

TOTAL PLASENTAL RETANSİYON, POSTPARTUM PLASENTA PERKRETA : OLGU SUNUMU

Total Placental Retention, Postpartum Placenta Percreta: Case Report

Ömer Erkan Yapça¹, İbrahim Karaca², İlhan Delibaş³, Bünyamin Börekçi⁴

ÖZET

Plasenta perkreta, plasenta akretanın en nadir ve en ağır formudur. Gebelik sırasında son derece nadir fakat potansiyel olarak ölümcül bir olay olarak karşımıza çıkar. Çünkü şiddetli kanama eğilimi gösteren ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Plasenta akretadaki patofizyolojik sorun desidua basalisin kısmi veya tam yokluğudur. Plasenta perkreta genellikle kendini postpartum hemorajisi ile gösterir ve bu durum myometrium tabakasından ayrılan plasentanın elle çekilmesi ile oluşur. Risk faktörleri arasında önceki sezeryan operasyonu, uterin küretaj, plasental anomaliler, plasenta previa, konjenital anomaliler, plasentanın kornual implantasyonu yer alır. Tanı genellikle doğum esnasında konulurken, doğum öncesi tanı ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme ile sağlanabilir. Hasta kliniğimize Kars'dan postpartum plasental retansiyon nedeniyle gönderildi. Uterin cerrahi öyküsü yoktu. Ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme sonrası plasenta perkreta tanısı konuldu. Hemodinamik açıdan stabil olduğu için elektif histerektomi yapıldı. Ameliyatta karaciğer, dalak, böbrek ve yumurtalık gibi diğer karın organları, normal görünüyordu.

Anahtar kelimeler: *Gebelik, Plasenta perkreta, Plasenta akreta*

ABSTRACT

Placenta percreta, the rarest and most severe form of placenta accreta, is an extremely rare but potentially lethal event during pregnancy. Because of its propensity for severe hemorrhage, it is a potentially life-threatening condition. The pathophysiological defect in placenta accreta is a partial or complete absence of decidua basalis. Placenta percreta usually presents as postpartum hemorrhage when the placenta is manually extracted from the underlying myometrium. Risk factors include previous cesarean section; uterine curettage; placental abnormalities, placenta previa; congenital anomalies; and cornual implantation of placenta. Although commonly discovered at the time of delivery, antenatal diagnosis may be achieved with ultrasound, magnetic resonance imaging. Patient was referred our clinic from Kars with the diagnosis of postpartum placental retention. There was no history of uterine operation. After ultrasound and MR imaging placenta percreta was diagnosed. Since she was hemodynamically stable, elective hysterectomy was performed. At operation other abdominal organs, including the liver, spleen, kidneys, and ovaries, appeared normal.

Key Words: *Pregnancy, Placenta percreta, Placenta accreta.*

¹Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı
Erzurum

²Ege Doğum Evi
Eğitim Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
İzmir

³Nene Hatun Kadın Hastalıkları
ve Doğum Hastanesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Bölümü
Erzurum

⁴Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı
Erzurum

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

İletişim:

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

Geliş tarihi/Received:22.01.2013
Kabul tarihi/Accepted:20.05.2013

GİRİŞ

Plasentanın yapışma anomalileri az görülmesine karşın obstetrik acillerinden olup hızlı tanı ve tedavi gerektirirler. Plasenta nitabuch tabakasını aşarak myometriuma yapışır. Koryonik villuslar myometriuma tutunup tam invaze edememişse p.akreta vera (vakaların %80i), kısmen invaze etmişse p.inkreta (vakaların %15 i) , tam invaze etmiş serozayada yayılmışsa p.perkreta (vakaların %5 i) adını alır. Her üç tip adezyonda önceden uterin cerrahi geçirmiş gebelerde sık görülür(1). Plasenta previa yokluğunda akreata sıklığı 22.000 doğumda 1'dir (2). Biz bu makalemizde risk faktörleri bulunmayan postpartum kliniğimize plasental retansiyon gelen bir hastayı sunduk.



