in high risk patients. We intended to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality in our clinic by developing a management protocol for placental abruption.

**Materials and Methods:** 142 patients who were admitted to cesarean section after the 20th gestational week and clinically diagnosed with placental abruption between January 2014 and January 2019 from the archives of Ümraniye Training and Research Hospital were screened retrospectively. Make a diagnosis of placental abruption was made by considering the retroplacental hematoma of the operation. 7 patients were excluded for various reasons, and 137 patients were included in study.

**Results:** The cause of admission to the hospital was %49.6 (n=68) bleeding, %28.5 (n=39) pain, %10.9 (n=15) water breaks, %0.7 (n=1) fall, %1.5 (n=2) overdue, %3.6 (n=5) nausea, headache was observed while %5.1 (n=7) for control purpose only. It was observed that %65.2 (n=90) of the cases were interned with suspicion of detachment and %34.8 (n=48) developed detachment during follow up. While the rate of in utero ex fetus and percent of placental detachment were significantly higher in the cases with suspected placental abruption than in the cases placental abruption during follow up and prepartum and postpartum hemoglobin levels were significantly lower. In %31.4 (n=43) of the cases, blood and blood products replacement was needed. While %32.8 (n=45) of the babies didn't require neonatal intensive care unit (NICU), %42.3 (n=58) were discharged after NICU hospitalization and %9.5 (n=13) were ex during NICU hospitalization. %15.3 (n=21) were observed as IUEF during the admission.

**Conclusion:** Placental abruption clearly increases maternal and perinatal morbidity and mortality. Determining the risk factors, perinatal and maternal outcomes of placental detachment cases will help to manage these pregnancies and minimize complications. Management protocols should be developed for pregnant women with risk factors for placental detachment in order to minimize maternal and perinatal morbidity and mortality.

**Key words:** Placental abruption, risk factors, maternal results, perinatal results

**Sorumlu Yazar/ Corresponding Author:**

Gizem Berfin Uluutku

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

E-mail: berfinuluutku@yahoo.com

Başvuru tarihi :13.06.2020

Kabul tarihi: 15.10.2020

## GİRİŞ

Plasentanın doğumdan önce kısmen ya da tamamen implantasyon yerinden ayrılması plasenta dekolmanı olarak adlandırılır . İnsidansı yaklaşık %0,8-1 arasındadır . Hafif dekolman vakaları kolaylıkla gözden kaçabilirken , ciddi vakalarda maternal ve perinatal mortalite önemli oranda artırmaktadır (1). Literatüre göre normal popülasyonda perinatal mortalite hızı %0,6 iken plasenta dekolmanı vakalarında %3-12 arasında değişmektedir (2,3). İntrauterin fetal kayıp plasentanın ayrılması ve intrauterin hipoksiye bağlı iken , postnatal dönemdeki ölümler ise primer olarak prematüriteyle ilişkilidir (2,4-7). Plasenta dekolmanı maternal morbidite ve mortaliteyi de önemli oranda artırmaktadır . Hipovolemik şok, postpartum kanama, akut böbrek yetmezliği ve dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) gibi ciddi tablolara neden olarak anne ölümlerine yol açabilmektedir (4, 8,9). Bu çalışmanın amacı plasenta dekolmanı için risk faktörlerini tespit etmek, doğum haftasına göre maternal ve perinatal sonuçlarını değerlendirmektir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2014 ve Ocak 2019 yılları arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki doğum kayıtları retrospektif olarak tarandı. Çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındı (Etik Kurul izin no: B.10.1.TKH.434.H.GP.0.01/153) . 20. gebelik haftasından sonra sezaryene alınan ve klinik olarak plasenta dekolmanı tanısı alan 142 hasta değerlendirmeye alındı. Plasenta dekolmanı tanısı operasyon esnasında retroplasental veya intraplasental hematoma izlenmesiyle konulmuştur. Çalışma tekil gebeliklerle planlandı ve 5 hasta çoğul gebelik nedeniyle çalışma dışı bırakılarak toplam 137 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen popülasyonda 6 gebe, İUEF ve önceki gebeliğinde dekolman plasenta nedeniyle kötü obstetrik öykü tanısı almıştır. Çalışmamıza katılan gebe popülasyonunda sigara ve madde kullanımı bulunmamaktadır. Hastaların hastaneye başvuru şikayetleri, yaş, gravida, parite, daha önceki obstetrik öyküleri, gebelik haftaları incelendi. Dekolman tanısı konulan vakaların dosyaları prepartum ve postpartum hemogram sonuçları, koagülasyon parametreleri, kan ve kan ürünleri replasmanı gereksinimi, kanama kontrolü için ek cerrahi müdahale gereksinimi, annenin postpartum yoğun bakım ünitesi (YBÜ) gereksinimi ve postpartum komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Doğumda yenidoğan ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği (IUGR) varlığı, fetal cinsiyet, APGAR skorları ve umbilikal arter pH'ı kaydedilmiştir. IUGR kategorisine fetal ağırlığın gestasyonel yaşa göre <10 persentil olanlar dahil edilmiştir.

