

# Dekolman Plasenta: Epidemiyoloji, Risk Faktörlerinin Analizi, Fetal ve Maternal Sonuçlar

## Placental Abruption: Epidemiology, Analysis of Risk Factors, Fetal and Maternal Consequences

**Mehmet Yılmaz<sup>1</sup>, Ünal İsaoglu<sup>2</sup>, İlhan Bahri Delibaş<sup>2</sup>, Paşa Uluğ<sup>3</sup>, Metin İngeç<sup>1</sup>, Ragıp Atakan Al<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum, Türkiye

<sup>2</sup> Nenehatun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Erzurum, Türkiye

<sup>3</sup> Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Çalışmamızda iki referans klinikte dekolman plasenta tanısıyla ameliyat edilen ya da ameliyatta iken dekolman plasenta tespit edilen hastaları retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında iki referans klinikte dekolman plasenta sebebiyle ameliyat olan ya da ameliyatta iken dekolman plasenta tanısı konan 92 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, gravida ve parite sayıları, gebelik haftaları, predispoz faktörler, fetal ve maternal komplikasyonlar incelendi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 32,4'tü. Hastalarda gravida ve parite ortalamaları sırasıyla 4,26 ve 3,02 olarak bulundu. Hastaların %25'inde kronik hipertansiyon ve/veya preeklampsi, %19,56'sında intrauterin gelişme geriliği, %16,30'unda erken doğum tehdidi ya da erken membran rüptürü, %20,65'inde verteks olmayan geliş, %8,69'unda polihidroamnios, %26,08'inde sigara içimi, %2,17'sinde travma, %2,17'sinde ikiz gebelik ve %7,60'ında myoma uteri predispozan faktör olarak tespit edildi. %11,95 hasta hipovolemik şok ile kliniklerimize başvurdu. %7,60 hastada dissemine intravasküler koagülasyon, %8,69 hastada akut böbrek yetmezliği, %14,13 hastada couvelaire uterus izlendi. 6 hastaya atoni sebebiyle histerektomiye uygulandı. Bir hasta akciğer ödemi sebebiyle hayatını kaybetti. %36,95 hastaya kan ve kan ürünü transfüzyonu yapıldı. Ortalama gebelik haftası %28,25 ve ortalama doğum ağırlığı 1588gr olarak bulundu. Doğan fetüslerde 1. dakika APGAR skoru için ortalama 4,32 idi. %22,82 hastada başvuruda intrauterin ölü fetüs durumu mevcuttu. %19,56 fetüs doğduktan sonra ilk 24 saatte öldü. **Sonuç:** Dekolman plasenta yüksek maternal ve fetal morbidite ve mortaliteye sebep olan klinik bir durumdur.

**Anahtar Kelimeler:** Dekolman plasenta, risk faktörleri, sonuçlar

**Application:** 31.01.2013 **Accepted:** 16.07.2013

### Abstract

**Aim:** To retrospectively investigate characteristics of patients who were operated in two referral clinics with the diagnosis of placental abruption or who had incidentally found to have placental abruption during cesarean section.

**Material and Methods:** We reviewed patient files of 92 patients who were surgically treated with the diagnosis of placental abruption or had incidentally diagnosed with placental abruption in two referral clinics between January 2011 and December 2012. Patient ages, gravidity, parity, gestational week at diagnosis, predisposing factors, fetal and maternal complications were analyzed.

**Results:** Mean patient age was 32,4 years. Mean gravidity and parity were 4,26 and 3,02, respectively. Of the patients investigated, 25% had hypertension, 19,56% had intrauterine growth retardation, 16,30% had premature delivery or early rupture of membranes, 20,65% had non-vertex presentation, 8,7% had polyhydramnios, 26,08% had history of smoking, 2,17% had trauma history, 2,17% had twin pregnancy and 7,59% had uterine myoma detected as predisposing factors. 11,95% of the patients were admitted to our clinics with hypovolemic shock. We detected disseminated intravascular coagulation in 7,60%, acute renal failure in 8,69%, couvelaire uterus in 14,13% of the patients. Six patients underwent hysterectomy due to uterine atony. One patient died due to severe pulmonary edema. Blood and blood products were administered to 36,95% of the patients. Mean delivery week was 28,25 and mean birth weight was 1588g. Mean first minute APGAR score was 4,32 for the babies born alive. On admission, 22,82% of the patients had intrauterine fetal demise. 19,56% of the fetuses died within 24 hours after delivery.

