

TOTAL PLASENTA PREVİALİ GEBELERDE KISA SERVİKAL UZUNLUK VE ANTEPARTUM KANAMA RİSKİ

Short Cervical Length and Risk of Antepartum Bleeding in Women with Complete Placenta Previa

İbrahim Karaca¹, Ömer Erkan Yapça², İlhan Bahri Delibaş³

ÖZET

Amaç: Total plasenta previalı olgularda serviks uzunluğunun etkinliğini değerlendirerek acil sezeryan ve prepartum kanamayı öngörmek.

Gereç ve Yöntemler: Haziran 2009 ile Ağustos 2011 tarihleri arasında üçüncü trimester-daki, total plasenta previa tanılı gebelerin transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluk ölçümleri yapılarak şiddetli kanama nedeniyle acil sezeryan olan gebelerin klinik sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma grubuna 65 kadın dahil edildi. Ultrasonografiye göre ortalama gebelik haftası 31.7 ± 2.9 hafta ve servikal uzunluk 35.9 ± 7.8 mm olarak bulundu. Hastaların tamamına ortalama 34.5 ± 2.6 gestasyonel haftada sezeryan yapıldı. Hastaların yirmi altısı (%40) kanama ile geldi. Bunlarda on ikisi (%18,4) 34. haftayı tamamlamadan masif kanama nedeniyle acil sezeryana alındı. 34. haftadan önce masif kanama nedeniyle acil sezeryana aldığımız hastaların servikal kanal uzunlukları elektif sezeryana aldığımız hastalara kıyasla önemli derecede kısa saptandı (29.4 ± 5.7 mm, 36.1 ± 6.5 mm; $p = 0.005$).

Sonuç: 34. haftadan küçük plasenta previa totalis bulunan gebelerde transvajinal sonografi ile servikal uzunluk ölçümü, acil sezeryan riskini saptayabilir.

Anahtar kelimeler: Servikal, Plasenta, Kanama

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of cervical length in predicting prepartum bleeding and emergency caesarean section in cases of complete placenta previa

Materials and Methods: Between June 2009 and August 2011, cervical length was measured by transvaginal ultrasound in women with complete placenta previa persisting into the third trimester of pregnancy and correlated this to clinical outcome with regards to, emergency cesarean section due to massive hemorrhage

¹İzmir Tepecik E.A.H.
Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği
İzmir

²Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı
Erzurum

³Nenehatun Doğumevi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bölümü
Erzurum

İbrahim Karaca, Uzm. Dr.
Ömer Erkan Yapça, Yrd. Doç. Dr.
İlhan Bahri Delibaş, Uzm. Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Ömer Erkan Yapça
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı
Erzurum
Tel: 04422311111
e-mail:
sevabina@gmail.com

Geliş tarihi/Received:10.11.2012
Kabul tarihi/Accepted:11.07.2013

Results: Overall, 65 women were included in the study group. The mean gestational age at ultrasound was 31.7 ± 2.9 weeks and the cervical length was 35.9 ± 7.8 mm. Cesarean delivery was performed in all cases, at a mean gestational age of 34.5 ± 2.6 weeks. 26 (40 %) women presented prepartum bleeding and 12 (18,4 %) required an emergency cesarean section prior to 34 completed weeks due to massive haemorrhage. Cervical length was significantly shorter among patients who underwent emergency caesarean section <34 weeks due to massive hemorrhage compared with patients who underwent elective caesarean section (29.4 ± 5.7 mm , 36.1 ± 6.5 mm; $p = 0.005$).

Conclusion: Transvaginal sonographic cervical length predicts the risk of emergency cesarean section <34 weeks in women with complete placenta previa.