Perinatal sonuçlar ise başvuru esnasında fetal kardiyak aktivite izlenmeyen, YDYBÜ'de yatışı esnasında ex olan, YDYBÜ'den taburcu olan ve direkt anne yanında takip edilen bebekler olmak üzere 4 grupta incelendi.

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-T testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Samples Test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık p<0,05 olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmamıza 01.01.2014 ve 01.01.2019 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesinde doğum yapmış olan yaşları 18 ile 40 arasında değişen, yaş ortalamaları 28,62±5,59 olan toplam 137 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan olguların gravida sayıları 1 ile 8 arasında değişmekte olup, medyanı 2 olarak saptandı. Çalışmaya katılan olguların parite sayıları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, medyanı 1 olarak saptandı. Olguların normal doğum (NSD) sayıları 0 ile 5 arasında değişmektedir. Olguların %56,2'sinin (n=77) daha önce normal doğum yapmadığı, %17,5'inde (n=24) 1 kez, %21,9'unda (n=30) 2 kez, %4,4'ünde (n=6) 3 ve üzeri normal doğum yaptığı görüldü. Olguların %76,6'sının (n=105) daha önce sezaryen (CS) ile doğum yapmadığı, %15,3'nün (n=21) 1 kez, %8'inin (n=11) ise 2 kez sezaryen ile doğum yaptığı görüldü. Olguların %70,8'inde (n=97) abort öyküsü bulunmazken, %15,3'ünün (n=21) 1, %10,9'unun (n=15) 2, %2,9'unun (n=4) 3 ve üzeri sayıda abort öyküsü mevcuttur. Çalışmaya katılan olguların doğum haftaları 23 ile 41 hafta arasında değişmekte olup, ortalama 34,16±4,43 hafta olarak saptandı. Olguların %26,3'ünün (n=36) doğum haftasının 32 haftanın altında, %38'inin (n=52) 32 ile 37 hafta ara-

sında ve %35,8'inin (n=49) 37 hafta ve üzerinde olduğu görüldü (Tablo1).

**Tablo 1:** Çalışmamıza alınan gebelerin klinik ve obstetrik özellikleri

Yaş (yıl)	Min-Maks (Medyan)	18-41 (28)
	Ort±Ss	28,62±5,59
Gravida	Min-Maks (Medyan)	1-8 (2)
	Ort±Ss	2,56±1,53
Gebelik Sayısı	1	43 (%31,4)
	2 ve daha fazla	94 (%68,6)
Parite	Min-Maks (Medyan)	0-5 (1)
	Ort±Ss	1,09±1,10
Parite Sayısı	Yok	52 (%38,0)
	1 ve daha fazla	85 (%62)
Daha önceki vajinal doğum	Min-Maks (Medyan)	0-5 (0)
	Ort±Ss	0,77±1,04
	Yok	77 (%56,2)
	1 Kez	24 (%17,5)
	2 Kez	30 (%21,9)
	≥ 3 Kez	6 (%4,4)
Daha önceki sezaryen doğum	Yok	105 (%76,6)
	1 Kez	21 (%15,3)
	2 Kez	11 (%8,0)
Daha önceki abort sayısı	Yok	97 (%70,8)
	1 Kez	21 (%15,3)
	2 Kez	15 (%10,9)
	≥ 3 Kez	4 (%2,9)
Doğum Haftası	Min-Maks (Medyan)	23-41 (35)
	Ort±Ss	34,16±4,43
	<32 Hafta	36 (%26,3)
	32-37 Hafta	52 (%38,0)
	≥37 Hafta	49 (%35,8)