**Conclusion:** Placental abruption is a clinical entity with high maternal and fetal morbidity and mortality.

**Keywords:** Placental abruption, risk factors, consequences

**Başvuru Tarihi:** 31.01.2013 **Kabul Tarihi:** 16.07.2013

## Giriş

Dekolman plasenta, fetüsün doğumundan önce normal yerleşimli olan plasentanın kısmen veya tamamen ayrılmasıdır. Gebeliklerin %0,4 ile %1'inde görülür<sup>1</sup>.

Dekolman plasentanın sebebi bilinmemekle birlikte, birçok predispozan faktör gösterilmiştir. Bunlar ileri anne yaşı, gravida veya parite sayısında artış, gestasyonel hipertansiyon, intrauterin büyüme geriliği, vertex olmayan gelişler, polihidroamnios, erken membran rüptürü, dekolman plasentalı gebelik hikayesi, sigara içimi ve travmadır<sup>2</sup>.

Dekolman plasenta maternal ve neonatal morbiditeler ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Dissemine intravasküler koagülasyon, hemorajik şok, massif kan transfüzyonu ve histerektomi gerekliliği, akut böbrek yetmezliği ve maternal ölüm dekolman plasentanın başlıca maternal komplikasyonlarıdır. Prematürüte, düşük doğum ağırlığı, fetal asfiksi ve fetal ölüm başlıca neonatal komplikasyonlarıdır<sup>3</sup>.

Çalışmamızın amacı, dekolman plasenta tanısı ile kliniğimizde yatan ve ameliyat olan veya ameliyatta dekolman plasenta tanısı konan hastaları araştırarak hastaların klinik özellikleri, predispozan faktörleri, laboratuvar sonuçlarını, maternal ve neonatal sonuçları değerlendirmektir.

## Gereç ve Yöntem:

Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesinde dekolman plasenta sebebiyle ameliyat olan ya da ameliyatta iken dekolman tanısı konulan 92 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, gravida ve parite sayıları, gebelik haftaları, predispozan faktörleri (hipertansiyon, preeklampsi, polihidroamnios, vertex olmayan geliş, erken membran rüptürü, erken doğum tehditi, intrauterin büyüme geriliği, sigara, çoğul gebelik, myoma uteri, travma) başvuruındaki hemoglobinin değerleri, fetüs cinsiyetleri, doğumdaki fetal ağırlıkları, 1.dakika Apgar skorları, fetal ölüm oranları, gelişen maternal komplikasyonlar (dissemine intravasküler ko-

agülasyon, akut böbrek yetmezliği, couvelaire uterus, maternal ölüm) kan transfüzyonu ihtiyaçları ve hastaların hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 15 (SPSS, Chicago, IL) programı kullanılarak analiz edildi.

## Bulgular:

Çalışmamızda 92 hasta değerlendirildi. Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 19-42 arasında olup ortalama yaş 32,4±8,9 idi. Hastaların gravida ve parite ortalamaları sırasıyla 4,26±2,45 ve 3,02±1,95 olarak bulundu. Hastaların ortalama gebelik haftası 28,25±4,87 olarak tespit edildi. Hastaların 23'ünde (%25) kronik hipertansiyon ve/veya preeklampsi bulundu.

Hastaların 18'inde (%19,56) intrauterin gelişme geriliği vardı. 15 (%16,30) hastada erken doğum tehdidi ya da erken membran rüptürü, 19 (%20,65) hastada vertex olmayan geliş, 8 (%8,69) hastada polihidroamnios, 24 (%26,08) hastada sigara içimi, 2 (%2,17) hastada travma, 2 (%2,17) hastada ikiz gebelik, 7 (%7,60) hastada myoma uteri predispozan faktör olarak tespit edildi.

