

BİR PLASENTA ACCRETA OLGUSU

Nejat Ilgaz*

Lügen Cengiz**

Plasenta accreta doğumun üçüncü devresinde plasentanın ayrılma zamanı gelinceye kadar teşhis edilemeyen ve nadir görülen, tehlikeli durumlar meydana getiren bir anatomik invazyon anomalisidir. Daha önce Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsünde rastladığımız bir olgu nedeniyle bu konuya değinmiş ve yayınlamıştık (7).

Bu anomalinin tarihçesine kısaca göz atarsak (1,2,3,4,6), ilk defa 1889 yılında tanımlandığını görürüz (4). Gabriel ve Ambre'nin (4), çalışmaları ile aydınlığa kavuşan hastalığın 1954 yılına kadar yapılan literatür taramasında 261 olgu tesbit edilmiştir. Histopatolojik olarak tesbit edilen hakiki plasenta accreta olguları çok nadir denecek kadar (1/20.000) azdır (10).

Desidua ve bilhassa stratum spongiosumun bulunmaması nedeniyle plasentanın parsiyel veya total olarak myometriuma yapışması diye tanımlanabilir (5,8,10,11).

Hastalığın nedeni konjenital jinekolojik, obstetrikal bozukluklar veya nidasyonla ilgili olabilir. Gabriel ve Ambre'nin (4), sebep olarak üzerinde durduğu bazı faktörler arasında provoke doğumlar (% 36), plasenta previa (% 31,4) jinekolojik bozukluklar (% 10), küretaj (% 14) ve düşükler (% 9) sayılmıştır.

Doğumun üçüncü devresi genel olarak 5 dakikadan daha az bir süre devam eder. Bazen plasentanın ayrılması veya plasentanın tam veya kısmen ayrılmış olmasına rağmen uterusun plasentayı dışarı atamaması nedeni ile bu süre uzayabilir.

Eğer plasenta henüz tamamı ile yapışık ise dışarıya kanama yoktur. Fakat kısmen ayrılmış ise plasentanın ayrılmış olan yakınındaki sinüslerden bol miktarda kan kaybı olabilir (9,11). Bu durum doğumun üçüncü devresi kanamalarının başlıca nedenini oluşturur. Plasentanın ayrılmasının yetersiz olması mekanik veya trofoblastın uterus duvarı içine doğru anormal bir penetrasyonunun bir sonucu olabilir.

*A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın-Doğum Kürsüsü, Öğretim Üyesi

**A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın-Doğum Kürsüsü Uzman Asistanı

Bu durumda plasentanın yapıştığı yerdeki uterusun diğer üst segment kısımları oldukça sert ve kasılmış olarak bulunurki, bu durum takdim ettiğimiz olguda da aynen mevcut idi. Sezaryen operasyonunda plasentanın elle çıkarılması esnasında plasentanın yapıştığı fundus bölgesi gayet ince ve plasentanın aşağı çekilmesi sırasında da eldiven parmağı gibi kaviteye doğru çöküntü gösterdiğini saptadık. Ancak böylece olgunun plasenta accreta olduğu tanısına vardık ve tanıyı histopatolojik inceleme ile doğruladık. Plasentanın yapıştığı yerdeki adalenin zayıflığı ve yeterli kasılma yapamaması nedeni ile, plasentanın ayrılması mümkün olamamaktadır.. Plasenta accreta ile birlikte desidüa basalisin bir kısmı veya hepsi yoktur. Veya karyonik doku doğrudan doğruya myometrium içine büyüme gösterir, böylece normal olan hudut bölgesi ortadan kalkar. Plasenta accreta terimi adale içine doğru, diğerine oranla nisbeten daha yüzeysel bir penetrasyon olduğunu gösterir. Daha derin penetrasyona plasenta increta denir. Plasenta percreta ise trofoblastların uterus adalesine doğru büyümeleri, bütün myometriumu geçerek seroza tabakasına kadar ulaşması sonucu oluşmaktadır.