Olguların %49,6'sının (n=68) hastaneye başvuru sebebi kanama, %2,5'inin (n=39) sancı, %10,9'unun (n=15) su gelişi, %0,7'sinin (n=1) düşme, %1,5'inin (n=2) miad aşımı, %3,6'sının (n=5) mide bulantısı, baş ağrısı olduğu gözlenirken %5,1'inin (n=7) sadece kontrol amaçlı başvurduğu gözlemlendi.

Olguların hastaneye başvuru sırasında çekilen Nonstres Test (NST) lerin %53,3'ünde (n=73) kategori 1 NST, %15,3'ünde (n=21) kategori 3 NST izlenirken, %16,1'ine (n=22) NST çekilmediği ve %15,3'de (n=21) ise hastaneye geldiğinde bebeklerin intrauterin ex olduğu gözlemlendi. Olguların hepsi sezaryen ile doğum yapmıştır.

Bebeklerin %46,3'ünün (n=63) kız, %53,7'sinin (n=73) erkek olduğu görüldü. Bebeklerin doğum ağırlıkları 525 gram ile 4680 gram arasında değişmekte olup, ortalama 2201,16±935,28 gram olarak saptandı. Bebeklerin %32,8'inde (n=45) YDYBÜ yatışı gerekmezken, %42,3'ünün (n=58) YDYBÜ yatışı sonra-

sında taburcu olduğu, %9,5'inin (n=13) YDYBÜ'de yatarak ex olduğu izlendi. %15,3'ünün (n=21) ise hastaneye başvurusu sırasında yapılan ilk muaynesinde IUEF olduğu gözlemlendi.

Plasenta dekolmanı için risk faktörü olarak olguların %35,1'inde (n=40) proteinüri, %20,4'ünde (n=28) IUGR, %16,1'inde (n=22) tansiyon yüksekliği, %6,6'sında (n=9) erken membran rüptürü, %5,1'inde (n=7) plasenta previa, %4,4'ünde (n=6) oligo-anhidroamniyozis, %4,4'ünde (n=6) myoma uteri ve uterin anomaliler, %4,4'ünde (n=6) kötü obstetrik öykü, %3,6'sında (n=5) gestasyonel diabetes mellitus, %2,2'sinde (n=3) majör fetal anomali, %2,2'sinde (n=3) makrozomi ve %1,5'inde (n=2) polihidroamniyozis eşlik etmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2:** Plasenta dekolmanı risk faktörleri

Maternal risk faktörleri	n (%)
Proteinüri (n=114)	40 (35,1)
Intrauterin Gelişme Geriliği	28 (20,4)
Hipertansiyon	22 (16,1)
Erken Membran Rüptürü	9 (6,6)
Plasenta Previa	7 (5,1)
Myoma Uteri ve Uterin Anomaliler	6 (4,4)
Kötü Obstetrik Öykü	6 (4,4)
Oligohidroamniyoz	6 (4,4)
Gestasyonel Diyabet	5 (3,6)
Makrozomi	3 (2,2)
Majör Fetal Anomali	3 (2,2)
Polihidroamniyoz	2 (1,5)

Olguların hastanede yatış süreleri ortalama 2-26 gün olarak saptanmıştır. Olguların %3,6'sında (n=5) postpartum dönemde yara yeri enfeksiyonu gelişmiş, %2,2'sinde (n=3) YBÜ ihtiyacı olduğu görüldü. Olguların %31,4'ünde (n=43) kan ve kan ürünleri replasmanı ihtiyacı olduğu görülmektedir. Olguların %6,6'sında (n=9) kanama kontrolü için ek müdahale, %1,5'inde (n=2) reoperasyon, %0,7'sinde (n=1) histerektomi gereksinimi olmuştur. 1 olguda akut tübüler nekroz (ATN) ve 1 olguda DİK izlenmiştir.