11 (%11,95) hasta hipovolemik şok ile kliniklerimize başvurdu. 7 (%7,60) hastada dissemine intravasküler koagülasyon, 8 (%8,69) hastada akut böbrek yetmezliği, 13 (%14,13) hastada couvelaire uterus gelişti. 11 hastada atoni gelişti. 6 hasta atoni sebebiyle histerektomiye gitti. Bir hasta akciğer ödemi sebebiyle hayatını kaybetti. 34 (%36,95) hastaya kan ve kan ürünü transfüzyonu yapıldı.

Hastaların hastanede kalma süresi ortalama 5,45±2,17 gündü. Hastaları başvurudaki ortalama hemoglobin değeri 9,07±3,79 gr/dl idi. 45 (47,87) fetüsün cinsiyeti kız iken, 47 (%52,17) fetüsün cinsiyeti erkekti. 34 (%36,95) hasta 28.gebelik haftasından daha düşüktü. Doğumda ortalama bebek ağırlığı 1588±614 gr idi. Doğan fetüslerde 1. dakika Apgar skoru ortalama 4,32±1,37 idi. 21 (%22,82) hastada başvuruda intrauterin ölü fetüs durumu mevcuttu. 18 (%19,56) fetüs doğduktan sonra ilk 24 saatte öldü.

## TARTIŞMA:

Fetüsün doğumundan önce plasentanın kısmen ya da tamamen ayrılmasına dekolman plasenta adı verilir. İnsidansı için değişik rakamlar verilmekle birlikte ortalama 200 doğumda 1 oranında görülür<sup>3</sup>.

Etyolojide asıl sebep belli değildir. Ancak dekolman plasenta için birçok predispozan faktör suçlanmıştır. Artmış yaş ve paritenin riski 1,5 kat artırdığı görülmüştür<sup>3</sup>. Yaş ve parite arttıkça dekolman riskinin arttığı görülmüştür<sup>4</sup>.<sup>5</sup>. Adalı ve ark. dekolman plasenta için ortalama yaşı 30,18, ortalama pariteyi 5,83 olarak buldu<sup>6</sup>. Kale ve ark. ortalama yaşı 32,5 ve ortalama gravidayı 5,3 olarak buldu<sup>7</sup>. Bizim çalışmamızda ortalama yaş 32,4 iken ortalama gravida 4,26 idi.

Dekolman plasentalı hastalarda en sık rastlanılan predispozan faktör hipertansiyondur<sup>8</sup>. Ananth ve ark. %15,6 oranında, Pariente ve ark. %15,3 oranında dekolman plasentalı hastalarda hipertansiyon tespit etmişlerdir<sup>2, 8</sup>. Biz bu oranı %25 olarak bulduk. Ananth ve ark. kronik hipertansiyondan ziyade özellikle preeklampsi ve süperimpoze preeklampside riskin arttığını vurgulamışlardır<sup>8</sup>.

11 hipovolemik şok vakasının 3'ünün, 7 DIC vakasının 3'ünün, 8 akut böbrek yetmezliği hastasının 3'ünün, 6 histerektomi hastasının 1'inin tansiyon yüksekliği zemininde dekolman gelişen hastalarda geliştiği tespit edildi. Yine tek maternal mortaliteli hastanın 200/120mmHg ile hastanemize alındığı dekolman ve şiddetli preeklampsi sebebiyle acil sezaryene alındığı ve ameliyattan sonra yaklaşık yarım saat içinde akciğer ödemi sebebiyle hayatını kaybettiği saptandı.

Erken doğum tehditi ve erken membran rüptürü ile dekolman plasenta arasındaki ilişki daha önceleri gösterilmiştir. Bazen de dekolman plasentanın erken membran rüptürüne sebep olduğu bilinmektedir<sup>1</sup>. Major ve ark. erken membran rüptürlü hastaların %5'inde dekolman plasentanın geliştiğini göstermişlerdir<sup>9</sup>. Pariente ve ark. dekolman plasentalı hastaların %8,6'sında erken membran rüptürünü göstermişlerdir<sup>2</sup>. Bizim çalışmamızda %16,30 hastada erken doğum tehditi ya da erken membran rüptürü tespit edilmiştir.