Plasentanın sadece bir kısmı anormal şekilde yapışık ise parsiyel plasenta accreta, tümü yapışık ise tam (total) plasenta accreta denir. Parsiyel tipte plasentanın normal kısmının ayrılması sırasında uterusun plasentayı tamamen kendisinden ayırıp atamaması nedeni ile şiddetli kanama olabilir. Halbuki tam plasenta accreta da plasentanın hiçbir bölümünün uterus içine doğru yaptığı anormal yapışmadan ayrılmaması nedeni ile kanama olmaz. Parks ve arkadaşları (9), plasentanın hemen altında myometriumun içinde geniş venöz yatakların geliştiğini açıklamaktadırlar. Plasentanın elle çıkarılmasına girişildiği zaman, bu venöz yatakların yırtılmasına bağlı olarak öldürücü kanamalar görülebilir.

Plasenta accretanın doğum ve bebek üzerine bir etkisi yoktur ve villuslar anormal değildir.

Olgu takdimi :

Bn. Y.K.Y. Evli, 44 yaşında. Memleketi : Sakarya

Protokol : 37028/13.8.1979

4 senelik evli. 1 aylık, 3 aylık, 3 aylık olmak üzere 3 spontan düşük yapmış. 4. gebeliği ve miadına ulaşmış.

Son adet tarihi : 3.11.1978.

Beklenen doğum tarihinin gecikmesi nedeniyle 5 gün ara ile iki kez okitosin indüksiyonu yapıldı. Ağrılar ve servikal dilatasyon başlamadı. Hastanın yaşı, paritesi, indüksiyona cevap vermemesi ve canlı çocuk isteği göz önünde tutularak 21.8.1979 tarihinde sezaryen operasyonu uygulandı. Operasyon öncesi laboratuvar bulgularında (tam kan, A.K.Ş, üre, tam idrar, E.K.G., akciğer grafisi) hiçbir patoloji mevcut değildi. Annenin kan grubu B Rh (+), babanın kan grubu 0 Rh (+) idi.

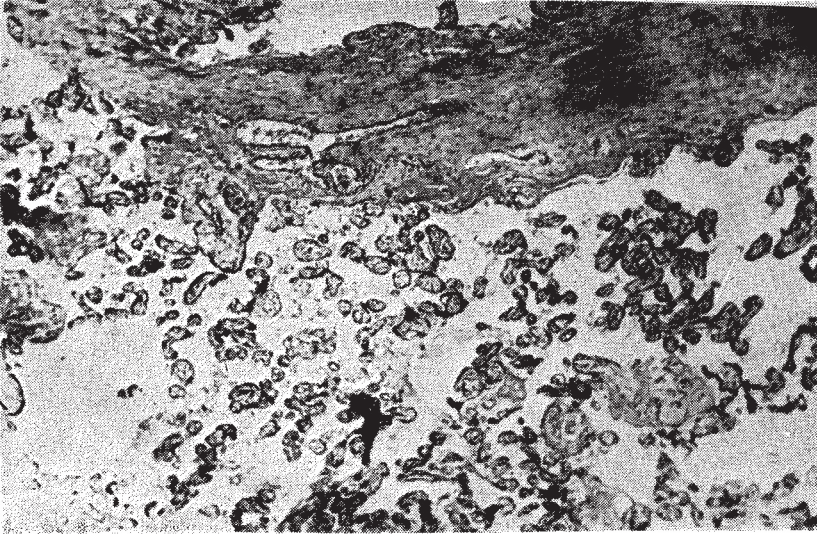
Operasyon esnasında, çocuk çıkarıldıktan sonra, plasentanın çıkarılması için kordonun traksiyonu ve crede manevrası yapıldığında fazla kanama ve plasentanın fundusa yapıştığı yerde uterus adale ve serozasının eldiven parmağı şeklinde içeri çöktüğü görüldü. Plasenta, kısmi olarak myometrial infiltrasyonu gösteriyordu. İn-sizyon yerinden uterus kavitesine bir elle girildi. Diğer elle fundustan yardım edilerek dikkatle plasenta bimanüel çıkarıldı. Uterusun periton yüzeyinde kanama, yırtılma gibi komplikasyon mevcut değildi. Sadece plasenta accreta bölgesinde myometriumun serozaya çok yaklaşacak şekilde, incelendiği görüldü. İ. V. methersinden sonra uterus kasılması normal bir şekilde oluştu ve uterustaki zayıf bölge kasılınca kayboldu. Bu nedenle hastanın paritesi göz önüne alınarak, histerektomi yapılmasına gerek görülmedi.