Olgular 32 haftadan önce doğum yapanlar (n=36), 32-37 hafta arası doğum yapanlar (n=52) ve 37 haftadan sonra doğum yapanlar (n=49) olarak 3 gruba ayrıldı. Doğum haftalarına göre bu 3 grupta doğum öncesi hemoglobin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,529), doğum sonrası hemoglobin değerleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,015). Doğum zamanı 32-37 hafta arasında olan olguların doğum sonrası hemoglobin değerlerindeki değişim, doğum zamanı 37 hafta ve üzeri olan olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,009). 32

hafta öncesi doğum yapan grupta ise; doğum sonrası hemogram değerindeki düşüş 37 haftadan sonra doğum yapan olgulara göre daha yüksek olmasına rağmen bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,407$ ) (Tablo 3) .

**Tablo 3:** Olguların doğum öncesi ve sonrası hemogram düzeyindeki değişiklikler

<32 Hafta (n=36)		Doğum Haftası			Test Değeri
		32-37 Hafta (n=52)	≥37 Hafta (n=49)	p	
Doğum öncesi Hemoglobin Değerleri	Min-Maks (Medyan)	6,8-13,7 (11)	5,5-13 (11,01)	6,8-15,3 (11,4)	F:0,640
	Ort±Ss	10,82±1,60	10,97±1,44	11,20±1,64	<b>*0,529</b>
	Fark	-2,02±1,14	-2,43±1,42	-1,67±1,12	F:4,565
Doğum sonrası Hemoglobin Değerleri	Min-Maks (Medyan)	4,8-11,8 (9,1)	4,5-12,3 (8,7)	6,7-12,4 (9,7)	F:4,306
	Ort±Ss	8,80±1,70	8,66±1,50	9,52±1,50	<b>*0,015*</b>
	Fark	-2,02±1,14	-2,43±1,42	-1,67±1,12	F:4,565
p		<b><sup>a</sup>0,001**</b>	<b><sup>b</sup>0,001**</b>	<b><sup>c</sup>0,001**</b>	<b><sup>d</sup>0,012*</b>

<sup>a</sup>Oneway ANOVA

<sup>b</sup>Paired Samples Tes

<sup>c</sup>p<0,05

<sup>d</sup>\*\*p<0,01

Doğum haftalarına göre belirlen 3 grupta; kan ve kan ürünleri replasmanı ihtiyacı oranları, yara yeri enfeksiyonu görülme oranları, erişkin YBÜ ihtiyacı görülme oranları, kanama kontrolü için ek müdahale yapılma oranları, reoperasyon, histerektomi, ATN ve DİK görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Doğum zamanı 37 hafta ve üzerinde olan grupta YDYBÜ ihtiyacı, doğum zamanı 32 haftanın altında olan ve 32-37 hafta arasında olan gruba göre beklenildiği üzere anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,001$ ). Doğum zamanı 32 haftanın altında olan olgularda YDYBÜ de yatış esnasında ex oranı, doğum zamanı 32-37 hafta olan ve 37 hafta ve üzerinde olan olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$  ve  $p=0,001$ ). Doğum zamanı 37 hafta ve üzerinde olan grupta IUEF görülme oranı, doğum zamanı 32-37 hafta arasında olan gruba göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,003$ ). Doğum zamanı 32 haftanın altında olan grupta 0. ve 5. dakika skoru APGAR, doğum zamanı 32-37 hafta arasında olan ve 37 hafta ve üzerinde olan gruplara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p<0,01$ ). Aynı şekilde doğum zamanı 32-37 hafta arasında olan olguların APGAR 5. dakika skoru, doğum zamanı 37 hafta ve üzerinde olan olgulara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,002$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4:** Çalışmamıza alınan gebelerin doğum haftalarına göre maternal ve neonatal sonuçları