Key words: *Cervical, Placenta, Bleeding*

GİRİŞ

Plasenta previanın prevalansı term gebeliklerde yaklaşık % 2-3'tür. Üçüncü trimestir kanamalarının en önde gelen nedenidir. Maternal, fetal mortalite ve morbiditeye neden olabilir. Plasenta previa embriyonun uterusun alt segmentine implante olması sonucu oluşur. Sezeryan, myomektomi operasyonları, küretaj ve enfeksiyon öyküsü, ileri yaş, grandmultiparite, çoğul gebelik, prezentasyon anomalileri, kokain ve sigara kullanımı previa riskini arttırır. En belirgin semptomu ağrısız vajinal kanamadır. Ultrasonografik incelemede plasenta previa tanısı konan ancak kanama şikâyeti olmayan (asemptomatik) olgularda asıl kaygı aniden aşırı miktarda kanama risklerinin bulunmasıdır. Bu durumu öngörmek genel anlamda mümkün olmamakla birlikte maternal serum alfa-fetoprotein düzeyi yüksek olanlar, plasantanın alt ucu kalın olanlar ve türbülans akım gözlenenlerde kanama riskinin yüksek olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (1-3). Plasenta previalı hastalarda erken doğum riskini şiddetli vajinal kanamadan önce saptamak maternal ve fetal yaşam için son derece önemlidir. Erken doğumun başlamasından sorumlu birçok mekanizma ortaya atılmıştır (Progesteron çekilmesi, oksitosin salgılanmasında artış, prostaglandinler (PGE2 ve PGF2), ACTH ve katekolaminler, relaksin, endotelin, serum

magnezyum seviyesi düşüklüğü, prematür de sidual aktivasyon). Son çalışmalar, servikal uzunluğun ultrasonografi ile değerlendirilmesinin, preterm doğum öngörülmesinde belirleyiciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (4).

Çalışmamızın amacı total plasenta previalı olgularda serviks uzunluğunun etkinliğini değerlendirerek acil sezeryan ve prepartum kanamayı öngörmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kliniğimize Haziran 2009-Ağustos 2011 tarihleri arasında gelen plasenta previa totalis tanısı koyduğumuz hastalar çalışmaya dâhil edildi. Gestasyonel haftası < 27 olan gebeleri, çoğul gebelikleri, polihidramniosu, fetal anomali varlığını, önceki gebeliklerinde kanama öyküsü olan gebeleri, serklajı bulunan gebeleri çalışmaya dahil etmedik. Plasenta previa totalis tanısı koyduğumuz 76 hastadan 4'ü gebelik haftaları 27' den küçük oldukları için, 3'ü erken doğum öyküsü olduğu için, 2 gebede önceki sezeryanda uterin anomali görüldüğü için 1 gebede serklaj bulunduğu ve 1 gebede ikiz olduğu için çalışma dışında bırakıldı.

Çalışmaya dahil edilen olguların gebelik haftaları son adet tarihlerine göre ve/veya ilk trimesterde yaptırıldıkları ultrasonları baz alınarak hesaplandı. Plasenta previa totalis tanısı transvajinal ultrason ile gebeliğin 3.trimestirinde konuldu ve bütün hastaların servikal uzunluk ölçümü yapıldı. Litotomi pozisyonunda, mesane boş iken 5mHz'lik, 120 derece konveks açılı vajinal probu ile doğru sagittal plan sağlandıktan sonra ölçülen en kısa uzunluk kaydedildi (Resim 1). Servikal uzunluk ölçümleri standardizasyonu sağlamak amacıyla aynı hekim tarafından yapıldı. Olguların tamamına ortalama 36-37. haftalar arasında sezeryen planlandı. Antepartum kanaması olan gebelere klinik durumlarına bakılarak karar verildi. Kanaması duran hemodinamik açıdan stabil hastalar fetal akciğer matürasyonu geliştikten sonra yaklaşık 34. haftada sezeryen yapıldı. Masif maternal kanamada acil sezeryen yapıldı. Hastaların gestasyonel haftaları, bebek ağırlıkları, sezeryen koşulları (elektif yada acil sezeryen) ve servikal uzunlukları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bu çalışmada istatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



Resim 1: Servikal uzunluk ölçümü

BULGULAR

Çalışmamıza previa totalis tanısı koyduğumuz 65 gebe dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve gebelik sonuçları Tablo 1'de görülmektedir.