Şekil 1. Fundus süperioda myometrium invazyonu(ok)



OLGU

Normal doğum yapan gravida 5, parite 3, yaşayan 3, abortus 2 olan 38 yaşındaki hasta plasenta retansiyonu nedeniyle kliniğimize postpartum dört saat sonra geldi. Giriş tansiyonu 110/60, nabız 84/dk idi. Hemogloblin 13,8 idi. Muayenesinde kordon vajende klempli şekilde görülmekteydi. Vajinal kanaması yoktu. Hemodinamik açıdan stabildi. Abdominal USG de batında serbest mayi yoktu. Plasenta uterus fundus süperiorda myometriumu tamamen invaze etmiş myometrium ekojenitesi kaybolmuştu. Plasenta perkreta düşünüldü (Şekil 1). Çevre dokulara invazyon açısından acil MR görüntüleme istendi. MR da uterus corpus fundus kesiminde plasenta serozaya uzanmakta, mesane ve rektuma uzanım göstermemekteydi (Şekil 2). Hastanın fertilité isteğinin olmayışı nedeniyle perkreta hattının aşağısından subtotal histerektomi yapıldı (Şekil 3). Operasyonda hastaya bir adet eritrosit süspansiyonu verildi. Hasta post op 5. gün taburcu edildi.



Şekil 2. Uterus çevre dokulara invazyon göstermiyor.

Şekil 3. Fundal yerleşimli plasenta perkreta

TARTIŞMA

Plasental yapışma anomalileri 1930 lu yıllarda 1/30000 iken sezeryan oranının artmasına bağlı olarak 1/533 lere yükselmiştir. Dört ve üzerindeki sezeryanlarda plasenta akreta görölme sıklığı %67 lere ulaşmaktadır (3). Etiyolojide geçirilmiş uterin cerrahi, plasenta previa, ileri anne yaşı, asherman sendromu, submüköz myomlar, yüksek parite ve endometrial defektler gelir. Antenatal dönemde tanı ve ciddi planlama ile mortalite ve morbidite azaltılabilir. Eski sezaryen ve plasenta previalı olgular mutlaka deneyimli Doppler ultrasonografi kullanıcısı tarafından değerlendirilmeli ve tanı konulan veya kuşku edilen olgularda 3. düzey perinatoloji merkezinde doğum planlanmalıdır. Definitif tedavi total histerektomi olmakla birlikte son zamanlarda plasentanın in situ doğal rezorpsiyona bırakıldığı konservatif yöntemler daha az morbid ve mortal bir seçenek olarak revaçtadır. (4)Plasenta perkreta tanısını antenatal olarak koymak güçtür. Ultrasonografik olarak retroplasental myometriyumun normal hipoekoik zonunun kaybı , uterus serozası ile mesane arasındaki hiperekojenitenin incelenmesi ve kesintiye uğraması, komşu organlara özellikle mesaneye invazyonu düşündüren fokal egzofitik kitlenin varlığı tanıda yardımcı olabilir (5). Olgumuzda perkretayı düşündüren ultrasonografik olarak retroplasental myometriyumun normal hipoekoik zonunun görünmeyişi, ve MRG de serozaya invazyonun gösterilmesi sebebiyle kuvvetle muhtemel perkreta düşündük. Hemodinamik olarak stabil perkreta olgularına methetroxate tedavisi uygulanabilir (6). Fakat hastamıza fertilitte isteği olmadığı için histerektomi yaptık. Olgumuzda dikkate değer nokta risk faktörleri bulunmamasına rağmen perkreta görölmesi plasenta anomalileri açısından hasta takibi esnasında daha dikkatli davranmamız gerektiğini gösterir.

KAYNAKLAR

1. Zaki ZMS, Bahar AM, Ali ME, et al:Risk factors and morbidity in patientswith placenta previa accreta compared to placenta previa non-accreta. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:391-394.

2. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM:Clinical risk factors for placentaprevia. Am J Obstet Gynecol 1997;177:210-4.

3. Silver RM, Landon MB et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006;107(6):1226-32.

4. Yazıcıoğlu HF, Akın H, Çakır F, Kasımoğulları V. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst- Special Topics 2010;3(1):74-81.

5. Guy GP, Peisner DB, Timor-Tritsch İE. Ultrasonographic evalation of uteroplacental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas. Am J Obstet Gynecol 1990;163(3):723-7.

6. Butt K, Gagnon A, Delilse MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization to manage placenta percreta. Obstet Gynecol 2002; 99: 981-2.