<32 Hafta (n=36)		Doğum Haftası			Test Değeri
		32-37 Hafta (n=52)	≥37 Hafta (n=49)	p	
Kan ve kan ürünleri replasmanı	Var	13 (36,1)	19 (36,5)	11 (22,4)	$\chi^2$ :2,832
	Yok	23 (63,9)	33 (66,5)	38 (77,6)	<b>*0,243</b>
Yara Yeri Enfeksiyonu	Var	1 (2,8)	1 (1,9)	3 (6,1)	$\chi^2$ :1,278
	Yok	35 (97,2)	51 (98,1)	46 (93,9)	<b>*0,536</b>
YBÜ İhtiyacı	Var	2 (5,6)	1 (1,9)	0 (0,0)	$\chi^2$ :2,603
	Yok	34 (94,4)	51 (98,1)	49 (100,0)	<b>*0,271</b>
YDYBÜ İhtiyacı	YDYBÜ Yatışı Yok	2 (5,6)	7 (13,5)	36 (73,5)	$\chi^2$ :71,623
	YDYBÜ Yatışı Var	17 (47,2)	30 (57,7)	11 (22,4)	<b>*0,001**</b>
	YDYBÜ de EX	11 (30,6)	2 (3,8)	0 (0,0)	
	IUEF	6 (16,7)	13 (25,0)	2 (4,1)	
APGAR 0. Dk	Min-Maks (Medyan)	0-8 (4)	0-9 (5)	0-9 (7,5)	$\chi^2$ :23,019
	Ort±Ss	3,72±1,89	5,55±2,25	6,46±2,56	<b>*0,001**</b>
APGAR 5. Dk	Min-Maks (Medyan)	0-9 (6)	0-10 (8)	0-10 (10)	$\chi^2$ :40,753
	Ort±Ss	5,59±2,46	7,47±2,80	8,92±2,34	<b>*0,001**</b>
Kanama Kontrolü için Ek Müdahale	Var	3 (8,3)	4 (7,7)	2 (4,1)	$\chi^2$ :0,914
	Yok	33 (91,7)	48 (92,3)	47 (95,9)	<b>*0,752</b>
Reoperasyon	Var	2 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	$\chi^2$ :3,688
	Yok	34 (94,4)	52 (100,0)	49 (100,0)	<b>*0,066</b>
Histerektomi	Var	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	$\chi^2$ :1,610
	Yok	36 (100,0)	51 (98,1)	49 (100,0)	<b>*1,000</b>
ATN	Var	1 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	$\chi^2$ :2,345
	Yok	35 (97,2)	52 (100,0)	49 (100,0)	<b>*0,266</b>
DİK	Var	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	<b>*p&lt;0,01</b>
	Yok	36 (100,0)	51 (98,1)	49 (100,0)	<b>*1,000</b>

<sup>a</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>b</sup>Fisher Freeman Halton Test <sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