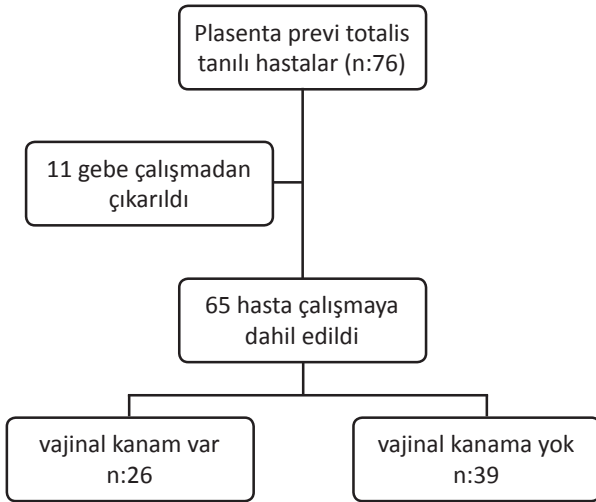
Tablo 1 Demografik Özellikler ve Gebelik Sonuçları

Hastaların Özellikleri	Ort±SD
Maternal yaş (yıl)	32,2±4,7
Gravida (n,%)	
Primigravida	23 (%35)
Multigravida	42 (%65)
Gebelik Haftası (tanıda)	31±2,2
Gebelik Haftası (doğumda)	34,5±2,6
Doğum Ağırlığı (gr)	2440±450
Servikal Uzunluk (mm)	
Primigravida	36±6,1
Multigravida	35±7,6

Hastalarımızdan 23'ü (%35) primigravida, 42'si (%65) multigravida idi. Tanı konulduğunda ortalama gestasyonel hafta 31±2,2, servikal uzunluk 36.9 ±4.8 mm olarak bulundu. Servikal uzunluk açısından primigravida ve multigravida olan gebelerde anlamlı fark saptanmadı (36±6,1mm ve 35±7,6mm $p=0,7$). Hastaların tamamına ortalama 34,5±2,6 gestasyonel haftada sezeryen yapıldı. Bebeklerin ortalama ağırlıkları 2440±450 gr olarak saptandı.

Hastalarımızdan (n=65) yirmi altısı (40%) kanama şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Bu hastalardan 12'sinin (%18,4) şiddetli vajinal kanaması mevcuttu. Acil sezeryen ile doğum yaptırıldı. Kanama şikâyeti ile gelen hemodinamik açıdan stabil diğer 14 gebeye tokoliz başlandı fetal akciğer matürasyonu için betametazon uygulandı. İki hasta kliniğimizde yattığı sürede kanaması artması üzerine sezeryene alındı. Plasenta previa tanılı 39 hastada komplikasyonla karşılaşılmadı ve elektif sezeryene alındı.

Çalışmanın Akış Şeması



Antepartum kanaması olan ve olmayan hastalarda servikal uzunluk bakımından anlamlı fark saptanmadı ($35.3 \pm 7.3\text{mm}$, $36.4 \pm 7.1\text{ mm}$; $P = 0.15$). Fakat masif kanama nedeniyle acil sezaryene aldığımız hastaların servikal kanal uzunlukları elektif sezaryene aldığımız hastalara kıyasla önemli derecede kısa saptandı ($29.4 \pm 5.7\text{ mm}$, $36.1 \pm 6.5\text{ mm}$; $P = 0.005$).

Tablo 2. Servikal Uzunluk Ölçümleri

Sonuçlar	n (%)	Servikal uzunluk (mean±SD)	P
Vajinal kanama			
Var	26(%40)	$35.3 \pm 7.3\text{mm}$	0.15
Yok	39(%60)	$36.4 \pm 7.1\text{ mm}$	
Sezeryan			
Acil	12(%32,3)	$29.4 \pm 5.7\text{ mm}$	0.005
Elektif	53(%67,7)	$36.1 \pm 6,5\text{ mm}$	

TARTIŞMA

Preterm eylem ve preterm doğum neonatal mortalitenin ve morbiditenin major sebebidir. Plasenta previalı gebelerde preterm eylemde oluşabilecek masif vajinal kanamada maternal mortalitenin önemli nedenlerinden birisidir. Özellikle previa totalis olan gebelerde elektif sezaryen planlamış olsak da erken doğumun ilk semptomu vajinal kanama olabilir.