Membran rüptürünün olduğu gebelik haftası ne kadar erken olursa dekolman plasenta riski o kadar artar<sup>16</sup>.

Dekolman plasentalı hastalarda sık görülen bir diğer durum intrauterin büyüme geriliğidir. Çalışmamızda dekolman plasentalı hastaların %19,56'sında intrauterin büyüme geriliği saptadık. Ananth ve ark. bu oranı %14,3 olarak tespit etmişlerdir<sup>12</sup>.

Myomlar, özellikle plasental implantasyon alanı arkasındaki myomlar dekolman plasentaya sebep olabilir. Rice ve ark. retroplasental yerleşimli myomlarda %57 oranında diğer myomlarda ise %2,5 oranında dekolman plasenta saptadılar<sup>10</sup>. Bizim çalışmamızda 92 dekolman plasentalı hastanın 7'sinde myoma uteri vardı.

Kamisky ve ark. sigara ile dekolman plasenta riskinin iki kat arttığını göstermişlerdir<sup>11</sup>. Çalışmamızda hastaların %26,08'inde sigara içimi tespit ettik. Sigaranın dekolman plasentaya nasıl sebep olduğu bilinmemekle birlikte homosistein seviyesinde yükselme yaparak etki ettiği sanılmaktadır<sup>15</sup>.

Bazen dışarıdan gelen travmalar dekolman plasentaya sebep olabilir. Parkland hastanesinde dekolman plasentalı hastaların %2'sinde travma hikayesi gösterilmiştir (3). Bizim çalışmamızda da benzer oranda (%2,17) travma gösterildi. ACOG travma hastalarında dekolman plasenta açısından hastaların en az 4 saat takip edilmesini önermektedir<sup>14</sup>.

Sheiner E ve ark. hastaların %6,3'ünde polihidroamnios ve %24,3'ünde verteks olmayan fetal geliş tespit etmişlerdir<sup>13</sup>. Çalışmamızda hastaların %8,69'sinde polihidroamnios ve %20,65'inde verteks olmayan geliş izlendi. Bu yüksek orandaki verteks olmayan gelişin bir sebebi de 28.haftadan önce dekolman olan hastalarda fetüsün henüz doğum pozisyonunu almaması olabilir.

Dekolman plasenta önemli maternal morbiditeler ve mortalite ile birlikte dir. Dekolman plasentaya bağlı ciddi kanamalar annede hipovolemik şoka sebep olabilir. Çünkü dekolman plasentadaki kanama, plasenta arkasına

kanayıp dışarıya çıkmadığında kanama miktarını tahmin etmek güçleşir. Plasenta arkasına olan bu kanamalar zamanla koagülasyon kaskadını bozup kanamaya olan eğilimi daha da artırır. Ayrıca fetüsün ölümüne sebep olacak kadar kanamalarda, dissemine intravasküler koagülasyon ve akut renal yetmezlik gelişebilir. Çalışmamızda %11,95 hastada hipovolemik şok, %7,60'ında dissemine intravasküler koagülasyon ve %8,69 hastada akut böbrek yetmezliği geliştiği tespit edildi.

Bir çalışmada acil peripartum histerektomilerin %8'inin dekolman plasenta ile ilişkili olduğu görülmüştür<sup>17</sup>. Bizim çalışmamızda 92 dekolman plasentalı hastanın 6'sına histerektomi uygulandığı görüldü. Histerektomiler doğum sonrası durdurulamayan kanamalar sebebiyle yapıldı.

Hem artmış kanama ve hipovolemik şok, hem de gelişen dissemine intravasküler koagülasyon sebebiyle hastalara kan ve kan ürünü transfüzyonu gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Adalı ve ark. hastaların %62'sine kan ve kan ürünü transfüzyonu yaparken, biz hastaların %36,95'ine transfüzyon yaptık.

Bir hastamız %100 dekolman plasenta ve şiddetli pre-eklampsi ile hastanemize başvurdu. Aynı hasta şiddetli akciğer ödemi sebebiyle ameliyattan kısa süre sonra exitus oldu.