## TARTIŞMA

Plasenta dekolmanının etyolojisi net olarak bilinmemekle beraber genel olarak plasenta invazyon anomalileri suçlanmaktadır (10). Plasenta dekolmanı 100-120 gebelikten birini komplike eder ve genel olarak literatürde belirtilen insidansı %0,8-1'dir (4). Çalışmamız yaptığımız 01.01.2014 ile 01.01.2019 tarihleri arasında hastanemizde 20 hafta üzeri 28.372 doğum gerçekleşmiş olup bunları 142 tanesi dekolmanla komplike olmuştur (%0,50). Çalışmamızda olguların doğum haftaları 23 ile 41 hafta arasında değişmekte olup, ortalama 34,16±4,43 hafta olarak saptanmıştır. Olguların %26,3'ünün (n=36) doğum haftasının 32 haftanın altında, %38'inin (n=52) 32 ile 37 hafta arasında ve %35,8'inin (n=49) 37 hafta ve üzerinde olduğu gözlenmiştir. Tikkanen ve arkadaşlarının geniş hasta serisi ile yaptıkları çalışmada ise canlı doğum yapan plasenta dekolmanı olgularının %14,3 ünün ise 32 hafta altında, %25,3 ünün 32-36 gestasyonel haftalar arası, %60,4 ün ise miad olduğu görülmektedir (4). Literatürde genel popülasyonda gebeliklerin %2,16'sına hipertansif hastalılar eşlik ederken (11), Pariente ve arkadaşlarının dekolman plasenta serisindeki gebelerin %15,3 ünde hipertansif hastalık eşlik etmektedir (12). Çalışmamızda plasenta dekolmanı olgularına %16,1 oranında hipertansif hastalık eşlik etmektedir, bu oran literatürdeki plasenta dekolmanı çalışmalarıyla uyumlu iken, genel popülasyona göre anlamlı şekilde yüksektir. Romo ve arkadaşlarının çalışmasına göre genel popülasyonda IUGR görülme oranı %5,6 iken (13), Pariente ve arkadaşlarının dekolman plasenta serisindeki gebelerin IUGR oranı ise %8,1 dir (12). Çalışmamızda IUGR oranı %20,4 dür.

Bu oran literatürdeki hem genel popülasyona hem de plasenta dekolmanı serilerine göre yüksektir. Bu yüksek oran hastanemizin 3. basamak merkez olmasından dolayı daha çok yüksek riskli gebelerin hastanemize refere ediliyor olması ile açıklanabilir. Ayrıca literatüre baktığımızda hipertansif hastalıklar, IUGR, önceki gebelikte dekolman öyküsü ve IUEF öyküsünün plasenta dekolmanı riskini arttırdığını görmekteyiz (14) (15).

Literatürde gebelikte proteinüri oranı 2. trimesterde %10,7, 3. trimesterde %10,6 olarak bildirilmektedir [14]. Plasenta dekolmanı ve proteinüri ile ilişkili güncel çalışma bulunmamaktadır, ancak proteinürinin kötü maternal ve perinatal sonuçlarla ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur (15) (16). Bizim çalışmamızda ise plasenta dekolmanı olgularının %35,1'inde proteinüri saptanmıştır ve bu oran genel gebe popülasyonu ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir.

Literatürde genel gebe popülasyonunda plasenta previa görülme riski %0,43 iken (17), plasenta dekolmanı olgularının %6,2 oranında plasenta dekolmanı izlenmiştir (18). Çalışmamızdaki gebelerin %5,1'inde plasenta previa eşlik etmektedir ve bu oran literatür ile uyumludur, plasenta previa olgularında dekolman riski genel gebe popülasyona göre anlamlı şekilde artmıştır.

Literatürde genel gebe popülasyonunda postpartum kan ve kan ürünleri replasmanı gereksinimi %3 oranındayken (19), plasenta dekolmanında olgularında %14,9 oranında replasman gerekmiştir (20). Çalışmamızda ise olguların %31,4'ünde kan ve kan ürünleri replasmanı gereksinimi olmuştur. Literatüre kıyasla daha yüksek olan bu oranı, hizmet verdiğimiz gebe popülasyonunun düşük sosyokültürel ve ekonomik gruptan olmasına bağlamaktayız. Gebelerin birçoğu antenatal dönemde yeteri kadar antianemik kullanmamakta ve halihazırda düşük hemogram düzeyleri ile doğum yapmak zorunda kalmaktadır.

Çalışmamızda olgular 32 haftadan önce doğum yapanlar (n=36), 32-37 hafta arası doğum yapanlar (n=52) ve 37 haftadan sonra doğum yapanlar (n=49) olarak 3 gruba ayrılmıştır. Grupların doğum öncesi hemoglobin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,529), doğum sonrası hemoglobin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,015).