Plasentanın anatomo-patolojik tetkikinde (Protok. : 17202/22.8.1979, A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü) :

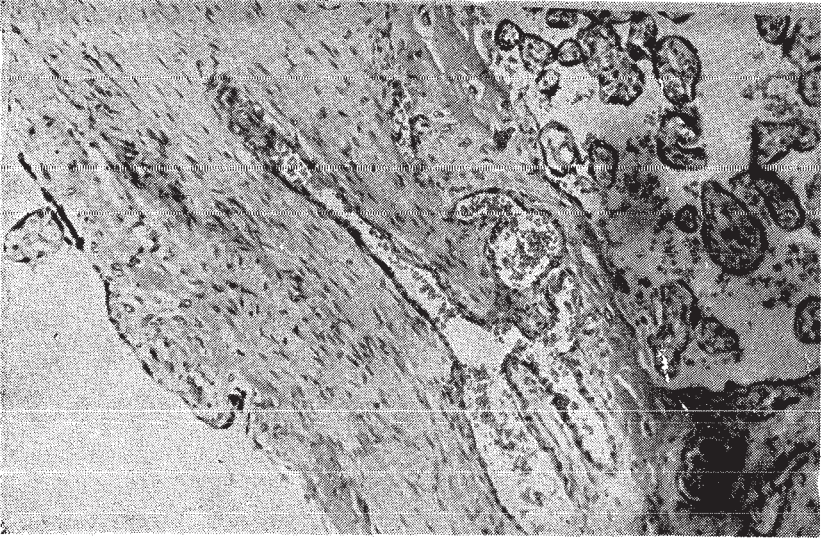
Makroskopi : 25 cm. göbek kordonu ile birlikte 30x25x5 cm boyutlarında plasenta.

Mikroskopi : Kesitlerinde yer yer dejenerasyon gösteren plasenta dokusunu çok sayıda villus kesitleri izlemiştir. Bazı sahalarda villusların myometrium dokusu ile temasta bulunduğu dikkati çekmiş, ancak plasenta accreta ile increta arasında ayırma gidilememiştir (Resim - 1,2).

Tanı : Klinik bulgulara göre değerlendirme uygun olur.



Resim - 1 : Korionik dokunun myometrium ile yakın invazyonu görülmektedir (H. EX200).



Resim - 2 : Villusların myometriuma infiltrasyonu (H. EX450).

TARTIŞMA

Gebeliğin gidişi, travay, hatta doğum sırasında bir anormallik göstermeyen, fakat doğumun üçüncü devresinde birdenbire ortaya çıkan bu tehlikeli durum karşısında doğum hekiminin yapacağı tedavi ve her türlü patolojik durumu düşünerek önceden alacağı önlemler sayesinde anneyi kurtarmak mümkün olabilir. Aksi takdirde normal şekilde doğmuş sağlam bir bebek, doğduğu andan itibaren bütün hayatı boyunca en yakın ve candan bakımını ve büyümesini sağlayacak bir kişiden yoksun kalacaktır.

Plasenta retansiyonunun tedavisi kanamanın miktarı ve plasentanın yapışmasına göre tayin edilir. Büyük ölçüde hekimin tecrübeli olmasına bağlıdır. Eğer kanama çok fazla ve plasenta kullanılan metodlarla çıkarılamıyorsa, elle uterusu girilerek, plasentanın ayrılmasına çalışılır. Plasentanın elle çıkarılması enfeksiyon olasılığını arttırmakla beraber, tehlikeli kanamadan çok daha az görülür. Bütün kanama olgularında olduğu gibi, bu olgularda da kan grubu tayinini, cross matching ve kan aranması gibi nedenlerle kaybedilecek zaman annenin hayatta kalabilme ümidini gittikçe azaltacaktır. Bu nedenle çok gerekli olan bu incelemelerin daha önceden yapılması ve acil durumlarda verilecek taze kanın önceden hazırlanmış olması zorunluluğu vardır. Hemen bütün vajinal doğumlarda çoğunlukla kan transfüzyonu ve antibiyotiklerin kullanılmasından önce, plasentanın çıkarılması arzu edilir. Fakat uterus içinde derine yapışmış olan plasentanın uterustan çıkarılması için