Fetal asfiksi ve fetal ölüm dekolman plasentalı hastalardaki diğer bir önemli problemdir. Fetal asfiksi ve ölüme plasentanın dekolmanı sebep olduğu gibi aynı zamanda erken doğum ve buna bağlı prematürite de bu duruma katkıda bulunmaktadır. Dekolman plasenta sebebiyle oluşan perinatal ölümlerin %55'i erken doğumlara bağlanmıştır<sup>18</sup>. Bizim çalışmamızda dekolmanlı hastaların fetüslerinde 1.dakika Apgar skoru ortalaması 4,37 idi. Yine başvuruda fetüslerin %22,82'si ölü iken, %19,56 hasta da fetüs doğduktan sonra 24 saat içinde öldü.

Ananth ve ark. yaptıkları çalışmada düşük doğum ağırlığına (<2500gr) sahip infant doğum oranını %46 olarak bulmuşlardır<sup>18</sup>. Adalı ve ark. ortalama gebelik haftasını %31,3 ve ortalama doğum ağırlığını 2153 gr olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ortalama gebelik haftası 28,25 hf ve ortalama doğum ağırlığı 1588 gr olarak bulundu. %33,69 hasta 28.gebelik haftasından daha düşük olarak bulundu.

Sonuç olarak; dekolman plasenta göreceli olarak nadir görülmekle birlikte fetal ve maternal önemli morbidite ve mortaliteyle birlikte dir. Etyolojisi bilinmemekle birlikte birçok predispozan faktör içermektedir. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.

## Kaynaklar

1. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:140-149.
2. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, Mazor M, Holcberg G, Sheiner E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24:698-702.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrical Hemorrhage. In: *Williams obstetrics.* 23rd ed. New York: Mc Graw-Hill; 2010: 527-547.
4. Abu-Heija A, al-Chalabi H, el-Iloubani N. Abruptio placentae: risk factors and perinatal outcome. *J Obstet Gynaecol Res.* 1998;24:141-144.
5. Raymond EG, Mills JL. Placental abruption. Maternal risk factors and associated fetal conditions. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993;72:633-639.
6. Ertan Adalı, Recep Yıldızhan, Ali Kulusarı, Mertihan Kurdođlu, Numan im, ađdař zđke, et al. Dekolman Plasenta Olgularının Retrospektif Deđerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2009;16: 14-18.
7. Kale A, Ecer S. Dekolman plasenta olgularının retrospektif analizi ve normal gebelerle karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 2005;32:161- 164
8. Ananth CV, Peltier MR, Kinzler WL, Smulian JC, Vintzileos AM. Chronic hypertension and risk of placental abruption: is the association modified by ischemic placental disease? *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:273-277.
9. Major CA, de Veciana M, Lewis DF, Morgan MA. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placentae: is there an association between these pregnancy complications? *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:672-676.
10. Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160:1212-1216.
11. Kaminsky LM, Ananth CV, Prasad V, Nath C, Vintzileos AM; New Jersey Placental Abruption Study Investigators. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:275-281.
12. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA.* 1999;282:1646-1651.
13. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, Hallak M, Hackmon R, Mazor M. Incidence, obstetric risk factors and pregnancy outcome of preterm placental abruption: a retrospective analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2002;11:34-39.
14. ACOG educational bulletin. Obstetric aspects of trauma management. Number 241, September 1998 (replaces Number 151, January 1991, and Number 161, November 1991). American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;64:87-94.
15. de Vries JI, Dekker GA, Huijgens PC, Jakobs C, Blomberg BM, van Geijn HP. Hyperhomocysteinaemia and protein S deficiency in complicated pregnancies. *BJOG.*1997;104:1248-1254.
16. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection, and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2004;104:71-77.
17. Bodelon C, Bernade-Ortiz A, Schiff MA, Reed SD. Factors associated with peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2009;114:115-123.
18. Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption and perinatal mortality in the United States. *Am J Epidemiol.* 2001;153:332-337.