Prepartum ve postpartum hemoglobin düzeyleri karşılaştırıldığında ise doğum haftası 32-37 arasında olan grubun hemoglobin değerindeki değişim, doğum zamanı 37 hafta ve üzeri olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,009). Buradan açık bir şekilde anlaşılmaktadır ki, 32-37 hafta arasında olan olgularda kan kaybı, 37 hafta üzerinde olan miad gebelere göre daha yüksektir. Bu durum 37 hafta üzeri miad ge-

belerde dekolman şüphesi durumunda olgularının hızla sezaryen ile doğuma alınması, ancak 37 haftadan küçük olgularda fetüsün matürasyonunun tamamlanmadığı göz önüne alınarak daha konservatif bir yönetim izlenmesi ile açıklanabilir.

Literatürde genel gebe popülasyonunda ölü doğum oranı %0,3 ile 3,1 arasında (21) (22), dekolman plasenta serilerinde ise %15,6 ile 35,9 arasında değişmektedir (23). Çalışmamızda literatür ile uyumlu bir şekilde plasenta dekolmanı vakalarında ölü doğum oranı %15,3 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda plasenta dekolmanı olgularında perinatal mortalite %24,8 olarak saptanmıştır. Literatüre baktığımızda ise dekolman olgularında perinatal mortalite için çok farklı sonuçlar vardır. Ananth ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada plasenta dekolmanı serisinde perinatal mortalite %60'lardayken (24), gelişmiş ülkelerde yapılan diğer çalışmalarda ise bu oran %10-20 civarlarında bulunmuştur (4). Mortalite oranlarındaki bu farklılığın gelişmiş ülkelerdeki dekolman vakalarının erken tanı ve müdahalesine ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi koşullarının daha iyi olması ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda doğum zamanı 37 hafta ve üzerinde olan grupta IUEF görülme oranı, doğum zamanı 32-37 hafta arasında olan gruba göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (%4,1-%25) (p=0,003). Bu durumun 37 hafta ve üstü gebeliklerde fetüsün matüritesi tamamlandığı için şüpheli bir durumda hemen doğum başlatılmasına, ancak küçük haftalarda daha konservatif bir yönetim izlenmesi ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

## SONUÇ

Günümüzde plasenta dekolmanını tam olarak öngörmek ve önlemek maalesef mümkün değildir. Maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyi aşikâr biçimde arttıran plasenta dekolmanı olgularında, postpartum kan ve kan ürünleri replasmanı gereksinimi, YBÜ ihtiyacı da artmıştır. Yenidoğanlarda asfiksi, preterm doğum, YDYBÜ ihtiyacı ve en önemlisi intrauterin ölüm riski yüksektir. Plasenta dekolmanı olgularının risk faktörlerinin bilinmesi, bu gebelikleri yönetmek ve komplikasyonları en aza indirmek açısından yarar sağlayacaktır. Çalışmamızın tek merkezli olması en büyük kısıtlılığıdır. Daha geniş serili veya çok merkezli çalışmalarla plasenta dekolmanı için risk faktörü olan durumlar, maternal ve perinatal sonuçlar için toplumumuzdaki veriler elde edilebilecektir.

Plasenta dekolmanı, kötü obstetrik öykü, proteinüri, hipertansif hastalıklar, plasenta previa, IUGR olan gebelerde plasenta dekolmanı riski yüksektir. Risk faktörlerinin eşlik ettiği bu gebeleri plasenta dekolmanı hakkında bilgilendirmenin ve şüpheli durumlarda gebeyi hospitalize ederek takip etmenin komplikas-