yapılan müdahalenin başlangıcında plasentanın küçük bir kısmının ayrılmasını takiben şiddetli bir kanama oluşur. Zaman kaybedilmeden yapılan laparatomide uterusun açılarak muayenesinde, yaygın ve derine yapışmış plasenta görülürse başlıca tedavi şekli histerektomi olmalıdır. Fakat sunduğumuz olguda olduğu gibi olay sezaryen operasyonu esnasında ortaya çıkmış ise durum daha değişik bir manzara gösterir. Plasentanın çıkarılması için yapılan elle ayırma şiddetli kanamaya neden olup, uterusun yırtılması ile başarısız bir girişimle sonlanırsa plasentayı ayırma teşebbüsünden vaz geçilerek, hemen histerektomi yapılmalıdır.

Kanama olmadığı zaman vaginal doğumda plasentanın spontan ayrılması ve dışarıya atılması için daha uzun beklenebilir. 5 veya 10 dakikadan fazla beklemenin faydası yoktur.

Plasenta accreta'da plasentanın anormal yapışan kısmının küçük bir alanı işgal etmesi dışında, histerektomi çoğunlukla gerekir (11).

Sunulan olguda durum böyle idi. Plasentanın anormal ayrılma alanı küçük bir sahada olduğu için histerektomiye gerek görülmedi.

Plasentanın ayrılması esnasında uterus delinebilir veya kotiledonları uterus duvarından ayrılırken şiddetli kanama görülebilir. Bu nedenle çok dikkatli olunması bir taraftan uterus içindeki el ile plasentayı ayırmayı çalışırken, diğer elle uterus duvarı kontrol edilmeli ve korunmalıdır. Bu manüplasyon vaginal müdahale de zor, operasyon esnasında yapılan müdahalede ise nisbeten kolay ve gözle görülebilir özelliktedir. Sezaryen esnasında böyle bir durumla karşılaşılması hekim ve hasta için büyük üstünlük sağlar.

ÖZET

Sezaryen operasyonunda rastlanan parsiyel bir plasenta accreta olgusu sunuldu. Bu nadir anatomik anomalinin tipleri, tedavisi ve alınacak önlemler tartışıldı ve literatür gözden geçirildi.

SUMMARY

A Case of - Plasenta accreta

It was presented a case of placenta accreta which was seen sezarien section. It was discussed the types, and the treatment and the prevention of this rare anatomic abnormality and literature reviewed.

K A Y N A K L A R

1. Beecham CT : Amer. J. Obstet. Gynec. 53 : 442, 1947
2. Benaron HBW, Bradburn, GB, Gossack L, Roddick JW, Tucker BE; Amer. J. Obstet. Gynec. 71, 1220, 1956
3. Bourne AW, Holmes, JM : A Synopsis of Obstet. and Gyn. Wright and Sons, 1965
4. Gabriel H, Ambre C : Gynec. et Obst. 54 : 345, 1955
5. Greenhill, J.P. : The Year Book of Obstet. and Gynec, 1954-1955. The Year Book Publishers, Chicago, page 215.
6. Hoffman RA : Amer. T. Obstet. Gynec. 68 : 645, 1954
7. Ilgaz N, Bulay O, Arıdoğan N, Erman O, Uncu M : A. Ü. Tıp Fak. Mec. 24 : 191, 1971
8. Moir CJ : Munro Kerr's Operative Obstetrics. Sixth édition, Bailliére, Tindall and Cox, London, 1956, page 863
9. Park J, Barter RH, and Hill RP : Obstet and Gynec. 2391, 1953
10. Wilson, Clyne DG : A textbook of Gynec. and Obstet. Lon mans, 1963
11. Willson, J.R., Beechom CT, Camington ER : Obst, and Gynec. 384, C.V. Mosby Co., St, Loius 1971