Şiddetli vajinal kanama durumunda ise maternal ve fetal komplikasyonlar ile karşılaşabiliriz. Bu nedenle erken doğum riskini belirlemek önemlidir. Erken doğum eyleminin saptanmasında servikal uzunluğun ölçümü güçlü bir göstergedir. Iams ve arkadaşları 2915 tekli gebede 24 ve 28. haftalarda servikal uzunluk ölçümünün sınır değeri 20 mm alındığında 35. gebelik haftasından önceki doğumları belirlemede sensitiviteyi % 23, spesifiteyi % 93, sınır değer 25 mm alındığında sensitiviteyi % 54, spesifiteyi % 92, sınır değer 30 mm alındığında sensitiviteyi % 25, spesifiteyi % 95 bulmuşlardır (5). 2915 tekli gebede 24 ve 28. haftalarda servikal uzunluk ölçümünün sınır değeri 20 mm alındığında 35. gebelik haftasından önceki doğumları belirlemede sensitiviteyi % 23, spesifiteyi % 93, sınır değer 25 mm alındığında sensitiviteyi % 54, spesifiteyi % 92, sınır değer 30 mm alındığında sensitiviteyi % 25, spesifiteyi % 95 bulmuşlardır. Aynı çalışmada, servikal uzunluk ölçümünün 26 mm'nin altında olması durumunda, 35.gebelik haftasından önceki preterm doğumların 6 kat arttığını belirtmişlerdir (5).

Çalışmamızda plasenta previa totalis olan gebelerin servikal kanal uzunluklarını ölçtük ve gebelik takiplerinde vajinal kanaması olan ve olmayan hastaları retrospektif olarak karşılaştırdık.

Hastaların sosyodemografik özellikleri benzerdi. Nullipar ve multipar normal gebelerde servikal uzunluğun gebelik haftası arttıkça lineer şekilde azaldığını ancak nullipar ve multiparlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmalar vardır(6). Biz de çalışmamızda nullipar ve multipar hastalarda servikal uzunluk arasında fark saptamadık.

Plasenta previa totalis olan 65 gebenin 26'sında (%40) vajinal kanama görüldü. 12 gebede (%18,4) aktif kanama mevcuttu. Vajinal kanaması tokoliz tedavisi ile azalan gebelerin servikal uzunluk ölçümleri, kanaması olmayan gebelerle karşılaştırıldığında anlamlı fark saptamadık ($35,3\pm7,3$ $36,4\pm7,1$ $p=0,15$). Şiddetli vajinal kanaması olan ve bu nedenle acil sezaryene alınan gebelerin servikal kanal uzunlukları kanaması olmayan gebelere karşılaştırıldığında anlamlı derecede kısa ölçüldü ($29,4\pm5,7$ ve $36,1\pm6,5$ $p=0,005$).

SONUÇ

Bizim çalışmamız, total plasenta previa saptanan gebelerde kısa servikal uzunluk ölçümünün acil sezaryene sebebi olan şiddetli kanamayı tahminde bizlere yardımcı olduğu yönündedir.

KAYNAKLAR

1. Ghourap S. Third-trimester transvaginal ultrasonography in placenta previa: does the shape of the lower placental edge predict clinical outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18(2):103-8.
2. Saitoh M, Ishihara K, Sekiya T, Araki T. Anticipation of uterine bleeding in placenta previa based on vaginal sonographic evaluation. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54(1):37-42.
3. Sumigama S, Itakura A, Ota T, Okada M, Kotani T, Hayakawa H, et al. Placenta praevia increta/percreta in Japan: a retrospective study of ultrasound findings, management and clinical course. *J Obstet Gynaecol Res* 2007; 33(6): 606–11.
4. Şener T. Servikal serklaj gerekli midir? *Ultrasonografi Obstetrik ve jinekoloji* 2003;7(3- 4):17-20.
5. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous preterm delivery. The National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *N Engl J Med* 1996; 334(9):567-72.
6. Gramellini D, Fieni S, Molina E, Berretta R, Vadora E. Transvaginal sonographic cervical length changes during normal pregnancy. *J Ultrasound Med* 2002;21(3):227-32.
7. Hibbard JU, Tart M, Moawad AH. Cervical length at 16–22 weeks' gestation and risk for preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):972–8.

8. Stafford IA, Dashe JS, Shivvers SA, Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Ultrasonographic cervical length and risk of hemorrhage in pregnancies with placenta previa. *Obstet Gynecol* 2010;116(3):595-600.