yonların önlenmesi açısından faydalı olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda yazarlar arasında herhangi görüş ayrılığı ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Marlene M. Corton, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Barbara L. Hoffman, Williams Obstetrik, 2016, 24. Basım. sayfa 793
2. Hall DR. Abruption Placentae and Disseminated Intravascular Coagulopathy. *Semin Perinatol* 2009;33:189-195.
3. Tikkanen M, Luukkaala T, Gissler M, et al. Decreasing perinatal mortality in placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:298.
4. Downes KL, Shenassa ED, Grantz KL. Neonatal Outcomes Associated With Placental Abruption. *Am J Epidemiol* 2017; 186:1319.
5. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:140.
6. Nkwabong E, Tiomela Goula G. Placenta abruption surface and perinatal outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; 30:1456.
7. Ananth CV, VanderWeele TJ. Placental abruption and perinatal mortality with preterm delivery as a mediator: disentangling direct and indirect effects. *Am J Epidemiol* 2011; 174:99.
8. Aliyu MH, Salihu HM, Lynch O, et al. Placental abruption, offspring sex, and birth outcomes in a large cohort of mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25:248.
9. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1005.
10. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999; 282:1646.
11. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, et al. Incidence, obstetric risk factors and pregnancy outcome of preterm placental abruption: a retrospective analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11:34.
12. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, Smulian JC. Placental abruption in term and preterm gestations: evidence for heterogeneity in clinical pathways. *Obstet Gynecol* 2006; 107:785.
13. Adalı E, Yıldızhan R, Kolusarı A, Kurdoğlu M, Cim N, Özgökçe C. Dekolman plasenta olgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2009; 16 :14-18.
14. Abalos E, Cuesta C, Carroli G, et al. Preeclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014;121(Suppl 1):14–24.
15. Pariente, G., Wiznitzer, A., Sergienko, R., Mazor, M., Holcberg, G., & Sheiner, E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, (2010). 24(5), 698–702.
16. Romo A, Carceller R, Tobajas J. Intrauterine growth retardation (IUGR): epidemiology and etiology. *Pediatr. Endocrinol. Rev.* 2009;6:332–336.
17. Thurn L, Wikman A, Westgren M, Lindqvist PG. Incidence and risk factors of transfusion reactions in postpartum blood transfusions. *Blood Adv.* 2019;3(15):2298–2306.
18. Macheke, G. S., Philemon, R. N., Oneko, O., Mlay, P. S., Masenga, G., Obure, J., & Mahande, M. J. Frequency, risk factors and fetomaternal outcomes of abruption placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (2015). 15(1).
19. Osman, Osama & Bakare, Ayodeji & Elamin, Sarra. The prevalence of proteinuria among pregnant women as detected by a semi-quantitative method: a single center experience. *Arab journal of nephrology and transplantation*. (2011). 4. 77-82.
20. Chung, W. H., & To, W. W. K. Outcome of pregnancy with new onset proteinuria and progression to pre-eclampsia: A retrospective analysis. *Pregnancy Hypertension*, (2018). 12, 174–177.
21. Guida JP, Parpinelli MA, Surita FG, Costa ML. The impact of proteinuria on maternal and perinatal outcomes among women with pre-eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Oct;143(1):101-107.
22. C ell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health* 2013; 18:712.
23. Tikkanen, M., Nuutila, M., Hiilesmaa, V., Paavonen, J., & Ylikorkala, O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, (2006). 85(6)
24. Thurn L, Wikman A, Westgren M, Lindqvist PG. Incidence and risk factors of transfusion reactions in postpartum blood transfusions. *Blood Adv.* 2019;3(15):2298–2306.
25. Macheke, G. S., Philemon, R. N., Oneko, O., Mlay, P. S., Masenga, G., Obure, J., & Mahande, M. J. Frequency, risk factors and fetomaternal outcomes of abruption placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study.

BMC Pregnancy and Childbirth, (2015). 15(1).

26. Cousens S, Blencowe H, Stanton C et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 378(9794):873-4.

27. McClure EM, Wright LL, Goldenberg RL et al. The global network : a prospective study of stillbirths in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(3):247.e1-5.

28. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R et al. Stillbirths:

Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet* 2011;377(9775):1448-63.

29. Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption and perinatal mortality in the United States. *Am J Epidemiol.*2001;153:332–7.